

MetLife®



College

egyéni élet-, baleset- és betegségbiztosítás

Budapest, 2016. február 1.

TARTALOMJEGYZÉK

Áttekintés a College befektetési egységekhez kötött élet-, baleset- és betegségbiztosítás főbb feltételeiről ¹	4
A Metlife Europe Limited College (MET-615) befektetési egységekhez kötött élet-, baleset- és betegségbiztosításának feltételei	12
A befektetési egységekhez kötött életbiztosítás feltételei	12
1. § A biztosítási szerződés alanyai	12
2. § A biztosítással kapcsolatos általános fogalmak	12
3. § A befektetési egységalapokkal kapcsolatos fogalmak és eljárások	14
4. § A főbiztosított	16
5. § A biztosítás tartama	16
6. § Biztosítási esemény	17
7. § Biztosítási szolgáltatások	17
8. § A biztosítás díja	18
9. § Késedelmes díjfizetés	18
10. § A szerződés ismételt hatályba léptetése (reaktiválás)	18
11. § Az értékkövetés (indexálás)	19
12. § A biztosítási díj egyedi módosítása	19
13. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása	19
14. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete	21
15. § Kockázatalbírási időszak	21
16. § Közlési kötelezettség	22
17. § Bejelentési kötelezettség	22
18. § A biztosító teljesítése	23
19. § A biztosító mentesülése	23
20. § Kizárt kockázatok	24
21. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése	24
22. § Díjmentesítés	25
23. § Rendszeres pénzkivonás	25
24. § Felmondás	25
25. § Visszavásárlás	26
26. § Részleges visszavásárlás	26
27. § Befektetési egységalapok és egységek módosítása	26
28. § Áthelyezés és a díj megosztásának módosítása	27
29. § A biztosítás megszűnése	27
30. § Díjfizetés szüneteltetése	27
31. § Elévülés	28
32. § A biztosítási titok	28
33. § A személyes adatok kezelése	31
34. § Adózással kapcsolatos jogszabályok	32
35. § Tájékoztatás és tájékoztatás	32
36. § Irányadó jog, illetékes bíróság és panaszforum	33
A Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítás (MET-P31) feltételei	34
2. számú melléklet: A College befektetési egységekhez kötött élet-, baleset- és betegségbiztosítás költségeinek és minimális díjainak hatályos értékei a befektetési egységekhez kötött főbiztosításra vonatkozóan	37
3. számú melléklet: Választható biztosítási összegek	39
4. számú melléklet: Ügyfélbónusz és a főbiztosítás legfontosabb paraméterei	41

5. számú melléklet: Díjkezelési tájékoztató	42
6. számú melléklet: Az eszközalap felfüggesztésének részletes szabályai	46
A Metlife Europe Limited College kiegészítő gyermek- és szülő biztosítottra vonatkozó baleset- és betegségbiztosításának általános feltételei	48
A gyermek biztosított balesetből származó csonttörésére és égési sérülés esetére szóló biztosítás (MET-F18, MET-F19) különös feltételei	52
A gyermek biztosított balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátása esetén, napi térítésre (MET-NB1, MET-NB2) és műtéti térítésre szóló biztosítások (MET-SB1, MET-SB2) feltételei	54
A gyermek biztosított baleseti eredetű teljes vagy részleges rokkantsága (maradandó egészségkárosodása) esetére szóló biztosítás (MET-R66, MET-R67) különös feltételei	57
A gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítások (MET-C37, MET-C38) feltételei	59
A szülő biztosított baleseti halála esetére szóló járadékszolgáltatás kiegészítő biztosítás (MET-HA8, MET-HA9) különös feltételei.	65
A szülő biztosított baleseti súlyos rokkantsága (maradandó egészségkárosodása) esetére szóló járadékszolgáltatás kiegészítő biztosítás (MET-J42, MET-J43) különös feltételei	66
1. számú melléklet a gyermek- és szülő biztosítottra vonatkozó baleset- és betegségbiztosítási kiegészítő biztosításhoz: Választható biztosítási csomagok és díjak	67
2. számú melléklet a gyermek- és szülő biztosítottra vonatkozó baleset- és betegségi kiegészítő biztosításhoz: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról	69
3. számú melléklet a gyermek- és szülő biztosítottra vonatkozó baleset- és betegségbiztosítási kiegészítő biztosításhoz: Az asszisztencia szolgáltatások különös feltételei	71
Szerződési feltételek MyMetlife internetes felület használatára	76
Cégismertető.	80

ÁTTEKINTÉS A COLLEGE BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLET-, BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS FŐBB FELTÉTELEIRŐL¹



Kérdés

Kinek szól az ajánlatunk?

Válasz

A biztosítást azon ügyfeleknek ajánljuk, akik forint alapú rendszeres megtakarítási programjukat gyermekeik életkezdésének segítése céljából indítják és egy biztosítási szerződéssel szeretnék gondoskodni a gyermekeket és szülőket érintő váratlan balesetek és betegségek esetén felmerülő anyagi terhek fedezetének biztosításáról. Olyan ügyfeleknek ajánljuk, akik a megtakarítási program keretein belül befektetések összetételét szabadon szeretnék meghatározni, és akik az eseti megtakarításoknak is szeretnék befektetési lehetőséget találni. A biztosító a rendszeres és eseti díjakat befektetési egységekből álló eszközalapokban tartja nyilván. A befektetési egységek értéke a pénz-, tőke- és részvénypiac változásait követve emelkedhet, illetve csökkenhet. A befektetés árfolyam ingadozásainak nem kívánt hatásai ellen nyújthat védelmet a MyMetLife elnevezésű ügyfélporthálon keresztül igényelhető Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás, amely a College főbiztosításhoz és az eseti díjak befektetésére szolgáló Portfólió Plusz kiegészítő biztosításhoz egyaránt kapcsolódik. A gyermekekre és szülőkre is vonatkozó baleset- és betegségbiztosítási kiegészítő biztosítás az anyagi támogatáson túl szükség esetén olyan asszisztencia szolgáltatást is nyújt, amely biztonságot jelenthet az egészségügyi rendszeren belüli eligazodásban, gyors hozzáférést biztosít diagnosztikai eszközökhöz, adhat második orvosi véleményt vagy nehéz élethelyzetben a pszichés terhek feldolgozásában is segítséget nyújt gyermekük számára. A biztosítás gyermek biztosítottra köthető akár a születést követő első naptól. A szülő biztosítottakra vonatkozó biztosítási esemény bekövetkezése esetén a választott csomagnak megfelelő havi járadékösszeget fizeti a biztosító 10 éven keresztül, ezzel segítve az eredeti megtakarítási cél elérését.

Kik a biztosításban érintett személyek?

A *biztosított* személy az, akinek az életével vagy az egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön.

- Főbiztosított: az a személy, aki a főbiztosítás, a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás tekintetében biztosított. A főbiztosított kiegészítő biztosítások is választhatók. A főbiztosított személye a biztosítás 1. díjjal rendezett évének eltelte után változtatható. Főbiztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttkor 16. életévénél idősebb, de a 75. életévét még nem töltötte be.
- Gyermekek biztosított: a biztosítás a biztosított gyermek születését követően megköthető. A szerződés létrejöttkor a gyermek biztosított legfeljebb 17 éves korú lehet. A biztosító kockázatviselése az adott gyermek biztosított esetében megszűnik a gyermek biztosított 25. életévének betöltését követő biztosítási évfordulón.
- Szülő biztosított: aki a gyermek biztosítotttal vele közös háztartásban élő egyenesági rokona, örökbefogadó-, mostoha- vagy nevelőszülője, vagy gyáma.

A *szerződő* személy az, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és annak elfogadása esetén a díjfizetést teljesíti.

A *kedvezményezett* személy az, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatás igénybevételére jogosult.

(Részletek a 12. oldalon.)



Példa

Egy szerződésben a családon belül több gyermek is biztosítható, valamint a gyermek biztosítottak mellett lehetőség van egy vagy két szülő biztosítási védelméről is gondoskodni.

Figyelem: gyermek biztosítottakra a biztosítást 17 éves korig lehet megkötni és a biztosítás a 25 éves kor betöltését követően lejár az adott gyermek tekintetében.

Fontos!

A gyermek- és szülő biztosítottokra vonatkozó baleset- és betegségbiztosítás esetén minden további gyermek, illetve a második szülő biztosított részére az elsőként biztosított gyermek vagy felnőtt biztosított díjához képest 10% kedvezményt ad a biztosító a baleset- és betegségbiztosítási szolgáltatások díjából.



¹ Ez az áttekintés kizárólag azt a célt szolgálja, hogy rövid összefoglalót adjon az ügyfeleknek a College élet-, baleset- és betegségbiztosítás főbb feltételeiről, így nem tekinthető a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény szerinti ügyfél-tájékoztatónak. A törvényben előírt tájékoztatási kötelezettségét a biztosító a biztosítási feltételek átadásával teljesíti.

Kérdés

Milyen hosszú a biztosítás tartama?

A megtakarítási főbiztosítás határozatlan tartamú, vagy határozatlan, de határozott tartamúvá tehető. A szerződés legkorábban a 10. évfordulóra tehető határozottá. (Részletek a 16. oldalon.)

A gyermek- és szülő biztosítottra vonatkozó baleset- és betegségbiztosítás 1 éves időtartamra szól, ami minden esetben meghosszabbodik az esedékes díj megfizetésével a gyermek, illetve a szülő biztosítottra vonatkozó maximális lejáratú életkor eléréséig.

(Részletek a 49. oldalon.)

– Szolgáltatás a főbiztosított halála esetén:

Ha a főbiztosított a biztosítás tartama alatt életét veszíti, a biztosító a technikai biztosítási összeg és a befektetési egységek aktuális értéke közül a magasabb összeget fizeti ki a haláleseti kedvezményezett részére. Mivel a technikai haláleseti biztosítási összeg fixen 10 000 Ft, így már az első díj beérkezésekor is nagy eséllyel a befektetési egységek értéke a magasabb, tehát praktikusán a főbiztosítás szolgáltatása a befektetési egységek aktuális értéke.

Ha a szerződésre a szerződő fizetett eseti díjat – ami a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin kerül befektetésre –, akkor a főbiztosított halála esetén a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek aktuális értéke szintén kifizetésre kerül.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

Gyermek biztosítottra vonatkozó szolgáltatások:

- *Csonttörés* esetén a csonttörés fajtájától függ a szolgáltatás mértéke.

**Magyarázat**

Ha a gyermek biztosított például korcsolyázás közben eltöri a kezét, mivel egyszerű zárt törés esetén a biztosító a térítési táblázat alapján a biztosítási összeg 15%-át fizeti ki, a Snoopy a gondoskodó csomag választása esetén a biztosító 30 000 Ft-ot szolgáltat. Ha a korcsolyázásra a téli szünetben került sor, akkor dupla szolgáltatást, azaz 60 000 Ft-ot fizet a biztosító.

(Részletek az 52. oldalon.)

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

**Magyarázat**

Ha például a kisgyermek a konyhában segít édesanyjának és közben megégeti a kezét, amennyiben a megégett terület a bőrfelület 4,5%-át teszi ki és másodfokú az égési sérülés, a biztosító a biztosítási összeg 16%-át, azaz Szemünk fénye csomag választása esetén pl. 48 000 Ft-ot fizet ki.

(Részletek az 52. oldalon.)

- *Baleseti és betegségi kórházi napi térítés szolgáltatás* esetén akkor térít a biztosító, ha a gyermek biztosított legalább 3 napot kórházban töltött. Ilyen esetben a kórházban töltött napok számát a biztosítási összeggel szorozva alakul ki a szolgáltatási összeg.
- *Baleseti és betegségi műtéti térítés* esetén akkor nyújt szolgáltatást a biztosító, ha a beteg, vagy balesetet szenvedett gyermeket kórházba utalják és orvos által előírt – a biztosító műtéti listájában szereplő – műtétet végeznek el rajta.

**Magyarázat**

Ha a gyermek biztosított egy hetet kórházban tölt, mialatt mandulaműtétet végeznek, akkor kórházi napi térítésre 7*10 000 Ft-ot, azaz 70 000 Ft-ot, műtéti térítésre további 300 000 Ft-ot szolgáltat a biztosító „Szuper szülő” csomag választása esetén.

(Részletek az 54. oldalon.)

- *Baleseti rokkantság (maradandó egészségkárosodás)* bekövetkezése esetén a biztosítási összegnek a maradandó egészségkárosodás mértékével azonos százaléka kerül kifizetésre.

**Magyarázat**

A jobb alkar radiális idegének teljes bénulását eredményező baleset esetén például 20%-os térítés jár, ha jobbkezes a balesetet szenvedett gyermek, azaz ha a szülő a „Szuper szülő” csomagot választotta, 900 000 Ft-ot fizet a biztosító ilyen súlyos következménnyel járó baleset esetén.

(Részletek az 57. oldalon.)

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosítás?

Válasz

- A biztosítási csomag anyagi védelmet nyújt 20-féle *kritikus betegség*, illetve azokkal összefüggő műtét esetére is.

**Magyarázat**

Ha a gyermek biztosítottnál valamilyen kritikus betegséget, például agyhártyagyulladását diagnosztizálnak, a biztosító kifizeti a teljes biztosítási összeget, amely a „*Snoopy a figyelmes*” csomag esetében 1 500 000 Ft, de ha a szülő a „*Szuper szülő*” csomagot választotta, akkor 4 500 000 Ft-ot fizet ki a biztosító súlyos betegség esetén.

(Részletek az 59. oldalon.)

Fontos!

Ha a csonttörést, az égési sérülést vagy a maradandó egészségkárosodást okozó baleset a hivatalos tanítási szünet időszakában következett be, a szolgáltatási összeg kétszeresen, tehát 100%-kal növelten kerül kifizetésre.



Szülő biztosítottra vonatkozó szolgáltatások:

- A szülő biztosított *baleseti halála* esetén a választott csomagnak megfelelő havi járadékösszeget fizeti a biztosító 10 éven keresztül.

**Magyarázat**

Ha a szülő biztosított baleset következtében életét veszíti, a „*Szemünk fénye*” csomag esetén a biztosító 10 éven keresztül minden hónapban 125 000 Ft-ot fizet ki a haláleseti kedvezményezettnek.

(Részletek a 65. oldalon.)

- A szülő biztosított *baleseti rokkantsága (maradandó egészségkárosodása)* esetén a választott csomagnak megfelelő havi járadékösszeg maradandó egészségkárosodással arányos mértékét fizeti a biztosító 10 éven keresztül.

**Magyarázat**

Ha a szülő baleset következtében olyan maradandó egészségkárosodást szenved, amely a maradandó egészségkárosodás mértékére vonatkozó táblázat alapján legalább 50%-os maradandó egészségkárosodásnak minősül, akkor a biztosító 10 éven keresztül minden hónapban 150 000 Ft-nak a maradandó egészségkárosodás fokával megegyező mértékű részét fizeti ki a balesetet szenvedett szülőnek, ha ajánlattételkor a „*Szuper szülő*” csomagot választották.

(Részletek a 66. oldalon.)

Fontos!

A biztosító 3 évente kármentességi bónuszt ír jóvá a szerződésen, amennyiben a szerződés kezdetétől a bónuszjogosultság időpontjáig nem volt kárkifizetés. A bónuszjóváírás 3 évente 2 havi rendszeres díjnak megfelelő összeg. A kármentességi bónusz összegét a biztosító a főbiztosításhoz tartozó Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin írja jóvá, és minimális költség mellett akár azonnal hozzáférhető, de a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin hagyható akár hosszú távra is. A bónusz összeg éppúgy, mint az eseti megtakarítások, a befektetési eszközalapokban elérhető hozamlehetőséggel kecsegtetnek.



Mit nyújtanak a gyermek biztosítottokra vonatkozó asszisztencia szolgáltatások?

- 7/24 orvosi call center szolgáltatás

Példa

Ha például hétvégén fáj a gyermek füle és orvoshoz szeretné vinni a szülő, de nem tudja, melyik ügyeletes kórházba induljon, csak fel kell hívni az asszisztencia szolgáltatót éjjel-nappal hívható call centerét, és azonnal útbaigazítással szolgálnak. Vagy pl. ha a szülő nem biztos benne, hogy a felírt gyógyszert beadhatja-e a gyerekének, csak fel kell hívni az asszisztencia szolgáltató call centerét, és a telefon másik oldalán lévő orvossal megoszthatja az aggályait, és megnyugtató választ kaphat.



(Részletek a 71. oldalon.)

- Szakorvosi vizit megszervezése

Példa

Ha gyermeke balesete vagy betegsége kapcsán szakorvossal szeretne konzultálni, erre a biztosítási csomag keretein belül is lehetősége van. Ezen szolgáltatás igénybevételéhez csak fel kell hívni az asszisztencia szolgáltató call centerét, ahol megszervezzük a szakorvosi vizit időpontját, így egyetlen időpontra várják ügyfelünket, és megfelelő figyelmet fordítanak a gyermekére.



(Részletek a 71. oldalon.)

- Nemzetközi második orvosi vélemény

Példa

Ha gyermek biztosítottnál súlyos betegséget diagnosztizálnak, de a szülő csak akkor nyugodt, ha egy másik szakorvos is véleményezi a leleteket, a biztosítás ilyen esetben is segítséget nyújt. Indokolt esetben – baleset vagy súlyos betegség esetén – az ügyfél kérheti egy második orvos szakvéleményét is. Ezen szolgáltatás esetében az ügyfél által benyújtott leletek alapján, egy második, általában külföldi szakorvos véleményezi a gyermek betegségét és nyújt gyógykezelési tervet. A szakvélemény célja, hogy a szülő számára rendelkezésre álljon egy olyan háttér, amivel gyermekének egészségét, betegségének gyógyítását maximálisan támogathatja.



(Részletek a 72. oldalon.)

- Konzultáció pszichológussal baleset vagy súlyos betegség esetén

Példa

Súlyos baleset, betegség vagy egy nehéz élethelyzet – pl. közeli hozzátartozó halála – nem csak fizikailag, de lelkileg is megviselheti a gyermeket. Az ilyen események lelki feldolgozásának folyamatát segíti elő a pszichológussal történő konzultáció lehetősége, amelyet a biztosítási termék keretein belül az asszisztencia szolgáltató szervez meg. A személyes, vagy telefonon történő pszichológusi konzultáció (telefonos konzultáció öt alkalom, személyes konzultáció két alkalom) díjmentes az ügyfél részére.



(Részletek a 73. oldalon.)

- Magántanár huzamosabb kórházi vagy otthoni ápolás esetére

Példa

Huzamosabb kórházi tartózkodás, vagy baleset, betegség következtében szükségessé váló huzamosabb otthoni ápolás esetén problémát okozhat, hogy a gyermek elmarad iskolai tanulmányaiban. Ha a gyermek biztosított baleset vagy betegség következtében legalább két hétig kimaradni kényszerül az iskolából, megbízott szolgáltatónk szervezésében magántanárt biztosítunk, hogy a gyermek könnyebben tudja behozni lemaradását.



(Részletek a 73. és 74. oldalon.)

- Betegszállítás baleset vagy betegség esetén

Példa

Ha a gyermeket betegsége vagy balesete miatt kórházba, szakorvoshoz, vagy kórházból, szakorvostól haza kell szállítani, de speciális szállítást igényel, mert állapota miatt kísérettel sem szállítható saját járművel vagy tömegközlekedési eszközzel, jelen biztosítási termék szolgáltatásaként megbízott szolgáltatónk szervezésében a szállítást megszervezzük és annak költségeit 100 000 Ft-ig vállaljuk. Erre a szolgáltatásra a „Snoopy a gondoskodó”, a „Szemünk fénye” vagy a „Szuper szülő” csomag választása esetén van lehetőség.



(Részletek a 74. oldalon.)

Kérdés

Mit nyújtanak a gyermek biztosítottra vonatkozó asszisztencia szolgáltatások?

Válasz

- *Képalkotó diagnosztika*

Példa

Ha a gyermek biztosított baleset vagy betegség miatt CT, MR vagy ultrahang vizsgálata válik szükségessé, jelen biztosítási termék szolgáltatásaként megbízott szolgáltatónk segítségével megszervezzük a vizsgálat időpontját, és 100 000 Ft-ig vállaljuk is a vizsgálat költségét. Erre a szolgáltatásra a „Szemünk fénye” vagy a „Szuper szülő” csomag választása esetén van lehetőség.



(Részletek a 75. oldalon.)

Példa

A Pinberlip család Gyermek- és szülő biztosítottra vonatkozó baleset- és betegségbiztosítási szerződést köt úgy, hogy egy szerződés keretében biztosítják 3 gyermeküket és járadékbiztosítást választanak Anyára és Apára is. Mindegyik gyermekre egyaránt „Snoopy a gondoskodó” csomagot választanak. Móni, a legidősebb gyermekük már 14 éves, így rá csak 11 évig vállalja a biztosító a kockázatot. Zoli 12 éves, Zsuzska pedig nem rég ünnepelte 10. születésnapját. Zoli biztosítása 13 évig fog tartani. A szerződés a legkisebb gyermek 25. születésnapját követő biztosítási évfordulón, azaz 15 év múlva szűnik meg. Mivel Apa a nagyobb keresetű, ezért rá a 125 000 Ft-os járadékbiztosítást, Anyára „Snoopy a gondoskodó” csomagot, 100 000 Ft-os járadékszolgáltatást választanak. Így összesen 21 294 Ft-ot fizetnek havonta úgy, hogy összesen évi 10 175 Ft díjkezdvezményben részesültek Zoli és Zsuzska biztosítási díjaiból és további 5 324 Ft díjkezdvezményben az Anyára kötött kiegészítő biztosítás esetében. Ha nem történik egyikükkel sem baleset, és nem betegszenek meg a gyerekek az első 3 biztosítási évben, a 3. biztosítási évfordulón a biztosító 44 753 Ft-ot ír jóvá a főbiztosításhoz tartozó Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin (ha a szülők elfogadják évfordulókon az éves érték-követést). A jóváírt kármentességi bónusz szolgáltatás összege a jóváírás napján hozzáférhető, de a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin gyarapítva pl. a gyerekek egyetemi tanulmányainak finanszírozására is felhasználható.



Milyen mértékű biztosítási térítést lehet választani a gyermek és/vagy a szülő biztosítottra?

Az egyedi igényeknek megfelelően a szerződő négy, eltérő szolgáltatási összeget tartalmazó csomag közül választhat mind a gyermek, mind a szülő biztosítottak tekintetében egyenként. A választható csomagok tartalma és a szolgáltatási összegek a baleset- és betegségbiztosítási kiegészítő biztosítás szerződési feltételeinek 1. számú mellékletében találhatók.

(Részletek a 67. oldalon.)

Mikor kell a díjat megfizetni?

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

A díj fizethető havi, negyedéves, féléves, éves részletekben.

(Részletek a 18. oldalon.)

A kiegészítő biztosítás díját a főbiztosítás díjával együtt kell fizetni. Évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító díjfizetési pótlékot számíthat fel.

(Részletek a 18. oldalon.)

Hogyan őrzi meg a biztosítás az értékét?

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

(Részletek a 19. oldalon.)

Hogyan jön létre a biztosítás?

A biztosítás a szerződő ajánlatának biztosító általi elfogadása által jön létre.

(Részletek a 19. oldalon.)

Kérdés

Mikortól érvényes a biztosítás?

Válasz

A biztosítási védelem balesetek vonatkozásában az első díj megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik. A haláleseti szolgáltatás esetében legfeljebb az ajánlat beérkezésétől számított 15 nap – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 nap – a kockázatelbírálási időszak; az ezen időtartam alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre a biztosító, a szerződési feltételekben meghatározott kivételtől eltekintve, nem nyújt szolgáltatást.

(Részletek a 20. oldalon.)

A Gyermek- és szülő biztosítottokra vonatkozó baleset- és betegségbiztosítási kiegészítő biztosítás gyermek és a szülő biztosított vonatkozásában a biztosítás az első díj megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik. Betegség által előidézett biztosítási eseményekre vonatkozóan a biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napos várakozási időt ír elő. A biztosító a biztosítási esemény kockázatát csak a várakozási idő eltelte után vállalja.

(Részletek a 20. oldalon.)

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?

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

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

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

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

(Részletek a 22. oldalon.)

Mit kell tenni, ha káresemény történik?

A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül kell a biztosító részére bejelenteni. A kárigény elbírálásához szükséges összes irat beérkezését követő 30 napon belül a biztosító teljesíti a szolgáltatást, amennyiben a teljesítésre köteles.

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

(Részletek a 23. oldalon.)

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

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

(Részletek a 23. oldalon.)

A Gyermek- és szülő biztosítottokra vonatkozó baleset- és betegségbiztosítási kiegészítő biztosításokra a főbiztosítási feltételekben felsorolt kizárt eseményeken kívül is vonatkoznak kizárások. Kifejezetten az egyes kiegészítő biztosításokra vonatkozó kizárásokat a kiegészítő biztosítások különös feltételei tartalmazzák.

(A Gyermek- és szülő biztosítottokra vonatkozó baleset- és betegségbiztosítási kiegészítő biztosításra vonatkozó kizárásokról részletek a 49. oldalon.)

Fontos!

Kérjük, mindenképpen olvassa el a szerződéses feltételek 19. §-ában felsorolt mentesülések eseteit és a 20. §-ában felsorolt kockázatviselésből kizárt eseményeket.



Mikor szűnik meg a biztosítás?

A biztosítás a következő esetekben szűnik meg:

- ha a főbiztosított halála esetén, vagy a határozott tartamú tett szerződés lejáratát követően a biztosító teljesít,
- ha a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy szerződő a biztosítási szerződést annak létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,
- ha a szerződő a biztosítást felmondja,
- ha a biztosító a szerződést felmondja,
- ha a szerződő a biztosítást visszavásárolja,
- a késedelmes díjfizetés esetén 3 hónap díjjal nem fedezett tartam elteltével, ha a szerződés nem felel meg a díjmentesítés feltételeinek, illetve, ha a díjmaradás tartama alatt a szerződés aktuális értéke nem fedezi a számláját terhelő költségeket,
- a díjmentesített, a díjfizetés szüneteltetése, illetve a pénzkivonás időszakában lévő szerződés azon a biztosítási hónapfordulón szűnik meg, amelyen a befektetési egységek aktuális értéke nem nyújt fedezetet a szerződő számláját terhelő rendszeres költségek érvényesítésére.

(Részletek a 27. oldalon.)

Mikor szűnik meg a biztosítás?

A Gyermekek- és szülő biztosítottra vonatkozó baleset- és betegségbiztosítási kiegészítő biztosítás a következő esetekben szűnik meg:

- ha a szerződő a kiegészítő biztosítást évfordulóra felmondja,
- ha a szerződő a kiegészítő biztosítás díját az esedékességtől számított 30 napon belül nem fizeti meg, a biztosító értesítő levelet küld 30 napos póthatáridő tűzésével, és ha a póthatáridő elteltével sem érkezik be az esedékes díj, a biztosítási szerződés a 61. napon megszűnik,
- abban az esetben, ha a biztosító kockázatviselése minden gyermek biztosított vonatkozásában megszűnik, azaz a legkisebb gyermek 25. születésnapja utáni biztosítási évfordulón.

(Részletek a 49. oldalon.)

Mit tesz a biztosító az adataim biztonsága érdekében?

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

(Részletek a 28. oldalon.)

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

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

- MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe, 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.; info@metlife.hu telefonszám: 06-40-444-445, telefax: 06-1-391-1660
- A Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál (MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) eljárását kezdeményezheti.

(Részletek a 32. oldalon.)

Hogyan juthatok kényelmesen a biztosítással kapcsolatos információkhoz?

A biztosítással kapcsolatos információkhoz legegyszerűbb módon a MyMetLife elnevezésű internetes ügyfélportalunkon juthat, ahol lehetősége nyílik személyes adatai módosítására, valamint eszközalapokkal kapcsolatos tranzakciók kezdeményezésére és a váratlan árfolyamváltozások hatásai ellen védelmet nyújtó Őrszem funkció beállítására is. A hozzáférés igénylésével kapcsolatban részletes tájékoztatást talál a termékfeltételekben, valamint további kérdés esetén forduljon bizalommal személyes tanácsadójához vagy központi ügyfélszolgálatunkhoz.

Központi ügyfélszolgálatunk az alábbi elérhetőségeken áll rendelkezésre: MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe, 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.; info@metlife.hu

telefonszám: 06-40-444-445, telefax: 06-1-391-1660

(Részletek a 76. oldalon.)

Milyen költségei vannak a szerződéselemnek?

A termékfeltételek 2. számú melléklete részletesen tartalmazza a befektetési egységekhez kötött életbiztosítási szerződésével kapcsolatos költségek mértékét. Az egyes költségek részletes leírását a 2. §-ban találja.

(Részletek a 37. oldalon.)

Melyek a szerződéssel kapcsolatos kiemelten fontos ismeretek?

A termékfeltételek 4. számú mellékletéből az alábbiakkal kapcsolatban tájékozódhat:

- a College főbiztosításhoz kapcsolódó ügyfélbónuszról,
- a kezdeti költségvonás mértékéről,
- a visszavásárlás esetén a visszavásárlási érték meghatározásához alkalmazott kulcsokról.

(Részletek a 41. oldalon.)

Milyen részletes szabályok vonatkoznak a díjfizetésre, díjkezelésre?

A biztosító meghatározott szabályok alapján azonosítja, kezeli, írja jóvá és fekteti be a rendszeres, egyszeri, eseti és előrefizetett díjakat. A díjfizetés módjairól, a banki átutaláshoz szükséges bankszámla számokról a termékfeltételek 5. számú mellékletéből tájékozódhat.

(Részletek a 11. oldalon.)

Milyen dokumentumokra van szüksége a biztosítónak a kifizetéshez?

A biztosítónak a biztosítási fedezettől és a káreseménytől függően eltérő adatokra van szüksége az igény elbírálásához. A kárigény intézését elősegítendő, a benyújtandó dokumentumokról részletes lista található a termékfeltételek 6. számú mellékletében.

(Részletek a 69. oldalon.)

Mit érdemes tudni a biztosítóról?

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

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

(Részletek a 80. oldalon.)

Budapest, 2016. február 1.

A METLIFE EUROPE LIMITED COLLEGE (MET-615) BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLET-, BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI

A BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI

Jelen szerződési feltételekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) befektetési egységekhez kötött életbiztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítás) érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a felek e feltételekre hivatkozással kötötték. Az általános és különös feltételek rendelkezéseinek ütközése esetén a különös feltételek rendelkezéseit kell érvényesnek tekinteni. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.

Kik a biztosításban érintett személyek?



1. § A biztosítási szerződés alanyai

- (1) Szerződő:** az a természetes vagy jogi személy, aki a szerződés megkötésére ajánlatot tesz, annak elfogadása esetén a biztosítási szerződést megkötö, és a biztosítási díjak fizetésére kötelezettséget vállal.
- (2) Biztosított:** az a természetes személy, akinek az életére, vagy az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.
- (3) Főbiztosított:** az a biztosított, akinek az életére, vagy az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a főbiztosítás létrejön. Hitel- és kölcsönszerződés fedezetéül szolgáló szerződés esetén a szerződő és a főbiztosított személye azonos.
- (4) A biztosított(ak) belépési korát** a biztosító úgy állapítja meg, hogy a szerződés megkötésének, illetőleg a biztosítottra vonatkozó ajánlat beérkezésének évéből levonja a biztosított születésének az évét.
- (5) A biztosított aktuális kora:**
- a szerződés első évében megegyezik a biztosított belépési korával,
 - a következő években úgy kerül megállapításra, hogy a biztosító a biztosítási évfordulón az aktuális évből levonja a biztosított születésének évét és ez a kor a következő évfordulóiig érvényes.
- (6) Kedvezményezett:** az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosultságot

nyer. Haláleseti kedvezményezett lehet a szerződésben megnevezett személy, vagy a biztosított törvényes örököse akkor, ha a szerződő által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton más kedvezményezettet a biztosítási esemény bekövetkezéséig nem nevezett meg. A biztosított életben léte esetén járó biztosítási szolgáltatások kedvezményezettje maga a biztosított, kivéve, ha a szerződésben a biztosítási szolgáltatásra más név szerinti kedvezményezett került megjelölésre.

2. § A biztosítással kapcsolatos általános fogalmak

- (1) Biztosítási ajánlat:** a szerződőnek a biztosítási szerződés megkötésére irányuló írásbeli nyilatkozata, amely tartalmazza a biztosítás elvállalásához szükséges összes adatot, körülményt. A biztosító az ajánlat elbírálása és a biztosítási kockázat elvállalása érdekében és az ahhoz szükséges mértékben további adatszolgáltatást kérhet, amelynek a szerződő fél köteles eleget tenni, ennek elmaradása a biztosítási ajánlat elutasításához vezethet. A biztosító azokban az esetekben kérhet további adatszolgáltatást, ha a biztosított egészségi állapota, foglalkozása, sport, vagy hobbitevékenysége további pontosításra szorul, továbbá, ha a biztosítási ajánlat és a hozzá tartozó nyilatkozatok nem kerültek teljes körűen kitöltésre, illetve ha a szerződő, a biztosított vagy a kedvezményezett azonosítása a megadott adatok alapján nem lehetséges, valamint ha a szerződés pénzügyi fenntarthatósága megkérdőjelezhető.
- (2) Kötvény:** a biztosító által kibocsátott, a biztosítási szerződés létrejöttét igazoló okirat.
- (3) Kiegészítő biztosítás:** e biztosítás mellé köthető, a szerződő által választható biztosítási termék.
- (4) Rendszeres díjas biztosítás:** olyan biztosítás, amelynek díját a szerződő előre meghatározott részletekben, egy-egy biztosítási időszak elején fizeti meg a teljes tartam, vagy annak egy része alatt.
- (5) Rendszeres díj:** a szerződő által fizetett, egy-egy biztosítási időszak elején esedékes díjrészlet.
- (6) Eseti díj:** a rendszeres díjon felül fizetett díj.
- (7) Előrefizetett díj: rendszeres díjas biztosítás esetén, esedékesség előtt megfizetett azon rendszeres díj, amelyet a Díjkezelési tájékoztató (5. számú melléklet) ad 2) pontja akként határoz meg.**

(8) Biztosítási esemény: olyan esemény, amelyet a biztosítási feltételek ilyenként határoznak meg, és amely a biztosító szolgáltatását kiváltja.

(9) Biztosítási időszak: a rendszeres díjas biztosítások esetén a díjfizetés esedékességétől a következő díjfizetés esedékességéig terjedő egyéves, féléves, negyedéves vagy egy havi időszak.

a) A biztosítási időszak kezdete (fordulónap) mindig a tárgy hónapnak a biztosítás hatálybalépésének napjával megegyező napja.

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

c) A szerződőnek lehetősége van az évfordulóig díjjal rendezett szerződés díjfizetési gyakoriságát a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, vagy a 35. § (2) bekezdésében található telefonos elérhetőségen történő bejelentéssel megváltoztatni. Az új díjfizetési gyakoriság a díjjal rendezett évfordulótól lép hatályba.

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

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

a) Amennyiben a (9), (10) és (11) bekezdések szerint adott naptári hónapban nem létezik olyan nap, ami a biztosítás hatálybalépésének napjával megegyezik, akkor abban a hónapban „megegyező nap” alatt az azt közvetlenül követő napot kell érteni.

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

(12) Biztosítási hónapforduló: a biztosítási hónap vége, azaz új biztosítási hónap kezdete.

(13) Biztosítási évforduló: a biztosítási év vége, azaz új biztosítási év kezdete.

(14) Kezdeti biztosítási díj: a szerződés létrejöttkor érvényben lévő 2. számú melléklet alapján, az ajánlattételkor választott, az első biztosítási évre vonatkozó biztosítási díj.

(15) Technikai haláleseti biztosítási összeg: a főbiztosítás haláleseti biztosítási összege, értékét a 3. számú melléklet tartalmazza, és amelynek az értéke a tartam során kizárólag az értékkövetés (11. §) mértékének megfelelően változhat.

(16) Kiegészítő biztosítások kezdeti biztosítási összegei: a szerződés létrejöttkor érvényben lévő, az ajánlattételkor választott kiegészítő biztosítások biztosítási összegei (a választható minimális és maximális biztosítási összegeket a Kiegészítő biztosítási csomag 2. számú melléklet tartalmazza).

(17) Kiegészítő biztosítások kezdeti biztosítási díja: a kiegészítő biztosítások kezdeti biztosítási összegeihez tartozó biztosítási díjak összege.

(18) Kiegészítő biztosítások aktuális biztosítási összege: a tartamon belül egy adott időpontban aktuális, a különböző biztosítási eseményekre nyújtandó szolgáltatások kiszámításának alapjait képező összegek.

(19) Aktuális biztosítási díj: az értékkövetés (11. §) vagy a biztosítási díj egyedi módosítása (12. §) révén megváltozott, rendszeres biztosítási díj.

(20) Személyes adat: bármely meghatározott természetes személlyel (a továbbiakban: érintett) kapcsolatba hozható adat, az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés. A személyes adat az adatkezelés során mindaddig megőrzi e minőségét, amíg kapcsolata az érintettel helyreállítható. A személy különösen akkor tekinthető azonosíthatónak, ha őt – közvetlenül vagy közvetve – név, azonosító jel, illetőleg egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző tényező alapján azonosítani lehet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(28) Viszontbiztosító: az a vállalkozás, amely viszontbiztosítási és azzal közvetlenül összefüggő tevékenység végzésére engedéllyel rendelkezik.

(29) Hirdetmény: a biztosítónak a szerződésre vonatkozó közleményei, amelyeket elektronikus úton a www.metlife.hu internetes oldalon történő megjelentetéssel hoz nyilvánosságra, és teszi bárki által elérhetővé.

(30) Maradékjog: az életbiztosítási szerződés feltételeiben meghatározott azon jogok, amelyek a díjfizetés elmaradása, illetve a szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmaradnak. Jelen feltételben részletezett módosítási lehetőségek közül maradékjognak minősül:

- a) a díjmentesítés (22. §),
- b) a rendszeres pénzkivonás (23. §),
- c) a visszavásárlás (25. §),
- d) a részleges visszavásárlás (26. §).

3. § A befektetési egységálapokkal kapcsolatos fogalmak és eljárások

(1) Befektetési egységálap (eszközalap): a befektetési egységekhez kötött életbiztosítások – a biztosítási szerződésben meghatározott levonásokkal csökkentett – díjból tőkebefektetés céljából létrehozott eszközálmány. A választható befektetési egységálapok befektetési politikáját az 1. számú melléklet tartalmazza.

(2) Bruttó eszközérték: egy befektetési egységálap eszközeinek piaci értéke.

(3) Befektetési egységálapot terhelő közvetlen költség: a befektetési egységálap befektetett eszközeinek vétele, eladása, kezelése és értékelése során felmerülő költség.

(4) Letétkezelési díj: Az eszközálapok letétkezelését végző intézménynek az eszközálapban lévő eszközök letéti őrzéséért és egyéb kapcsolódó szolgáltatásaiért fizetett díj. Ezt a díjat a biztosító a nettó eszközértéken keresztül naponta időarányosan érvényesíti. Mértékét a 2. számú melléklet tartalmazza, változásáról a biztosító hirdetmény útján nyújt tájékoztatást.

(5) Alapkezelési díj: a közvetlen költségekkel csökkentett bruttó eszközértékkel arányos díj, amely minden értékelési napon az utolsó értékelési nap óta eltelt idővel arányosan kerül levonásra és mértéke a befektetési egységálap értékének legfeljebb évi 2%-a. Aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza, változásáról a biztosító hirdetmény útján nyújt tájékoztatást.

(6) Nettó eszközérték: egy befektetési egységálap bruttó eszközértékének a befektetési egységálapot ter-

helő közvetlen költségekkel, így különösen a letétkezelési díjjal és az alapkezelési díjjal csökkentett értéke.

(7) Befektetési egység: a befektetési egységálapban azonos értékű részesedést megtestesítő elszámolási egység.

(8) Szerződő alszámlája: a biztosító minden egyes általa felkínált befektetési egységálaphoz egy alszámlát hoz létre a szerződő számláján, amelyen a biztosító az adott befektetési egységálaphoz tartozó befektetési egységek számát tartja nyilván öt tizedesjegy pontossággal.

(9) Szerződő számlája: a szerződő alszámláinak összessége, amely a szerződő összes befektetési egységeinek nyilvántartására szolgál az egyes befektetési egységálapok szerint elkülönítve.

(10) Az értékelési nap: az a nap, amelyen a biztosító minden befektetési egységálap aktuális bruttó és nettó eszközértékét, illetőleg a befektetési egységek vételi és eladási árát meghatározza. Az értékelésre – a külső feltételek függvényében – minden munkanapon, de hetenként legalább egyszer kerül sor.

(11) A biztosító az eszközálap befektetési egységeinek eladását és vételét felfüggesztheti (eszközálap felfüggesztés), amennyiben az eszközálap nettó eszközértéke, illetve ezzel együtt a befektetési egységek árfolyama azért nem állapítható meg, mert az eszközálap eszközei részben vagy egészben illikvid eszközzé váltak. Az eszközálap felfüggesztését a biztosító az annak okául szolgáló körülményről való tudomásszerzést követően haladéktalanul végrehajtja arra az értékelési napra visszamenő hatállyal, amely értékelési napot megelőzően az utolsó alkalommal megállapítható volt az eszközálap nettó eszközértéke. Az eszközálap-felfüggesztés részletes szabályait a 6. számú melléklet tartalmazza.

(12) Befektetési egység vételi ára: egy befektetési egységre eső nettó eszközérték, amelyet a biztosító a befektetési egységek biztosítási szolgáltatássá való átszámítására és a szerződő számláját terhelő költségek elszámolása során, a befektetési egységálapokból levonandó egységek számának meghatározására alkalmaz. A biztosító a befektetési egységálapok nettó eszközértékének, és ezen keresztül a befektetési egységek vételi árának átértékelése révén írja jóvá a szerződő számláján az előző értékelési nap óta megszolgált hozamot.

(13) Befektetési egység eladási ára: a befektetési egység vételi áránál a vételi és az eladási ár közti különbséggel magasabb ár. A biztosító a befizetett biztosítási díjakat a befektetési egységek eladási árán számítja át befektetési egységekké.

(14) Vételi és eladási ár közti különbség: azon mérték, amellyel a biztosító által meghatározott eladási ár meghaladja a vételi árát, az eladási ár legfeljebb 5%-a, aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(15) Befektetési egységek aktuális értéke: a szerződő egyes alszámláin nyilvántartott befektetési egységek számának és az értékelési napon érvényes, ugyanazon alszámlához tartozó vételi ár szorzatának összege, amely a biztosítás szolgáltatásainak alapja.

(16) Díj megosztása: a rendszeres díjat, valamint – a szerződő ellenkező értelmű nyilatkozata hiányában – az eseti díjat a biztosító a szerződő által korábban választott aránynak megfelelően osztja meg a szerződő alszámlái között.

(17) Díj jóváírása és átváltása:

a) A biztosító az első rendszeres díjat a kötvény kiállításának napján (13. § (11) bekezdés) írja jóvá a szerződőnek. Amennyiben a felek az első díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, annak biztosítóhoz azonosítható módon való beérkezése napján írja jóvá a szerződőnek.

b) A biztosító számlájára azonosítható módon beérkezett, már esedékes rendszeres díjak jóváírására a befizetés beérkezésének napján kerül sor.

c) A biztosító a számlájára azonosítható módon beérkezett előrefizetett, valamint eseti díjakat az alábbiak szerint írja jóvá:

– a beérkezés napján kerül sor az esetleges díjelmaradás miatt korábban vagy éppen esedékessé vált díjak levonására és jóváírására;

– a fennmaradó összeg, illetőleg levonás hiányában a teljes beérkezett összeg jóváírására a beérkezést követő első munkanapon kerül sor.

d) A biztosító számlájára azonosítható módon beérkezett előrefizetett, valamint eseti díjak tekintetében a beérkezés napja a díjak biztosító számláján történt jóváírását követő munkanap.

e) A nem azonosítható módon beérkezett befizetések esetében a beérkezés napja az azonosítás napja. E befizetéseket az azonosítás megtörténteig a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

f) A jóváírt díjak befektetési egységekké való átváltása – a díj befektetési egységek közötti megosztására vonatkozó nyilatkozatnak megfelelően – a befektetési egységek befektetési egységeinek eladása révén, a díj jóváírását követő értékelési napon érvényes aktuális eladási áron történik. A biztosító az eladott befektetési egységek darabszámát írja jóvá a szerződő számláján.

g) A díj kezelésére vonatkozó részletes tájékoztatást az 5. számú melléklet tartalmazza.

(18) Kezdeti fedezeti díj: megegyezik a kezdeti éves biztosítási díjjal.

(19) Kezdeti befektetési egységek: az első, második és harmadik évben esedékes biztosítási díj kezdeti fedezeti díjrészből jóváírt befektetési egységek.

(20) Felhalmozási befektetési egységek: a kezdeti befektetési egységeken felül vásárolt befektetési egységek.

(21) A szerződő számláját terhelő rendszeres költségek az alábbi a) pontban meghatározott költségek, amelyeket a biztosító a b) és c) pontokban foglaltaknak megfelelően von le a befektetési egységalapokból.

a) A szerződő számláját a szerződés létrejöttkor a kockázatviselés kezdetére visszamenő hatállyal, illetőleg minden további biztosítási hónapfordulón:

– a nyilvántartási díj terheli, illetőleg

– a havi kockázati díj terhelheti.

b) A befektetési egységek között a szerződő alszámláin lévő befektetési egységek értékével arányosan szétosztott költségeket a biztosító első díj esetén a díj jóváírását követő napon érvényes vételi árfolyamon váltja át befektetési egységekké és azokat vonja le a befektetési egységalapokból. Minden további rendszeres költséget a biztosító a hónapfordulón érvényes vételi árfolyamon váltja át. Amennyiben a rendszeres költség levonásának időpontjában a szerződő alszámláin nincs elegendő befektetési egység, a biztosító a következő beérkező díj jóváírását követő napon érvényes vételi árfolyamon váltja át befektetési egységekké, és azokat vonja le a befektetési eszközalapokból.

c) Ameddig a költségek érvényesítésére elegendő felhalmozási befektetési egység áll rendelkezésre, addig a biztosító a költségeket a felhalmozási befektetési egységekből vonja le. Ellenkező esetben a biztosító a költségek érvényesítéséhez szükséges kezdeti befektetési egységeket felhalmozási befektetési egységekké váltja át a még el nem számolt kezdeti költségek azonnali érvényesítésével.

(22) Nyilvántartási díj: a biztosítás nyilvántartásának fedezetére szolgáló költség. Az infláció követésére a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 11. § (2) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálhatja a nyilvántartási díjat. Aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(23) Kockázat alatt álló összeg (kockázatnak kitett összeg): a főbiztosításhoz tartozó alszámlákon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékével csökkentett, a főbiztosítottra vonatkozó technikai haláleseti biztosítási összeg pozitív egyenlege. A főbiztosítottra vonatkozó technikai haláleseti biztosítási összeg mértéke a 3. számú mellékletben található.

(24) Havi kockázati díjrata: a 3. számú mellékletben a normál kockázatra meghatározott, 1 forint kockázat alatt álló összegért fizetendő havi díj. A biztosító fenntartja a jogot, hogy a szerződés ötödik évfordulóját követően a „halandósági viszonyok jelentős változása” esetén az új halandósági táblát használva újrakalkulálja a havi kockázati díjrata értékét. A biztosítási szerződés havi kockázati díjrátájának kiszámítása, a biztosított életkorának, egészségi állapotának, foglalkozásának és egyéb kockázati tényezőknek a figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból, az egészségi nyilatkozatból, az orvosi vizsgálati jelentésből

és esetlegesen a szerződőtől bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg. A „halandósági viszonyok jelentős változása” alatt azt kell érteni, hogy a 18-75 közötti korosztályban legalább 6 korév esetén a KSH által publikált legfrissebb néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűség legalább 5%-kal eltér a legutóbbi újrakalkuláció idején aktuális KSH által publikált néphalandósági táblából számolható halálozási valószínűségtől. Első újrakalkuláció esetén az aktuális adatokat az eredetileg alapul vett néphalandósági táblához kell viszonyítani.

(25) Havi kockázati díj: a kockázat alatt álló összeg és a havi kockázati díjrata szorzata.

(26) Kiegészítő biztosítások havi díja: a kiegészítő biztosítások aktuális biztosítási összegéhez tartozó havi díj.

(27) Kezdeti költség: a biztosító a szerződéssel kapcsolatos kezdeti költségeinek fedezetére a biztosítás tartamának első 10 évében a kezdeti befektetési egységek számát évente a biztosítási évfordulón a 4. számú mellékletben meghatározott százalékkal csökkenti minden befektetési egységálapban. A 10. év letelte után a megmaradt kezdeti befektetési egységeket felhalmozási befektetési egységekké váltja át.

(28) Tranzakciós költségek: a szerződő kérésére végrehajtott rendszeres pénzkivonás (23. §), a részleges visszavásárlás (26. §) és az áthelyezés (28. §) során érvényesített költségek, amelyeket a tranzakcióban érintett befektetési egységek értékéből von le a biztosító. Mértéke a tranzakcióban érintett befektetési egységek aktuális értékének a 2. számú mellékletben meghatározott százaléka, de legalább a biztosító által megállapított minimális és legfeljebb a biztosító által megállapított maximális költség. Az infláció követésére a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 11. § (2) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálhatja a tranzakciós költségeket.

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

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

a) Orvosi vizsgálatok költsége

Az orvosi vizsgálatok költségét a szerződés létrejötte esetén a biztosító viseli, amennyiben a szerződő nem mondja fel a szerződést a 13. § (20) bekezdése alapján. A biztosító az orvosi vizsgálat költségeit a 13. § (20) bekezdés alapján történő elszámolás esetén jogosult a szerződőre háritani. Aktuális költségét a 2. számú melléklet tartalmazza, amelyet a szolgáltatási díjak változásának arányában a biztosító jogosult évente egyszer módosítani.

b) Költségátalány

A költségátalány a biztosító kockázatbírálási és kötvényesítési költségeit átalányjelleggel foglalja magában. A költségátalányt a biztosító a 13. § (20) bekezdés alapján történő elszámolás esetén a szerződőre háritja. Az infláció követésére a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 11. § (2) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálhatja a költségátalányt. A költségátalány aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

4. § A főbiztosított

(1) Főbiztosított az lehet, aki a biztosítási szerződés létrejöttekor 16. életévénél idősebb, de a 75. életévét még nem töltötte be. Ha a főbiztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.

(2) Határozott tartamúvá tett szerződés esetén a főbiztosított életkora a szerződés tartamának lejáratakor nem haladhatja meg a 85. életévét.

(3) A főbiztosított által választható kiegészítő biztosításokra vonatkozó, az (1) és a (2) bekezdésben megjelölt kortól eltérő belépési és maximális lejáratú életkorokat az egyes kiegészítő biztosításokra vonatkozó különös feltételek szabályozzák.

(4) A főbiztosított személyének módosítását a szerződő a biztosítási tartam 1. díjjal rendezett évének eltelte után bármelyik díjesedékeség előtt legalább 30 nappal írásbeli nyilatkozattal kezdeményezheti. A főbiztosított személyének módosítására biztosítási évenként egyszer van lehetőség. A főbiztosított személyének módosításához a korábbi főbiztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A főbiztosított személyének módosítása esetén a korábbi főbiztosítotttal vonatkozó kockázatviselés megszűnésével egy időben a korábbi főbiztosítotttal vonatkozó valamennyi kiegészítő biztosítás is megszűnik. Az új főbiztosított tekintetében is kötelező a 2. számú mellékletben meghatározott minimális díj előírás és együttműködési szabályok betartása.

Milyen hosszú a biztosítás tartama?



5. § A biztosítás tartama

(1) A biztosítási szerződés a szerződő ajánlatának a biztosító által történő elfogadásával határozatlan tartamra, de legalább 10 évre jön létre.

(2) A szerződés legkorábban a 10. évfordulóra a szerződő külön kérésére az évforduló előtt legalább 60 nappal beérkező írásbeli nyilatkozattal

határozott tartamúvá alakítható, amely opció igénylését a szerződő ajánlattételkor jelzi.

(3) A szerződés határozott tartamúvá történő alakítása után a lejárat (elérés) napja, a biztosítási tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



6. § Biztosítási esemény

- (1) Biztosítási eseménynek minősül:
- a főbiztosított halála, vagy
 - a tartam határozottá válása után (5. § (2) bekezdés) a főbiztosítottnak a biztosítási tartam lejártakor való életben léte, vagy
 - az az esemény, amelyet a kiegészítő biztosítások különös feltételei annak minősítenek.
- (2) A biztosítási esemény meghatározása szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár.
- (3) Jelen szerződés feltételei szerint nem minősül balesetnek a betegségből eredő testi sérülés, a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a napszúrás, a Nap általi égés és a hóguta.**

7. § Biztosítási szolgáltatások

- (1) A biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződésben meghatározott kockázatokra fedezetet nyújt, és a kockázatviselés kezdetét követően, a kockázatviselés hatálya alatt bekövetkező, jelen biztosítási feltételekben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbi szolgáltatásokat teljesíti.
- (2) Ha a főbiztosított a biztosítás tartama alatt elhalálozik, a biztosító az alábbi a), illetve b) pont közül a nagyobb szolgáltatást fizeti ki egy összegben, és a biztosítási esemény bekövetkeztével egy időben a szerződés minden biztosított vonatkozásában megszűnik:
- a technikai haláleseti biztosítási összeget,
 - a szerződő számláján az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékének megfelelő összeget.
- (3) Ha a főbiztosított a biztosítási ajánlat biztosító részére történő átadása és a biztosítás létrejötte (13. §) közötti időszakban baleset következtében elhalálozik, a biztosító a (2) bekezdés a) pontjában meghatározott

szolgáltatást teljesíti, valamint kifizeti a szerződő által megfizetett, a szerződés létrejöttéig letétként kezelt díjelőleget, a biztosítónak a szerződés létrejöttekor a 3. § (21) bekezdés a) pontja szerint járó költségekkel csökkentve.

(4) Ha a főbiztosított a biztosítási ajánlat biztosító részére történő átadása és a biztosítás létrejötte (13. §) közötti időszakban elhalálozik, a biztosító kifizeti a szerződő által megfizetett, a szerződés létrejöttéig letétként kezelt díjelőleget, a biztosítónak a szerződés létrejöttekor a 3. § (21) bekezdés a) pontja szerint járó költségekkel csökkentve.

(5) Ha a főbiztosított a határozott tartamúvá tett (5. § (2) bekezdés) szerződés lejáratának napján (5. § (3) bekezdés) életben van, a biztosító a szerződő számláján a lejárat napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét az elérési kedvezményezett részére a kedvezményezett választásától függetlenül

- egy összegben kifizeti, vagy
- egy részéből vagy egészéből járadékszolgáltatást indít, a fennmaradó összeget egy összegben kifizeti, vagy
- egy részéből vagy egészéből rendszeres pénzkivonást (23. §) indít, a fennmaradó összeget egy összegben kifizeti.

(6) Ha a főbiztosított a határozott tartamúvá tett (5. § (2) bekezdés) szerződés lejáratának napján (5. § (3) bekezdés) életben van, az elérési kedvezményezett hozzájárulásával a szerződő a biztosítóhoz intézett és a lejárat napja előtt 60 nappal beérkezett írásbeli nyilatkozattal kérheti a tartamnak egész számú évvel történő meghosszabbítását. Tartamhosszabbítás esetén az (5) bekezdésben részletezett lejáratú szolgáltatások közül a módosított lejáratú időpontban választhat az elérési kedvezményezett.

(7) A kiegészítő biztosítások különös feltételei szerint biztosítási eseménynek minősülő esemény bekövetkeztekor a biztosító a megfelelő kiegészítő biztosítás feltételeiben meghatározott szolgáltatást teljesíti egy összegben. Kiegészítő biztosítás biztosítottjának halálával a rá vonatkozó kiegészítő biztosítások megszűnnek, de a főbiztosítás a többi kiegészítő biztosítással együtt érvényben marad.

(8) A főbiztosítottra vonatkozó haláleseti biztosítási esemény bekövetkeztekor a szerződő által igazolhatóan már megfizetett, de még át nem váltott biztosítási díjak is kifizetésre kerülnek.

(9) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente írásban tájékoztatja a szerződőt a szerződésében foglalt szolgáltatások értékéről.

(10) Az Ügyfélbónusz szolgáltatást a 4. számú melléklet 1. pontja tartalmazza.

Mikor kell a díjat megfizetni?



8. § A biztosítás díja

- (1) A biztosítás díját a szerződő a szerződés megkötésekor meghatározott gyakorisággal fizeti.
- (2) A díjfizetés gyakorisága lehet éves, féléves, negyedéves vagy havi.
- (3) Az első rendszeres díjjal azonos összegű díjelőleg az ajánlat megtételekor fizetendő.
- (4) Az első rendszeres díj az ajánlat megtételekor, minden későbbi rendszeres díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre vonatkozik.
- (5) A díjelőleget a biztosító az ajánlat 13. § (4) bekezdése alapján történő elutasítása esetén, azzal egy időben visszautalja a szerződőnek. Az ajánlat megtételétől a visszautalásig ezt az összeget a biztosító kamatmentes letétként kezeli.
- (6) A biztosító az egyes biztosított(ak)ra vonatkozó halálesetre szóló, baleset- vagy betegségbiztosítások díjait annak a biztosítási hónapnak a végéig vonja, amelyben az adott biztosított elhalálozott.
- (7) **A szerződőnek a rendszeres díjfizetésen túl lehetősége van eseti díjak befizetésére, illetve a rendszeres díj előrefizetésére is.**
- (8) Elmaradt rendszeres díj esetében a biztosító a szerződőtől a rendszeres díjas szerződésre beérkező eseti díjat a biztosítás elmaradt rendszeres díjainak megfelelő összeghatárig rendszeres díjként kezeli.
- (9) Az elmaradt rendszeres díjat a biztosító a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláiról történő automatikus átkönyveléssel rendezi. Amennyiben a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláinak aktuális értéke nem nyújt fedezetet az elmaradt díjak rendezésére, a biztosító a 9. § rendelkezéseinek megfelelően jár el.
- (10) **A szerződőnek a rendszeres díj előrefizetésére vonatkozó írásos nyilatkozata hiányában a biztosító az esedékes rendszeres díjak kivételével minden más díjat eseti díjnak tekint, kivéve, ha egyértelműen megállapítható, hogy egy vagy több biztosítási időszakra szóló rendszeres díjnak megfelelő összeg érkezik be a biztosító rendszeres díj befizetésére szolgáló számlájára.**
- (11) A biztosítónak jogában áll a rendszeres és az eseti díjak minimális értékét meghatározni, valamint azok mértékét – a módosítást követően kötendő szerződések tekintetében – naptári évenként egyszer módosítani. A minimális díjak aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(12) Csoportos beszedési megbízás esetén a biztosító jogosult a rendszeres biztosítási díjat a szerződő folyószámlájáról az adott naptári hónapon belül a biztosítási díj esedékességéhez képest más időpontban lehívni.

(13) A szerződő folyószámlája rendszeres díjjal történő terhelésének aktuális időpontját a 2. számú melléklet tartalmazza. A biztosítónak jogában áll – a külső feltételek változása, így különösen munka- és pihenőnapok áthelyezése, bankszünnap, vagy a banki üzletszerű működéssel összefüggő egyéb okok fennállása esetén – ezt az időpontot megváltoztatni.

(14) A biztosítónak a biztosítási díj kezelésével kapcsolatos egyes eljárási szabályait az 5. számú melléklet tartalmazza.

(15) A befizetett és az előírt díjnak a díjtúrészathatárnál kisebb különbözetével a biztosító rendelkezik.

9. § Késedelmes díjfizetés

(1) A biztosító a díjmaradás tartama alatt a 3. § (21) bekezdésében meghatározott szabályok szerint a szerződő számláját terhelő költségeket változatlanul érvényesíti.

(2) A biztosító 60 nap díjjal nem fedezett tartam elteltével a szerződő felet – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felszólítja.

(3) A póthatáridő elteltével (azaz 90 nap díjjal nem fedezett időszak elteltével) a biztosító a biztosítást a 22. § szerint díjmentesíti, illetőleg, ha a biztosítás nem felel meg a díjmentesítés feltételinek, akkor a biztosító a további díj nemfizetést a szerződő 25. § szerinti visszavásárlási szándékának vélelmezi.

(4) Amennyiben a biztosító nem tud eljárni az (1) bekezdésben foglaltaknak megfelelően, a szerződés kifizetés nélkül a biztosítási hónapforduló napjával megszűnik.

10. § A szerződés ismételt hatályba léptetése (reaktiválás)

(1) A biztosítási esemény nélkül, a 9. § (4) bekezdésben meghatározott módon megszűnt biztosítás az eredeti feltételekkel újra hatályba lép, ha a szerződő a megszűnés napjától számított 180 napon belül az összes elmaradt díjat befizeti.

(2) A biztosító kockázatviselése a főbiztosítás tekintetében az elmaradt díjak befizetését követő nap 0. órájától folytatódik. Az újra hatályba léptetett főbiztosításhoz pozitív kockázatbírálást követően ismét köthetők kiegészítő biztosítások.

(3) Ha a szerződő a megszűnés napjától számított 180 napon túl kéri a biztosítási esemény nélkül megszűnt biz-

tosítás ismételt hatályba léptetését, ezt a kérelmet a biztosító új biztosítás megkötésére tett ajánlatként kezeli.

Hogyan őrzi meg a biztosítás az értékét?



11. § Az értékkövetés (indexálás)

(1) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű szerződés rendelkezik az indexálás jogával, a biztosító minden biztosítási évfordulón felajánlja a szerződőnek, hogy a biztosítási összegeket és a főbiztosítás rendszeres díját a (2) bekezdésben meghatározott módon növelje.

(2) A biztosító az indexet úgy határozza meg, hogy az a minden év február 1-jén érvényes, a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, az előző naptári évre vonatkozó, fogyasztói árindextől legfeljebb 5 százalékponttal térjen el. A biztosító az indexet azon szerződések tekintetében alkalmazza, amelyek évfordulója a május 1-jét követő időpontra esik.

(3) A 2. számú mellékletben meghatározott költségek, egyéb díjak és összegek indexálása szintén a (2) bekezdésben meghatározott módon történik. Az indexálással módosított költségekről, egyéb díjakról és összegekről a biztosító hirdetmény útján értesíti a szerződőt.

(4) A kiegészítő biztosítások biztosítási összege és díja is növekszik, ha a szerződő a (6) bekezdésben foglaltak szerint az indexálást nem utasította el. A balesetbiztosítások biztosítási összege és díja azonos arányban növekszik, a halál esetére szóló kiegészítő biztosítás és a betegségbiztosítási kiegészítő biztosítások díja a biztosítási összeg növekedésénél nagyobb arányban növekszik, mert az új díjtétel kiszámítása a biztosított aktuális életkorának figyelembevételével történik.

(5) Az indexálásról a biztosító a szerződőt legkésőbb 2 hónappal a biztosítási évfordulót megelőzően értesíti. Az értesítő levél az évfordulót követően érvényes biztosítási összegeket és biztosítási díjat tartalmazza. A biztosítási évfordulótól kezdődően a biztosítási jogviszony a megemelt biztosítási összegekkel és biztosítási díjjal folytatódik, ha a szerződő a (6) bekezdésben foglaltak szerint az indexálást nem utasította vissza.

(6) A szerződő az indexálásról szóló értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban értesítheti a biztosítót, hogy az indexálást elutasítja. Elutasítás esetén a biztosítás változatlan feltételekkel hatályban marad.

(7) Ha a biztosítási évben a szerződő az értesítőlevél kiküldését megelőzően élt a biztosítási díj egyedi növelésével (12. §), a biztosító az indexált érték kiszámításánál a megváltozott értékből indul ki. Ha a díjnövelési igény az értesítőlevél kiküldését követően, de még az évfordulót 5 nappal megelőzően érkezik be, a biztosító a szerződő kérésének megfelelő értéket tekinti érvényesnek

a biztosítási évfordulótól. Amennyiben a szerződő által módosított biztosítási díj alacsonyabb az indexált értéknél, a biztosító az indexálást elutasítottak, ellenkező esetben elfogadottnak tekinti. Ha a szerződő igénye az évfordulót megelőző 5 napon belül érkezik be, a biztosító azt az évfordulót követően hajtja végre.

12. § A biztosítási díj egyedi módosítása

(1) A szerződő a biztosítási szerződés megkötésétől számított három év díjjal fedezett tartam elteltével írásban kérheti a rendszeres díj növelését, illetve csökkentését. A módosított biztosítási díj az arra vonatkozó nyilatkozatnak a biztosítóhoz történő beérkezését követő 5. naptól számított első biztosítási időszakról érvényes.

(2) A biztosító a rendszeres biztosítási díj növelését minimális díjváltozáshoz kötheti, amelynek aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(3) A biztosító a rendszeres biztosítási díj csökkentését elfogadáshoz köti és a mindenkori minimáldíj mértékéig engedélyezi, amelynek mértékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

Hogyan jön létre a biztosítás?



13. § A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása

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

(2) A biztosítási szerződés megkötésének előfeltétele a szerződő biztosítási ajánlata a biztosító részére.

(3) A biztosítónak az ajánlat elbírálására az ajánlat beérkezésétől számított 15 nap – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 nap – áll rendelkezésére.

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

(5) A biztosító ráutaló magatartásával létrejött fogyasztói szerződés esetén, ha a kockázatbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, 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.

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

(7) Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a jelen szerződési feltételektől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést jelen szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő a javaslatot nem fogadja el vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított tizenöt napon belül a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

(8) A díjelőleg csak a biztosítási szerződés létrejöttével minősül fizetett díjnak.

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

(10) Az életbiztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához – ha a szerződést nem ő köti meg – a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a főbiztosított visszavonó nyilatkozatával a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe belép. A kiegészítő biztosítás biztosítottja visszavonó nyilatkozatával az adott biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítások szűnnek meg.

(11) Az írásbeli megállapodást, illetőleg a biztosító elfogadó nyilatkozatát a biztosítási kötvény kiállítása pótolja. A biztosító a kötvényt a kockázatelbírálásra rendelkezésre álló időn belül állítja ki. Amennyiben a kockázatelbírálási időszak alatt az ajánlat elbírálásához és a biztosítási kockázat elvállalásához szükséges összes dokumentum, vagy az első díj nem érkezik be a

biztosítóhoz, akkor a kötvényt az ajánlat elbírálásához és a biztosítási kockázat elvállalásához szükséges összes dokumentum, valamint az első díj azonosítható módon történt beérkezését követően legfeljebb 2 munkanappal állítja ki a biztosító.

(12) Ha a kötvény tartalma a szerződő fél ajánlatától eltér és az eltérést a szerződő fél tizenöt napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. Ezt a rendelkezést lényeges eltérésekre csak akkor lehet alkalmazni, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény kiszolgáltatásakor írásban felhívta; ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

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

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

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

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

(17) A biztosított, mielőtt a szerződés felmondás, vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a biztosítóval közölt nyilatkozatával a szerződő fél helyébe léphet. Ilyen esetekben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllal egyetemlegesen felelős. Amennyiben több biztosított jogosult a szerződő helyébe lépni, a biztosító az elsőként beérkezett biztosított nyilatkozatot tekinti érvényesnek.

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

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

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

a) Az elszámolás alapját a biztosító az alábbiak szerint állapítja meg:

a szerződés első díjából vásárolt egységek száma szorozva a befektetési egységeknek a kockázatviselés megszűnése napján érvényes vételi árfolyamával és ez növelve a befizetett díj befektetése során elvont vételi és eladási ár közötti különbözettel.

b) Az elszámolás során a biztosító az elszámolás alapjául szolgáló összeget csökkenti az alábbiakkal:

- a szerződés létrehozása érdekében felmerült költségeivel (ide nem értve a biztosításközvetítőnek kifizetett jutalékot),
- a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított kockázati díjjal és
- a kiegészítő biztosítások díjának a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra számított időarányos részével.

c) A b) pontban felsorolt csökkentő tényezők együttes összege nem haladhatja meg a kezdeti biztosítási díj tizenketted részét.

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

e) A biztosító a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított kockázati díjat úgy határozza meg, hogy a szerződésben vállalt technikai haláleseti biztosítási összeget (HBÖ) megszorozza a havi kockázati díjrátá (KDR) tizenkétszeresével (3. számú melléklet), majd veszi annak 365-öd részének annyszorosát, ahány napig a biztosító az adott szerző-

dés vonatkozásában kockázatban állt (HBÖ * KDR * 12 * kockázatban eltöltött napok száma/365).

f) A biztosító a kiegészítő biztosításoknak a kockázatviselés kezdetétől a megszűnésig eltelt időszakra időarányosan számított díját úgy határozza meg, hogy a kiegészítő biztosítások kedvezményektől és pótlékoktól mentes éves díjának 365-öd részét megszorozza a kockázatviselés napjainak számával (kiegészítő biztosítások aktuális éves díja * kockázatban eltöltött napok száma/365).

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

Mikortól érvényes a biztosítás?



14. § A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

(1) A biztosítási szerződés a kockázatviselés kezdete napján lép hatályba.

(2) A biztosító kockázatviselése a kockázatbírálási időszakra vonatkozó rendelkezések függvényében a biztosítás első díjának megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés a 13. § rendelkezéseivel összhangban már létrejött vagy utóbb létrejön.

(3) Amennyiben a felek a díj megfizetésére vonatkozóan írásban halasztásban állapodnak meg, a kockázatviselés e megállapodás napján megkezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés a 13. § rendelkezéseivel összhangban már létrejött vagy utóbb létrejön.

15. § Kockázatbírálási időszak

(1) A kockázatbírálási időszak az ajánlat beérkezésétől számított 15 napig – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napig –, vagy a kötvény korábbi kiállításáig tart.

(2) A kockázatbírálási időszak alatt a biztosító nem áll kockázatban, kivéve az alábbi eseteket:

a) biztosító ráutaló magatartásával létrejött fogyasztói szerződés esetében, ha a biztosítási esemény a kockázatbírálási idő alatt következik be, és az ajánlatot a biztosító nem utasíthatja vissza,

b) a kockázatbírálási időszak alatt bekövetkező balesztből eredő biztosítási események tekintetében.

Az ügyfélnek milyen kötelezettségei vannak?



16. § Közlési kötelezettség

(1) A szerződő, illetőleg a biztosított(ak) köteles(ek) a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval a valóságnak megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyeket ismer vagy ismernie kell, és amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel. A közlésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosított(ka)t; egyikük sem védekezhet olyan körülmény nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre köteles lett volna. A biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő, illetőleg a biztosított(ak) eleget tesz(nek) a közlési kötelezettségnek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

(2) Ha az életkor helytelen bevallása következtében a biztosító a kockázati díjat

a) a valóságos aktuális életkor után járó kockázati díjnál alacsonyabb összegben állapította meg, a biztosítási összeget arra az összegre kell leszállítani, amely a megállapított kockázati díjnak a biztosítás megkötésének időpontjában a biztosított tényleges aktuális életkora mellett megfelelt volna,

b) a szükségesnél magasabb összegben állapította meg, a biztosító a díjkülönbözetet visszatéríti.

(3) Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, (ideértve különösen a (2) bekezdésben meghatározott esetet), és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja. Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő figyelmét felhívta. E jogokat a biztosító a szerződés fennállásának az első öt évében gyakorolhatja.

(4) A közlésre irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha:

a) bizonyítják, hogy az elhallgatott, vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy

b) az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, vagy

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

(5) A közlési kötelezettség megsértése miatt a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól és a főbiztosítás tekintetében visszavásárlási összeg kifizetésére köteles, valamint a kiegészítő biztosítások kifizetés nélkül megszűnnek. Ha a közlési kötelezettség megsértése miatt a biztosító a kiegészítő biztosítás biztosítottjával kapcsolatban mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, akkor kifizetés nélkül megszüntetheti az adott biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosításokat.

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

17. § Bejelentési kötelezettség

(1) A szerződő fél, illetőleg a biztosított(ak) köteles(ek) a lényeges körülmények változását a biztosítónak írásban bejelenteni; lényeges körülménynek minősülnek a jelen § (2) és (3) bekezdésében meghatározott körülmények. A változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosított(ka)t; egyikük sem védekezhet olyan változás nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítónak bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és a bejelentésre köteles lett volna.

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

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

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

(5) Amennyiben a szerződő, illetőleg a biztosított a bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a biztosító a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat alkalmazza azzal, hogy a biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló öt éves időszak a bejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

Mit kell tenni, ha káresemény történik?



18. § A biztosító teljesítése

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

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

(3) A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez be kell nyújtani a biztosítási kötvényt és a 6. számú mellékletben megjelölt iratokat.

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

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

(6) A biztosítás díjmentesítéséhez, illetőleg a visszavásárlási összeg kifizetéséhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetőleg átadni:

- a biztosítási kötvényt,
- a főbiztosított és a szerződő közös nyilatkozatát a díjmentesítésről, illetve visszavásárlásról.

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

(8) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetőleg a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől

számított 30 napon belül – tekintettel a 3. § (11) bekezdésében foglaltakra – teljesíti, amennyiben teljesítésre köteles.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



19. § A biztosító mentesülése

(1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosítási esemény a biztosított halála esetén a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye. Ebben az esetben az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon érvényes visszavásárlási összeg a biztosított örököseit illeti meg és a kedvezményezett abból nem részesülhet.

(2) Több haláleseti kedvezményezett esetén az (1) bekezdés rendelkezése nem vonatkozik azon kedvezményezettekre, akik nem hatottak közre a biztosított halálának előidézésében.

(3) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól és a főbiztosítás esetében a 7. § (2) bekezdés b) pontjában meghatározott összeget fizeti ki, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási esemény

a) a biztosított jogellenes vagy szándékos magatartásának következménye,

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

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

(4) Amennyiben a biztosított a szerződéskötéstől számított két éven túl elkövetett öngyilkosság, vagy öngyilkossági kísérlet következtében hal meg, a biztosító a főbiztosítás esetében a 7. § (2) bekezdésében meghatározott haláleseti szolgáltatást fizeti ki, kivéve, ha az öngyilkosságot, vagy öngyilkossági kísérletet megelőző két éven belül a haláleseti biztosítási összeg egyedi emelésére került sor. Ebben az esetben a biztosító az emelés előtti haláleseti biztosítási összeg figyelembevételével számított haláleseti szolgáltatást fizeti ki.

(5) A biztosító mentesül a kiegészítő biztosításokra vonatkozó szolgáltatás teljesítésétől, és a kiegészítő biztosítások minden további feltétel nélkül megszűnnek, ha a biztosítási eseményt olyan esemény idézte elő, amelyek következtében a biz-

tosító a főbiztosítás biztosítási összegének kifizetése alól mentesül az (1) és (3) bekezdések alapján.

20. § Kizárt kockázatok

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

Az esemény

- a) a biztosított elme- vagy tudatzavarával okozati összefüggésben következett be,
- b) a biztosított motoros eszközökkel folytatott sporttevékenységének következménye,
- c) a biztosított hivatásszerű sportolása közben következett be,
- d) bármely, olimpiai sportágként nem bejegyzett, különlegesen veszélyes sportcselekménnyel, így a küzdősportok köréből a pankrációval, kettecharc-al; az egyéb sportok és hobbijellegű tevékenységek köréből a hegyi kerékpározással (Mountain bike), a canyoninggal, a szikla- vagy gleccsermászással, a vízisízéssel, a vízirobogózással (jet-ski), a vadvízi evezéssel, a hegymászással, a magashegyi expedícióval, a barlangászattal, a bázisugrással, a mélybe ugrással (bungee jumping), a falmászással, a roncsautó sporttal (auto-crash), a rallyvel, a hőlégballonozással, a félkezes és nyílttengeri vitorlázással, a sárkányrepüléssel, az ejtőernyőzéssel, a paplanernyőzéssel vagy a műrepüléssel összefüggésben következett be,
- e) bármiféle légi jármű, repülő szerkezet, vagy ejtőernyő pilótaként vagy utasként történő használata során következett be, kivéve a légitársaságok menetrendszerű vagy charter járatainak utasait,
- f) föld alatti vagy víz alatti munkavégzés vagy ilyen területen folytatott sporttevékenység következménye,
- g) robbanószerkekkel, robbanó szerkezetekkel való foglalkozás következménye,
- h) a biztosított fegyverviselésével okozati összefüggésben következett be,
- i) az atommag szerkezetének módosulása, radioaktív sugárzás, vagy egyéb ionizáló sugárforrás miatt következett be, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- j) közvetve vagy közvetlenül összefüggésben áll harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel, lázadással, zavargással vagy terrorcselekménnyel, hadüzenettel vagy anélkül vívott harccal, határvillongással, felkeléssel, forradalommal, zendüléssel, a törvényes kormány elleni puccsal vagy puccskísérlettel, népi megmozdulással, nem engedélyezett tüntetéssel vagy be nem

jelentett sztrájkjal, idegen ország korlátozott célú hadcselekményeivel, kommandó támadással,

k) a biztosított súlyosan ittas állapotával (legalább 2,51‰ véralkohol szint) okozati összefüggésben következett be,

l) bekövetkeztek a biztosított vezetői engedély vagy érvényes forgalmi engedély nélkül vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedésrendészeti szabályt is megszegett és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be,

m) bekövetkeztek a biztosított ittas állapotban (legalább 0,8‰ véralkohol szint) vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedésrendészeti szabályt is megszegett és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be,

n) bekövetkeztek a biztosított kábító, bódító szerek, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatt állt, vagy egyéb vegyi anyagot bódító szerként alkalmazott, és a káresemény ezzel okozati összefüggésben következett be, kivéve, ha a fenti állapot egészségügyi intézmény vagy személy utasítása alapján, annak pontos betartása mellett alakult ki,

o) a biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a biztosított általi súlyosan gondatlan vagy szándékos megsértése miatt következett be, továbbá,

p) ha a baleset bekövetkezését követően a biztosított nem vett igénybe haladéktalanul orvosi segítséget vagy az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig nem folytatta és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott esetek miatt bekövetkező halál esetén a főbiztosítás esetén a biztosító az írásbeli haláleseti bejelentésnek a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon érvényes visszavásárlási összeget fizeti ki.

(3) Az (1) bekezdésben meghatározott esetek miatt bekövetkező halál esetén a kiegészítő biztosítások kifizetés nélkül megszűnnek.

(4) Az (1) bekezdésben meghatározott esetek miatti biztosítási eseményeket a biztosító a kiegészítő biztosítások tekintetében is kizárja.

21. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

(1) A kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító az eredetivel egyező kötvénymásolatot állít ki, amennyiben ezt az ügyfél kéri, és teljes bizonyító erejű magánokiratban nyilatkozik az eredeti kötvény hiányáról.

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

22. § Díjmentesítés

(1) **Rendszeres díjas biztosítás** esetén a biztosítási szerződés megkötésétől számított **három év díjjal fedezett tartam elteltével** a szerződő írásbeli nyilatkozatban kérheti, hogy a biztosító a biztosítást a nyilatkozatnak a biztosítóhoz történő beérkezését követő 5. naptól számított első biztosítási hónapfordulóval díjmentesítse. A szerződő további díjfizetési kötelezettsége ezzel megszűnik, de eseti díjak fizetésére való jogosultsága változatlanul megmarad.

(2) A biztosító a díjmentesítés napjától a kezdeti költségeket a rendszeres díjfizetésű szerződések kezdeti költségelvonási szabályai szerint folytatja (3. § (27) bekezdés).

(3) **A díjmentesítés feltétele, hogy a szerződés visszavásárlási értéke elérje a biztosító által a 2. számú mellékletben meghatározott minimális összeget, melynek mértékét az inflációra tekintettel a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 11. § (2) bekezdésben foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálhatja.**

(4) **A díjmentesítés után a technikai haláleseti biztosítási összeg és a kiegészítő biztosítások biztosítási összegei nem változnak, a biztosító továbbra is érvényesíti a biztosítási összegekhez tartozó kockázati díjakat. Azon a biztosítási hónapfordulón, amelyen a befektetési egységek aktuális értéke nem nyújt fedezetet a szerződő számláját terhelő rendszeres költségek érvényesítésére, a biztosítás és a kiegészítő biztosítások megszűnnek.**

(5) **A szerződőnek a díjmentesítés után is lehetősége van a kiegészítő biztosítások biztosítási összegeinek csökkentésére, illetve a kiegészítő biztosítások megszüntetésére.**

(6) A biztosítás díjmentesítés után is visszavásárolható. Díjmentesített biztosítás visszavásárlásakor a biztosító a biztosítás fennmaradt kezdeti befektetési egységeit felhalmozási befektetési egységekké váltja át az el nem számolt kezdeti költségek azonnali érvényesítésével.

(7) Díjmentesített biztosítás esetén a szerződő írásban kérheti a rendszeres díjfizetés visszaállítását.

23. § Rendszeres pénzkivonás

(1) **A biztosítási szerződés hatálya alatt, 3 év díjjal fedezett tartam elteltével a szerződő írásban kérheti, hogy a biztosító havi rendszerességgel, de legalább két alkalommal azonos összegű pénzt fizessen ki számára a számlájáról (rendszeres pénz-**

kivonás). Erre a szerződő alszámláin nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek arányos eladása révén, a szerződő kérelmének a biztosítóhoz történt beérkezését követő 5. nap utáni első biztosítási hónapfordulótól kerül sor, minden esetben a hónapforduló napján – mint értékelési napon – érvényes vételi árfolyamon – tekintettel a 3. § (11) bekezdésében foglaltakra.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott kifizetés további feltétele, hogy a havonta kivont összeg nem lehet kevesebb, mint az aktuális minimális éves díj tizenkettede.

(3) A rendszeres pénzkivonás a szerződőnek a pénzkivonás megszüntetésére irányuló kérelmének a biztosítóhoz történő beérkezését követő 5. naptól számított első biztosítási hónapfordulóig, vagy legfeljebb az (5) bekezdésben és a (6) bekezdés a) és b) pontjaiban meghatározott biztosítási hónapfordulóig tart.

(4) A rendszeres pénzkivonás havi költsége megegyezik a 3. § (28) bekezdésben meghatározott tranzakciós költséggel, amelyet a biztosító a kifizetendő összegből von le. A költség aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(5) Rendszeres pénzkivonásra addig van lehetőség, amíg

a) arra a szerződő számláján nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek aktuális értéke fedezetet nyújt, illetőleg

b) a szerződés első 10 évében az utolsó pénzkivonás után a fennmaradó biztosítás aktuális visszavásárlási összege eléri a 2. számú mellékletben meghatározott minimális összeget, melynek mértékét az inflációra tekintettel a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 11. § (2) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálhatja.

(6) A szerződés

a) tizedik évfordulójáig azon a biztosítási hónapfordulón, amelyen a felhalmozási befektetési egységek aktuális értéke nem nyújt fedezetet a rendszeres pénzkivonás teljes összegének kifizetésére, a biztosító a részletek további kifizetését leállítja,

b) tizedik évfordulóját követően azon a biztosítási hónapfordulón, amelyen a befektetési egységek aktuális értéke nem nyújt fedezetet a rendszeres pénzkivonás teljes összegének kifizetésére, a biztosító a befektetési egységeknek a kifizetés költségével csökkentett aktuális értékét fizeti ki. A kifizetéssel a biztosítás és a kiegészítő biztosítások megszűnnek.

24. § Felmondás

(1) A szerződő bármely biztosítási hónapfordulóra, legalább a hónapfordulót 30 nappal megelőzően a szerződést írásban felmondhatja.

(2) A biztosító a szerződést a biztosítási kockázat jelentős növekedése, illetve a közlési és bejelentési kötelezettség megsértése esetén a jelen szabályzat 16. § (3) bekezdésében és a 17. § (4) bekezdésében foglaltak szerint felmondhatja.

(3) Felmondás esetén a biztosító a szerződés megszűnésekor érvényes visszavásárlási összeget fizeti ki.

(4) Felmondás esetén a kiegészítő biztosítások tekintetében a biztosító kockázatviselése a kiegészítő biztosítás díjjal fedezett tartamának végén szűnik meg.

25. § Visszavásárlás

(1) A visszavásárlási igény bejelentése esetén a szerződő írásbeli nyilatkozatának a biztosítóhoz történő megérkezését követő nap 0. órájától a biztosító kockázatviselése megszűnik.

(2) A biztosító a kockázatviselés megszűnésének napjától számított 8 napon belül – tekintettel a 3. § (11) bekezdésében foglaltakra – a kockázatviselés megszűnése napján érvényes visszavásárlási összeget fizeti ki a szerződő részére.

(3) A biztosítási szerződés megkötésétől számított három év díjjal fedezett tartamon belül a visszavásárlási összeg meghatározásához a biztosító a meg nem képzett kezdeti befektetési egységek mértékéig a felhalmozási befektetési egységeket kezdeti befektetési egységekként kezeli.

(4) A visszavásárlási összeg a szerződő számláján nyilvántartott kezdeti és felhalmozási befektetési egységek, igény bejelentését követő első értékelési napon megállapított vételi áron számított összértékének a 4. számú mellékletben meghatározott százaléka.

(5) A visszavásárlási összeg számítása szempontjából csak a díjjal fedezett időszak vehető figyelembe. A díjfizetéssel fedezett időszak számítása során a 8. § (8) és (9) bekezdéseinek rendelkezéseit kell megfelelően alkalmazni.

(6) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente írásban tájékoztatja a szerződőt szerződése aktuális visszavásárlási értékéről.

(7) A visszavásárolt biztosítás nem helyezhető újra hatályba.

(8) A szerződés visszavásárlása esetén a kiegészítő biztosítások tekintetében a biztosító kockázatviselése a kiegészítő biztosítás díjjal fedezett tartamának végén szűnik meg.

26. § Részleges visszavásárlás

(1) A szerződő a biztosítási szerződés megkötésétől számított **három év díjjal fedezett tartam elteltevel** írásban kérheti, hogy a biztosító pénzt fizessen ki a számlájáról. Erre, ha a szerződő külön írásban nem rendelkezik az alapokból kivenni kívánt összegekről, a szerződő alszámláin nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek – a szerződő kérelmének beérkezését követő

első értékelési napon megállapított vételi árfolyamon történő – arányos eladása révén kerül sor, 8 napon belül – tekintettel a 3. § (11) bekezdésében foglaltakra.

(2) A részleges visszavásárlás feltétele, hogy a fennmaradó biztosítás aktuális visszavásárlási összege elérje a 2. számú mellékletben meghatározott minimális összeget, melynek mértékét az inflációra tekintettel a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 11. § (2) bekezdésben foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálhatja.

(3) A részleges visszavásárlás esetenkénti költsége megegyezik a 3. § (28) bekezdésben meghatározott tranzakciós költséggel, melyet az igényelt összegből von le a biztosító. A költség aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

27. § Befektetési egységalapok és egységek módosítása

(1) A biztosítónak jogában áll, hogy befektetési egységalapot létrehozson, valamint meglévőt megszüntessen; illetve hogy a meglévő befektetési egységalapok nevét és befektetési politikáját, valamint az alapkezelők körét megváltoztassa.

(2) A biztosító a befektetési egységalap

- a) tervezett megszüntetése előtt legalább 60 nappal írásban értesíti a szerződőt,
- b) létrehozásáról hirdetmény útján tájékoztatja a szerződőt.

(3) A biztosító felajánlja a megszűnő befektetési egységalap befektetési egységeinek bármely más működő befektetési egységalap befektetési egységeire való, valamint a megszűnő befektetési egységalapok befektetési egységeinek a létrejövő befektetési egységalap befektetési egységeire való költségmentes áthelyezését az értesítés kézhezvételétől számított 60 napon belül.

(4) Amennyiben a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 60 napon belül nem rendelkezik a megszűnő befektetési egységalap befektetési egységeinek áthelyezéséről, azokat a biztosító az általa meghatározott befektetési egységalapba helyezi.

(5) A biztosítónak joga van befektetési egységek felosztására vagy összevonására, ami megváltoztatja a befektetési egységek számát és a befektetési egységek értékét. A befektetési egységek felosztása vagy összevonása nem befolyásolja a szerződő érintett alszámláin nyilvántartott összes befektetési egység aktuális értékét.

(6) A biztosító az eszközalapok befektetési politikáját a szerződési feltételekben foglaltak szerint és csak úgy változtathatja meg, hogy a módosítás nem befolyásolja egy adott eszközalap kockázati szintjét. A befektetési politika módosítására csak akkor kerülhet sor, ha az eredeti befektetési politika megvalósítása a befektetési

környezet vagy az eszközök elérhetőségének vagy megfelelőségének megváltozása miatt nem lehetséges.

(7) A biztosító a befektetési politika módosításáról az érintett ügyfeleket annak hatályba lépését megelőzően legalább 60 nappal tájékoztatja, valamint felajánlja a változtatott befektetési egységalap befektetési egységeinek bármely más működő befektetési egységalap befektetési egységeire való költségmentes áthelyezését.

(8) Amennyiben a (6) bekezdésben meghatározott körülmények nem teszik lehetővé az előzetes értesítést, akkor a biztosító az értesítési kötelezettségnek legkésőbb a változás bekövetkezésétől számított 5 munkanapon belül tesz eleget. A biztosító a befektetési politika módosításáról a honlapján tájékoztatót tesz közzé.

(9) A biztosító, saját választása alapján, az érintett ügyfeleket a befektetési politika módosításáról levélküldeményben vagy elektronikus levél (email) útján értesíti.

28. § Áthelyezés és a díj megosztásának módosítása

(1) A szerződő kérheti a biztosítót, hogy a valamely alszámláján nyilvántartott befektetési egységeket, vagy azok egy részét más alszámlára helyezze át (áthelyezés).

(2) A befektetési egységek áthelyezése során a biztosító a szerződő nyilatkozatában foglalt tranzakciót az adott munkanap

a) 15 óra előtt beérkező nyilatkozat esetében a rákövetkező első munkanapon rögzíti rendszerében, és a rögzítést követő napon dolgozza fel,

b) 15 óra után beérkező nyilatkozat esetében a rákövetkező második munkanapon rögzíti rendszerében, és a rögzítést követő napon dolgozza fel.

(3) A szerződő az áthelyezési és díj megosztásának módosítására irányuló kérelmét a MyMetLife online ügyfélfoldalon is kezdeményezheti. Ilyen esetben a biztosító a tranzakciót kedvezményes díjtétellel (2. számú melléklet) hajtja végre.

(4) A tranzakció a feldolgozás napján megállapított árfolyamon történik – tekintettel a 3. § (11) bekezdésében foglaltakra.

(5) A biztosító évente egyszer jogosult a feldolgozás időpontjának meghatározását módosítani, amennyiben a biztosító üzletszerű működése azt indokolja, feltéve, hogy a módosítás a feldolgozás hatékonyságát mind a biztosító, mind a szerződő számára növeli. A módosításról a biztosító a szerződőt hirdetményben tájékoztatja.

(6) Évente az első 5 áthelyezés költségmentes.

(7) Újabb áthelyezés esetén a biztosító tranzakciós költséget von le az áthelyezett befektetési egységek értékéből. A költség aktuális értékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(8) A szerződő kérheti a díj megosztásának módosítását (3. § (16) bekezdés). A díj új megosztása a szerződő arra vonatkozó nyilatkozatának a biztosítóhoz történő beérkezését követő díjfizetésekre érvényes.

Mikor szűnik meg a biztosítás?



29. § A biztosítás megszűnése

(1) A biztosítás megszűnik:

– ha a 6. § (1) bekezdés a) vagy b) pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító teljesít,

– ha a szerződést a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy szerződő a 13. § (20) bekezdése alapján a szerződés létrejöttéről szóló jognyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül felmondja,

– ha a szerződő a biztosítást a 24. § (1) bekezdése alapján felmondja,

– ha a biztosító a szerződést a 24. § (2) bekezdése alapján felmondja,

– a pénzkivonással összefüggésben a 23. § (6) bekezdés b) pontjában meghatározott esetben,

– ha a szerződő a biztosítást a 25. § szerint visszavásárolja,

– a késedelmes díjfizetéssel összefüggésben a 9. § (3) és (4) bekezdésében meghatározott esetekben,

– a díjmentesítéssel összefüggésben a 22. § (4) bekezdésben meghatározott esetben,

– a díjfizetés szüneteltetésével összefüggésben a 30. § (4) bekezdésben meghatározott esetben.

(2) A szerződés megszűnésekor a felek kölcsönösen lemondanak a díjtűrészathar mértékét meg nem haladó követelésükről.

30. § Díjfizetés szüneteltetése

(1) A biztosítási szerződés megkötésétől számított három év díjjal fedezett tartam elteltével a szerződő írásbeli nyilatkozatban kérheti, hogy a biztosító a szerződés díjjal fedezett dátumától 1 éves időtartamra szüneteltesse a díjfizetési kötelezettséget. A szerződő további díjfizetési kötelezettsége ezzel 1 éves időtartamra megszűnik, de eseti díjak fizetésére való jogosultsága változatlanul megmarad.

(2) A díjfizetési kötelezettség szüneteltetése a költségelvonási szabályokat nem érinti.

(3) A díjfizetés szüneteltetésének feltétele, hogy a szerződés visszavásárlási értéke elérje a biztosító által a 2. számú mellékletben meghatározott minimális visszavásárlási összeget, melynek mértékét az inflációra való tekintettel a biztosító évente egyszer – minden év május elsejével – legfeljebb a 11. § (2) bekezdésében foglaltaknak megfelelő mértékkel indexálhatja.

(4) A díjfizetés szüneteltetésének időtartama alatt a kiegészítő biztosítások biztosítási összegei nem változnak, a biztosító továbbra is vonja a biztosítási összegekhez tartozó kockázati díjat. Azon a biztosítási hónapfordulón, amelyen a befektetési egységek aktuális értéke nem nyújt fedezetet a szerződő számláját terhelő rendszeres költségek érvényesítésére, a biztosítás és a kiegészítő biztosítások megszűnnek.

(5) A szerződőnek a szüneteltetés után is lehetősége van a kiegészítő biztosítás feltételei szerinti biztosítások biztosítási összegeinek csökkentésére, illetve a kiegészítő biztosítások megszüntetésére.

(6) A szüneteltetett díjfizetésű biztosítás is visszavásárolható a díjjal rendezett időtartamhoz tartozó, kezdeti befektetési egységekre vonatkozó visszavásárlási százalékok figyelembevételével.

(7) A díjfizetés szüneteltetését a szerződő legfeljebb háromszor kérheti a szerződés tartama alatt. Két szüneteltetési időszak között legalább 1 éves díjnak kell befolynia a főbiztosításra.

(8) Amennyiben a díjfizetés szüneteltetésének 1 éves időtartamának leteltét követően a díjfizetés nem folytatódik, a biztosító a 9. § rendelkezéseinek megfelelően jár el.

31. § Elévülés

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

Mit tesz a biztosító az adataim biztonsága érdekében?



32. § A biztosítási titok

(1) A biztosító köteles a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bit.) 135-143. §-ában, valamint a 149-151. §-ában meghatározott biztosítási titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek – ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

A biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait,

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

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

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító a 135. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

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

A biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító és a viszontbiztosító köteles törölni minden olyan ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

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

a) a biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásbeli felmentést ad, b) a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

(3) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:

a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és ügyésséggel,

c) a büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adószárazrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyongfelügyelővel, bírósággal,

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

e) az adóhatósággal szemben, 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,

f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,

g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivattal,

h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

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

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

k) a viszontbiztosítóval, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,

l) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel,

m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,

n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,

o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,

p) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,

q) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatósággal szemben,

r) ha az a)-j) és n) pontban megjelölt szerv vagy személy olyan 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)-q) 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.

(4) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége továbbá nem áll fenn a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját.

(5) 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, illetve 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 teljesítésére szorítkozik.

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

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

pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

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

(8) 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.

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

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

(10) 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.

(11) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év

elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatok, vagy az Infotv. törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.

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

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

(14) A biztosító, mint a FATCA-törvény szerinti Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény az általa kezelt, FATCA-törvény szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi a FATCA-törvény szerinti Számlatulajdonos és Jogalany FATCA-törvényben foglalt Megállapodás 1. Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló illetőségvizsgálatot. A számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg írásban tájékoztatja

a) az illetőségvizsgálat elvégzéséről,

b) az Aktv. 43/B-43/C. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről,

c) a FATCA-törvény szerinti jelentéstételi kötelezettségéről.

Az Aktv. 43/B-43/C. §-a szerinti adatszolgáltatás esetén az adatszolgáltatás tényéről az intézmény a számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban tájékoztatja.

(15) A biztosító, mint az Aktv. szerinti Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény az általa kezelt, az Aktv. 1. melléklet VIII/C. pontja szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi az Aktv. szerinti Számlatulajdonos és Jogalany illetőségének az Aktv. 1. melléklet II-VII. pontja szerinti megállapítására irányuló illetőségvizsgálatát. A Számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg az ügyfélfogadásra nyitva álló helyiségeiben kifüggesztett hirdetmény útján vagy - ha az lehetséges - elektronikus úton tájékoztatja

- a) az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
- b) az Aktv. 43/H. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről.

Az Aktv. 43/H. §-a szerinti adatszolgáltatásról az intézmény a Számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban – ha az lehetséges elektronikus úton – tájékoztatja.

(16) A 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 jogosult megkereséssel fordulni más biztosítóhoz az általa kezelt alábbi adatok vonatkozásában:

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

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

A megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy 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 megkeresési jogosultsága tényének fennállásáért.

A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a

megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak. A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti, azonban, ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.

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.

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

Ha az ügyfél az Infotv.-ben szabályozott módon az adattairól tájékoztatást kér és a megkereső biztosító már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

33. § A személyes adatok kezelése

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

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

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

(4) A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel, vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

- (5) A biztosító által kezelhető adatok köre:
- biztosított (szerződő, kedvezményezett és károsult) személyes adatai, a biztosított különleges adatai,
 - biztosítási összeg,
 - a kifizetett biztosítási összeg mértéke és a kifizetés ideje,
 - a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tény, körülmény.
- (6) Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
- (7) Az adatkezelés célja kizárólag a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása és a követelések megítéléséhez szükséges adatok nyilvántartása, illetőleg törvényi kötelezettségek teljesítése lehet.
- (8) A biztosítási ajánlat aláírásával a szerződő és a biztosított megadja a személyes és különleges adatai kezelésére vonatkozó írásbeli hozzájárulást az ajánlati nyilatkozattal és a biztosítási feltételekkel összhangban történő kezeléséhez.
- (9) A szerződő, a biztosított és bármely más érintett személy jogosult a biztosítótól kérelmezni:
- tájékoztatást személyes és különleges adatai kezeléséről,
 - személyes vagy különleges adatainak helyesbítését vagy módosítását, illetve
 - személyes vagy különleges adatainak – a kötelező adatkezelés kivételével – törlését vagy zárolását; emellett
 - az Infotv. 21. §-ban meghatározott esetekben tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen.
- A felsoroltakat a szerződő, a biztosított, illetve az érintett személy írásban kérheti a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe ügyfélszolgálatánál (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.), ha személyazonosságát megfelelő dokumentumokkal igazolta.
- (10) A biztosító a vele szerződő bel- és külföldi adatkezelő, illetőleg viszontbiztosító intézményeket szerződésben nyilatkoztatja az adatok kezelésére és továbbítására szolgáló eljárások és berendezések biztonsági előírásoknak való megfeleléséről, illetőleg az adatszolgáltatás és tárolás biztonságának szintjéről, valamint az ezért viselt felelősségükről. A személyes és különleges adatokat a biztosító kizárólag azon adatkezelő részére jogosult továbbítani, amelynél az adatvédelem az irányadó jogszabályok által támasztott követelményei valamennyi adatra nézve teljesülnek.
- (11) A biztosító a telefonon vagy interneten történő, az ügyfelet, illetőleg szerződését érintő tevékenysége során gondoskodik a személyes és különleges adatok

kezelésére, valamint a biztosítási titok védelmére vonatkozó szabályok maradéktalan érvényesítéséről.

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

34. § Adózással kapcsolatos jogszabályok

Az életbiztosítások adózására a következő jogszabályok vonatkoznak:

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

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



35. § Tájékozódás és tájékoztatás

A szerződő saját szerződéseit egyes fő adatainak változásáról az alábbi módokon tájékozódhat:

- A szerződő a biztosító internetes honlapján (www.metlife.hu) tájékozódhat az egyes befektetési egységalapok befektetési egységeinek aktuális vételi áráról.
- A szerződő saját szerződéseit befektetési egységeinek aktuális vételi áráról és számáról, valamint a 2. számú mellékletben szereplő adatokról az alábbi módokon tájékozódhat:
 - a biztosító személyes ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22. fsz.) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől péntekig tartó munkanapokon 9 és 17 óra között,
 - a biztosító kék telefonszámán (06 40 444 445) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől péntekig tartó munkanapokon 8 és 17 óra között,

– VIP ügyfelek hétfőtől péntekig tartó munkanapokon 9 és 17 óra között a biztosító kék telefonszámán (06 40 888 847)

(3) A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító évente legalább egyszer írásban tájékoztatja ügyfelét életbiztosítási szerződése szolgáltatási értékéről, aktuális visszavásárlási értékéről, a befektetési egységeinek aktuális vételi áráról és számáról, illetőleg ezeknek az előző értékelés óta bekövetkezett változásairól, és egyéb, jogszabály által előírt adatokról.

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

(5) Amennyiben a szerződő rendelkezik MyMetLife hozzáféréssel, amelynek feltétele a MyMetLife szerződés megkötése, akkor a szerződő a MyMetLife internetes ügyfélportál oldalon is tájékozódhat a saját szerződése befektetési egységeinek aktuális vételi áráról és számáról, valamint aktuális visszavásárlási értékéről.

(6) Ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

36. § Irányadó jog, illetékes bíróság és panaszforum

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

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

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

Cím: H-1138 Budapest, Népfürdő u. 22.

E-mail: info@metlife.hu

Fax: 06 1 391 1660

Telefon: 06 40 444 445

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

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

(6) Szóbeli panasz tehető a biztosító kék telefonszámán (06 40 444 445) hétfői munkanapon 8 és 20 óra

között, más munkanapokon 8 és 17 óra között. A fenti telefonszámon bejelentett panaszokat a biztosító rögzíti.

(7) Írásbeli panasz tehető az alábbi módokon:

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

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

c) faxon a (3) bekezdésben foglalt fax számon.

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

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

Jelen szerződési feltételek kizárólag a jelzett mellékletekkel együtt érvényesek.

1. számú melléklet: A választható eszközalapok befektetési politikái

2. számú melléklet: A College befektetési egységekhez kötött életbiztosítás költségeinek és minimális díjainak aktuális értékei

3. számú melléklet: Választható biztosítási összegek, limitek, biztosítási díjak

4. számú melléklet: Ügyfélbónusz és a szerződés legfontosabb paraméterei

5. számú melléklet: Díjkezelési tájékoztató

6. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról

7. számú melléklet: Az eszközalap felfüggesztésének részletes szabályai

Budapest, 2016. február 1.

A Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítás (MET-P31) feltételei

A Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítási szerződés (a továbbiakban: kiegészítő biztosítás) feltételei azonosak a befektetési egységekhez kötött életbiztosítás (a továbbiakban: főbiztosítás) feltételeiben, valamint annak mellékleteiben foglalt rendelkezésekkel, az alábbi eltérésekkel:

1. § A kiegészítő biztosítás létrejötte és tartama

- (1) E kiegészítő biztosítás megköthető a főbiztosításra tett ajánlat megtételével egyidejűleg, vagy a főbiztosítás tartama alatt bármikor.
- (2) A kiegészítő biztosítás az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával a főbiztosítás következő biztosítási évfordulójáig szóló tartammal jön létre, és a főbiztosítás minden biztosítási évfordulóján automatikusan újabb egy évvel meghosszabbodik, feltéve, hogy a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját egy hónappal megelőzően másképpen nem nyilatkoznak.
- (3) A főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.

2. § Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási eseménynek minősül:

- a) határozott tartamúvá tett főbiztosítás esetén a biztosítottnak a biztosítási tartam lejártakor való életben léte,
- b) a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás tartamán belül bekövetkezett halála.

3. § Biztosítási szolgáltatások

- (1) A biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződésben meghatározott kockázatokra fedezetet nyújt, és a kockázatviselés kezdetét követően, a kockázatviselés hatálya alatt bekövetkező, jelen biztosítási feltételekben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbi szolgáltatásokat teljesíti.
- (2) Ha a biztosított a határozott tartamúvá tett főbiztosítás lejáratának napján életben van, a biztosító a főbiztosítás elérti kedvezményezettje részére egy összegben kifizeti a kiegészítő biztosítás alszámláin, a lejárat napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét.
- (3) Ha a biztosított a kiegészítő biztosítás tartama alatt elhalálozik, a biztosító a főbiztosítás haláleseti kedvezményezettje részére egy összegben kifizeti a kiegészítő biztosítás alszámláin az írásbeli haláleseti bejelentésnek

a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét és a szerződő által igazolhatóan már megfizetett, de még jóvá nem írt biztosítási díjakat.

4. § A kiegészítő biztosítás díja

(1) E kiegészítő biztosításra kizárólag eseti díj fizethető.

(2) A főbiztosításra tett ajánlat megtételével egyidejűleg megkötött kiegészítő biztosításra eseti díj a szerződés hatályba lépését követő naptól, a főbiztosítás tartama alatt megkötött kiegészítő biztosításra eseti díj az ajánlat elfogadását követő első főbiztosítási hónapfordulót követő naptól fizethető.

(3) Az eseti díj minimális összegét a főbiztosításnak a befizetés időpontjában hatályos vonatkozó melléklete határozza meg.

(4) A biztosító minden egyes általa felkínált befektetési egységálaghoz egy alszámlát hoz létre a szerződő kiegészítő biztosításhoz tartozó számláján, amelyen a biztosító a kiegészítő biztosítás adott befektetési egységálagához tartozó befektetési egységek számát tartja nyilván öt tizedesjegy pontossággal.

(5) A szerződő eltérő rendelkezése hiányában a főbiztosítás díjkezelési tájékoztatója szerint eseti díjnak minősülő összeget a biztosító az e kiegészítő biztosításra befizetett eseti díjnak tekinti, amelyet a jelen kiegészítő biztosításra érvényben lévő díjmegosztási arányok figyelembevételével fektet be.

(6) Az (5) bekezdésben meghatározott befektetési eljárástól eltérő szándék esetén a szerződő írásbeli nyilatkozattal kérheti a befizetett eseti díjnak a főbiztosítás feltételeiben meghatározott eseti díjként történő kezelését.

(7) A szerződő írásbeli nyilatkozattal kérheti, hogy a biztosító a befizetett eseti díjat a főbiztosítás díjmegosztási arányától eltérő arányban fektesse be.

(8) A biztosító a befizetett eseti díjat kizárólag akkor kezeli a (6) és (7) bekezdésben foglalt rendelkezéseknek megfelelően, ha a szerződő erre irányuló nyilatkozata legalább egy értékelési nappal az eseti díjnak a biztosító számláján történő jóváírása előtt érkezik meg.

5. § Díjmentesítés

Díjmentesítéskor az e kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek száma változatlan marad. E kiegészítő biztosításra eseti díjfizetés a főbiztosítás díjmentesítése után is teljesíthető.

6. § Rendszeres pénzkivonás

E kiegészítő biztosítás befektetési egységei terhére rendszeres pénzkivonás nem teljesíthető.

7. § Visszavásárlás, részleges visszavásárlás

(1) Visszavásárlásnak minősül a kiegészítő biztosításra befizetett díjakból vásárolt befektetési egységeknek a főbiztosítással együtt történő teljes visszavásárlása.

(2) A kiegészítő biztosítás visszavásárlási összege a szerződő kiegészítő biztosításhoz tartozó számláján nyilvántartott befektetési egységek, az igény bejelentését követő első értékelési napon – tekintettel a főbiztosítás feltételeinek 3. § (11) bekezdésében foglaltakra – megállapított, vételi áron számított összértékének 100%-a.

(3) Az e kiegészítő biztosításra befizetett díjakból vásárolt befektetési egységek terhére a szerződő bármikor kérhet részleges visszavásárlást.

(4) Ha az e kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek értéke a kért részleges visszavásárlás teljes összegére fedezetet nyújt, a biztosító e befektetési egységek terhére hajtja végre a kifizetést. Ha az igényelt összeg nagyobb, mint amekkora a kiegészítő biztosítás terhére teljesíthető, a biztosító erről írásban értesíti a szerződőt, akinek írásban a főbiztosítás terhére is külön kérnie kell a részleges visszavásárlást.

(5) Amennyiben a részleges visszavásárlás csak e kiegészítő biztosítás terhére történik, a főbiztosítás részleges visszavásárlásra vonatkozó időbeli korlátozásait figyelmen kívül kell hagyni.

(6) A kiegészítő biztosítás terhére igényelt részleges visszavásárlás minimális összege

– a főbiztosításnak a szerződő részleges visszavásárlási kérelmének a biztosítóhoz való beérkezése napján hatályos vonatkozó mellékletében meghatározott minimális eseti díj és

– a kiegészítő biztosítás alszámláin a szerződő részleges visszavásárlási kérelmének a biztosítóhoz való beérkezése napját követő értékelési napon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értéke közül a kisebb.

(7) A részleges visszavásárlás további feltétele, hogy a tranzakció után a kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek értéke elérje a főbiztosításnak a szerződő részleges visszavásárlási kérelmének a biztosítóhoz való beérkezése napján hatályos vonatkozó mellékletében meghatározott minimális eseti díjat, vagy ezek értéke nulla legyen.

(8) A részleges visszavásárlás költsége megegyezik a főbiztosításnak a részleges visszavásárlás értéknapján hatályos havi nyilvántartási díjának a kétszeresével.

8. § Áthelyezés

(1) A szerződő kérheti a biztosítót, hogy a kiegészítő biztosítás valamely alszámláján nyilvántartott befektetési egységeket vagy azok egy részét a kiegészítő biztosítás más alszámlájára helyezze át (áthelyezés).

(2) Évente az első 5 áthelyezés költségmentes, függetlenül attól, hogy az a főbiztosítás vagy a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláit érinti.

(3) Újabb áthelyezés esetén, amennyiben az a kiegészítő biztosítás alszámláit érinti, a biztosító tranzakciós költséget von le az áthelyezett befektetési egységek értékéből, amelynek mértéke az áthelyezett befektetési egységek aktuális értékének a főbiztosítás feltételeinek 2. számú mellékletében meghatározott százaléka, de legalább a biztosító által forintban megállapított minimális, és legfeljebb a biztosító által megállapított maximális költség. A költség aktuális értékét a főbiztosítás feltételeinek 2. számú melléklete tartalmazza.

(4) Az áthelyezés további szabályai azonosak a főbiztosítás feltételeinek vonatkozó rendelkezéseivel.

(5) E szakasz rendelkezései alapján kizárólag e kiegészítő biztosítás befektetési egység alapjai között helyezhetők át a befektetési egységek.

(6) E kiegészítő biztosítás befektetési egység alapjaiból a főbiztosítás befektetési egység alapjaiba a Díjkezelési tájékoztató (a főbiztosítás 5. számú melléklete) 3. pontja szerint helyezhetők át befektetési egységek.

9. § Kármentességi bónusz szolgáltatás

(1) 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 és 24 díjjal fedezett biztosítási év elteltével, amennyiben a szerződés díjfizetés mellett hatályban van, és a baleset- és betegségbiztosítási kiegészítő biztosítás kezdetétől az adott évfordulóig eltelt időszakban a baleset- és betegségbiztosítási kiegészítő biztosításra nem történt kárkifizetés, a szerződő kármentességi bónusz szolgáltatásra jogosult.

(2) Az első kármentességi bónusz szolgáltatás alapja a kockázatviselés kezdetétől a bónusz kifizetéséig a baleset- és betegségbiztosítási kiegészítő biztosításra fizetett rendszeres éves díj átlagos nagyságának két tizenketted része. A további kármentességi bónusz szolgáltatások alapja a legutóbbi bónuszjogosultság időpontjától az aktuális bónuszjogosultság időpontjáig a baleset- és betegségbiztosítási kiegészítő biztosításra fizetett rendszeres éves díj átlagos nagyságának két tizenketted része. A kármentességi bónusz szolgáltatás alapjába a befektetési egységekhez kötött főbiztosításra és a Portfólió Plusz kiegészítő biztosításra, valamint a főbiztosítottra kötött kiegészítő biztosításokra fizetett díj, illetve eseti díj nem számít bele.

(3) A baleset- és betegségbiztosítási kiegészítő biztosítás megszűnésének évében is jogosult a szerződő

kármentességi bónusz szolgáltatásra. A baleset- és betegségbiztosítási kiegészítő biztosításban szereplő legfiatalabb gyermek biztosított 25. életévének betöltését követő biztosítási évfordulón a legutóbbi kármentességi bónusz szolgáltatásra való jogosultság időpontjától előírt és befizetett díjaknak a két harminchatod részét írja jóvá a biztosító.

(4) A kármentességi bónusz szolgáltatást a biztosító a Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött kiegészítő biztosításnak a bónuszkifizetés időpontjában aktuális eszközalap megoszlásának megfelelően írja jóvá a Portfólió Plusz kiegészítő biztosításra vonatkozó vételi és eladási ár közötti különbség érvényesítése mellett és a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás felhalmozási egységeire vonatkozó rendelkezési szabályok alapján hozzáférhető.

10. § Egyéb rendelkezések

A kiegészítő biztosítás megszűnik:

- a főbiztosítás bármilyen okból történő megszűnése esetén, vagy
- a főbiztosítási évfordulón, ha a felek valamelyike egy hónappal előtte írásban felmondja a kiegészítő biztosítást.

Melléklet

A Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás költségeinek és minimális díjainak hatályos értékei

Termékmódozat:	MET-615
Vételi és eladási ár közötti különbség:	2%
Éves alapkezelési díj: kivéve	1,75%
Hosszú futamidejű magyar kötvény forint eszközalap esetén:	1,0%

Budapest, 2016. február 1.

2. SZÁMÚ MELLÉKLET

Milyen költségei vannak a szerződésemennek?



A College befektetési egységekhez kötött élet-, baleset- és betegségbiztosítás költségeinek és minimális díjainak hatályos értékei a befektetési egységekhez kötött főbiztosításra vonatkozóan

	forint alapú College MET-615
Elszámolások és fizetési kötelezettségek pénzneme:	forint
Vételi és eladási ár közti különbség főbiztosítás esetén az eladási ár százalékában:	5%
Éves alapkezelési díj: kivéve	1,75%
Hosszú futamidejű magyar kötvény forint eszközalap esetén:	1,0%
A letétkezelési díj mértéke éves szinten:	a nettó eszközérték maximum 0,07%-a
Nyilvántartási díj:	640 Ft/hó
Minimális éves díj (a kiegészítő biztosítások díja nélkül):	120 000 Ft
Minimális féléves díj (a kiegészítő biztosítások díja nélkül):	60 000 Ft
Minimális negyedéves díj (a kiegészítő biztosítások díja nélkül):	30 000 Ft
Minimális havi díj: (a kiegészítő biztosítások díja nélkül):	10 000 Ft
Minimális eseti díj:	20 000 Ft
A gyermek(ek)re és szülő(k)re vonatkozó kiegészítő baleset- és betegségbiztosítás nélkül a főbiztosításra minimálisan előírt éves díj:	200 000 Ft
A gyermek(ek)re és szülő(k)re vonatkozó kiegészítő baleset- és betegségbiztosítás nélkül a főbiztosításra minimálisan előírt féléves díj:	100 000 Ft
A gyermek(ek)re és szülő(k)re vonatkozó kiegészítő baleset- és betegségbiztosítás nélkül a főbiztosításra minimálisan előírt negyedéves díj:	50 000 Ft
A gyermek(ek)re és szülő(k)re vonatkozó kiegészítő baleset- és betegségbiztosítás nélkül a főbiztosításra minimálisan előírt havi díj:	16 667 Ft
Biztosítási díj növelésének minimális értéke:	30 000 Ft/év
Tranzakciós költség: minimum maximum	0,3% 670 Ft 6 725Ft
Tranzakciós költség MyMetLife ügyféloldalon kezdeményezett egységáthelyezés esetén: minimum maximum	0,2% 295 Ft 5 585 Ft Portfólió Plusz 295 Ft
A rendszeres pénzkivonásra, részleges visszavásárlásra, valamint díjmentesítésre előírt minimális fennmaradó visszavásárlási összeg:	200 000 Ft
A díjfizetés szüneteltetésére előírt minimális visszavásárlási összeg:	100 000 Ft
Díjtűrőhatár:	300 Ft

A szerződés létrehozása érdekében felmerült költségek:	
A típusú orvosi vizsgálat	8 000 Ft + ÁFA
B típusú orvosi vizsgálat	3 300 Ft + ÁFA
C típusú orvosi vizsgálat	3 300 Ft + ÁFA
E típusú orvosi vizsgálat	14 800 Ft + ÁFA
F típusú orvosi vizsgálat	22 600 Ft + ÁFA
G típusú orvosi vizsgálat	11 400 Ft + ÁFA
H típusú orvosi vizsgálat	12 200 Ft + ÁFA
Költségátalány	2 000 Ft

A befektetési egységek áthelyezésének rendje

Adott munkanapon	15 óra előtt beérkezett nyilatkozat (MyMetLife ügyféldalton történő kezdeményezés esetén 24 óra előtt beérkezett nyilatkozat)	15 óra után beérkezett nyilatkozat (MyMetLife ügyféldalton történő kezdeményezés esetén 24 óra után beérkezett nyilatkozat)
Tranzakció rögzítése	rákövetkező első munkanap	rákövetkező második munkanap
Feldolgozás napja és használt árfolyam	a tranzakció rögzítését követő nap	a tranzakció rögzítését követő nap

A díj lehívásának időpontja a folyószámláról:	<p>A folyószámla terhelésének lehetséges kezdődátumai a biztosító által bankoknak átadott állomány alapján a következők:</p> <p>2016.02.11. 2016.03.11. 2016.04.13. 2016.05.12. 2016.06.13. 2016.07.13. 2016.08.11. 2016.09.13. 2016.10.13. 2016.11.11. 2016.12.13.</p> <p>A biztosító kizárja a felelősséget a saját tevékenységi körén kívül bekövetkező esetleges eltérésekért.</p>
---	--

Jelen mellékletben meghatározott költségek és díjak – szerződési feltételek szerinti – változtatásáról, valamint a befektetési egységek áthelyezésének rendje változásáról a biztosító hirdetmény útján értesíti a szerződőt.

Budapest, 2016. február 1.

3. SZÁMÚ MELLÉKLET

VÁLASZTHATÓ BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGEK

1. A főbiztosításhoz tartozó biztosítási összeg

A főbiztosítottra vonatkozó technikai haláleseti biztosítási összeg: 10 000 Ft

2. Havi kockázati díjráták

1 Ft kockázat alatt álló összegért, illetve 1 Ft haláleseti biztosítási összegért fizetendő havi díj normál kockázatú biztosított esetén

Életkor	Havi kockázati díjrata	Életkor	Havi kockázati díjrata
16	0,000051	59	0,002361
17	0,000051	60	0,002508
18	0,000051	61	0,002653
19	0,000056	62	0,002794
20	0,000061	63	0,002942
21	0,000065	64	0,003110
22	0,000067	65	0,003310
23	0,000067	66	0,003538
24	0,000070	67	0,003788
25	0,000072	68	0,004061
26	0,000074	69	0,004363
27	0,000076	70	0,004700
28	0,000079	71	0,005059
29	0,000083	72	0,005433
30	0,000091	73	0,005847
31	0,000101	74	0,006315
32	0,000112	75	0,006859
33	0,000126	76	0,007777
34	0,000141	77	0,008271
35	0,000161	78	0,008852
36	0,000181	79	0,009537
37	0,000201	80	0,010344
38	0,000227	81	0,011291
39	0,000258	82	0,012403
40	0,000297	83	0,013704
41	0,000344	84	0,015230
42	0,000397	85	0,017006
43	0,000459	86	0,019074
44	0,000528	87	0,021474
45	0,000609	88	0,024244
46	0,000704	89	0,027429
47	0,000813	90	0,031074
48	0,000929	91	0,035213
49	0,001050	92	0,039882

Életkor	Havi kockázati díjrátá	Életkor	Havi kockázati díjrátá
50	0,001170	93	0,045098
51	0,001292	94	0,050865
52	0,001418	95	0,057161
53	0,001545	96	0,063928
54	0,001676	97	0,071077
55	0,001809	98	0,078470
56	0,001943	99	0,085925
57	0,002079	100	0,093227
58	0,002218		

Budapest, 2016. február 1.

4. SZÁMÚ MELLÉKLET

Melyek a szerződéssel kapcsolatos kiemelten fontos ismeretek?



Ügyfélbónusz és a főbiztosítás legfontosabb paraméterei

1. College Ügyfélbónusz

5, 8, 12 és 15 díjjal fedezett biztosítási év elteltével – bele nem értve a díjmentesítés és a díjfizetés szüneteltetése időszakát –, amennyiben a szerződő nem élt a főbiztosítás tekintetében a részleges visszavásárlás vagy a rendszeres pénzkivonás lehetőségével és a szerződés díjfizetés mellett hatályban van, a szerződő Ügyfélbónuszra jogosult.

Az Ügyfélbónusz alapja a bónusz kifizetés évéig a főbiztosításra átlagosan fizetett 1 éves díj meghatározott %-a, de legfeljebb a főbiztosításra fizetett kezdeti éves díj meghatározott %-a. Az Ügyfélbónusz alapjába a kiegészítő biztosításokra fizetett díj nem számít bele.

Esedékessége	Mértéke 300 000 Ft átlagosan fizetett 1 éves díj alatt	Mértéke 300 000 Ft átlagosan fizetett 1 éves díjtól
5 díjjal fedezett biztosítási évet követő biztosítási évfordulón	10%	20%
8 díjjal fedezett biztosítási évet követő biztosítási évfordulón	10%	20%
12 díjjal fedezett biztosítási évet követő biztosítási évfordulón	20%	30%
15 díjjal fedezett biztosítási évet követő biztosítási évfordulón	110%	110%

Az Ügyfélbónuszt a biztosító a szerződéshez kapcsolódó Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin írja jóvá az eseti díjra vonatkozó vételi és eladási ár közötti különbség érvényesítése mellett, az Ügyfélbónusz jóváírás időpontjában érvényben lévő, a kiegészítő biztosítás vonatkozásában érvényben lévő díjmegosztási arálynak megfelelően és a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás felhalmozási egységeire vonatkozó rendelkezési szabályok alapján hozzáférhető.

2. Kezdeti költségelvonás nagysága

Módozat	Kezdeti költségelvonás
MET-615	8,99%

3. Visszavásárlási százalékok kezdeti befektetési egységekre

	MET-615
Az első biztosítási évben:	0%
A második biztosítási évben:	0%
A harmadik biztosítási évben:	10%
A negyedik biztosítási évben:	15%
A ötödik biztosítási évben:	30%
A hatodik biztosítási évben:	40%
A hetedik biztosítási évben:	50%
A nyolcadik biztosítási évben:	60%
A kilencedik biztosítási évben:	70%
A tizedik biztosítási évben:	85%
A további években:	100%

4. Visszavásárlási százalék a felhalmozási befektetési egységekre mindig 100%.

Budapest, 2016. február 1.

5. SZÁMÚ MELLÉKLET

Milyen részletes szabályok vonatkoznak a díjfizetésre, díjkezelésre?



Díjkezelési tájékoztató

1. Elszámolások és fizetési kötelezettségek pénzneme

Jelen szerződésben a felek megállapodnak abban, hogy a fizetési kötelezettségeik teljesítésének, valamint a szerződéshez kapcsolódó díjak biztosító általi nyilvántartásának pénzneme forint.

2. A beérkezett díjak kezelésének általános sémája

1) A befizetés azonosítása

A beérkezés napján kerül sor a befizetés azonosítására. A beérkezés napjának meghatározásáról a 3. § (17) bekezdése rendelkezik.

2) A befizetés rendeltetésének megállapítása

Az azonosított befizetések tekintetében ugyancsak a beérkezés napján kerül sor a befizetett összeg rendeltetésének vizsgálatára is.

3) A díj jóváírása

Ezt követi a díjnak a – befizetés rendeltetésétől függő – jóváírása.

4) A jóváírt díjak befektetése

A jóváírt díjak befektetésére a jóváírás napját követő értékelési napon érvényes eladási árfolyamon kerül sor.

ad 1) A befizetés azonosítása

A befizetett összeg és a biztosítási szerződés egymáshoz rendelése (a befizető és az érintett szerződés azonosítása) a befizetés beérkezésének napján történik meg. A kötvényszámot, vagy az ajánlat sorszámát a „közlemény” rovatban kell megadni, ennek hiányában a befizetés nem azonosítható. A kötvényszámon kívül a „közlemény” rovatban kell feltüntetni a befizetett összeg rendeltetését és eseti díjfizetés esetében a díjmegosztási arányt. Első díj befizetése esetén a „díjelőleg” megjegyzést is fel kell tüntetni.

A befizetett összeget a biztosító 30 munkanap után visszautalja, ha a befizetés azonosításához szükséges adatok ezen időtartam alatt nem érkeztek meg, vagy azokat a biztosító nem tudta beszerezni, és ezért a befizetés, valamint a szerződés nem rendelhető egymáshoz. A befizetett összeget az azonosításig, illetve a visszautalásig kamatmentes letétként kezeli a biztosító (3. § (17) bekezdés e) pontja).

A befizetések azonosításakor a biztosító vizsgálja a díjfizetőnek a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvény szerinti azonosításának megtörténtét. Amennyiben a díjfizető nem azonosított, a befizetést a biztosító az azonosítás megtörténteig kamatmentes letétként kezeli.

ad 2) A befizetés rendeltetésének megállapítása

A szerződő a befektetési egységekhez kötött életbiztosításokra előírt rendszeres díjat, valamint eseti díjat fizethet be.

- Az **előírt rendszeres díj** a választott díjfizetési gyakoriság szerinti következő biztosítási időszak első napján esedékes.
- A biztosító lehetőséget biztosít az előírt díj esedékesség előtti befizetésére is, ez az **előrefizetett – rendszeres – díj**. **Előrefizetett díj**nak tekinti a biztosító azt a befizetést, amikor egy vagy több biztosítási időszakra szóló, még nem esedékes, rendszeres díj érkezik be a biztosító rendszeres díj befizetésére szolgáló számlájára.
- Az **eseti díjak** tetszőleges időpontban és gyakorisággal fizethetők be.

A szerződőnek a díj előrefizetésére vonatkozó írásos nyilatkozata hiányában a biztosító az esedékes rendszeres díjak kivételével minden más díjat eseti díjnak tekint, kivéve, ha egyértelműen megállapítható, hogy egy vagy több biztosítási időszakra szóló rendszeres díjnak megfelelő összeg érkezik be a biztosító rendszeres díj befizetésére szolgáló számlájára.

Amennyiben a szerződéshez kötöttek Portfólió Plusz kiegészítő biztosítást, és a szerződő másképp nem rendelkezik, minden eseti díj a Portfólió Plusz kiegészítő biztosításra könyvelendő.

A befizetett összeg rendeltetéséről a szerződő írásos nyilatkozatban való rendelkezéssel is dönthet. Az írásos nyilatkozatot legkésőbb az összeg befizetésekor kell a biztosító Díjkönyvelési Csoportjához eljuttatni (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.).

Ha az azonosított szerződésen díjmaradás van, és a befizetett összeg legalább egy biztosítási időszakot fedez, akkor a már esedékes díjnak megfelelő összeget – az összeg rendeltetésétől függetlenül – a biztosító a beérkezés napján rendszeres díjként írja jóvá.

A befizetés rendeltetésének vizsgálata a **díjfizetés módjának** függvényében történik.

Az egyes módzatok tekintetében az alábbi díjfizetési módok választhatók:

Díjfizetési mód	Forint alapú módzatok
Folyószámla közvetlen terhelése	✓
Postai / postai (bianco) csekkes befizetés	✓
Ügyfél által kezdeményezett banki átutalás	✓

a) Folyószámla közvetlen terhelése

A szerződő folyószámlájának a szerződő felhatalmazásával történő közvetlen terhelése esetén a biztosító kizárólag az esedékes rendszeres díjjal, és az esetleges, terheléskor már ismert díjmaradással terheli meg a folyószámlát.

b) Postai csekkes befizetés

Ha a szerződő előre nyomtatott postai csekken fizeti a díjat, akkor a rendszeres díj befizetésére kiállított, előnyomtatott összeget tartalmazó csekken érkezett befizetést rendszeres díjnak, az extra csekken történő befizetést eseti díjnak tekinti a biztosító.

c) Ügyfél által kezdeményezett banki átutalás

A befizetett összeg rendeltetéséről a biztosító annak alapján dönt, hogy a szerződő a biztosítónak mely bankszámlájára kezdeményezte a befizetést. Ettől a szerződő írásos nyilatkozatban való rendelkezéssel eltérhet. Az írásos nyilatkozatot legkésőbb az összeg befizetésekor kell a biztosító Díjkönyvelési Csoportjához eljuttatni (cím a Cégismertetőben).

A szerződő által kezdeményezett banki átutalás esetén:

- az UniCredit Banknál vezetett „rendszeres díj” megjelölésű bankszámlára beérkezett összeget rendszeres díjnak tekinti a biztosító,
- az UniCredit Banknál vezetett „eseti díj” megjelölésű bankszámlára beérkezett összeget eseti díjnak tekinti a biztosító.
- Az UniCredit Bank nemzetközi bankazonosító SWIFT kódja BACXHUHB.

A biztosítási díj rendeltetése	Bankszámlaszám	IBAN formátumú bankszámlaszám
Forint devizanemű díjbevételek számla		
Rendszeres díj	10918001-00000005-07640011	HU96 1091 8001 0000 0005 0764 0011
Eseti díj	10918001-00000005-07640028	HU25 1091 8001 0000 0005 0764 0028

A rendszeres díjként befizetett összeg kezelése bármely díjfizetési mód esetén az alábbiak szerint történik:

Ha a befizetett összeg	A befizetett összeg kezelése
kevesebb, mint az előírt díj, akkor	<ul style="list-style-type: none"> – ha a díjtűrészhatárnál kisebb a különbség, akkor a díjat a biztosító jóváírja és befekteti. – ha a díjtűrészhatárnál nagyobb a különbség, akkor a biztosító bekéri a különbözetet. Ha a díjkülönbözet nem érkezik meg 30 munkanapon belül, akkor a biztosító visszautalja/visszaküldi az összeget arra a számlára/címre, ahonnan érkezett. Az utalásból eredő veszteség az ügyfelet terheli.
megegyezik az előírt díjjal, akkor	a biztosító jóváírja és befekteti.
nagyobb, mint az előírt díj, akkor	<ul style="list-style-type: none"> – a díjat vagy annak többszörösét a biztosító jóváírja és befekteti, a maradék összeget pedig – amennyiben kisebb, mint az előírt díj, de a díjtűrészhatárnál nagyobb, az összeghatártól függően visszautalja vagy díjkülönbözetet kér be. <p>(Az eseti díjként jóváírt különbözetek nem adódhatnak össze egy későbbi díjjá.)</p>

ad 3) A díj jóváírása

A már esedékes, rendszeres díjakat a beérkezés napján írja jóvá a biztosító. Az előrefizetett és eseti díjakat a beérkezést követő munkanapon írja jóvá a biztosító.

A befizetések jóváírására vonatkozó részletes szabályokat a 3. § (17) bekezdése tartalmazza.

ad 4) A jóváírt díjak befektetése

A jóváírt díjak befektetési egységekké való átváltása – a díj befektetési egységalapok közötti megosztására vonatkozó nyilatkozatnak megfelelően – a befektetési egységalapok megfelelő számú befektetési egységének a szerződő számára történő eladása révén **a díj jóváírását követő értékelési napon érvényes aktuális eladási áron történik.** A biztosító az eladott befektetési egységek darabszámát írja jóvá a szerződő számláján.

3. Díjátkönyvelés

a) A szerződő írásbeli nyilatkozatban kérheti a díjelmaradás, illetve az esedékes díj kiegyenlítését a Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek terhére. Erre, ha a szerződő külön írásban nem rendelkezik az eszközalapokból kivenni kívánt összegekről, a szerződő alszámláin nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek értékével arányosan kerül sor, a nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő 8 napon belül.

b) Az átkönyvelés során a biztosító az alábbiak szerint jár el:

– a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységeket a szerződő kérelmének beérkezését követő első értékelési napon megállapított eladási árfolyamon kivonja, majd

– a főbiztosítás alszámláin történő jóváírásra a szerződő kérelmének beérkezését követő második értékelési napon megállapított eladási árfolyamon kerül sor.

c) Az átkönyvelés végrehajtásának feltétele, hogy a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek fenti módon számított értéke fedezze a díjelmaradás, illetőleg az esedékes díj összegét.

4. Automatikus díjátkönyvelés

a) A főbiztosításra fizetendő rendszeres díj elmaradása esetén a biztosító az esedékes díjat kiegyenlíti a befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységek terhére. Erre a szerződő alszámláin nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek értékével arányosan kerül sor az esedékesség napjától számított 80. napon.

b) Az átkönyvelés során a biztosító az alábbiak szerint jár el:

– a Portfólió Plusz befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kiegészítő biztosítás alszámláin nyilvántartott befektetési egységeket a rendszeres díj elmaradását követő első értékelési napon megállapított eladási árfolyamon kivonja, majd

– a főbiztosítás alszámláin történő jóváírásra a rendszeres díj elmaradását követő második értékelési napon megállapított eladási árfolyamon kerül sor.

5. Számlázási rend

Kibocsátott számlán szereplő dátumok / A díj rendeltetése szerint	Teljesítés ideje	Számla kelte	Fizetési határidő
Első rendszeres díj	A kötvényesítés napja		A számla keltét követő 8. nap
További rendszeres díj	A számla kiállításának napja, 20 nappal az aktuális díj esedékessége előtt		Az aktuális díj esedékességének napja
Előrefizetett rendszeres díj	A díj jóváírásának napja		A díjjal kiegyenlített biztosítási időszak kezdő dátuma
Portfólió Plusz alszámlákra fizetett első eseti díj – kötvényesítés előtt	Az eseti díj jóváírásának értéknapja		A számla keltét követő 8. nap
Portfólió Plusz alszámlákra fizetett további eseti díjak – kötvényesítés után			
Főbiztosításra fizetett eseti díj – kötvényesítés előtt			
Főbiztosításra fizetett eseti díj – kötvényesítés után			

Budapest, 2016. február 1.

6. SZÁMÚ MELLÉKLET

Az eszközalap felfüggesztésének részletes szabályai

(1) Az eszközalap felfüggesztését a biztosító az annak okául szolgáló körülményről való tudomásszerzését követően haladéktalanul végrehajtja arra az értékelési napra (a továbbiakban: az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontja) visszamenő hatállyal, amely értékelési napot megelőzően az utolsó alkalommal megállapítható volt az eszközalap nettó eszközértéke.

(2) Az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt – a biztosítási díj felfüggesztett eszközalapról való átírási kivételével – a felfüggesztett eszközalapot érintő ügyfélrendelkezések (így különösen átváltás, rendszeres pénzkivonás, részleges visszavásárlás) nem teljesíthetők. Amennyiben az eszközalap felfüggesztésének tartama a 30 napot meghaladja, akkor az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 35. napig a biztosító igazolható módon írásbeli tájékoztatást küld a felfüggesztett eszközalappal érintett valamennyi szerződő részére arról, hogy az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követően a biztosító akkor teljesíti ezeket a rendelkezéseket, ha azok teljesítésére vonatkozóan a szerződő az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követően ismételten rendelkezést ad. A felfüggesztés tartama alatt felfüggesztett eszközalapra vonatkozóan rendelkezést adó szerződők számára a biztosító haladéktalanul tájékoztatást ad a rendelkezéssel kapcsolatban.

(3) Amennyiben a befizetett díjat a szerződés, illetve az ügyfél rendelkezése alapján a biztosítónak a felfüggesztett eszközalapba kellene befektetnie, a biztosító – a szerződés vagy a szerződő eltérő rendelkezése hiányában – köteles a díjat elkülönítetten nyilvántartani. Ha a fenti esetben az eszközalap felfüggesztésének tartama a 30 napot meghaladja, akkor az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 35. napig a biztosító igazolható módon írásbeli tájékoztatást küld az érintett szerződő részére arról, hogy az elkülönítetten nyilvántartott és az eszközalap-felfüggesztés időtartama alatt beérkező díjat mely másik, fel nem függesztett eszközalapba irányítja át – azzal ellentétes ügyfélrendelkezés hiányában – az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 45. naptól.

(4) Az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt a szerződésben meghatározott időpont elérése (lejárat) mint biztosítási esemény bekövetkezése vagy a szerződés teljes visszavásárlása esetében a biztosító a szerződő számlája aktuális egyenlegének értékét a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeinek figyelmen kívül hagyásával állapítja meg. A biztosító a fenti esetekben az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő 15 na-

pon belül – amennyiben a (8) bekezdésben írt feltétel nem áll fenn – köteles a szerződő számláján a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeiből nyilvántartott befektetési egységeknek az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő első ismert árfolyamán számított aktuális értékét vagy ugyanezen az árfolyamon a visszavásárlásra vonatkozó szerződéses rendelkezések szerinti összeget kifizetni.

(5) A biztosító haláleseti (kockázati) szolgáltatása teljesítését az eszközalap felfüggesztése annyiban érinti, hogy a biztosító a szerződő számlája aktuális egyenlegének értékét a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeinek az eszközalap-felfüggesztést megelőző utolsó ismert árfolyama alapján határozza meg, és a biztosítási szerződés szerinti kifizetési kötelezettségét a biztosító az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt is a fentiek alapján meghatározott értékben teljesíti, a felfüggesztett eszközalap befektetési egységei tekintetében teljesítendő szolgáltatásrész vonatkozásában azonban biztosítottanként legfeljebb 30 millió forint összeghatárig. Az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő 15 napon belül az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő első ismert árfolyamon a biztosító a felfüggesztett eszközalap befektetési egységei tekintetében teljesítendő haláleseti (kockázati) szolgáltatásrész újraindítását megállapítja, és amennyiben ez meghaladja a korábban erre kifizetett összeget, akkor a különbözetet utólag kifizeti. Amennyiben a (8) bekezdésben írt feltétel fennáll, akkor a biztosító a fenti újbóli megállapítást és a különbözet kifizetését a (8) bekezdésben írt elszámolás keretében teljesíti.

(6) Az eszközalap-felfüggesztés végrehajtását követően az eszközalap-felfüggesztés megszüntetéséig és az eszközalap ezt követő első ismert nettó eszközértékének megállapításáig nem terjeszthető vagy értékesíthető olyan biztosítási termék vagy szerződés, amely mögött kizárólag felfüggesztett eszközalap áll.

(7) Az eszközalap-felfüggesztés időtartama legfeljebb 1 év, amelyet a biztosító indokolt esetben összesen további 1 évvel meghosszabbíthat. A biztosító a meghosszabbításról szóló döntését az eszközalap-felfüggesztés időtartamának lejártát legalább 15 nappal megelőzően, figyelemfelhívásra alkalmas módon közzéteszi a honlapján, valamint kifüggeszti az ügyfélszolgálati irodáiban, továbbá egyidejűleg megküldi a Felügyelet részére. A biztosító az eszközalap-felfüggesztést haladéktalanul megszünteti:

- az eszközalap-felfüggesztés időtartamának lejártát követően;
- az eszközalap-felfüggesztés okául szolgáló körülmény megszűnéséről való tudomásszerzését követően;

c) amennyiben azt a Felügyelet határozatban elrendeli.
(8) Amennyiben az eszközalap-felfüggesztés (7) bekezdés szerinti megszüntetésekor az eszközalap nettó eszközértéke, illetve ezzel együtt a befektetési egységeknek az árfolyama továbbra sem állapítható meg azért, mert az eszközalap eszközei részben vagy egészben illikvid eszközök, akkor a biztosító az eszközalapot megszünteti, és az ügyfelekkel – a megszüntetési aktuális piaci helyzet alapul vételével – elszámol.

(9) Az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 30 napon belül a biztosító – a szerződők közötti egyenlő elbánás elvének biztosítása és a biztosító eszközalappal kapcsolatos szolgáltatásainak folyamatos fenntartása érdekében – az illikvidé vált eszközöket és az eszközalap egyéb, nem illikvid eszközeit szétválasztja (az eszközalapot illikvid és nem illikvid eszközöket tartalmazó utódeszközalapokra bontja, a továbbiakban: szétválasztás) akkor, ha az eszközalap utolsó ismert nettó eszközértékének legfeljebb 75%-át képviselő eszközök váltak illikvidé. A szétválasztás végrehajtásával egyidejűleg a nem illikvid eszközöket tartalmazó utódeszközalap vonatkozásában az eszközalap-felfüggesztés megszűnik, és az önálló eszközalapként működik tovább. Garantált eszközalap esetén – függetlenül az illikvid eszközök hányadától – a teljes eszközalap felfüggesztésre kerül. Ebben az esetben a garancia lejáratakor a biztosító az eredeti szerződéses feltételek szerint számol el az ügyfelekkel.

(10) A szétválasztás esetében a biztosító az illikvidé vált eszközöket elkülönítetten, ugyancsak önálló eszközalapként tartja nyilván, amelyre vonatkozóan az eszközalap-felfüggesztés az (1)-(8) bekezdésben írottak szerint marad érvényben azzal, hogy az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontjának az eredeti eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját kell tekinteni. A szétválasztás következtében az eredeti eszközalap megszűnik, amelynek során az eredeti eszközalap befektetési egységeit a biztosító ügyfelenként olyan arányban rendeli az illikvid és nem illikvid eszközöket tartalmazó utódeszközalapokhoz, amilyen arányt az illikvid és nem illikvid eszközök az eredeti eszközalap utolsó ismert nettó eszközértékén belül képviseltek. Szétválasztás esetén a (2) és (3) bekezdésben szereplő tájékoztatási kötelezettség kiegészül a szétválasztásról szóló értesítéssel.

(11) Az eszközalap-felfüggesztés és szétválasztás a szerződő díjfizetési kötelezettségét és a biztosító szolgáltatási kötelezettségét – e melléklet rendelkezésit figyelembe véve – nem szünteti meg.

(12) A biztosító a (13) bekezdésben írt módon tájékoztatja a szerződőt

a) az eszközalap-felfüggesztés és a szétválasztás törvényi megalapozottságáról, végrehajtásáról, annak indokáról, a felfüggesztés kezdő időpontjáról, a szerződést és annak teljesítését érintő következményeiről, ideértve különösen az ügyfeleket érintő befektetési koc-

kázatok változását, valamint a költségek és díjak érvényesítésének szabályait; és

b) az eszközalap-felfüggesztés megszüntetéséről, annak indokáról, valamint a megszüntetésnek a szerződést és annak teljesítését érintő következményeiről.

(13) A biztosító a (12) bekezdés szerinti tájékoztatást az eszközalap-felfüggesztés és a szétválasztás végrehajtásával, valamint az eszközalap-felfüggesztés megszüntetésével egyidejűleg, figyelemfelhívásra alkalmas módon közzéteszi a honlapján és kifüggeszti az ügyfélszolgálati irodáiban, továbbá a tájékoztatást folyamatosan naprakészen tartja. A biztosító a tájékoztatást egyidejűleg megküldi a Felügyelet részére.

Budapest, 2016. február 1.

A METLIFE EUROPE LIMITED COLLEGE GYERMEK- ÉS SZÜLŐ BIZTOSÍTOTTRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSÁNAK ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI

A jelen feltételekben foglalt rendelkezések a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) College Gyermekek- és szülő biztosítottra vonatkozó kiegészítő baleset- és betegségbiztosítási szerződéseire érvényesek feltéve, hogy a szerződést a feltételekre hivatkozással kötötték. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a fő-biztosítás feltételei az irányadók.

A kiegészítő biztosítás általános és különös feltételei rendelkezéseinek ütközése esetén a különös feltételek rendelkezéseit kell érvényesnek tekinteni. A jelen feltételekben és a biztosítási szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

Kik a biztosításban érintett személyek?



1. § A biztosítási szerződés alanyai

(1) A **biztosított** az a természetes személy, akinek az életével, testi épségével, illetve egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.

a) Gyermekek biztosított: A biztosítás a biztosított gyermek születését követően megköthető. A szerződés létrejöttékor a gyermek biztosított legfeljebb 17 éves korú lehet. A biztosító kockázatviselése az adott gyermek biztosított esetében megszűnik a gyermek biztosított 25. életévének betöltését követő biztosítási évfordulón.

b) Szülő biztosított: a szerződés létrejöttékor 18 és 65 éves kor közötti személy, aki a gyermek biztosítottal vele közös háztartásban élő egyeneságbeli rokona, örökbefogadó-, mostoha- vagy nevelőszülője, vagy gyámja. A biztosító kockázatviselése megszűnik a szülő biztosított 70. életévének betöltését követő biztosítási évfordulón.

c) A biztosított belépési korát a biztosító úgy állapítja meg, hogy a szerződés megkötésének évéből levonja a biztosított születésének évét.

d) A biztosított aktuális korát a biztosító úgy állapítja meg, hogy az aktuális évből levonja a biztosított születésének évét.

e) Egy biztosítási szerződés keretében, külön biztosítási díjak ellenében biztosítás köthető a biztosítási ajánlat szerint elsődlegesen biztosítandó gyermek biztosítottal, az elsődlegesen biztosított gyermek biztosítottal legalább egy közös szülővel rendelkező további

gyermek biztosítottakra, valamint egy, vagy két szülő biztosítottal (családi biztosítás).

(2) Kedvezményezett

a) Kedvezményezett lehet a szerződésben a szerződő által a biztosított hozzájárulásával megnevezett személy vagy

b) a szülő biztosított halála esetén a biztosított törvényes örököse akkor, ha a szerződő által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton más kedvezményezettet nem neveztek meg,

c) 18. életévét betöltött biztosított életben léte esetén maga a biztosított akkor, ha a szerződő által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton más kedvezményezettet nem neveztek meg,

d) kiskorú biztosított esetén a szolgáltatásra minden esetben a biztosított ajánlaton megnevezett törvényes képviselője, illetve az ajánlaton megjelölt arányban a törvényes képviselői jogosult(ak).

e) A szerződő jogosult az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor más kedvezményezettet jelölni. Ha nem a biztosított a szerződő fél, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges.

2. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak

(1) Orvos: Az orvos az – a biztosítottól és szerződőtől vagy azok közeli hozzátartozóitól eltérő személy –, aki a jogszabályban meghatározott vizsgákkal és engedéllyel rendelkezik az igény alapjául szolgáló baleseti sérülés vagy betegség gyógyítására.

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

(3) Bennfekvő beteg: A jelen biztosítás szempontjából bennfekvő beteg az a személy, aki bennfekvőként, legalább 24 órán át folyamatosan kórházi ellátásban részesült.

(4) Kórház: A kórház azt a létesítményt jelenti, amely mindenben megfelel az alábbi követelményeknek:

- kórházi működésre vonatkozó engedéllyel rendelkezik (ha az ilyen engedély hatósági előírás),
- elsősorban a kórházban történő kezeléssel, bennfekvő betegek ellátásával foglalkozik,
- a betegápolást napi 24 órán át, szakképzett személyzettel látja el,
- egy vagy több engedéllyel rendelkező orvost foglalkoztat,

- biztosítja a diagnosztizálás és a magas szintű orvosi beavatkozások szervezett szolgáltatását,
- elsődlegesen nem rendelőintézet, szanatórium, vagy rehabilitációs intézet, vagy hasonló létesítmény, és nem foglalkozik alkohol- vagy kábítószer-függőségi terápiával,
- nem lakása a biztosítottnak.

(5) Csonttörés: A jelen szerződéses feltételekben használt csonttörés kifejezés a csont balesetből származó töréses sérülését jelenti függetlenül attól, hogy a törés maradandó egészségkárosodást eredményez-e vagy sem. A fogak, foggyökerek, fogpótlások törései és sérülései a jelen feltételek szempontjából nem tekinthetők biztosítási eseménynek és a biztosító ezen törések esetében nem teljesít biztosítási szolgáltatást.

(6) Patológias törés: a jelen feltételekben használt patológias törés a csont betegség által gyengített területének törését jelenti. A patológias törések a jelen feltételek szempontjából nem tekinthetők biztosítási eseménynek és a biztosító ezen törések esetén nem teljesít biztosítási szolgáltatást.

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

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

(9) Nyílt törés: a jelen feltételekben használt nyílt törés a csont olyan jellegű törése, amikor a tört csont a bőrregeget is átszakítja.

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

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

Mikortól érvényes a kiegészítő biztosítás?



3. § A kiegészítő biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

- (1) A kiegészítő biztosítási szerződés a kockázatviselés kezdetének napján lép hatályba.
- (2) A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájkor kezdődik, amikor a szerződő az első díjat a biztosító számlájára befizeti feltéve, hogy a

főbiztosítási szerződés már létrejött vagy utóbb létrejön.

4. § Várakozási idő

- (1) A biztosító a biztosítási esemény kockázatát csak várakozási idő eltelte után vállalja, így a biztosítási eseményre vállalt biztosítási szolgáltatást csak várakozási idő után nyújtja.
- (2) A várakozási idő a kockázatviselés kezdetétől számított 90 nap.
- (3) A várakozási idő nem vonatkozik az ezen időszak alatt bekövetkező baleseti eseményből eredő szolgáltatásokra való jogosultságokra.
- (4) Ha a szerződő fogyasztó és a szerződés a biztosító-ráutaló magatartásával úgy jött létre, hogy a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül nem nyilatkozott, a várakozási idő a biztosítási ajánlatnak a biztosító részére történt átadás időpontjában kezdődik.

Milyen hosszú a biztosítás tartama?



5. § A biztosítás tartama

A biztosítás egy éves időtartamra szól és minden esetben egy újabb évvel meghosszabbodik a biztosítási évfordulón esedékes díj megfizetésével, ha azt a biztosítási év letelte előtt legalább 30 nappal egyik fél sem mondja fel.

Mikor szűnik meg a biztosítás?



6. § A biztosítás megszűnésének esetei

- (1) A biztosítás megszűnik:
 - a) ha a szerződő a biztosítást a 2. pont alapján felmondja,
 - b) ha a biztosító a biztosítást a 3. pont alapján felmondja,
 - c) Amennyiben a szerződő (biztosított) a díjat az esedékességtől számított 30 napon belül maradéktalanul nem egyenlíti ki, a biztosító a díjelmaradás 30. napján a szerződő felet – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felszólítja (türelmi idő). A biztosító a kockázatot a türelmi idő lejártáig viseli. Ezen türelmi időn belül a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja.

A türelmi idő eredménytelen elteltével a 61. napon a szerződés megszűnik.

d) Abban az esetben, ha a biztosító kockázatviselése minden gyermek biztosított vonatkozásában megszűnik.

(2) A szerződést írásban a biztosítási időszak végére lehet felmondani. A felmondási idő 30 nap. A felmondással a biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak végén teljesen megszűnik.

(3) A biztosító a szerződést a biztosítási kockázat jelentős növekedése, illetve a közlési és bejelentési kötelezettség megsértése esetén a jelen szabályzat 16. § (3) bekezdésében és 17. § (4) bekezdésében foglaltak szerint felmondhatja.

(4) A szerződés megszűnésekor a felek kölcsönösen lemondanak a díjtűrőhatár mértékét meg nem haladó követelésükről.

Mikor kell a díjat megfizetni?



7. § Díjfizetés

(1) A kiegészítő biztosítás díja a főbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás lejáratáig, vagy az adott biztosított halálát közvetlenül követő díjességek időpontjáig.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



8. § A biztosító mentesülése és kizárt kockázatok

(1) A biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem fizeti ki a biztosítási összeget, amennyiben a biztosítási esemény a biztosítottnak bűncselekményben, erőszakos cselekményben, vagy jogellenes tevékenységben való részvételével összefüggésben következett be, vagy a biztosított által elkövetett, vagy elkövetni szándékozott bűncselekménye, erőszakos cselekménye, vagy jogellenes magatartásának következménye.

(2) A biztosítási feltételek szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a szolgáltatási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosított ittas állapotban (legalább 0,8‰ véralkoholszint) volt, kábító,

bódító szerek hatása alatt állt, vagy gyógyszer, gyógykezelés hatása alatti állapotban volt, és a káresemény ezzel okozati összefüggésben következett be, kivéve, ha a fenti állapot orvosi utasítás alapján, annak pontos betartása mellett alakult ki.

(3) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosítási esemény öngyilkosságnak, öncsonkításnak, vagy ezek kísérletének, illetve a biztosított által önmagának okozott egyéb testi sérülésnek a következménye, tekintet nélkül a biztosított tudatállapotára, továbbá ha a biztosítási esemény a biztosított beleegyezésével más személy által a biztosítottnak okozott testi sérülés következménye.

(4) A biztosítás nem terjed ki azon eseményekre és a biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészében vagy részben:

- a szerződés hatálybalépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés vagy betegség;
- veleszületett egészségi rendellenességek és az ebből fakadó következmények;
- bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség és gyógykezelése, elnevezéstől vagy osztályozástól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar);
- háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), zavargás, zendülés, sztrájk, lázadás, polgári felkelés vagy bármely ezzel kapcsolatos esemény, illetve bármely rendőrségi feladat ellátása során, vagy erőszakos cselekmények elkövetése során; vagy a hadsereg, a haditengerészet, a légierő kiegészítő-, illetve a polgári védelem nem harcoló egységeiben történő szolgálat során szerzett vagy elszenvedett sérülések (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől van szó);
- a biztosított aktív katonai vagy polgári szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél vagy félkatonai szervezeténél; vagy a biztosított katonaként vagy polgári alkalmazottként történő közvetlen részvétele hadműveletekben, hadgyakorlatokon, hadieszközök tesztelésében vagy hasonló műveletekben, háborúban és békében egyaránt;
- bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, illetve az azokkal összefüggésben bekövetkezett radioaktív szennyeződés, illetve sugárfertőzöttség, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt, kivéve ezek orvosi alkalmazását.

Mit kell tenni, ha káresemény történik?



9. § A biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása

(1) A biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy baleseti halál esetén a holttestet a biztosító saját költségén orvosokkal megvizsgálta és szükség esetén felboncolta. A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogy az orvosilag indokolt.

(2) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a Gyermekek- és szülő biztosítottokra vonatkozó baleset- és betegségbiztosítási kiegészítő biztosítás 2. számú mellékletben megjelölt iratokat kell a biztosító részére benyújtani.

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

(4) A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

Budapest, 2016. február 1

A GYERMEK BIZTOSÍTOTT BALESETBŐL SZÁRMAZÓ CSONTTÖRÉSÉRE ÉS ÉGÉSI SÉRÜLÉS ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-F18, MET-F19) KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

A gyermek biztosított csonttörésére és égési sérülés eseteire szóló biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a Gyermekek- és szülő biztosítottokra vonatkozó kiegészítő baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei az irányadók. Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

1. § A biztosított személye

A jelen biztosítás biztosítottja a gyermek biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító a gyermek balesetből származó csonttörése vagy égési sérülése esetén?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

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

(2) A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási szerződésben megjelölt biztosítási összegből az adott törésre vagy égési sérülésre a térítési táblázatban meghatározott százalékos összeget fizeti ki.

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

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

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

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

(7) Abban az esetben, ha a biztosítási esemény a hivatalos tanítási szünet időszakában következett be, a szolgáltatási összeg kétszeresen kerül kifizetésre.

3. § A biztosítás megszűnése

Az általános feltételekben felsoroltakon túl jelen biztosítás megszűnik:

- a gyermek biztosított halálával,
- annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a gyermek biztosított a 25. életévét betölti.

Térítési tábla

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

- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	20%
- Egyszerű zárt csonttörések	15%
Felső vagy alsó állkapocs, külső boka, belső boka singcsont törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	30%
- Minden egyéb nyílt törés	20%
- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	16%
- Egyszerű zárt törések	10%
Lapocka, kulcscsont, térdkalács, szegycsont, lábtő-, lábközépcsontok törései:	
- Nyílt törések	20%
- Zárt törések	13%
Gerinc törések (farkcsont törés kivételével):	
- Csigolyatestek kompressziós törése	20%
- Tövisnyúlvány, harántnyúlvány, ízületi nyúlvány törései	7%
Homlok, halánték, falcsontról vagy nyakszirtról törései:	
- csontszilánkok benyomódásával	30%
- csontszilánkok benyomódása nélkül	10%

Borda vagy bordák, arccsont, farkcsont vagy szárkapocscsont (kivéve boka) törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	16%
- Minden egyéb nyílt törés	12%
- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	8%
- Egyszerű zárt csonttörések	5%
Kézujj és lábujj törések:	
- Nyílt törések	5%
- Zárt törések	3%

ÉGÉSI SÉRÜLÉSEK	
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület legalább 27%-át érintik	100%
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 18-26%-át érintik	60%
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 9-17%-át érintik	30%
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 4,5-8 %-át érintik	16%

Budapest, 2016. február 1.

A GYERMEK BIZTOSÍTOTT BALESETBŐL VAGY BETEGSÉGBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁSA ESETÉN, NAPI TÉRÍTÉSRE (MET-NB1, MET-NB2) ÉS MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁSOK (MET-SB1, MET-SB2) FELTÉTELEI

A gyermek biztosított balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátása esetén, napi térítésre és műtéti térítésre szóló biztosítások a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a Gyermekek- és szülő biztosítottokra vonatkozó kiegészítő baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei az irányadók.

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

1. § A biztosított személye

A jelen biztosítás biztosítottja a gyermek biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító a gyermek balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátása esetén?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

(1) Kórházi ellátásra szóló napi térítés

a) Amennyiben a gyermek biztosított a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett sérülés vagy első alkalommal bekövetkezett betegség következtében bennfekvőként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti a biztosítottnak a kórházi ellátás első napjától az ellátás tartama alatt, de legfeljebb a 180. naptári napig akkor, ha az adott kórház ápolási esemény tartama legalább 3 ellátási napot elér.

b) Ha a kórházi felvétel és elbocsátás napja között kevesebb, mint 3 ellátási nap telik el, a biztosító kórházi napi térítés címén nem nyújt szolgáltatást.

(2) Műtéti térítés

a) Ha a gyermek biztosított a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett sérülés vagy első alkalommal bekövetkezett betegség következtében kórházi ellátásban részesül és orvos által elvégzendő, a műtéti beavatkozások táblájában felsorolt műtéti eljárás alá

utalják, a biztosító kifizeti a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeget.

b) A biztosító biztosítási évente legfeljebb két műtetre nyújt szolgáltatást.

3. § A biztosítás megszűnése

Az általános feltételekben felsoroltakon túl jelen biztosítás megszűnik:

a) a gyermek biztosított halálával,

b) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a gyermek biztosított a 25. életévét betölti.

MŰTÉTI BEAVATKOZÁSOK TÁBLÁJA
ÁLTALÁNOS SEBÉSZET
Pajzsmirigy eltávolítása
Egy- vagy kétoldali radikális melleltávolítás
Egy- vagy kétoldali egyszerű melleltávolítás
Mell részleges eltávolítása
Melldaganat vagy ciszta kimetszése
HAS
Has feltárása
Vakbélműtét
Hasi tályog becsövezése
Sérvek műtéti ellátása: bubonokéle, omphalokéle, merokéle, hidrokéle, cirsokéle, heresérv, hasfali sérv, műtét utáni sérv
Teljes vagy részleges gyomoreltávolítás, vagotómia, pylorus plasztika, nyombélfekély
Fekély perforációjának elvarrása
Béleltávolítás
Hasüregi daganat eltávolítása
Végbél eltávolítás hasi behatolással
Végbél előreesés műtéti ellátása hasi behatolással
A végbél záró izomzatának berepedése, tályog vagy ciszta
Aranyérműtét
Májtályog (feltárással)
Echinococcus ciszta a májban
Részleges májeltávolítás
Epehólyag eltávolítása
Hasnyálmirigyműtét
Lép eltávolítása
Polip eltávolítása bélből
Vastagbél-, vékonybél-, hólyag sztoma készítése
Bél anasztomózis

Teljes vastagbél eltávolítás
Záróizom plasztika, epevezeték beszájaztatása
Azonos hasi metszésből végzett két vagy több sebészi beavatkozás egyetlen műtétnek számít.
NYIROKCSOMÓK
Nyirokcsomó eltávolítása hónaljából vagy lágyékból
MELLKAS MŰTÉTEK
Mellkas megnyitása, mellkas plasztika
Tüdő vagy tüdőlebeeny eltávolítása
Tüdőbeékelődés eltávolítása
Nyelőcsőműtét
Szív- vagy aortaműtét
Becsővezés mellkas csapoláshoz
Mellkas csapolás
Mediasztinum daganat eltávolítása a szegycsont felvágásával
Mellhártya összenövésének felszabadítása
Légmellkezelés a mellkas megnyitásával
Diagnosztikus mellkas feltárás
Hörgő- vagy légcső sztent behelyezése
ORTOPÉDIAI MŰTÉTEK
Hosszú csöves csontok korrekciós műteti ellátása
Egyéb csontok korrekciós műteti ellátása
Ízületi metszés, beleértve az ízületi szabadtest eltávolítását
Csontkinövés eltávolítása
Alagút szindróma műteti ellátása
Meniszkusz eltávolítás arthroszkóppal
Ujjamputáció (bármely ujj)
Lábközépcsont, kézközépcsont amputációja
Amputáció a csuklótól vagy a lábtőcsontoktól felfelé
Kalapácsujj, ujj deformitás, lábközépcsont deformitás korrekciós műtétje
Inak vagy idegek összevarrása
Arthroszkópos térd vagy vállműtét
Achilles-ín szakadása
Közepes ízületek merevítése (pl. boka)
Könyök, térd, váll ízületbehatoló vagy supracondylaris törései
Csípő, térd vagy váll teljes ízületi plasztikája
Gerinctörés sebészeti ellátása vagy elmerevítése
HÚGY- ÉS IVARSZERVEK
Vese eltávolítása
Daganat, kő, húgycső, húghólyag eltávolítása: – sebészi úton – endoszkóppal
Prosztata eltávolítása
Prosztata eltávolítása a húgycsővön keresztül
Here vagy mellékhere eltávolítása
Húgycsőműtét
Hólyageltávolítás, szeméremcsont fölötti behatolással
Húghólyag teljes eltávolítása
Vese, húgycső, vesemedence plasztika

Vesekő, epekő vagy húgycsőben lévő kő zúzása
Sérvek műteti ellátása: vízsérv, heresérv
Ondózinór vagy vezeték lekötése
Hólyag diverticulum eltávolítása
Barlangos test plasztika
Részleges húgyvezeték eltávolítás áthidalással
Teljes pénisz eltávolítás a nyirokcsomó eltávolításával
Teljes prosztata eltávolítás medencei nyirokcsomó eltávolítással
FÜL - ORR – GÉGE
Plasztikai beavatkozás az ajkakon
Száj daganatának műteti ellátása
Fültőmirigy eltávolítása
Fültőmirigy daganat
Hörgő ciszta vagy tályog eltávolítása
Thyreoglossus ciszta vagy tályog kimetszése
Külső- vagy középfül műtét
Mandulaeltávolítás – adenoid vegetáció eltávolítása
Gége kiirtása
Hangszalagműtét
Nyelvcsap eltávolítása
Légcsőmetszés
Külső hallójáratokból csontkinövés vagy csontdaganat eltávolítása
Teljes vagy részleges állkapocs eltávolítás
Gége-, garat-, nyelőcső eltávolítás
Egyensúlyozó ideg kimetszése
Kengyel eltávolítása
Dobhártya plasztika
Labirintus szerv eltávolítása
Ékcsonton keresztüli rostacsont eltávolítása
Teljes fültőmirigy eltávolítás
Koponyalékelés az üregek felől
NŐI NEMI SZERVEK
Teljes méheltávolítás
Részleges méheltávolítás
Petevezeték eltávolítása
Petefészek eltávolítása
Myoma eltávolítása
Bartholin-mirigy ciszta kimetszése vagy kivarrása
Méhnyak csonkolása
Hüvelyplasztika
Vulva teljes kimetszése
Méhkürtplasztika
Petefészek ékrezekciója
Endoszkópia (invazív laparoszkópia)
Endoszkópia (invazív hiszteroszkópia)
IDEGSEBÉSZET
Agy vagy agyhártyák műteti ellátása
Koponyatörés műteti ellátása
Koponyaplasztika
Diagnosztikus vagy tüneti koponyalékelés

Agyi aneurizma eltávolítása
Meningeoma eltávolítása
Koponyalékelés
Rosszindulatú agyi érelváltozás műtéti ellátása
Hallóideg műtét
Hangszalag eltávolítása
Gerincvelő daganatok
Ideggyök kimetszése
Idegvarrat
Neurinóma kimetszése
Szimpatikus ideg átmetszése
SZEMÉSZET
Hátsó üvegtest műtét
Szürkehályog eltávolítása
Zöldhályog műtét
Szem eltávolítása
Szemhéj be- vagy kifordítása műtétilag
Retinaleválás műtéti ellátása
Könnycsatorna kimetszése
Szivárványhártya eltávolítása vagy bemetszése
Szaruhártya bemetszése asztigmia miatt
Kancsalság műtéti ellátása
Könnytömlő kimetszése
Inhártyaplasztika
Szemlencse beültetése vagy eltávolítása
Kötőhártya átültetése
Lencse plasztika (első kamra bemetszése, másodlagos szürkehályogműtét)
PLASZTIKAI SEBÉSZET (HELYREÁLLÍTÓ SEBÉSZET)
Hegkimetszés
Bőrlebens kimetszése átültetésre
Többszörös ín és idegvarrat
Arcideg dekompresziós műtétje
Homlok vagy arccsont csontvése
ÉRRENDSZERI MŰTÉTEK
ARTÉRIÁK
Érplasztika (katéteres tágítás)
Hasi aortatágulat, csípőaorta vagy combaorta műtét
Hasi aortaműtét
Szívkoszorúér festés
Aorto-carotis vagy aorto- arteria subclavia áthidaló műtét
Artériás vérrög eltávolítása
Arteria carotis endarterektómia
VÉNÁK
Varicosus véna eltávolítása (visszerműtét)
– egy lábon
– mindkét lábon
Véna elvarrása sérülés után
Vénás thrombus eltávolítása
DIAGNOSZTIKUS BEAVATKOZÁSOK

Laparoszkópia
KÜLÖNLEGES MŰTÉTEK
Csontvelő átültetés
DAGANATOK
Daganatos megbetegedés sugárkezelése
Ugyanazon daganat többszöri sugárkezelése esetén a biztosító csak egyszer fizeti ki a biztosítási összeget.

Budapest, 2016. február 1.

A GYERMEK BIZTOSÍTOTT BALESETI EREDETŰ TELJES VAGY RÉSZLEGES ROKKANTSÁGA (MARADANDÓ EGÉSZSÉ GKÁROSODÁSA) ESETÉRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁS (MET-R66, MET-R67) KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

A gyermek biztosított baleseti eredetű teljes vagy részleges rokkantsága (maradandó egészségkárosodása) esetére szóló biztosítás biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a Gyermekek- és szülő biztosítottokra vonatkozó kiegészítő baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei az irányadók. Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

1. § A biztosított személye

A jelen biztosítás biztosítottja a gyermek biztosítottként megnevezett természetes személy.

2. § Általános rendelkezések

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

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

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító a gyermek baleseti eredetű rokkantsága (maradandó egészségkárosodása) esetén?



3. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

(1) **Baleseti teljes rokkantság (maradandó egészségkárosodás)**

a) Amennyiben a gyermek biztosított a baleseti testi sérülés következményeként, a baleset időpontját követő 180 napon belül olyan maradandó egészségkárosodást szenved, amely az utóbbi 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennállt és ezen 12 hónapot követően is maradandóan, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősül, a biztosító a kötvényben megjelölt biztosítási összegből fizeti ki.

b) A biztosító teljes rokkantságnak (maradandó egészségkárosodásnak) ismeri el a következő egészségkárosodásokat:

mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	100%
a beszédképesség teljes elvesztése	100%
az alsó állkapocs eltávolítása	100%
mindkét kar vagy mindkét kéz teljes elvesztése	100%
mindkét láb vagy mindkét lábfej teljes elvesztése	100%
egy kar, illetve kéz és egy láb, illetve lábfej teljes elvesztése	100%

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

(2) **Baleseti részleges rokkantság (maradandó egészségkárosodás)**

a) Amennyiben a gyermek biztosított a baleseti testi sérülés következményeként, a baleset időpontját követő 180 napon belül olyan részleges rokkantságot (maradandó egészségkárosodást) szenved, amely véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősül, a biztosító a kötvényben megjelölt biztosítási összegből a maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő összeget fizeti ki.

b) A maradandó egészségkárosodás mértékét a térítési táblázat szerint kell megállapítani.

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

d) Az ugyanazon baleseti eseményből származó több egészségkárosodás esetén a különböző százalékok összegzésre kerülnek, de a biztosítási szolgáltatás nem haladhatja meg a biztosítási kötvényben meghatározott biztosítási összeget.

e) Abban az esetben, ha a biztosítási esemény a hivatalos tanítási szünet időszakában következett be, a szolgáltatási összeg kétszeresen kerül kifizetésre.

4. § A biztosítás megszűnése

Az általános feltételekben felsoroltakon túl jelen biztosítás megszűnik:

- a) a gyermek biztosított halálával,
 b) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a gyermek biztosított a 25. életévét betölti.

Térítési táblázat

Testrészek	Térítés: egészségkárosodás a biztosítási összeg %-ában	
	Jobb	Bal
Fej		
Veszteség a koponya csontállományának vastagságában:		
- legalább 6 cm ² felületen	40%	
- 3-6 cm ² felületen	20%	
- kevesebb mint 3 cm ² felületen	10%	
Alsó állkapocs részleges eltávolítása, a felsőállkapocscsont teljes vagy részleges eltávolítása (csonkolása)	40%	
Egy szem látóképességének teljes elvesztése	40%	
Egy fül hallóképességének teljes elvesztése	30%	
Felső végtagok		
Egy kar vagy egy kéz teljes elvesztése	60%	50%
A kar csontállományának lényeges vesztesége (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	50%	40%
A felső végtag teljes bénulása (az idegek gyógyíthatatlan sérülése)	65%	55%
A circumflex ideg teljes működésképtelensége	20%	15%
Váll ízületmerevsége (ankylosis)	40%	30%
Könyök ízületmerevsége		
- kedvező állapotú (15 fokos mozgás jobb szögben)	25%	20%
- kedvezőtlen állapotú	40%	35%
Az alkarok csontállományának nagyfokú csökkenése (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	40%	30%
A medianus ideg teljes működésképtelensége	45%	35%
A radiális ideg teljes működésképtelensége	40%	35%
Az alkar radiális idegének teljes bénulása	30%	25%
A kéz radiális idegének teljes bénulása	20%	15%
A cubitális ideg teljes bénulása	30%	25%
Csukló ízületmerevsége (ankylosis) kedvező állapotban (kiegyenesítés, behajlítás)	20%	15%
Csukló ízületmerevsége kedvezőtlen állapotban (hajlított, feszítve kinyújtott vagy ernyedett állapotban)	30%	25%
Hüvelykujj teljes elvesztése	20%	15%
Hüvelykujj teljes ízületmerevsége (ankylosis)	20%	15%
Mutatóujj teljes amputációja	15%	10%
Hüvelykujj és mutatóujj egyidejű teljes amputációja	35%	25%

Hüvelykujj és egy másik ujj teljes elvesztése (a mutatóujj kivételével)	25%	20%
Két ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj és a mutatóujj kivételével)	20%	15%
Négy ujj teljes elvesztése (beleértve a hüvelykujjat)	45%	40%
Négy ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj kivételével)	40%	35%
Alsó végtagok		
Comb teljes elvesztése (combtőig)	60%	
Comb és láb teljes elvesztése combközéptől	50%	
Lábféj teljes elvesztése (izületi csonkolás a sípcsont és lábtőcsontok között)	45%	
Lábféj részleges elvesztése (izületi csonkolás a külső bokacsont és a lábtőcsontok között)	40%	
Lábféj részleges elvesztése (izületi csonkolás a lábtőcsontok között)	35%	
Lábféj részleges elvesztése (izületi csonkolás a lábtőcsontok és a lábközépcsontok között)	30%	
Alsó végtag teljes bénulása (gyógyíthatatlan idegsérülés)	60%	
Külső térdhajlító ülőideg (nervus tibialis) teljes bénulása	30%	
Belső térdhajlító ülőideg (nervus communis) teljes bénulása	20%	
Külső és belső térdhajlító ülőidegek (nervus ischiadicus) teljes bénulása	40%	
Csípő teljes ízületmerevsége	40%	
Térd teljes ízületmerevsége	20%	
Comb csontállományának vagy a láb két csontjának csökkenése (gyógyíthatatlan állapotban)	60%	
Térdkalács csontállományának csökkenése felismerhető szilánkosodással és a láb tényleges megerősítő mozgásával	40%	
Térdkalács csontállományának vesztesége nyugalmi állapotban	20%	
Alsó végtag megrövidülése		
- legalább 5 cm-rel	30%	
- 3-5 cm között	20%	
- 1-3 cm között	10%	
Összes lábujj teljes amputációja	25%	
Négy lábujj teljes amputációja, beleértve a nagylábujjat	20%	
Négy lábujj teljes elvesztése (a nagylábujj kivételével)	10%	
Nagylábujj teljes elvesztése	10%	

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

Budapest, 2016. február 1.

A GYERMEK BIZTOSÍTOTT KRITIKUS BETEGSÉGEIRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁSOK (MET-C37, MET-C39) FELTÉTELEI

A gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítások a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a Gyermekek- és szülőbiztosítottra vonatkozó kiegészítő baleset- és betegség-biztosítás általános feltételei az irányadók.

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

1. § A biztosított személye

A jelen biztosítás biztosítottja a gyermek biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító a gyermek kritikus betegsége esetén?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

(1) A gyermek biztosítottnak a biztosítás lejáratá előtti, a kockázatviselés kezdetétől számított várakozási idő eltelte után a jelen különös feltételek 2. § (4) pontjában meghatározott és leírt betegségek, állapotok, egyikének első alkalommal történő elszენvedése esetén a biztosító kifizeti a szerződésben (biztosítási kötvényen) meghatározott biztosítási összeget, feltéve, hogy a betegség vagy állapot pontos diagnózisának megállapítását követően a gyermek biztosított legalább 30 napig életben van.

(2) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának időpontja.

(3) A jelen biztosítási szolgáltatás alapján a szolgáltatási összeg csak egy ízben kerülhet kifizetésre. Több betegség egyidejű, vagy egymást követő fellépése esetén a biztosító nem teljesít többszöri kifizetést.

(4) A kockázatviselés hatálya alá tartozó betegségek, egészségi rendellenességek a következőkben felsoroltak:

- Rosszindulatú daganatok (rák), leukémiák (fehérvérűség)
- Gyermekbénulás
- Agyhártyagyulladás (meningitis)
- Agyvelőgyulladás (encephalitis) Csontvelő-elégtelenség (Aplasticus anaemia)
- Vírushépatitisek (Hepatitis B, C, D, E)

- Epilepszia
- Reumás láz
- Krónikus, szerzett szívbetegségek
- Bénulások
- Vakság
- Siketség
- Vérvérképzőszervi következtében kialakult HIV-fertőzés
- Veseelégtelenség
- Tetanusz
- Inzulin dependens diabetes mellitus (inzulinhiány miatti súlyos anyagcserezavar; DM-I)
- Jóindulatú agydaganat
- Szervátültetés
- Szívbillentyű műtét
- Aorta műtét

3. § A biztosítás megszűnése

Az általános feltételekben felsoroltakon túl jelen biztosítás megszűnik:

- a) a gyermek biztosított halálával,
- b) a szolgáltatási összeg kifizetésével,
- c) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a gyermek biztosított a 25. életévét betölti.

4. § Az egyes biztosítási eseményekre vonatkozó részletes szabályok

(1) Rosszindulatú daganatok (rák), leukémiák (fehérvérűség)

a) Biztosítási esemény

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 kórképek magukban foglalják a Hodgkin-betegséget és az ún. non-Hodgkin lymphomákat is.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

c) Kizárások

A biztosító nem nyújt szolgáltatást az alábbi esetekre:

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

- Szövetteni vizsgálattal meghatározott, 1,5 mm max. vastagságot nem meghaladó festékes anyajegyek-melanómákra, amelyek a Clark szerinti besorolás szerint a 3-as fokozatnál kisebb mértékű mélységi inváziót mutatnak.
- A bőr basaliomái és a hyperkeratosiok minden formájára (igen lassú növekedés).
- A bőr elszarusodó sejt carcinomájának bármely formájára, amely nem terjed más szövetbe.
- Minden AIDS-szel, illetve HIV-fertőzéssel kapcsolatos daganatra, beleértve a Kaposi sarcomát is.
- Lymphoid leukaemia krónikus formájára. Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt, vagy tudomással kellett volna bírnia:
 - bármely régebbi daganatos, vagy pre-malignus elváltozás,
 - hólyag papilloma,
 - vastagbél polyposis,
 - Crohn betegség,
 - colitis ulcerosa,
 - haematuria (vérvizelés),
 - véres széklet,
 - vérköpés,
 - nyirokcsomó-megnagyobbodás (lymphadenopathia),
 - lépmegegyobbodás (splenomegalia).

(2) Gyermekbénulás

a) Biztosítási esemény

Jelen biztosítási feltételek szempontjából azon diagnosztizált gyermekbénulás esete minősül biztosítási eseménynek, amelyet a poliovírus akut fertőzése okozott. Az orvos által igazolt, maradandó bénuláshoz vezető fertőzés minősül biztosítási eseménynek, amely legalább folyamatosan három hónapon keresztül meggyengíti a motoros funkciókat és légzéselégtelenséget okoz. A szérum és a vírus jelenlétének a gerincvelő folyadékban bizonyítottan kell lennie. Azon gyermekbénulásos esetek kizárásra kerülnek, amelyeknél bizonyítható, hogy a biztosított gyermek nem kapta meg a kötelező oltásokat.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

(3) Agyhártyagyulladás (meningitis)

a) Biztosítási esemény

Baktériumok, vírusok, ritkábban gombák vagy protozoonok által kiváltott gyulladás, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladásos folyamatainak keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább hat hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerinccsapolással nyert gerincvelő folyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvos véleményével kell alátámasztani.

A HIV fertőzött állapotban diagnosztizált bakteriális agyhártyagyulladás nem tekinthető biztosítási eseménynek.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

c) Kizárások

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

(4) Agyvelőgyulladás (encephalitis)

a) Biztosítási esemény

Az agy állományának (agyfélteke, agytörzs vagy kisagy) súlyos gyulladását okozó vírusfertőzés, amely tartós neurológiai károsodáshoz vezet. A tartós neurológiai károsodásnak minimum 6 hétig folyamatosan fenn kell állnia, és a diagnózist neurológus szakvéleményével kell alátámasztani. **A HIV vírus okozta agyvelőgyulladás a jelen feltételek szempontjából nem tekinthető biztosítási eseménynek.**

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

c) Kizárások

A biztosító nem nyújt szolgáltatást az alábbi esetekre:

- akut cerebellaris ataxia,
- Guillain-Barré-szindróma,
- HIV-fertőzés kapcsán kialakult encephalitis.

(5) Csontvelő-elégtelenség (Aplastic anaemia)

a) Biztosítási esemény

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

A kárigény akkor nyújtható be, ha a diagnosztizálást követően transzfúzióra vagy transzplantációra került sor.

b) Szolgáltatás

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

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

c) Kizárások

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

- iatrogen,
- non-steroid gyulladásgátló-,
- sugár- vagy
- kemoterápia következtében kialakult csontvelő-károsodás,
- veleszületett aplasticus anaemia,
- krónikus anaemia.

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

(6) Vírushepatitisek (Hepatitis B, C, D, E)

a) Biztosítási esemény

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

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

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigények esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

c) Kizárások

Nem jár a szolgáltatás Hepatitis A esetén.

(7) Epilepszia

a) Biztosítási esemény

Az agyműködés átmeneti, rohamokban megnyilvánuló rendellenessége. A kárigény csak az ún. „nagy rohamokra” terjed ki, és akkor nyújtható be, ha a rohamok a megfelelően tartott kezelés ellenére több mint 1 éve tartanak.

b) Szolgáltatás

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

- A „nagy roham” több mint heti egy alkalommal ismétlődő roham, a vázizmok összességére kiterjedő tonosus-clonusos görcsrel társuló eszméletvesztéssel.
- A biztosító szolgáltatása az igazolt és megfelelően tartott kezelés ellenére több, mint 1 éve tartó egynél többszöri heti gyakoriságú „nagy roham” esetén az aktuális biztosítási összeg 100%-a.
- A biztosító szolgáltatása az igazolt és megfelelően tartott kezelés ellenére több, mint 1 éve tartó, egynél többszöri havi, de heti egynél kisebb gyakoriságú „nagy roham” esetén az aktuális biztosítási összeg 25%-a.

c) Kizárások

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

- traumás agysérülések,
- agyműtétek,
- szülés alatti hypoxia,
- encephalitis.

(8) Reumás láz

a) Biztosítási esemény

Biztosítási eseménynek tekintendő azon reumás láz, amelynek maradvány kardiológiai szövődményei az NYHA besorolás szerint legalább II. osztályú vagy rosszabb idült szívelégtelenséghez vezetett, legalább hat hónapon keresztül fennállt és a megfelelő kezelés hatására sem várható a javulás. A biztosítási esemény megállapításához a reumás láz kardiológus által is megerősített diagnózisa szükséges, ami teljesíti a Jones-kritériumok mindegyikét. **Jelen biztosítási feltételek szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek azon reumás láz megbetegedésből fakadó igény, amelynek esetében a jelen biztosítási szerződés kezdete előtt már diagnosztizáltak bármilyen olyan betegséget, ami érintette a biztosított gyermek szívbillentyűit.**

b) Szolgáltatás

NYHA besorolás IV. stádiuma szerinti megbetegedés esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

NYHA besorolás II. vagy III. stádiuma szerinti megbetegedés esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 50%-a.

(9) Krónikus, szerzett szívbetegségek

a) Biztosítási esemény

A kárigény benyújtása akkor lehetséges, ha:

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

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás mértéke a szívbetegség NYHA által meghatározott súlyossági stádiumai szerint

- ha a panaszok minősítése minimum NYHA II. vagy III., akkor a biztosító szolgáltatása a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 50%-a;
- ha a panaszok minősítése NYHA IV., akkor a biztosító szolgáltatása a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

c) Kizárások

Kizárandó a biztosítási védelembe vett szívbetegségek köréből:

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

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

- hipertónia (kétes esetben 24 órás méréssel igazolva),
- angina pectoris,
- bizonyítható arteriosclerosis, vagy koszorúér-betegség,
- ritmuszavar,

- detektálható, abnormális EKG eltérés,
- az adott életkorban normálisnak elfogadottnál magasabb szérumszintű koleszterin vagy triglicerid szint.

(10) Bénulások

a) Biztosítási esemény

A végtagnak, vagy végtagoknak a gerincvelő valamely betegsége következtében kialakult állandó, teljes bénulása. A végtag definíció a teljes kart vagy lábat jelenti.

b) Szolgáltatás

Egy teljes kar vagy teljes láb bénulására a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 50%-a.

Teljes egyoldali vagy kétoldali, vagy minden végtagot érintő bénulásra a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

c) Kizárások

Nem jár a szolgáltatás az alábbiak esetén:

- veleszületett bénulás,
- a végtagok részleges bénulása.

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

- sclerosis multiplex,
- egyéb agyi vagy gerincvelőt érintő megbetegedés,
- egyéb idegrendszeri betegség,
- pszichológiai kórállapotok (pseudo-paralysis).

(11) Vakság

a) Biztosítási esemény

Akut betegség következtében legalább egy szemén kialakult maradandó és teljes látáskiesés.

b) Szolgáltatás

Ha végleges vakság alakul ki egy szemén, akkor a biztosító szolgáltatása a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 50%-a.

Ha végleges vakság alakul ki mindkét szemén, akkor a biztosító szolgáltatása a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

c) Kizárások

Kizárandó: bármely más mértékű látásromlás.

Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg

tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek, és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt vagy tudomással kellett volna bírnia:

- diabetes mellitus,
- glaucoma (zöldhályog),
- trachoma,
- cataracta (szürkehályog).

(12) Siketség

a) Biztosítási esemény

Akut betegség következményeképpen kialakult, kórházak vagy klinikák audiológus szakorvosa által diagnosztizált, objektív audiometriás méréssel megerősített, teljes, végleges halláskiesés minden hangfrekvencia-tartományban, legalább egy fülben.

b) Szolgáltatás

Ha végleges siketség a gyermek 2 éves korát követően alakul ki egy fülben, akkor a biztosító szolgáltatása a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 20%-a.

Ha végleges siketség alakul ki mindkét fülben, akkor a biztosító szolgáltatása a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 50%-a.

c) Kizárások

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

- a közép- vagy belső fül krónikus gyulladása,
- korábbi halláscsökkenés.

(13) Vérvérkéztmény következtében kialakult HIV-fertőzés

a) Biztosítási esemény

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

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

b) Szolgáltatás

A biztosító szolgáltatása elfogadott kárigény esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

(14) Veseelégtelenség

a) Biztosítási esemény

A biztosítási védelem az ún. „végállapotú” veseelégtelenségre terjed ki, amely mindkét vese működésének krónikus, már vissza nem fordítható működési elégtelenségét jelenti, és amely egyben rendszeres vese-pótoló krónikus dialízist (CAPD vagy haemodialysis) vagy vesetranszplantációt igényel. Az állapot bekövetkezésének időpontja a rendszeres dialízis kezelés megkezdésének időpontja vagy a veseátültetés időpontja, attól függően melyik következik be előbb.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigény esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

A biztosító előre, a biztosítási esemény bekövetkezése előtt kifizeti a biztosítási összeget akkor, ha dokumentumokkal igazolható, hogy:

- a biztosított felkerült a magyar, az európai, vagy az amerikai (USA) hivatalos transzplantációs listára és
- a transzplantáció megvalósulása ezzel előbbre hozható és
- az összeget erre fordítják.

c) Kizárások

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

- krónikus glomerulonephritis,
- polycystás vese,
- VUR következtében kialakult nephropathia,
- autoimmun nephropathia,
- húgyúti fejlődési rendellenesség talaján kialakuló krónikus pyelonephritis,
- öröklődő familiaris vesebetegségek,
- vesefejlesztési rendellenességek,
- egyéb vesebetegség (Schönlein-Henoch-szindróma),
- hipertónia,
- diabetes mellitus.

(15) Tetanusz

a) Biztosítási esemény

Biztosítási eseménynek tekintendő tetanusz fertőzés, amelyet a Clostridium tetani baktériummal történő fertőzés okoz és legalább 4 héten keresztül fennálló amyotoniához (izomgyengeséghez) és légzési elégtelen-

séghez vezet. A szolgáltatás feltétele, hogy a diagnózist szakorvos is megerősítse, illetve kórházi kezelés váljon indokolttá.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigény esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

c) Kizárások

Azon tetanuszos esetek kizárásra kerülnek, amelyeknél bizonyítható, hogy a biztosított gyermek nem kapta meg a kötelező oltásokat.

(16) Insulin dependens diabetes mellitus (inzulinhiány miatti súlyos anyagcserezavar; DM-I)

a) Biztosítási esemény

A biztosítási védelem a legalább már 3 hónapja inzulinkezelésben részesülő biztosítottra terjed ki.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigény esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 60%-a.

(17) Jóindulatú agydaganat

a) Biztosítási esemény

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

- az életfontos funkciókat veszélyezteti;
- agykárosodást okoz;
- túlnőtt a műtéti eltávolíthatóság határain (inoperábilis);
- maradandó neurológiai károsodást okoz;

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- ciszták;
- granulomák;
- érrendellenesség;
- vérömleny;
- agyalapi mirigy és gerincvelő daganatai.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigény esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

(18) Szervátültetés

a) Biztosítási esemény

A szervátültetés olyan műtéti beavatkozást jelent, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe az adott szerv végállapotú károsodása miatt, más személy (donor) szervezetéből szív, tüdő, máj, vese vagy hasnyálmirigy kerül beültetésre. Nem minősül szervátültetésnek az összejt beültetés, kivéve az emberi

csontvelő beültetést összejt beültetéssel, teljes csontvelő kiirtás után.

A biztosítási esemény időpontja a műtét időpontja.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigény esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

(19) Szívbillentyű műtét

a) Biztosítási esemény

Azon szívbillentyű műtétek minősülnek biztosítási eseménynek, amelyeket mellkasi nyitott szívű műtéttel hajtottak végre. A biztosítási feltételek szempontjából a kizárólag orvosilag indokolt esetben végrehajtott szívbillentyű műtét minősül biztosítási eseménynek, a megfelelő orvosi alátámasztással. A túlzott alkohol, kábító vagy bódító hatású szerek fogyasztása miatt kialakult betegségek, amelyek szívbillentyű műtétéhez vezettek, nem minősülnek biztosítási eseménynek.

A biztosítási esemény időpontja a műtét időpontja.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigény esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

(20) Aorta műtét

a) Biztosítási esemény

Azon mellkasi vagy hasi aorta műtétek minősülnek biztosítási eseménynek (aorta ágak kivételével), amelyek thoracotómiai vagy laparotómiai beavatkozással, aorta aneurizma, aorta elzáródás, aortaszűkület vagy traumatikus aortatörés korrekciója érdekében hajtottak végre. Jelen biztosítási feltételek szempontjából a kizárólag orvosilag indokolt esetben végrehajtott aorta műtét minősül biztosítási eseménynek, a megfelelő orvosi alátámasztással. A túlzott alkohol, kábító vagy bódító hatású szerek fogyasztása miatt kialakult betegségek, amelyek aorta műtétéhez vezettek, nem minősülnek biztosítási eseménynek.

A biztosítási esemény időpontja a műtét időpontja.

b) Szolgáltatás

A szolgáltatás az elfogadott kárigény esetén a gyermek biztosított kritikus betegségeire szóló biztosítás aktuális biztosítási összegének 100%-a.

Budapest, 2016. február 1.

A SZÜLŐ BIZTOSÍTOTT BALESETI HALÁLA ESETÉRE SZÓLÓ JÁRADÉKSZOLGÁLTATÁS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-HA8, MET-HA9) KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

A szülő biztosított baleseti halála esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a Gyermekek- és szülő biztosítottokra vonatkozó kiegészítő baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei az irányadók.

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

1. § A biztosított személye

A jelen biztosítás biztosítottja a szülő biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító a szülő biztosított baleseti halála esetén?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

(1) Amennyiben a szülő biztosított olyan baleseti testi sérülést szenved, amelynek következtében a baleset időpontját követő 180 napon belül meghal, a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott havi járadék összeget teljesíti a haláleseti kedvezményezett részére havi rendszerességgel 10 éven keresztül.

(2) A járadék első kifizetése az azt követő hónap 10. napján kezdődik, amely hónap 15. napjáig az igényelbíráláshoz szükséges dokumentumok hiánytalanul a biztosítóhoz érkeztek és az igényjogosultságot a biztosító elismerte.

Budapest, 2016. február 1.

A SZÜLŐ BIZTOSÍTOTT BALESETI SÚLYOS ROKKANTSÁGA (MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁSA) ESETÉRE SZÓLÓ JÁRADÉKSZOLGÁLTATÁS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-J42, MET-J43) KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

A szülő biztosított baleseti súlyos rokkantsága (maradandó egészségkárosodása) esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a Gyermekek- és szülő biztosítottokra vonatkozó kiegészítő baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei az irányadók.

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

1. § A biztosított személye

A jelen biztosítás biztosítottja a szülő biztosítottként megnevezett természetes személy.



Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító a szülő biztosított baleseti súlyos rokkantsága (maradandó egészségkárosodása) esetén?

2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

(1) Amennyiben a szülő biztosított baleseti testi sérülés következményeként a baleset időpontját követő 180 napon belül a gyermek biztosított baleseti eredetű teljes vagy részleges rokkantsága (maradandó egészségkárosodása) esetére szóló biztosítás különös feltételeiben leírt és az ott szereplő szolgáltatási táblázatban meghatározott 50%-os, vagy annál magasabb fokú maradandó egészségkárosodást szenved, a biztosító a szerződésben meghatározott havi járadéknak a maradandó egészségkárosodás fokával megegyező mértékű részét teljesíti havi rendszerességgel, tíz éven keresztül. A havi járadék összege a biztosított életben léte alatt a biztosított részére, a biztosított halála esetén a haláleseti kedvezményezett részére kerül kifizetésre.

(2) A járadék első kifizetése az azt követő hónap 10. napján kezdődik, amely hónap 15. napjáig az igényelbíráláshoz szükséges dokumentumok hiánytalanul a biz-

tosítóhoz érkeztek és az igényjogosultságot a biztosító elismerte.

(3) A maradandó egészségkárosodás mértékét a gyermek biztosított baleseti eredetű teljes vagy részleges rokkantsága (maradandó egészségkárosodása) esetére szóló biztosítás különös feltételeiben szereplő térítési táblázat szerint kell megállapítani. A táblázatban nem említett maradandó egészségkárosodások a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján, súlyosságukkal arányosan kerülnek elbírálásra a biztosított foglalkozásának figyelmen kívül hagyásával. Az egészségkárosodás bekövetkezését, annak maradandó jellegét és mértékét az igényelbírálás tartama alatt a biztosító orvos szakértője állapítja meg, aki e döntését más orvos szakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

(4) Az ugyanazon baleseti eseményből származó több egészségkárosodás esetén a különböző százalékok összegzésre kerülnek, de a biztosítási szolgáltatás nem haladhatja meg a biztosítási kötvényben a járadékszolgáltatásra meghatározott biztosítási összeget.

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

Budapest, 2016. február 1.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET A GYERMEK- ÉS SZÜLŐ BIZTOSÍTOTTRA VONATKOZÓ BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSI KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSHOZ

Milyen mértékű biztosítási térítést lehet választani?



Választható biztosítási csomagok és díjak

A szerződő által az ajánlati nyomtatványon választott, alábbi táblázatban bemutatott csomag szerinti szolgáltatást nyújtja a biztosító.

Biztosított	Fedezet	Snoopy a figyelmes	Snoopy a gondoskodó	Szemünk fénye	Szuper szülő
Gyermek	Csonttörés és égési sérülések*	100 000 Ft	200 000 Ft	300 000 Ft	400 000 Ft
	Baleseti és betegségi kórházi napi térítés	3 000 Ft	5 000 Ft	7 000 Ft	10 000 Ft
	Baleseti és betegségi műtéti térítés	80 000 Ft	150 000 Ft	200 000 Ft	300 000 Ft
	Baleseti rokkantság (maradandó egészségkárosodás)*	1 500 000 Ft	2 000 000 Ft	3 000 000 Ft	4 500 000 Ft
	Kritikus betegség	1 500 000 Ft	2 000 000 Ft	3 000 000 Ft	4 500 000 Ft
	Asszisztencia általános szolgáltatások	<ul style="list-style-type: none"> - 7/24 orvosi call center szolgáltatás - szakorvosi vizit megszervezése - nemzetközi második orvosi vélemény - konzultáció pszichológussal baleset vagy súlyos betegség esetén - magántanár huzamosabb kórházi ápolás esetére - magántanár huzamosabb otthoni ápolás esetére 			
	Asszisztencia többlet szolgáltatások		- betegszállítás baleset vagy betegség esetén (évi 100 000 Ft limitösszeggel)	- betegszállítás baleset vagy betegség esetén (évi 100 000 Ft limitösszeggel) - képalkotó diagnosztika (CT, MRI, UH, évi 100 000 Ft limitösszegig)	- betegszállítás baleset vagy betegség esetén (évi 100 000 Ft limitösszeggel) - képalkotó diagnosztika (CT, MRI, UH, évi 100 000 Ft limitösszegig)
Éves díj az első gyermek biztosított esetén		32 000 Ft	51 000 Ft	72 000 Ft	101 000 Ft
Éves díj a további gyermek biztosított(ak) esetén		28 800 Ft	45 900 Ft	64 800 Ft	90 900 Ft

* Ha a csonttörés, az égési sérülés, vagy a maradandó egészségkárosodást okozó baleset a hivatalos tanítási szünet időszakában következett be, a szolgáltatási összeg kétszeresen kerül kifizetésre.

A gyermek részére választott csomag típusától függetlenül választható kiegészítő biztosítási csomag a szülő biztosítottak részére:

Biztosított	Fedezet	Snoopy a figyelmes	Snoopy a gondoskodó	Szemünk fénye	Szuper szülő
Szülő	Havi járadék 10 éven keresztül a szülő baleseti halála esetére	75 000 Ft/hó	100 000 Ft/hó	125 000 Ft/hó	150 000 Ft/hó
	Havi járadék 10 éven keresztül a szülő baleseti rokkantsága (maradandó egészségkárosodása) (>50%) esetén	75 000 Ft/hó	100 000 Ft/hó	125 000 Ft/hó	150 000 Ft/hó
Éves díj az első szülő biztosított esetén		40 500 Ft	54 000 Ft	67 500 Ft	81 000 Ft
Éves díj a második szülő biztosított esetén		36 450 Ft	48 600 Ft	60 750 Ft	72 900 Ft

Együttkötési szabályok

A főbiztosítás éves díja:	A Gyermekek- és szülő biztosítottokra vonatkozó baleset- és betegségbiztosítási kiegészítő biztosítás minimálisan választandó csomagjai
nem éri el a 200 000 Ft-ot	egy gyermekre és egy szülőre vonatkozóan a Snoopy a gondoskodó csomag vagy egy gyermekre vonatkozóan a Snoopy a gondoskodó csomag és két szülőre vonatkozóan a Snoopy a figyelmes csomag
nem éri el a 400 000 Ft-ot	egy gyermekre és egy szülőre vagy két gyermekre vonatkozóan a Snoopy a figyelmes csomag
400 000 Ft-tól	egy gyermekre vonatkozóan a Snoopy a figyelmes csomag*

*opcionális

Budapest, 2016. február 1.

2. SZÁMÚ MELLÉKLET A GYERMEK- ÉS SZÜLŐ BIZTOSÍTOTTRA VONATKOZÓ BALESET- ÉS BETEGSÉGI KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSHOZ

Milyen dokumentumokra van szüksége a biztosítónak a kifizetéshez?



Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról

A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratokat szükséges benyújtani:

Valamennyi biztosítási szolgáltatásiránti igény esetén:

- a biztosító erre a célra szolgáló kitöltött és aláírt igénybejelentő nyomtatványa,
- a biztosítási eseményt okozó eseményre vonatkozó (annak bekövetkezésében szerepet játszó halál, baleset, betegség, maradandó egészségkárosodás), illetve az azzal kapcsolatos valamennyi ellátás orvosi dokumentációja, gyógykezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások, szakorvosi iratok másolatai,
- házi orvosi kórtörténet másolata,
- hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hiteles hatósági okirat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárást befejező/elutasító határozat, amennyiben ilyen készült és az okirat szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához,
- munkahelyi baleseti jegyzőkönyv (ha készült),
- véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült),
- toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény (ha készült),
- külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami, vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítása,
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv (amennyiben ilyen készült).

Valamennyi baleseti szolgáltatási igény esetén:

- amennyiben a sérült testrész a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően már károsodott, a korábban felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait, (ha létezik ilyen),
- ha a baleset hivatalos tanítási szünet időszakában következett be, az oktatási intézmény igazolását arról,

hogyan a biztosítási esemény napja tanítási szünet időszaka esett.

Halál, baleseti halál esetére irányuló szolgáltatási igény esetén:

- a hitelesített halotti anyakönyvi kivonat,
- a halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
- boncjegyzőkönyv másolata, amennyiben boncolás történt,
- halotti epikrízist tartalmazó kórházi zárójelentés,
- az eredeti érvényben lévő biztosítási kötvény vagy a kötvény elvesztésére vonatkozó nyilatkozat két tanú aláírásával,
- azon okiratok, amelyek a kedvezményezetti jogsúlya (személyazonosítás, illetve kedvezményezetti vagy örökös stáusz) igazolásához szükségesek,
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata (abban az esetben kell csatolni, ha a kedvezményezettet nem nevezték meg vagy a kedvezményezett a biztosított előtt elhalálozott, és a kedvezményezett módosítására nem került sor),
- Gyámhatósági határozat (kiskorú kedvezményezett esetén),
- haláleset utáni orvosi jelentés formanyomtatvány vagy a kezelőorvos, házi orvos nyilatkozata a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával.

Baleseti teljes vagy részleges rokkantság (maradandó egészségkárosodás) esetére irányuló szolgáltatási igény esetén:

- a vizsgálati eredmények, az orvosi jelentést valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával,
- állapotrosszabbodás esetén: a szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések dokumentumainak a másolata
- az egészségkárosodás véglegessé válását követően készült kezelőorvosi állapotleírás.

Kórházi ellátás esetére irányuló szolgáltatási igény esetén:

- a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló magyar nyelvű egészségügyi 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,

- b) kórházi zárójelentés (nem kórházi igazolás!), külföldi kórházi zárójelentés esetén magyar nyelvű hiteles fordítással,
- c) ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata, hiteles magyar nyelvű fordítással,
- d) a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával.

Balesetből származó csonttörés és égési sérülés esetére járó szolgáltatás igénybevételéhez:

- a) a csonttörést, csontrepedést vagy égési sérülést igazoló lelet másolata (szükség esetén a biztosító bekérheti az eredeti röntgenképet is),
- b) 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.

Kritikus betegségek esetére járó szolgáltatás igénybevételéhez:

- a) a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló magyar nyelvű egészségügyi 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,
- b) az önellátó képesség súlyos zavarait igazoló ideggyógyász szakvélemény,
- c) csontvelő-elégtelenség (Aplasticus anaemia) esetén a kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: csontvelőpunkciós vagy biopsziás lelet, a serumban: WBC < 500/μl; PLT < 20.000/μl vonatkozott reticulocytaszám kisebb, mint 1%,
- d) epilepszia esetén a kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: kóros EEG görbe. A rohamoknak a háziorvos vagy ideggyógyász által kellően dokumentálnak kell lenniük. Az elbíráláshoz neurológus szakvélemény is benyújtandó,
- e) krónikus, szerzett szívbetegségek esetén a kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, a szakorvosi véleményben írásban rögzítendő diagnosztikus kritérium: kardiológus szakorvos által felállított, echocardiographiás vizsgálattal megerősített diagnózis,
- f) bénulások esetén a kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, neurológus szakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a kór állapot állandó és tartós voltának megállapítása,
- g) vakság esetén a kárigény elbírálásához a biztosító által előírt, szemész szakorvosi véleményben írásban

rögzítendő kritérium: a vakság maradandó voltának megállapítása,

h) siketség esetén a kárigény elbírálásához a biztosító által előírt fül-, orr- és gégeszakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a siketség maradandó voltának megállapítása,

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

j) inzulin dependens diabetes mellitus esetén a kárigény elbírálásához a biztosító által előírt szakorvosi véleményben írásban rögzítendő kritérium: a kór állapot krónikus voltának megállapítása és a diagnosztizálás óta eltelt 3 hónapos tartam és a folyamatos inzulin-kezelés igazolása.

Az asszisztencia szolgáltatások igénybevételéhez szükséges benyújtandó dokumentumok az asszisztencia szolgáltatások különös feltételeiben (4. számú melléklet) található.

A felsorolt dokumentumokon kívül az igényjogosultnak minden esetben joga van olyan további okiratok vagy bizonyítékok benyújtására vagy bemutatására, amelyek az adott eset körülményei alapján – és a bizonyítás általános szabályai szerint – a biztosítási szolgáltatásra irányuló igény szakszerű elbírálásához, és ezen keresztül a követelés érvényesítéséhez szükséges. E körben a biztosító az érintett okiratról vagy bizonyítékról, illetve az azokhoz fűződő joghatásról való pontos tájékoztatással segíti az igényjogosultat.

Budapest, 2016. február 1.

3. SZÁMÚ MELLÉKLET A GYERMEK- ÉS SZÜLŐ BIZTOSÍTOTTRA VONATKOZÓ BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSI KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSHOZ

AZ ASSZISZTENCIA SZOLGÁLTATÁSOK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

Mit nyújtanak az asszisztencia szolgáltatások?



Az asszisztencia szolgáltatásokat az Advance Medical Hungary Kft. nyújtja.

1. § 7/24 orvosi call center szolgáltatás

(1) Orvosi call center szolgáltatás alatt telefonon történő orvosi tanácsadást, illetve az egyéb szolgáltatási igény fogadására kijelölt kapcsolattartó központ működtetését értjük, melyet a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója a biztosító által rendelkezésre bocsátott telefonszám felhívásával érhet el. Az asszisztencia szolgáltató az alábbi telefonszámon fogadja a gyermek biztosítottak vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozóinak a hívását: **+36-1-461-1507. Az orvosi call center az év minden napján, napi 24 órában fogadja a hívásokat**, melyek rögzítésre kerülnek.

(2) A call center tanácsadás keretében a következőkről ad tájékoztatást:

- betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
- gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról,
- orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
- ügyeletes gyógyszertárakról,
- egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

(3) A szolgáltatás során az asszisztencia szolgáltató call centere által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek. Az asszisztencia szolgáltató erre a tényre a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója figyelmét a telefonbeszélgetés előtt is szóban felhívja.

(4) A call center kapcsolattartó funkciója az alábbi szolgáltatások alapjául szolgál.

Asszisztencia általános szolgáltatások gyermek biztosítottra vonatkozó Snoopy a figyelmes csomag választása esetén:

- második orvosi vélemény szolgáltatás,
- szakorvosi vizit megszervezése korlátlan számban,
- nemzetközi második orvosi vélemény,
- konzultáció pszichológussal baleset vagy súlyos betegség esetén,

- magántanár huzamosabb kórházi ápolás esetére,
- magántanár huzamosabb otthoni ápolás esetére.

Asszisztencia többlet szolgáltatások gyermek biztosítottra vonatkozó Snoopy a gondoskodó csomag választása esetén:

- betegszállítás baleset vagy betegség esetén (évi 100 000 Ft limitösszeggel).

Asszisztencia többlet szolgáltatások gyermek biztosítottra vonatkozó Szemünk fénye vagy Szuper szülő csomag választása esetén:

- betegszállítás baleset vagy betegség esetén (évi 100 000 Ft limitösszeggel),
- képalkotó diagnosztika (CT, MRI, UH, évi 100 000 Ft limitösszegig).

(5) A szolgáltatás igénybevételének feltételei

a) A gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, ahol egy operátor vagy azonnal orvos válaszolja meg a hívást.

b) Megtörténik a telefonáló azonosítása, és a jogsultság ellenőrzése a biztosító által az asszisztencia szolgáltató rendelkezésre bocsátott adatok alapján:

- név ellenőrzése
- kötvényszám
- születési dátum ellenőrzése.

c) Orvosi kérdés kapcsán az operátor orvos munkatársnak továbbítja a hívást, aki megválaszolja a telefonáló kérdéseit.

d) Egyéb esetben az operátor rögzíti az ügyfél igényét, és az igényelt szolgáltatások feltételeinek megfelelően elkezd a szolgáltatások megszervezését és tájékoztatja a gyermek biztosítottat vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozóját a folyamatról.

(6) A szolgáltatással kapcsolatban nincsen várakozási idő, az a kockázatviselés első napjától igénybe vehető.

2. § Szakorvosi vizsgálat megszervezése

(1) Ha a gyermek biztosított a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult betegsége miatt szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra szorul, az asszisztencia szolgáltató vállalja, hogy a gyermek biztosítottnak vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozójának segítséget nyújt abban, hogy megtalálja a gyermek biztosított szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltatót, ahol az igényelt szakorvosi ellátás

térítéses betegként elérhető. Az asszisztencia szolgáltató az egészségügyi szolgáltató ajánlason túl, kérésre az igényelt szakellátás megszervezését is vállalja. **Az asszisztencia szolgáltatás az információ szolgáltatásra és az ellátás megszervezésére nyújt fedezetet.**

Az asszisztencia szolgáltató által megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója fizeti.

(2) A szolgáltatás igénybevételének feltételei

A gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. § szerint felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, és bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét. Az eljárás az ott leírtak szerint zajlik.

(3) A szakorvosi vizsgálat megszervezésének határideje 10 munkanap.

(4) A szolgáltatással kapcsolatban nincs várakozási idő, az a kockázatviselés első napjától igénybe vehető.

(5) Amennyiben a gyermek biztosított a számára megrendelt szolgáltatást a megbeszélte időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy a gyermek biztosított a megszervezett szolgáltatás ismételt megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.

3. § Nemzetközi második orvosi vélemény

(1) Második orvosi vélemény szolgáltatás alatt a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója kérésére, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult, a gyermek biztosított súlyos betegségére vonatkozó, magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, nemzetközileg elismert, általában külföldi szakorvos által készített orvosi távszakvélemény elkészítését értjük. A szakvélemény célja, hogy a gyermek biztosított betegségének gyógyítását támogassa.

(2) A második orvosi vélemény szolgáltatást az asszisztencia szolgáltató az alábbi betegségek esetén biztosítja:

- az életet fenyegető rosszindulatú daganatos megbetegedés,
- szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészeti beavatkozást szükségessé tevő kórképeket,
- szervátültetések,
- neurológiai és idegsebészeti betegségek,
- az idegrendszer degeneratív betegségei,
- a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és állapotok,
- az életet fenyegető egyéb betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.

A felsoroltakon kívüli betegségek, állapotok esetén az asszisztencia szolgáltató a második orvosi vélemény biztosítása tekintetében mérlegelési jogosultsággal bír. A

második orvosi vélemény örökletes vagy veleszületett betegségek, illetve rendellenességek esetén nem vehető igénybe.

(3) A szolgáltatás igénybevételének feltételei

a) A gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. § szerint felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, és bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét.

b) Az asszisztencia szolgáltató ellenőrzi, hogy a kérelmező a szolgáltatás igénybevételére jogosult-e.

c) A gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. számú függelék szerinti megadott kérelem és kérdőív kitöltésével, aláírásával, és mindezeknek az asszisztencia szolgáltató részére történő megküldésével kezdeményezi hivatalosan a szolgáltatás igénybevételét.

d) Az asszisztencia szolgáltató esetfelelős orvost jelöl ki, akinek feladata a következő:

- a gyermek biztosítottól vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozójától a dokumentációk bekérése és ezek összesítése;
- második orvosi vélemény szolgáltatás iránti igény jogosságának orvos-szakmai szempontú mérlegelése;
- második orvosi véleményt adó szakember(ek) kiválasztása, részükre a dokumentáció megküldése, illetve az egész eset kezelése folyamán a kapcsolattartás;
- a második orvosi vélemény végső formájának összeállítása.

e) Az asszisztencia szolgáltató a gyermek biztosítottal, illetve a vele egy háztartásban élő hozzátartozójával egyeztetett formátumban, módon és címen, de mindenképpen írásban (e-mail, telefax, nyomtatott formában futárpostával) megküldi a szakvéleményt.

f) Az asszisztencia szolgáltató ezt követően a második orvosi vélemény átadása után esetlegesen szükségessé váló további konzultációt biztosít a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója számára.

(4) A szolgáltatás feltételei

a) A második orvosi véleményt minden esetben a gyermek biztosított kezelőorvosai által készített leletei és a már felállított diagnózis alapján nyújtják.

b) A gyermek biztosított akkor jogosult a második orvosi vélemény igénybevételére, ha őt előtte a kérelmezett szakvélemény tárgyát képező betegség tekintetében egy Magyarországon orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkező orvos megvizsgálta, és a vizsgálatról leleteket készített, illetve írásos diagnózist állított fel.

c) A második orvosi vélemény igénylésekor a kérelemhez a biztosítottnak vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozójának 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. A gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója 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.

d) A második orvosi vélemény elkészítésének költségeit – beleértve az esetlegesen szükséges szakfordítás díját és a futárposta költségeit is – az asszisztencia szolgáltató tartalmazza. Minden egyéb, pótlólagosan felmerülő orvosi vizsgálatokkal és kezelésekkal, orvosi jelentések megírásával, vizsgálatokkal kapcsolatos kiadást, költséget és díjat a biztosított, illetve a vele egy háztartásban élő hozzátartozója viseli.

e) A második orvosi vélemény iránti kérelem – 1. számú függelék – benyújtása magyar nyelven történik. A kérelem megválaszolása magyarul és angolul történik. A magyar és angol szöveg közti eltérés esetén az angol nyelvű szöveg az irányadó.

f) Az asszisztencia szolgáltató által nyújtott második orvosi vélemény a benyújtott adatok megbízhatóságától és pontosságától függ.

g) A második orvosi vélemény nem használható fel a gyermek biztosított kezelőorvosa döntésének helyettesítésére, tekintve, hogy bármely klinikai döntés meghozatalához személyes orvos-beteg találkozás és tényleges orvosi kivizsgálás szükséges.

h) Az asszisztencia szolgáltató nem vállal semmilyen felelősséget a nyújtott információ helytelen értelmezéséért vagy felhasználásáért. Ezen információ nem szolgálhat tudományos vagy jogi bizonyítékként.

(5) 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.

(6) A szolgáltatással kapcsolatban betegség esetén a várakozási idő 3 hónap. Ha a szolgáltatást baleset miatt veszik igénybe, nincs várakozási idő.

4. § Konzultáció pszichológussal

(1) Ha a gyermek biztosított a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége vagy baleset következtében 14 napnál hosszabb folyamatos kórházi tartózkodást vagy közvetlen hozzátartozó (szülő, testvér) elvesztését követően pszichológiai kezelésre szorul, az asszisztencia szolgáltató előzetes időpont egyeztetést követően a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója kérésére pszichológussal történő telefonos vagy személyes konzultációt szervez meg. A telefonos konzultáció biz-

tosítási évente legfeljebb 5 alkalommal, a személyes konzultáció legfeljebb 2 alkalommal vehető igénybe. A pszichológussal történő konzultáció a gyermek biztosított számára díjmentes. Ugyanazon biztosítási éven belül telefonos és személyes konzultáció nem vehető igénybe.

(2) A szolgáltatás igénybevételének feltételei

A gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. § szerint felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, és bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét. Az eljárás az ott leírtak szerint zajlik.

(3) A szolgáltatás lebonyolítása előtt az asszisztencia szolgáltató az alábbi dokumentumokat kérheti a biztosítottól, mellyel a biztosított igazolni tudja a szolgáltatás feltételeinek teljesülését:

- a) kórházi zárójelentés,
- b) kórházi kezelés időtartalmát igazoló igazolás.

(4) A telefonos konzultáció megszervezésének határideje 5 munkanap, a személyes konzultáció megszervezésének határideje 15 munkanap.

(5) A szolgáltatással kapcsolatban betegség esetén a várakozási idő 3 hónap. Ha a szolgáltatást baleset miatt veszik igénybe, nincs várakozási idő.

(6) Amennyiben a gyermek biztosított a számára az asszisztencia szolgáltató által megszervezett szolgáltatást a megbeszélte időpontban nem veszi igénybe, és erről a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, az igénybe nem vett szolgáltatás is egyszeri igénybevételnek minősül.

5. § Magántanár huzamosabb kórházi ápolás esetére

(1) A tanköteles korú gyermek biztosított a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége vagy baleset következtében 14 napnál hosszabb aktív betegellátást nyújtó kórházban történő folyamatos tartózkodást követően biztosítási évenként legfeljebb 50 000 Ft értékben, óránként legfeljebb 5 000 Ft értékben, naptári hetenként legfeljebb 3 alkalommal magántanárt vehet igénybe.

Az asszisztencia szolgáltató a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója kérésére segítséget nyújt abban, hogy a gyermek biztosított szükségleteinek megfelelő magántanárt megtalálják. Az asszisztencia szolgáltató vállalja, hogy a magántanár díját a meghatározott összeghatár erejéig közvetlenül a magántanárnak fizeti meg. Abban az esetben, ha a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója által választott magántanárt szeretne igénybe venni, az asszisztencia szolgáltató utólag számla ellenében, banki átutalással megtéríti a gyermek biz-

tosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója költségeit a meghatározott összeghatárig.

(2) A szolgáltatás igénybevételének feltételei

A gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. § szerint felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, és bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét. Az eljárás az ott leírtak szerint zajlik.

(3) A szolgáltatás lebonyolítása előtt az asszisztencia szolgáltató az alábbi dokumentumokat kérheti a gyermek biztosítottól, illetve a vele egy háztartásban élő hozzátartozójától a szolgáltatás feltételeinek teljesülésének igazolására:

- kórházi zárójelentés,
- kórházi kezelés időtartamát igazoló igazolás,
- a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója részére történő utólagos költségterítés esetén a szolgáltatást nyújtó magántanár eredeti számlája, melyen vevőként az asszisztencia szolgáltató van feltüntetve,
- igazolás, mely igazolja, hogy a számlát kiállító egyéni vállalkozó vagy jogi személy az adott szolgáltatás nyújtásához szükséges szakképesítéssel és hatósági engedéllyel rendelkezik.

(4) A szolgáltatás megszervezésének határideje 10 munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes dokumentum az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll.

(5) A szolgáltatással kapcsolatban betegség esetén a várakozási idő 3 hónap. Ha a szolgáltatást baleset miatt veszik igénybe, nincs várakozási idő.

(6) Amennyiben a gyermek biztosított a számára az asszisztencia szolgáltató által megszervezett szolgáltatást a megbeszélte időpontban nem veszi igénybe, és erről a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, az igénybe nem vett szolgáltatás is egyszeri igénybevételnek minősül.

6. § Magántanár huzamosabb otthoni ápolás esetére

(1) Amennyiben a tanköteles korú gyermek biztosított a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége vagy baleset következtében 14 napnál hosszabb aktív betegellátást nyújtó kórházban történő folyamatos tartózkodást követően 14 napot meghaladó otthoni ápolásra szorul, biztosítási évenként legfeljebb 50 000 Ft értékben, óránként legfeljebb 5 000 Ft értékben, naptári hetenként legfeljebb 3 alkalommal magántanárt vehet igénybe.

Az asszisztencia szolgáltató a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója kérésére segítséget nyújt abban, hogy a gyermek biztosított szük-

ségeinek megfelelő magántanárt megtalálják. Az asszisztencia szolgáltató vállalja, hogy a magántanár díját a meghatározott összeghatár erejéig közvetlenül a magántanárnak fizeti meg. Abban az esetben, ha a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója által választott magántanárt szeretne igénybe venni, az asszisztencia szolgáltató utólag számla ellenében, banki átutalással megtéríti a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója költségeit a meghatározott összeghatárig.

(2) A szolgáltatás igénybevételének feltételei

A gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. § szerint felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, és bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét. Az eljárás az ott leírtak szerint zajlik.

(3) A szolgáltatás lebonyolítása előtt az asszisztencia szolgáltató az alábbi dokumentumokat kérheti a gyermek biztosítottól, illetve a vele egy háztartásban élő hozzátartozójától a szolgáltatás feltételeinek teljesülésének igazolására:

- kórházi zárójelentés,
- kórházi kezelés időtartamát igazoló igazolás,
- az otthoni ápolás időtartamát igazoló orvosi igazolás,
- a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója részére történő utólagos költségterítés esetén a szolgáltatást nyújtó magántanár eredeti számlája, melyen vevőként az asszisztencia szolgáltató van feltüntetve,
- igazolás, mely igazolja, hogy a számlát kiállító egyéni vállalkozó vagy jogi személy az adott szolgáltatás nyújtásához szükséges szakképesítéssel és hatósági engedéllyel rendelkezik.

(4) A szolgáltatás megszervezésének határideje 10 munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes dokumentum az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll.

(5) A szolgáltatással kapcsolatban betegség esetén a várakozási idő 3 hónap. Ha a szolgáltatást baleset miatt veszik igénybe, nincs várakozási idő.

(6) Amennyiben a gyermek biztosított a számára az asszisztencia szolgáltató által megszervezett szolgáltatást a megbeszélte időpontban nem veszi igénybe, és erről a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, az igénybe nem vett szolgáltatás is egyszeri igénybevételnek minősül.

7. § Betegszállítás baleset vagy betegség esetén

(1) Amennyiben a gyermek biztosított a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult be-

tegsége vagy baleset folytán a lakhelyéről szakorvoshoz vagy kórházba, vagy kórházból vagy szakorvostól a lakhelyére saját járművel vagy tömegközlekedéssel az egészségi állapota miatt kísérettel sem képes eljutni, mentőszállításra jogosult, melyet biztosítási évenként legfeljebb 100 000 Ft értékben vehet igénybe. A mentőszállítást az asszisztencia szolgáltató szervezi meg a gyermek biztosított részére.

(2) A szolgáltatás igénybevételének feltételei

A gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. § szerint felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, és bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét. Az eljárás az ott leírtak szerint zajlik.

(3) A szolgáltatás lebonyolítása előtt az asszisztencia szolgáltató a mentőszállítás szükségességét igazoló orvosi dokumentumok (szakorvosi ellátást igazoló ambuláns lap, kórházi zárójelentés, szakorvosi beutaló) bemutatását kérheti a gyermek biztosítottól vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozójától.

(4) A szolgáltatás megszervezésének határideje 3 munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes dokumentum az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll.

(5) A szolgáltatással kapcsolatban betegség esetén a várakozási idő 3 hónap. Ha a szolgáltatást baleset miatt veszik igénybe, nincs várakozási idő.

(6) Amennyiben a gyermek biztosított a számára az asszisztencia szolgáltató által megszervezett szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem veszi igénybe, és erről a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, az igénybe nem vett szolgáltatás is egyszeri igénybevételnek minősül, és a biztosítási év során a betegszállítás szolgáltatás kapcsán összesen rendelkezésre álló költségkeretet 20%-kal csökkenti.

8. § Képződiagnosztika

(1) Amennyiben a gyermek biztosítottnak a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult, szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított betegsége miatt CT, MR vagy ultrahang vizsgálatra van szüksége, az asszisztencia szolgáltató szervezésében biztosítási évenként legfeljebb 100 000 Ft értékhatárig, biztosítási évenként legfeljebb egy alkalommal részt vehet ultrahang vizsgálaton, vagy ugyancsak évenként egy alkalommal részt vehet egy testtáj CT, vagy szintén egy alkalommal egy testtáj MR vizsgálaton. A szolgáltatás keretében az alábbi vizsgálatok érhetők el:

- a) hasi, nyaki vagy lágyrész ultrahang vizsgálat,
- b) natív és kontrasztanyagot tartalmazó CT vizsgálat bármely testtájáról,

c) natív és kontrasztanyagot tartalmazó MR vizsgálat bármely testtájáról.

(2) A szolgáltatás igénybevételének feltételei

A gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. § szerint felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, és bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét. Az eljárás az ott leírtak szerint zajlik.

(3) A szolgáltatás lebonyolítása előtt az asszisztencia szolgáltató a képződiagnosztika szükségességét igazoló orvosi dokumentumok (szakorvosi ellátást igazoló ambuláns lap, kórházi zárójelentés, szakorvosi beutaló) bemutatását kérheti a gyermek biztosítottól vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozójától.

(4) A szolgáltatás megszervezésének határideje 10 munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes dokumentum az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll.

(5) A szolgáltatással kapcsolatban betegség esetén a várakozási idő 3 hónap. Ha a szolgáltatást baleset miatt veszik igénybe, nincs várakozási idő.

(6) Amennyiben a gyermek biztosított a számára az asszisztencia szolgáltató által megszervezett szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem veszi igénybe, és erről a gyermek biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, az igénybe nem vett szolgáltatás is egyszeri igénybevételnek minősül.

9. § Indexálás

A biztosító évente egyszer, minden év május elsejével indexálhatja az asszisztencia szolgáltatás költségét. A biztosító az index mértékét a főbiztosítás általános feltételeinek 11. § (2) bekezdésében részletezett módon határozza meg. Az indexálással az asszisztencia szolgáltatási limitek nem változnak.

10. § Asszisztencia szolgáltató módosítása

A biztosító fenntartja a jogot az asszisztencia szolgáltató módosítására.

Budapest, 2016. február 1.

Hogyan juthatok kényelmesen a biztosítással kapcsolatos információkhoz?



SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK MYMETLIFE INTERNETES FELÜLET HASZNÁLATÁRA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. § Őrszem árfolyamfigyelő szolgáltatás beállítása

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

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatást eszközalaponként kell beállítani.

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

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

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

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

(6) Az Őrszem automatikus funkciói által kiváltott egységáthelyezések költsége megegyezik a **MyMetLife kezelőfelületen** kezdeményezett egységáthelyezések tranzakciós költségével, melynek aktuális mértékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

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

A) Stop loss funkció

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

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatás stop loss funkciójának alaptípusai:

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

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

ket. Ebben az időpontban automatikus áthelyezés nem történik.

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

(4) A stop loss funkció indításának módjai:

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

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

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

(5) Az árfolyamesés mértékének beállítása:

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

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

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

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

B) Start buy funkció

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

(2) Az árfolyamfigyelő szolgáltatás start buy funkciójának alaptípusai:

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

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

(3) A start buy funkció indításának módjai:

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

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

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

(4) Az árfolyam-emelkedés mértékének beállítása:

a) adott befektetési egységalapra történő abszolút ár beállítása esetén a start buy funkció aktiválódik és a biztosító a (2) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, amennyiben a befektetési egységalap aktuális ára eléri a szerződő által beállított abszolút árat (fix érték vagy ár);
b) relatív százalékos érték beállítása esetén – amelyet a biztosító minden értékelési napon a megbízás megadásának napjától eltelt időszak legalacsonyabb árfolyam-értékéhez viszonyít – a start buy funkció aktiválódik és a biztosító a (2) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, amennyiben az aktuális árfolyam növekedése eléri vagy meghaladja a szerződő által beállított értéket.

11. § A biztosító a szerződő által kezdeményezett közvetlen tranzakciók közül az egységáthelyezést (T-nap) a tranzakció kezdeményezését követő munkanapon regisztrálja (T+1 nap), az értékelési napot követő napon érvényes árfolyamon (T+2 nap) hajtja végre (amely eljárás egyezik a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítás feltételeiben meghatározott rendelkezésekkel), míg a többi tranzakciót és a módosításokat a fő-, illetőleg a kiegészítő biztosítások feltételeiben meghatározott időtartamon belül hajtja végre.

12. § Egyes tranzakciók formanyomtatványon történő kezdeményezése esetén a biztosító ügyfélszolgálatára további adatok megadását, igazolásokat, hozzájárulásokat beszerzését igényelheti, adategyeztetést végezhet, illetőleg ilyen feladatokra a szerződés közvetítőjét felkérheti. Ilyen esetben a tranzakció végrehajtására, vagy a szerződés adatainak módosítására kizárólag a szükséges intézkedés végrehajtását követően kerülhet sor.

13. § Az egységáthelyezés és a díjmegosztási arány módosítása egyes esetekben jelentős mértékben megváltoztathatja a befektetési egységeknek az igényfelmérés során figyelembe vett kockázatát, továbbá a befektetés kockázatát, így arra a szerződőnek különös figyelmet kell fordítania.

14. § A tranzakciók automatikus végrehajtása miatt a biztosító nem vizsgálja az egyes tranzakciók ésszerűségét vagy annak hiányát, ezért a tranzakciók kockázatát teljes egészében a szerződő viseli.

15. § Egyes tranzakciók végrehajtása esetén a biztosító költségeket számít fel, amelyek összegét a szerződési feltételeknek a díjakra vonatkozó mellékletei tartalmazzák.

16. § A biztosító a szerződő által a MyMetLife felületen kezdeményezett egyes tranzakciókra kedvezményes díjakat biztosít, amelyek a Gyűjtőszámla befektetési egy-

ségekhez kötött kiegészítő biztosítás 1. számú mellékletéből ismerhetők meg.

17. § A szerződő köteles az általa kezdeményezett változtatást a kezelőfelület folyamatban lévő tranzakciók ablakban, míg annak végrehajtását követően a szerződés aktuális adatainak ablakában ellenőrizni, mivel a tranzakciók visszavonására azok elküldését követően nincs lehetőség.

18. § A biztosító fenntartja a jogot, hogy a közvetlenül, illetőleg a formanyomtatványon kezdeményezhető tranzakciókat és módosítási lehetőségeket fejlessze és azokat a MyMetLife kezelőfelületébe beépítse. A módosításokról a biztosító a szerződő részére értesítést küld.

19. § A biztosító kizárja a felelősséget minden olyan károkozás esetén, amely az internetes szolgáltató üzemzavarára vezethető vissza, ideértve a MyMetLife elleni elektronikus támadásból eredő zavarokat is.

20. § A szerződő a MyMetLife használata mellett igénybe veheti a biztosító telefonos ügyfélszolgálatát, továbbá a szerződés közvetítőjének segítségét is.

21. § Abban az esetben, amennyiben a szerződő a MyMetLife használata mellett a biztosító ügyfélszolgálatán, illetőleg a közvetítőjén keresztül is kezdeményez

tranzakciót, illetőleg a szerződés adataiban módosítást, a biztosító elsődlegesen a MyMetLife felületen, azt követően az ügyfélszolgálatra érkező, végül a papíralapon érkező kéréseknek tesz eleget. Amennyiben a szerződő szándéka a párhuzamos kezdeményezések alapján nem állapítható meg, a biztosító ügyfélszolgálat a szerződőt telefonon megkísérli elérni és az ellentmondásokat tisztázza. **Amennyiben az ellentmondások tisztázása egy munkanapon belül nem lehetséges, és nem állapítható meg egyértelműen a kérelmek beérkezésének időpontja, a biztosító jogosult a párhuzamos kérelmek bármelyike alapján eljárni és a többi kérelmet figyelmen kívül hagyni. A biztosító kizárja a felelősséget a szerződő egymásnak ellentmondó, párhuzamos kérelmeivel kapcsolatos döntéseiből eredő károkért. Amennyiben az egymásnak ellentmondó, párhuzamos kérelmek beérkezésének időpontja egyértelműen megállapítható, a biztosító a későbbi időpontban beérkezett kérelem alapján jár el.**

22. § A szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal kérheti a MyMetLife regisztrációjának törlését, amelyet a biztosító a kiegészítő szerződés felmondásaként kezel. Az írásbeli törlési kérelmet a biztosító a kérelem beérkezését követő második munkanap teljesíti.

Budapest, 2016. február 1.

Mit érdemes tudni a biztosítóról?



CÉGISMERTETŐ

A MetLife Inc. bemutatkozója

Az 1868-ban alapított MetLife leányvállalatain és társvállalatain keresztül világszerte kínál életbiztosítási és életjáradék programokat, alkalmazotti juttatásokat, valamint vagyonkezelői 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.

MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe

A MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepénél a magyar életbiztosítási piacon is értékálló hozamokat nyújtó és hosszú távú pénzügyi biztonság megteremtésére alkalmas megoldásokat kínálunk. Számunkra fontos, hogy ügyfeleinknek az elvártnál jobb minőségű szolgáltatást nyújtsunk, amelyre a jól felkészült kollégák jelentik a garanciát. További információért látogassa meg a www.metlife.hu honlapot.

Általános információk

Cégnév: MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepe

Cím: 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.

Céggjegyzékszám: 01-17-000934

Adószám: 25363926-2-41

Ügyfélszolgálat: 06 40 444 445

Internet: www.metlife.hu

Email: info@metlife.hu

Anyavállalat: MetLife Europe Limited

Székhelye: 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Írország

Nyilvántartási száma: 415123

Nyilvántartását végző hatóság: Central Bank of Ireland

Tulajdonosa: MetLife EU Holding Company Limited, American Life Insurance Company és MetLife Holdings (Cyprus) Limited

Felügyeleti szerv: Ír Pénzügyi Szolgáltatások Hatóságának Központi Bankja (Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dame Street, Dublin 2, Írország), a fogyasztóvédelmi kérdésekben eljáró hatóság a Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.)

A fizetőképességről és pénzügyi helyzetről szóló éves jelentés: a MetLife Europe Limited a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló éves jelentést (SFCR) minden év június 30. napjáig teszi közzé a www.metlife.hu honlapon. Az első közzététel 2017. június 30-án esedékes.