



ajánlatszám

## EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT

A nyilatkozat kérdéseit a biztosítandó feleletei alapján az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. megbízottja **szöveges válasszal** tölti ki. Bármely javítást a **biztosítandó félnek** kézjeggyével kell igazolnia.

1. Név: _____	
Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap. Családi állapota: _____	
2. Egészségesnek érzi-e magát?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
3. Magassága: _____ cm. Testsúlya: _____ kg. Testsúlya változott-e az elmúlt évben? Ha igen, mennyit változott (+ vagy -) és mi okból? _____	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
4. Dohányzik-e? Ha igen, naponta mennyit? _____	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
5. Szeszes italt fogyaszt-e rendszeresen? Ha igen, mit és milyen mértékben? _____	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
6. Vérnyomásával volt-e, van-e panasza? Ha igen, mikor, ill. mióta? _____	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
7. Volt-e, illetve van-e valamilyen betegsége vagy panasza a következők közül? Szív- és keringési betegségek, cukorbetegség, légzőszervi betegségek, emésztőszervi betegségek, daganatos megbetegedés, vesebetegség, ideg- és elmebetegség, bármely más betegség vagy rendellenesség, melyre nem kérdeztünk rá? Ha igen, kérjük részletesen leírni és a teljes orvosi dokumentáció másolatát mellékelni szíveskedjenek! _____	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
8. Részt vett-e szakorvosi vizsgálaton az elmúlt két évben, illetve áll-e jelenleg rendszeres orvosi kezelés alatt? Ha igen, mi okból, mikor, ill. mióta? _____	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
9. Állt-e az utóbbi öt évben gyógyintézeti kezelés alatt? Ha igen, mikor, mi okból? A zárójelentés másolatát kérjük mellékelni! _____	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
10. Voltak-e műtétei, vagy terveznek-e Önnél a közeljövőben műtétet? Ha igen, mikor, milyen műtét, milyen következményekkel? A zárójelentés másolatát kérjük mellékelni! _____	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
11. Volt-e Önnek az utóbbi két évben EKG vagy röntgen lelete, amely valamilyen rendellenességet mutatott? Ha igen, kérjük a másolatot mellékelni!	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
12. Szed-e rendszeresen valamilyen gyógyszert? Ha igen, mi okból, (gyógyszer neve/napi adag)? _____	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
13. Fenn áll-e testi fogyatékoság, rokkantság? Ha igen, milyen jellegű és mértékű? _____	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
14. Előfordult-e a családban cukorbetegség, szív- és érrendszeri betegség, magas vérnyomás, TBC, daganatos betegség, ideg- és elmebetegség, más öröklődő betegség? Ha igen, milyen betegség, kinél, milyen életkorban? _____	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
15. Nőknél: jelenleg várandós-e? Ha igen, hányadik hónapban van? _____	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
16. Volt-e pozitív HIV (AIDS) vizsgálata?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
17. Kezelőorvosának neve és címe: _____	
18. Foglalkozása (tényleges tevékenység): _____ Veszélyes vagy egészségre ártalmas munkahelyen dolgozik-e? Ha igen, kérjük leírni! _____	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
19. Folytat-e bármilyen veszélyes tevékenységet, bármilyen sportot, bármilyen hobbit, illetve szándékozik-e ezek bármelyikét folytatni? Ha igen, pontosan mi az és milyen rendszerességgel végzi? _____	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
20. Jelenleg van-e életbiztosítása? Ha igen, melyik biztosítónál, milyen összegre? _____	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
21. Jelen ajánlatot megelőzően volt-e elutasított biztosítási ajánlata? Ha igen, mikor, mi okból, melyik biztosítónál? _____	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem

Saját kezű aláírással tudomásul veszem, hogy a fenti nyilatkozatom életbiztosítási ajánlatom részét képezi. Igazolom, hogy a kérdéseket személyesen, az igazságnak megfelelően válaszoltam meg, melyeket helyesen jegyeztek le.

Kelt: \_\_\_\_\_ helység, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_

A biztosított saját kezű aláírása

## NYILATKOZAT

A szerződő, a biztosított, illetve a biztosított törvényes képviselője kijelenti, illetve tudomásul veszi:

- Alulírott kijelentem, hogy a jelen ajánlat aláírása előtt egyértelmű és részletes tájékoztatást kaptam az ajánlaton jelölt biztosítás(ok) jellemzőiről és a biztosító főbb adatairól, a biztosítási (szerződési) feltételek összefoglalását tartalmazó ügyféltájékoztatót és a biztosítási feltételek egy példányát átvettem, elolvastam, a benne foglaltakat megértettem és azokat tudomásul veszem. Egyúttal átvettem az ajánlat egy példányát.
- Alulírott kijelentem, hogy az ajánlatban feltett kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése vagy valós adatok, betegségek, balesetek elhallgatása a biztosítás érvénytelenségét, illetve a biztosító mentesülését vonhatja maga után. Tudomásul veszem, hogy az ajánlaton szereplő személyi azonosítóim (név, születési idő és hely, anyja neve, lakcím vagy értesítési cím, életkor, nem, állampolgárság, foglalkozás, adóazonosító jel) közlése és az előírt egészségi nyilatkozat hiánytalan kitöltése nélkülözhetetlen a biztosítás megkötése érdekében, míg egyéb adataim (munkahely megnevezése, telefon, email cím, családi állapot, a szerződő és biztosított kapcsolata) közlése a biztosítóval való kapcsolattartás és a szolgáltatások teljesítése érdekében kerülnek felvételre és nyilvántartásra.
- Kijelentem, hogy az ajánlatban szereplő adatokat önkéntesen, a biztosítás megkötése érdekében adtam meg. Hozzájárulok, hogy az ajánlaton rögzített adatokat és az ajánlat alapján létrejött biztosítási szerződés egyéb adatait a biztosító a biztosítási szerződés megkötése, a szerződésből származó jogok és kötelezettségek érvényesítése, illetve a biztosítási szolgáltatások teljesítése érdekében a szerződés érvényességi tartama, a szolgáltatások teljesítése érdekében szükséges, illetve a jogszabályban meghatározott időtartam alatt nyilvántartsa, valamint saját nyilvántartási céljaira és a jogszabályokban előírt kötelező adatszolgáltatási célokra felhasználja. Tudomásul veszem, hogy a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló jogszabály alapján az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozóról és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről tájékoztatást kérhetek, kérhetem személyes adataim helyesbítését, illetve törlését, jogsértés esetén bírósághoz fordulhatok, valamint a jogellenes adatkezeléssel okozott károm megtérítését követelhetem.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a fenti személyes adataimat, valamint a biztosítási szerződéselem pénzügyi és aktuáriusi adatait a szerződés fenntartása és kezelése, illetve a szerződésben foglaltak teljesítése céljából és érdekében a biztosító – a külföldre történő adattovábbítás szabályainak figyelembe vételével – adatfeldolgozási céllal a külföldi székhelyű anyavállalata (American Life Insurance Company, U.S.A), az anyavállalat regionális központjai (AMCICO-Csehország, AMSLICO-Szlovákia) ill. viszontbiztosítója (SwissRe - Svájc, Hannover Life Re - Franciaország), részére, az anyavállalat, a regionális központok és a viszontbiztosító székhelye szerinti országokba továbbítsa.
- Felhatalmazom az AHICO Biztosító Zrt.-t, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerzeze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX törvény 157. § (1) és (6)-(7) bekezdésében, valamint a 159. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól. A biztosító az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titok időbeli korlátozás nélkül megtartani.
- A biztosítónak jogában áll a jelen biztosítási ajánlatot a biztosítóhoz való beérkezéstől számított 15 napos határidőn belül indoklás nélkül elutasítani. Amennyiben a 15 napos határidőn belül a biztosító nem nyilatkozik, úgy a szerződés a benyújtott ajánlat szerint létrejön.
- Tudomásul veszem, hogy az ajánlatom felvételében és a biztosítás közvetítésében eljáró biztosításközvetítő (ügynök, alkus) nem jogosult az ajánlat feltételeit vagy a biztosítás feltételeit és rendelkezéseit módosítani, illetve a biztosító által írásban közölt feltételeket és előírásokat bármilyen módon megváltoztatni. A szóbeli közlések vagy kikötések csak akkor érvényesek, ha azokat az AHICO Biztosító Zrt. illetékes szerve írásban igazolja. A szóbeli tájékoztatás és a biztosítási feltételek ellentmondása esetén az AHICO Biztosító Zrt. által kiadott írásbeli tájékoztató(k) adatait és információit kell érvényesnek tekinteni.
- Elfogadom az AHICO Biztosító Zt. azon eljárását, amely szerint az ajánlaton szereplő biztosítási összeget 10 %-ot meg nem haladó mértékben csökkenti vagy növeli a biztosítási díj változatlanul hagyása mellett, ha azt a kockázatbírálói döntés indokolja.
- Amennyiben a biztosító a pénzmossás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben, illetve pénzmossási szabályzatában meghatározott esetekben velem, illetve az általam képviselt szervezettel kapcsolatban ügyfélezonosításra kötelezett, az azonosításhoz hozzájárulok. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az azonosítás során valós adatokat szolgáltatok, valamint vállalom, hogy a szerződéses kapcsolat fennállása alatt a megadott adatokat bekövetkezett változásokot 5 munkanapon belül jelentem a biztosítónak. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a fenti kötelezettségemet nem teljesítem, úgy az a vonatkozó jogszabályok alapján a biztosítás megszűnését eredményezheti.
- Kijelentem, hogy az ajánlaton megjelölt ajánlattevő (szerződő) és bármely, az ajánlatban megnevezett kedvezményezett NEM az U.S.A. polgára és/vagy nem tartozik az U.S.A. Szövetségi Jövedelemadó hatálya alá. Egyúttal kötelezettséget válllok arra, hogy amennyiben a biztosítási szerződés érvényességi időtartama alatt az ajánlattevő (szerződő) vagy bármely, az ajánlatban megnevezett kedvezményezett az U.S.A. polgárává válik, illetve az U.S.A. Szövetségi Jövedelemadó hatálya alá kerül, vagy a biztosítási szerződést ilyen személy részére ruházzák át, a változást követő 30 napon belül erről értesítem a biztosítót. U.S.A. polgár vagy az U.S.A. Szövetségi Jövedelemadó hatálya alá tartozó személy által, a Szövetségi Jövedelemadó-státusz vonatkozásában tett valótlan nyilatkozat az U.S.A. jogszabályok alapján büntetést vonhat maga után. A jelen nyilatkozat szempontjából az U.S.A. polgárának vagy az U.S.A. Szövetségi Jövedelemadó hatálya alá tartozó személynek minősül az Amerikai Egyesült Államok állampolgára vagy rezidense, illetve az U.S.A. székhelyű vállalkozás vagy bármely olyan vállalkozás, melyben egy vagy több U.S.A. polgár ellenőrzési jogot gyakorol és a vállalkozás az U.S.A. bíróságának joghatósága alatt áll. Jelen nyilatkozat a kockázati (haláleseti) életbiztosítás, mint alapbiztosítás ajánlattevőjére (szerződőjére) nem vonatkozik.
- Díjtartalékos és befektetési egységhez kötött életbiztosítások esetén tudomásul veszem és elfogadom, hogy a biztosítási szerződés feltételeivel és a hatályos jogszabályokkal összhangban a biztosító a mindenkori üzletpolitikájának megfelelően jogosult az általam fizetett biztosítási díjat befektetni, mely befektetés hozamából a szerződésben meghatározottak szerint részesedem. Tudomásul veszem, hogy a befektetések hozama előre nem határozható meg, valamint elfogadom a szerződés alapján engem illető hozam-részesedést
- Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a biztosítási szerződésnek a szerződő által, a kötvény kézhezvételét követő 30 napon belül történő felmondása esetén, a kötvényesítés adminisztrációs költsége és a kockázatviselés költsége jogcímén egy havi díjat, de legfeljebb forint alapú biztosítások esetén 20.000 Ft - azaz húszezer forint - összeget, Euró alapú biztosítások esetén 80 Euró – azaz nyolcvan Euró – összeget, valamint az elvégzett orvosi vizsgálat költségének összegét a biztosító a befizetett díjból visszatartja és kizárólag a díjnak a fenti költségekkel csökkentett összegét fizeti vissza.
- Tudomásul veszem, hogy amennyiben a biztosítást hitelfedezetként kívánom felhasználni, a pénzügyintézet a hitel nyújtásáról a kérelmező hitelképességének vizsgálata és a hatályos bonitásvizsgálati feltételek alapján dönt, a biztosítási szerződéstől függetlenül.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a tevékenységi körébe tartozó egyéb termékekről és szolgáltatásokról, illetve azok igénybevételei lehetőségeiről a későbbiekben tájékoztasson és az azokkal kapcsolatos tájékoztató anyagokat részemre megküldje.

Kelt (helység, dátum)

Biztosítandó aláírása  
(ill. a biztosítandó törvényes  
képviseelőjének aláírása)

Szerződő aláírása  
(ha nem azonos a biztosítandóval)

## ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

A jelen kiegészítő ügyféltájékoztató az AHICO Biztosító Zrt. 422-es és EU422-es jelű alapéletbiztosításainak és az azokhoz köthető kiegészítő biztosításoknak a 2003. évi LX. törvényben (Bit) meghatározott jellemzőit, a Bit-ben meghatározott adat- és titokvédelmi ill. adatkezelési tájékoztatót, valamint a biztosító főbb adatait tartalmazza. A biztosítási szerződés további jellemzőiről és a biztosítás részletes feltételeiről az életbiztosítási feltételek nyújtott tájékoztatót. A kiegészítő tájékoztató és az életbiztosítási feltételek kizárólag együtt érvenyesek és együttes ismeretük minősül ügyféltájékoztatósnak.

	<b>422 és EU422 alap életbiztosítás.</b>	<b>140-es és EU140-es „Rokkantsági díjmentesítés” kiegészítő biztosítás</b>	<b>110-es és EU110-es Kritikus betegségre szóló „Critical Care” elnevezésű kiegészítő biztosítás</b>	<b>178-es és EU178-es Kórházi szolgáltatások családi biztosítási lehetőségével</b>	<b>180-as és EU180-as Baleseti halál és rokkantság esetére növekvő biztosítási összeggel</b>
<b>Kockázatviselés kezdete</b>	A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájaktól kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára befizeti, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.		A biztosító fél az első díjat a biztosító számlájára befizeti, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.		
<b>Várakozási idő</b>	A biztosító 3 hónapos várakozási időt köt ki, mely időszak alatt csak a baleset vagy heveny fertőző betegség miatt bekövetkező haláleset esetében kerül kifizetésre a biztosítási összeg.	-----	A biztosítás kezdetétől számított három (3) hónap. A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási esemény esetén a biztosító biztosítási szolgáltatást nem teljesít. Ha a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be a biztosító a befizetett díjakat visszafizeti.	Betegségből eredő kórházi kezelés esetén 60 nap várakozási idő után szolgáltat a biztosító.	-----
<b>Biztosítási kötvény</b>	A biztosító részére benyújtott ajánlat elfogadása esetén, a biztosító a létrejött biztosítási szerződésről vízjeles, biztonssági papírra nyomtatott biztosítási kötvényt állít ki és küld el a szerződő részére.		A biztosítás egy éves időtartama szól és minden esetben egy újabb évvel meghosszabbodik, ha azt a biztosítási év letele előtt legalább 30 nappal egyik fél sem mondja fel, illetve a biztosítási évfordulón esedékes díj megfizetésre kerül.		
<b>Biztosítási időszak</b>	A szerződésben megjelölt tartam végéig, vagy lejáratú koráig tartó időszak.	A kiegészítő biztosítás tartama az alapbiztosítás tartamához igazodik, figyelembe véve az adott kiegészítő biztosításra meghatározott megszűnési eseteket.	A biztosítottnak a kockázatviselés hatálya alá tartozó, a biztosítási szerződés 5. pontjában, 1) vagy 1)-7) vagy 1)-32) sorszám alatt meghatározott és leírt betegségek, állapotok, egyikének első alkalommal történő elszívődése, vagy a kockázatviselés hatálya alá tartozó, a biztosítási szerződés 5. pontjában, 1) vagy 1)-7) vagy 1)-32) sorszám alatt meghatározott és leírt történő végrehajtása, feltéve, hogy a betegség vagy állapot pontos diagnosztikának megállapítását, illetve a műtét elvégzését követően a biztosított legalább 30 napig életben van.	Baleset, vagy betegség következtében a biztosított kórházi és/vagy műtét elvégzése, valamint a szerződésben megnevezett olyan súlyos betegsége, melynek kapcsán orvosi konzultáció kérhető.	A biztosított balesetből (akaratán kívül hirtelen fellépő külső behatás) származó halála vagy maradó rokkantsága.
<b>Biztosítási esemény</b>	A biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála, vagy a biztosítottnak a biztosítás lejáratú időpontjában vagy a részszolgáltatásra való jogosultság megnyíltakor való életbenléte.	A biztosított (szerződő) teljes és tartós rokkantsága (100%-ban elveszti munkaképességét).	A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki. További szolgáltatások: visszavásárlás, díjmentes leszállítás, kötvénykölcsön. A biztosítás megszűnésakor esedékessé váló szolgáltatás egyösszegetben vagy külön megállapodás alapján a járadék opciók egyike szerint kerül kifizetésre.	A biztosító a kórházi ellátás 1. napijától az ellátás tartama alatt (max. 90 napig) a szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti ki, intenzív ellátás esetén 50 %-al emelt térítést fizet, minden napi térítés után 50 % rehabilitációs támogatást fizet. b.) Ha a biztosított műtét elvégzése után a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összegből a műtét bonyolultságának megfelelő műtét térítést fizet. c.) A biztosítási szerződésben meghatározott egészségi rendelkezéssel kapcsolatos orvosi konzultáció a szerződésben meghatározott szolgáltatótól.	Baleseti halál esetén az aktuális biztosítási összeg, baleseti maradó rokkantság esetén az aktuális biztosítási összegből a rokkantság mértékének megfelelő összeg kerül kifizetésre. Közelekedési baleset esetén Közelekedési baleset esetében biztosítási (dupla) szolgáltatás. Közelekedési baleset esetén, biztonssági öv használata mellett az induló biztosítási összeg szerint, háromszoros szolgáltatás.
<b>Biztosító szolgáltatása</b>	A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatási összeget fizeti ki. További szolgáltatások: visszavásárlás, díjmentes leszállítás, kötvénykölcsön. A biztosítás megszűnésakor esedékessé váló szolgáltatás egyösszegetben vagy külön megállapodás alapján a járadék opciók egyike szerint kerül kifizetésre.	Az alapbiztosítás a teljes rokkantság bekövetkezése után, a rokkantság tartamára változatlan szolgáltatási feltételek mellett díjmentessé válik.	A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.	a.) A biztosító a kórházi ellátás 1. napijától az ellátás tartama alatt (max. 90 napig) a szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti ki, intenzív ellátás esetén 50 %-al emelt térítést fizet, minden napi térítés után 50 % rehabilitációs támogatást fizet. b.) Ha a biztosított műtét elvégzése után a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összegből a műtét bonyolultságának megfelelő műtét térítést fizet. c.) A biztosítási szerződésben meghatározott egészségi rendelkezéssel kapcsolatos orvosi konzultáció a szerződésben meghatározott szolgáltatótól.	Baleseti halál esetén az aktuális biztosítási összeg, baleseti maradó rokkantság esetén az aktuális biztosítási összegből a rokkantság mértékének megfelelő összeg kerül kifizetésre. Közelekedési baleset esetében Közelekedési baleset esetében, biztonssági öv használata mellett az induló biztosítási összeg szerint, háromszoros szolgáltatás.

	422 és EU422 alap életbiztosítás.	140-es és EU140-es „Rokkantsági díjmentesítés” kiegészítő biztosítás	110-es és EU110-es Kritikus betegségekre szóló "Critical Care" elnevezésű kiegészítő biztosítás	178-es és EU178-es Korábbi szolgáltatások családi biztosítási lehetőségével	180-as és EU180-as Baleseti halál és rokkantság esetére növekvő biztosítási összeggel
<b>Díjfizetés</b>	A biztosítás lehet egyszeri vagy rendszeres (éves) díjfizetésű.	A kiegészítő biztosítás díja az alaphoz képest díjával együtt fizetendő a biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjcsökkentéséig.	A kiegészítő biztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjcsökkentéséig.		
<b>Díjfizetés szabályai</b>	A biztosítás díjait a kötvényen feltüntetett pénznemben kell megfizetni a biztosító által megadott, erre a célra fenntartott bankszámlaszámra. A díjfizetés felmerülő költségei a szerződőt terhelik. A biztosító díjfizetésként a megadott számlaszámra, a megadott pénznemben történő jóváírást fogadja el. A díjfizetés időpontja az esedékes díj, megadott számlaszámra történő jóváírásának időpontja. A megadott számlaszámtól eltérő számlaszámra történő utalás nem minősül díjfizetésnek, és az ilyen téves utalásból adódóan a biztosítót a biztosítási szerződésre vonatkozó kötelezettség nem terheli, illetve a téves utaláshoz kapcsolódó esetleges átváltással összefüggésben felmerült árfolyam-különbözetet a szerződőt terhelheti/illeti. Euro alapú biztosítási szerződés esetén, ha a biztosítási díj, illetve díjelőleg bármely jogcímen a szerződő részére visszatérítésre kerül, a visszatartandó összeget a biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.	A kiegészítő biztosítás díja az alaphoz képest díjával együtt fizetendő a biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjcsökkentéséig.	A kiegészítő biztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjcsökkentéséig.		
<b>Konverziós szabály</b>	Amennyiben a kötvényoldalon meghatározott pénznem a Magyar Köztársaság területén a szerződés hatálya lépéséig követően nem minősül jogszerű fizetőszámlának, úgy ebben az esetben a Biztosító – a fenti körülmények mérlegelése és saját döntése alapján – jogosult a szerződésben meghatározott kötelezettségek pénznemét a Magyar Köztársaságnak az átváltás időpontjában érvényes törvényes nemzeti pénznemre átváltani (konvertálni) és a hivatkozott kötelezettségeket az átváltás időpontjától kezdve ebben a pénznemben kifejezni. Az átváltás időpontjától kezdve a Biztosító és a Szerződő a kötelezettségeket az új pénznemben kötelesek teljesíteni. A szerződés bármely, megelőzően érvényes pénznemre történő hivatkozása érvénytelenül válik. A Biztosító az átváltást egy adott időpontra meghatározottan – és saját döntése alapján – vagy a Magyar Nemzeti Bank vagy egy, a Biztosító által megjelölt kereskedelmi bank által hivatalosan közzétett devizaárfolyam alapján végzi el. Az átváltást követően a Biztosító új kötvényoldalt bocsát ki a biztosítási összeg és a biztosítási díj új pénznemben történő feltüntetésével.	a.) a biztosítás lejáratakor, (ül. amikor a biztosított a 60. életévét betölti); b.) díjmenyesítés esetén; c.) az alaphoz képest díjmentesítés megszűnésékor; d.) katonai szolgálat, háború idején.	a.) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti; b.) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halálával; c.) a biztosítási összeg kifizetésével; d.) ha a szerződés szerinti alaphoz képest díjmentesítés megszűnésékor; e) amikor a szerződés szerinti díjmentesítés visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy bármely okból megszűnik; f) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának megszűnésékor; g) a három hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszatérítésével; h) a szerződő írásbeli felmondásával.	a) a biztosítás lejáratakor (ül. a 178-as és az EU178-as esetében a biztosított 60. betöltött életévét követő biztosítási évfordulókor, a 180-as és az EU180-as esetében, a biztosított 65. betöltött életévét követő biztosítási évfordulókor) b) elhaltott gyermek esetében legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 18. életévét – felsőoktatási intézményben tanuló elhaltottak esetében a 21. életévét – betölti c) házastárs/élettárs esetén a házastársi jogviszony, vagy az életjátsri életközösség megszűnésének időpontjával d) díjmenyesítés esetén; e) alaphoz képest díjmentesítés megszűnésékor; f) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának megszűnésékor; g) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképételennek nyilvánítták; h) katonai szolgálat, háború idején. A fentiekben túl az orvosi konzultáció szolgáltatás megszűnik az alábbi esetekben: a) a biztosított által igénybe vett konzultációk száma eléri a hat (6) alkalmat, a 6. konzultációs kérelemnek a szolgáltató részére történő átadásával; b) ha a biztosított megváltoztatja a tartozkodási országát.	
<b>Szerződés megszűnése</b>	a.) a biztosított halálakor, b.) a biztosítás lejáratakor, c.) a díjfizetés elmaradásakor, amennyiben nincs visszavásárlási érték, d.) a biztosítás visszavásárlásakor.	a.) a biztosított halálakor, (ül. amikor a biztosított a 60. életévét betölti); b.) díjmenyesítés esetén; c.) az alaphoz képest díjmentesítés megszűnésékor; d.) katonai szolgálat, háború idején.	a.) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti; b.) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halálával; c.) a biztosítási összeg kifizetésével; d.) ha a szerződés szerinti alaphoz képest díjmentesítés megszűnésékor; e) amikor a szerződés szerinti díjmentesítés visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy bármely okból megszűnik; f) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának megszűnésékor; g) a három hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszatérítésével; h) a szerződő írásbeli felmondásával.	a) a biztosítás lejáratakor (ül. a 178-as és az EU178-as esetében a biztosított 60. betöltött életévét követő biztosítási évfordulókor, a 180-as és az EU180-as esetében, a biztosított 65. betöltött életévét követő biztosítási évfordulókor) b) elhaltott gyermek esetében legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 18. életévét – felsőoktatási intézményben tanuló elhaltottak esetében a 21. életévét – betölti c) házastárs/élettárs esetén a házastársi jogviszony, vagy az életjátsri életközösség megszűnésének időpontjával d) díjmenyesítés esetén; e) alaphoz képest díjmentesítés megszűnésékor; f) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának megszűnésékor; g) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképételennek nyilvánítták; h) katonai szolgálat, háború idején. A fentiekben túl az orvosi konzultáció szolgáltatás megszűnik az alábbi esetekben: a) a biztosított által igénybe vett konzultációk száma eléri a hat (6) alkalmat, a 6. konzultációs kérelemnek a szolgáltató részére történő átadásával; b) ha a biztosított megváltoztatja a tartozkodási országát.	
<b>Szerződés felmondása</b>	a.) a biztosító a biztosítási szerződést a Ptk. 537. és 541. §-ában meghatározott esetekben mondhathja fel, b.) a szerződő a biztosítási szerződés kézhezvételét követő 30 napon belül felmondhatja a szerződést.	a.) a biztosított halálakor, (ül. amikor a biztosított a 60. életévét betölti); b.) díjmenyesítés esetén; c.) az alaphoz képest díjmentesítés megszűnésékor; d.) katonai szolgálat, háború idején.	a.) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti; b.) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halálával; c.) a biztosítási összeg kifizetésével; d.) ha a szerződés szerinti alaphoz képest díjmentesítés megszűnésékor; e) amikor a szerződés szerinti díjmentesítés visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy bármely okból megszűnik; f) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának megszűnésékor; g) a három hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszatérítésével; h) a szerződő írásbeli felmondásával.	a) a biztosítás lejáratakor (ül. a 178-as és az EU178-as esetében a biztosított 60. betöltött életévét követő biztosítási évfordulókor, a 180-as és az EU180-as esetében, a biztosított 65. betöltött életévét követő biztosítási évfordulókor) b) elhaltott gyermek esetében legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 18. életévét – felsőoktatási intézményben tanuló elhaltottak esetében a 21. életévét – betölti c) házastárs/élettárs esetén a házastársi jogviszony, vagy az életjátsri életközösség megszűnésének időpontjával d) díjmenyesítés esetén; e) alaphoz képest díjmentesítés megszűnésékor; f) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának megszűnésékor; g) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképételennek nyilvánítták; h) katonai szolgálat, háború idején. A fentiekben túl az orvosi konzultáció szolgáltatás megszűnik az alábbi esetekben: a) a biztosított által igénybe vett konzultációk száma eléri a hat (6) alkalmat, a 6. konzultációs kérelemnek a szolgáltató részére történő átadásával; b) ha a biztosított megváltoztatja a tartozkodási országát.	
<b>A szerződő felmondásakor a biztosító által visszatartott költségek</b>	a.) orvosi vizsgálat költsége (amennyiben a biztosított részt vett a biztosító által előírt orvosi vizsgálaton), b.) kötvényesítés adminisztrációs költsége, c.) kockázatviselés költsége A kötvényesítés adminisztrációs költsége és a kockázatviselés költsége jogcímen a biztosító 1 havi díjat, de legfeljebb forint alapú termék esetén 20 000 forintot, euró alapú termék esetén 80 Eurót von le a befizetett díjból, míg az esetlegesen felmerülő orvosi költség teljes összege levonásra kerül. Euro alapú biztosítás esetén a visszatérítendő díjból a biztosító az esetleges orvosi vizsgálatnak a felmondás időpontjában érvényes árfolyam alapján Euro-ban számított költségeit vonja le.	a.) a biztosított halálakor, (ül. amikor a biztosított a 60. életévét betölti); b.) díjmenyesítés esetén; c.) az alaphoz képest díjmentesítés megszűnésékor; d.) katonai szolgálat, háború idején.	a.) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti; b.) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halálával; c.) a biztosítási összeg kifizetésével; d.) ha a szerződés szerinti alaphoz képest díjmentesítés megszűnésékor; e) amikor a szerződés szerinti díjmentesítés visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy bármely okból megszűnik; f) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának megszűnésékor; g) a három hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszatérítésével; h) a szerződő írásbeli felmondásával.	a) a biztosítás lejáratakor (ül. a 178-as és az EU178-as esetében a biztosított 60. betöltött életévét követő biztosítási évfordulókor, a 180-as és az EU180-as esetében, a biztosított 65. betöltött életévét követő biztosítási évfordulókor) b) elhaltott gyermek esetében legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 18. életévét – felsőoktatási intézményben tanuló elhaltottak esetében a 21. életévét – betölti c) házastárs/élettárs esetén a házastársi jogviszony, vagy az életjátsri életközösség megszűnésének időpontjával d) díjmenyesítés esetén; e) alaphoz képest díjmentesítés megszűnésékor; f) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának megszűnésékor; g) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképételennek nyilvánítták; h) katonai szolgálat, háború idején. A fentiekben túl az orvosi konzultáció szolgáltatás megszűnik az alábbi esetekben: a) a biztosított által igénybe vett konzultációk száma eléri a hat (6) alkalmat, a 6. konzultációs kérelemnek a szolgáltató részére történő átadásával; b) ha a biztosított megváltoztatja a tartozkodási országát.	

	422 és EU422 alap életbiztosítás.	140-es és EU140-es „Rokkantsági díjmentesítés” kiegészítő biztosítás	110-es és EU110-es Kritikus betegségekre szóló "Critical Care" elnevezésű kiegészítő biztosítás	178-es és EU178-es Kórházi szolgáltatások családi biztosítási lehetőséggel	180-as és EU180-as Baleseti halál és rokkantság eseteire növekvő biztosítási összeggel
<p><b>Biztosító mentesülése, kizárások</b></p>	<p>a.) ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét,  b.) ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben halt meg,  c.) ha a biztosított a szerződés kötéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg  d.) ha a biztosított halálát opportunista fertőzés vagy rosszindulatú daganatképződés okozta, feltéve, hogy a halál bekövetkezőkor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy immunhiány szindróma (AIDS)</p>	<p>a.) szándékosan elkövetett öncsonkítás vagy saját kezű testi sértés következménye (tekintet nélkül a biztosított elkövetés kori tudatállapotára);  b.) bármely légi járművel való utazás, illetve repülés következménye, kivéve a légiforgalomban engedélyezett menetrend szerint közlekedő légi járat utasaként történő repülést;  c.) opportunista betegség következménye, feltéve, hogy a rokkantság bekövetkezőkor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy immunhiány szindróma (AIDS).</p>	<p>a) a biztosított által szándékosan okozott sérülés vagy megbetegedés (tekintet nélkül a biztosított elkövetés kori tudatállapotára);  b) a biztosított gyógyászati vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése;  c) a biztosított mértéktelen alkohol fogyasztása, illetve alkoholbetegsége;  d) a biztosított bűncselekményben vagy erőszakos cselekedetekben vagy zavargásban történő jogellenes részvétele;  e) a biztosított AIDS betegsége vagy HIV-vírussal való fertőzöttsége;  f) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák;  g) mérgező vagy maró anyagok bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja;  h) a szerződés hatálya a lépése előtt bekövetkezett bármely testi sérülés, betegség vagy egészségi rendellenesség. (Amennyiben a biztosított a szerződés kötés előtt a jelen szerződésben meghatározott betegségek, egészségkárosodások valamelyikében már szenvedett, a biztosító kockázatviselése ezen betegségre, illetve azok kezelésre nem terjed ki.)</p>	<p>a) a szerződés hatálya lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés,  b) bármilyen betegség vagy bakterialis fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések (ez a kizárás a 178-es és EU 178-es jelű kiegészítő biztosításra nem vonatkozik),  c) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazzák,  d) a biztosított alkoholos befolyásoltásgal állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,  e) a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása illetve ezek kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetés kori elme- és tudatállapotára),  f) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),  g) bármely, sérvet, lumbagot vagy sciaticat (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés,  h) bármely olyan káresemény, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármely mutáns származékát vagy változatát.</p>	<p><b>180-as és EU180-as Baleseti halál és rokkantság eseteire növekvő biztosítási összeggel</b></p>
	<p><i>Továbbá nem terjed ki a 178 és EU178, 180 és EU180, jelű kiegészítő biztosítások esetében azon balesetből adódó sérülésekre, amelyek az alábbi körülmények között következtek be:</i>  i.) a biztosított hivatászerű részvétele bármely sporttevékenységben, i.) a biztosított 125cm3-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkegypárt vagy motorosonakot vezet, vagy azon utazik, i.) amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közéleti menetrend szerinti útvonalon, m.) a biztosított aktív szolgálatra bármely nemzeti vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél, n.) a biztosított által jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidéztet esemény, o.) miáltal a biztosított pilotaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülőt, vítorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik, p.) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használat, minden körülmény között, pékében és háborúban egyaránt, q.) polgárháború vagy országok közötti háború (a hadizenet tényétől függetlenül), háborús állapotok, harci cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív résztvevőtől van szó).  A fentiekben túl a 178-es és EU178-es jelű kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a kórházi ellátásra és/vagy műtéti térítésre szolgáló biztosítási összeg nem kerül kiírításra, ha a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozta összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével.</p>	<p>a.) szándékosan elkövetett öncsonkítás vagy saját kezű testi sértés következménye (tekintet nélkül a biztosított elkövetés kori tudatállapotára);  b.) bármely légi járművel való utazás, illetve repülés következménye, kivéve a légiforgalomban engedélyezett menetrend szerint közlekedő légi járat utasaként történő repülést;  c.) opportunista betegség következménye, feltéve, hogy a rokkantság bekövetkezőkor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy immunhiány szindróma (AIDS).</p>	<p>a) a biztosított által szándékosan okozott sérülés vagy megbetegedés (tekintet nélkül a biztosított elkövetés kori tudatállapotára);  b) a biztosított gyógyászati vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése;  c) a biztosított mértéktelen alkohol fogyasztása, illetve alkoholbetegsége;  d) a biztosított bűncselekményben vagy erőszakos cselekedetekben vagy zavargásban történő jogellenes részvétele;  e) a biztosított AIDS betegsége vagy HIV-vírussal való fertőzöttsége;  f) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák;  g) mérgező vagy maró anyagok bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja;  h) a szerződés hatálya a lépése előtt bekövetkezett bármely testi sérülés, betegség vagy egészségi rendellenesség. (Amennyiben a biztosított a szerződés kötés előtt a jelen szerződésben meghatározott betegségek, egészségkárosodások valamelyikében már szenvedett, a biztosító kockázatviselése ezen betegségre, illetve azok kezelésre nem terjed ki.)</p>	<p><b>178-es és EU178-es Kórházi szolgáltatások családi biztosítási lehetőséggel</b></p>	<p><b>180-as és EU180-as Baleseti halál és rokkantság eseteire növekvő biztosítási összeggel</b></p>



## **Adatkezelés, adattovábbítás, titokvédelem**

A biztosi titok minden olyan - államtitoknak nem minősülő -, a biztosító rendelkezésére álló adat, amely a biztosító egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a 2003. évi LX. Törvényben (Bt.) meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. A biztosító ügyfeleinek azon üzleti titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosi szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosi szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosi szerződésből származó követelések megfélééséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet, az eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. A biztosi titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájárultak.

Biztosi titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a) a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosi titokkört pontosan megjelölte, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, b) a Bt. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

A biztosi titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel, b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyszéssel, c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, e) az adóhatósággal, feltéve, hogy adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosított törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosi szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli, f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal, g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőivel, ezek érdekek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosi, biztosi-közvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal, h) a feladatkörében eljáró gyármhatósággal, i) az egészségügyről szóló 1997.

évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal, j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésre felhatalmazott szervevel, k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal, l) a Bt.-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető Hivatalal, m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosi szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval, n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számát kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal, o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, p) a fioktelep esetében - ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal - a harmadik országbeli biztosítóval, biztosi-közvetítővel, szaktanácsadóval szemben, ha az a)-p) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosi szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztosító a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosi ügylet a) kábítószer-kereskedelemmel, b) terrorizmussal, c) illegális fegyverkereskedelemmel, vagy d) a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben. A biztosító a nyomozó hatóságot a "halaszthatatlan intézkedés" jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyézi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügyvel összefüggő, biztosi titoknak minősülő adatokról.

Nem jelenti a biztosi titok sérelmét a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg, b) fioktelep 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 Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

A biztosító a személyes adatokat a biztosi, illetve a megbizási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosi, illetve a megbizási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító a létre nem jött biztosi szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megíúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

A biztosító és az ügyfél viszonyában a Magyar Posta és a Drescher Magyarország Kft. (1097 Budapest, Gyáli út 31.) adatfeldolgozóinak minősül.

## **Alkalmazandó jogszabályok**

A szerződésre, illetve az abból származó jogviták elbírálására, a mindenkor hatályos magyar jogszabályok az irányadók, különös tekintettel az 1959. évi IV. törvény (Polgári Törvénykönyv), a 2003. évi LX. törvény (biztosiokról és a biztosi tevékenységről), a 1992. évi LXIII. Törvény (a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról) és az 1995. évi CXVII. Törvény (a személyi jövedelemadórol) rendelkezéseire.

## **Panaszügyi szervezetek**

AHICO Biztosító Zrt. Ügyfélszolgálat: 1083 Budapest, Szigetvári u. 7.; Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.; Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatóság: 1088 Budapest, József krt. 6. 1428 Budapest 8., Pf. 20.

## **A biztosító főbb adatai**

AHICO Első Amerikai - Magyar Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság, székhely: 1083 Budapest, Szigetvári u. 7., Levélcím: Budapest 1440, Pf. 3., Tevékenységi eng. száma: 95/1990, Cégjegyzékszám: 01-10-041501

**A 422-es jelű és EU422-es jelű halálesetre vagy  
elérésre szóló (vegyes) alap életbiztosítás  
feltételei többszöri elérési kifizetéssel és állandó  
haláleseti szolgáltatással**

A halálesetre vagy elérésre szóló (vegyes) alap életbiztosítási szerződés többszöri elérési kifizetéssel és állandó haláleseti szolgáltatással az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A feltételekben és a szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

**I. Fejezet  
Általános rendelkezések**

**1. A biztosítási szerződés létrejötte**

- (1) A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító kölcsönös megállapodása alapján jön létre.
- (2) A biztosítóval szerződő fél az ajánlatát írásban, a biztosító ajánlati nyomtatványán terjeszti elő. A szerződés létrejötte esetén az ajánlat a szerződés részét képezi.
- (3) A biztosítás 20 éves tartamra köthető.
- (4) A szerződés létrejöttéhez a biztosított és/vagy a szerződő egészségi nyilatkozata, illetve a biztosító előírásaitól vagy igényétől függően orvosi vizsgálata, valamint a biztosítási szükségletet alátámasztó nyilatkozata is szükséges lehet.
- (5) Az ajánlat elfogadása esetén a biztosító a szerződésről kötvényt állít ki. Az ajánlat esetleges elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni. Az eredeti biztosítási ajánlat és a vele kapcsolatos valamennyi irat a biztosító tulajdonában marad.
- (6) A biztosító ajánlati nyomtatványa, az ajánlathoz csatolt nyilatkozatok, a biztosítási szerződés létrejöttének céljából végzett orvosi vizsgálatok eredményei, a szerződésről kiállított biztosítási kötvény, a jelen alap biztosítási szerződéses feltételei, az alapbiztosításhoz kapcsolódó kiegészítő biztosítás(ok) és azok szerződéses feltételei, valamint a biztosító által a szerződés tartama alatt, a szerződést érintő változásokról kiállított záradékok a biztosítási szerződés részét képezik.
- (7) A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és biztosítási titokként kezelni.

**2. A biztosítási szerződés alanyai és a biztosítási szerződést érintő alapfogalmak**

- (1) A biztosító az a jogi személy, amely a biztosítási szerződés létrejötte esetén a biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.
- (2) A szerződő az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és a díj fizetésére kötelezettséget vállal.
- (3) A biztosított az a természetes személy, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.
- (4) A biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához - ha a szerződést nem ő köti meg - a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló személy köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.

- (5) A kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatásra jogosult.
- (6) A biztosítás kezdete a szerződés létrejöttének időpontja.
- (7) A biztosítási évforduló a biztosítás kezdetét követő, a biztosítás kezdetének napjával és hónapjával megegyező évforduló.
- (8) A biztosítás lejárata a kötvényben a biztosítás lejárataként megjelölt időpont.

**3. A kedvezményezett jelölése és megváltoztatása**

- (1) A kedvezményezett a szerződésben megjelölt személy. Kedvezményezett állítás hiányában a haláleseti kedvezményezett a biztosított törvényes örököse, az elérési (lejáratkori) kedvezményezett a biztosított.
- (2) Több kedvezményezett jelölése esetén minden egyes kedvezményezett vonatkozásában meg kell jelölni a kedvezményezés mértékét. Ennek hiányában a kedvezményezés arányát egyenlőnek kell tekinteni.
- (3) A szerződő fél az eredetileg jelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Az új kedvezményezett állítás, a kérelemnek a biztosító kötvénykiállításra jogosult szervezeti egységéhez történő beérkezésének időpontjától hatályos.
- (4) A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.

**II. Fejezet  
A biztosítási esemény és szolgáltatás**

**4. A biztosítási esemény**

- A jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény:
- a) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála, vagy
  - b) a biztosítottnak a biztosítás lejárati időpontjában vagy a részszolgáltatásra való jogosultság megnyitakor való életben léte.

**5. A biztosítási szolgáltatás**

- A biztosító a szolgáltatást az alábbiak szerint teljesíti:
- a) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála esetén a teljes biztosítási összeg kifizetésére kerül,
  - b) a biztosítási szerződés 10. évfordulóján a biztosítási összeg 1/3-a kerül kifizetésre, a lejáratkori szolgáltatás összege a fennmaradó időszakra a biztosítási összeg 2/3-ára csökken (a haláleseti szolgáltatás összege változatlan marad),
  - c) a biztosítási szerződés 15. évfordulóján a biztosítási összeg újabb 1/3-a kerül kifizetésre, a lejáratkori szolgáltatás összege a fennmaradó időszakra a biztosítási összeg 1/3-ára csökken (a haláleseti szolgáltatás összege változatlan marad),
  - d) a biztosítási szerződés lejáratakor a biztosítási összeg fennmaradó 1/3-a kerül kifizetésre, amennyiben a biztosított a lejáratkor életben van.
- A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeget egyösszegben kifizeti, vagy a jelen feltételek 17. pontja szerinti opciók egyike szerint teljesíti.

**III. Fejezet  
A biztosító kockázatviselése**

**6. A kockázatviselés kezdete**

- (1) A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájkor kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön. Ha a szerződő fél a díjat a biztosító képviselőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított 4. napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni.
- (2) A biztosítás létrejötte előtt befizetett biztosítási díjat a biztosító kamatmentes előlegként kezeli.

**7. Várakozási idő**

Amennyiben a biztosítás orvosi vizsgálat nélkül jön létre, a biztosító a biztosítás kezdetétől számítva 3 hónap várakozási időt köt ki. Amennyiben a biztosított a várakozási időn belül meghal, a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik, kivéve, ha a biztosított halála a várakozási időn belül bekövetkezett baleset vagy a várakozási időn belül szerzett heveny fertőző betegség következménye, amely esetben a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti összeget fizeti ki.

**8. Háborús kockázat**

- (1) A biztosító a háború fogalmát – jelen rendelkezés (2) bekezdésében leírt definíció szerint alkalmazza:
- (2) A háború szervezett fegyveres vagy más fegyverként ható eszközzel vívott kisebb-nagyobb küzdelem népcsoportok, népek, nemzetek, államok és szövetségi rendszerek, alkalmi csoportosulások között, legitim vagy illegitim jelleggel csoport-, nemzeti vagy közös érdekeik, politikai, gazdasági céljaik, területi igényeik érvényesítéséért. Háborúnak minősül különösen, de nem kizárólag minden háború vagy polgárháború, függetlenül a hadüzenet tényétől, forradalom, lázadás, zendülés, összeesküvés, polgári felkelés, idegen erő beavatkozása, invázió, statárium, ostromállapot, katonai vagy bitorolt hatalom gyakorlása, egyéb háborús cselekmények vagy bármely esemény vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének az eredménye.
- (3) A biztosító - a jelen rendelkezés (4) bekezdésében foglalt kivételtől eltekintve - viseli a biztosított háború idején felmerülő kockázatait.
- (4) Amikor a biztosított háború idején szolgálatot teljesít bármely szemben álló fél bármely fegyveres erejénél, a szerződés szerinti alapbiztosítás és a hozzá tartozó összes kiegészítő biztosítás hatálya felfüggesztésre kerül, és a biztosító kockázatviselése szünetel.
- (5) Amennyiben a biztosított a kockázatviselés szünetelése alatt meghal, a biztosítási összeg helyett az aktuális díjtartalék és a biztosításra befizetett díjak összege közül a nagyobb kerül kifizetésre.
- (6) A biztosítás a felfüggesztési időszak végén újra érvénybe helyezhető vagy - ha a feltételek lehetővé teszik - visszavásárolható. Az újra érvénybehelyezésre a jelen feltételek 12. pontját kell alkalmazni, de a felfüggesztési időszak első hat hónapjára a biztosító nem számít fel kamatot az elmaradt díjak után.

**IV. Fejezet  
A biztosítási díj, díjfizetés**

**9. A biztosítási díj**

A biztosítási díj kiszámítása a biztosított életkorának, nemének, egészségi állapotának, tevékenységének (foglalkozás, szabadidős tevékenység stb.), valamint a biztosítás tartamának, a biztosítási összeg nagyságának

és a díjfizetés gyakoriságának a figyelembevételével történik. A biztosító jogosult a biztosítási szerződés adminisztrációjával kapcsolatos rendszeres kötvényköltség felszámítására, mely a mindenkor esedékes biztosítási díjjal együtt kerül megfizetésre. A biztosítás díját és a kötvényköltség összegét a kötvény, illetve a kötvényhez csatolt záradék tartalmazza.

A biztosított belépési kora a biztosítás kezdetekor betöltött életkor alapján kerül megállapításra.

#### 10. A díjfizetés esedékessége, fizetési késedelem

- (1) A biztosítás lehet egyszeri vagy rendszeres díjfizetésű. Az egyszeri díjat a szerződés megkötésekor egy összegben, az egész futamidőre vonatkozóan kell megfizetni. Rendszeres díjfizetés esetén a biztosítás első díja a szerződés létrejöttekor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. Az évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító pótlékot számít fel. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja. Az erre irányuló kérést a biztosítási évforduló előtt 60 nappal írásban kell jelezni. A biztosító a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő díj(ak) esedékességéről nem köteles a szerződőt, az esedékességet megelőzően értesíteni. Az értesítés elmaradására az ügyfél, követelést nem alapíthat.
- (2) A biztosítás díjait a kötvényen feltüntetett pénznemben kell megfizetni a biztosító által megadott, erre a célra fenntartott bankszámlaszámra. A díjfizetés felmerülő költségei a szerződőt terhelik. A biztosító díjfizetesként a megadott számlaszámra, a megadott pénznemben történő jóváírást fogadja el. A díjfizetés időpontja az esedékes díj, megadott számlaszámra történő jóváírásának időpontja. A megadott számlaszámtól eltérő számlaszámra történő utalás nem minősül díjfizetésnek, és az ilyen téves utalásból adódóan a biztosítót a biztosítási szerződésre vonatkozó kötelezettség nem terheli, illetve a téves utaláshoz kapcsolódó esetleges átváltással összefüggésben felmerült árfolyam-különbözetet a szerződőt terheli/illeti.
- (3) Euró alapú biztosítási szerződés esetén, ha a biztosítási díj, illetve díjelőleg bármely jogcímen a szerződő részére visszafizetésre kerül, a visszautalandó összeget a biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.
- (4) Amennyiben a szerződő a díjat az esedékességkor nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az elmaradt díj esedékességétől számított 30 napig viseli (tűrelmi idő). Ezen tűrelmi időn belül a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja.
- (5) Ha a szerződő az elmaradt díjat a tűrelmi időn belül nem fizeti meg és a biztosítás még nem rendelkezik maradékjogokkal, a biztosítás a 30 napos határidő elteltével, a 31. napon kifizetés nélkül megszűnik.
- (6) Amennyiben a szerződő a tűrelmi időn belül az elmaradt díjat nem fizeti meg, és a biztosítás visszavásárlása vagy díjmentes leszállítása iránti igényét sem jelzi írásban, valamint a biztosítás rendelkezik maradékjogokkal, a biztosító automatikus díjkölcsönt léptet életbe. Ebben az esetben a biztosítás változatlan biztosítási összeggel fennmarad addig az időpontig, amíg a biztosítás visszavásárlási összege meghaladja az elmaradt díjak, az utánuk felszámított késedelmi kamatok és az esetleges egyéb tartozások összegét. Amikor a visszavásárlási összeg már nem nyújt fedezetet a hátralékos díjakra és az egyéb fennálló tartozásokra, a biztosítás minden további maradékjog nélkül megszűnik. Ha az automatikus díjkölcsön időszaka alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosító a biztosítási szolgáltatásból levonja az addig elmaradt díjak és a fennálló egyéb tartozások összegét. A szerződő a szerződés megszűnése előtt bármely időpontban a teljes díjhátralék kamatokkal növelt összegét befizetheti, amelynek következtében a biztosítás az eredeti tartalommal folytatódik.

(7) A rendszeres díjfizetésű biztosítás díja a biztosítás lejáratáig vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékesség időpontjáig fizetendő. Tartamon túli díjfizetéssel nem keletkezik jogosultság biztosítási szolgáltatásra. A tartozatlanul fizetett díjakat a biztosító kamatok nélkül fizeti vissza.

#### 11. Konverziós szabályok

Euró alapú biztosítási szerződés esetén a szerződő és a biztosító megállapodnak abban, hogy a szerződésben vállalt kötelezettségeiket a biztosítási szerződés kötvényoldalán meghatározott **Euró pénznemben** teljesítik. Megállapodnak továbbá abban, hogy amennyiben a kötvényoldalán meghatározott pénznem Magyar Köztársaság területén a szerződés hatálya lépést követően nem minősül jogszerű fizetőeszköznek, vagy ha:

- (i) A Magyar Nemzeti Bank és/vagy a Magyar Köztársaság kormányának árfolyam-politikája, monetáris politikája vagy egyéb gazdaságpolitikai döntése, vagy
- (ii) bármilyen jogszabályi rendelkezés, korlátozás ill. tilalom, vagy
- (iii) A Biztosító befolyásán kívül eső bármely egyéb körülmény

következtében:

- a. *A Biztosítónak vagy a Szerződőnek nincs jogszerű lehetősége az Euró pénznem a Magyar Köztársaság területén történő beszerzésére, vagy*
- b. *A Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a tartalékoknak vagy a befektetéseknek Európában, a Magyar Köztársaság területén történő fenntartására, vagy*
- c. *A Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a Magyar Köztársaság területén létrejött Euró alapú szerződéseinek tartalékait a Magyar Köztársaság területén kívül Euró eszközökbe fektetni és / vagy ezen befektetéseket fenntartani*

úgy ebben az esetben a Biztosító – a fenti körülmények mérlegelése és saját döntése alapján – jogosult a szerződésben meghatározott kötelezettség (biztosítási összeg, szolgáltatási összeg, visszavásárlási összeg, biztosítási díj stb.) pénznemét a Magyar Köztársaságnak az átváltás időpontjában érvényes törvényes nemzeti pénznemére átváltani (konvertálni) és a hivatkozott kötelezettségeket az átváltás időpontjától kezdve ebben a pénznemben kifejezni.

Az átváltás időpontjától kezdve a Biztosító és a Szerződő a kötelezettségeiket az új pénznemben kötelesek teljesíteni, a szerződés bármely, Euró pénznemre történő hivatkozása érvénytelenné válik. A Biztosító az átváltást egy adott időpontra meghatározottan – és saját döntése alapján – vagy a Magyar Nemzeti Bank vagy egy, a Biztosító által megjelölt kereskedelmi bank által hivatalosan közzétett devizaárfolyam alapján végzi el.

Az átváltást követően a Biztosító új kötvényoldalt bocsát ki a biztosítási összeg és a biztosítási díj új pénznemben történő feltüntetéseivel.

#### 12. A biztosítás újra érvénybehelyezése

- (1) A biztosítási esemény nélkül megszünt biztosítás újra érvénybe helyezhető, ha azt a szerződő a biztosító által rendelkezésre bocsátott formanyomtatvány és egészségi nyilatkozat hiánytalan kitöltésével írásban kéri és az összes elmaradt díjat az időarányos késedelmi kamattal együtt befizeti. Újra érvénybehelyezés esetén a késedelmi kamat a meg nem fizetett díj esedékességének napjától számítódik. Az újra érvénybehelyezésre vonatkozó kérelem legfeljebb a biztosítás megszűnésének időpontjától számított 3 éven belül terjeszhető elő. Újra érvénybehelyezés esetén a biztosító kockázatviselése az elmaradt díjak és a késedelmi kamat befizetését követő nap 0 órájától folytatódik, feltéve, hogy a biztosító a szerződő kérelmét annak a biztosító kockázat elbírálására jogosult egységéhez történő beérkezését követő 15 napon belül nem utasítja vissza. Az újra érvénybehelyezési kérelem vonatkozásában a biztosító jogosult kockázat elbírálásra, egészségi nyilatkozatot kérhet, szükség szerint a biztosított orvosi vizsgálatát is előírhatja.
- (2) A már visszavásárolt biztosítás nem helyezhető újra érvénybe. Amennyiben a szerződőnek (biztosítottnak) a biztosítás megszűnésekor kölcsöntartozása volt, a szerződés újra érvénybehelyezéséhez szükséges a

biztosítás megszűnésekor fennállott kölcsön visszafizetése vagy újra érvénybehelyezése is a biztosító által meghatározott kamatokkal együtt.

#### V. Fejezet Maradékjogok

#### 13. Maradékjogok fogalma

A jelen biztosítási feltételek szerinti maradékjogok a visszavásárlás és a díjmentes leszállítás. A maradékjogok gyakorlására legkorábban a feltételekben meghatározott, díjjal fedezett tartam eltelte után kerülhet sor. A maradékjogok megnyílását követően a biztosítási díjtartalékoknak terhére kötvénykölcsön igényelhető.

#### 14. Visszavásárlás

(1) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű biztosítási szerződés 3 év eltelte után érvényben van, a szerződés írásban történő felmondása esetén a biztosító visszavásárlási összeget fizet. Az egyszeri díjas biztosítás már az első biztosítási évben visszavásárolható. A garantált visszavásárlási értékeket a biztosítási kötvény melléklete tartalmazza.

(2) A visszavásárlási igény bejelentését követően, a biztosító által rendelkezésre bocsátott és hiánytalanul kitöltött formanyomtatvány (visszavásárlási kérelem) a biztosító részére történő beérkezésével a biztosítási szerződés és a biztosító kockázatviselése megszűnik.

(3) A visszavásárlási összegből a biztosító levonja az elmaradt esedékes díjak, valamint a fennálló egyéb tartozások összegét.

#### 15. Díjmentes leszállítás

(1) Amennyiben a rendszeres díjfizetésű biztosítási szerződés 3 év eltelte után érvényben van, a szerződő kérheti, hogy a biztosító a biztosítást leszállított szolgáltatási összegű díjmentes biztosítássá alakítsa át.

(2) A biztosítás leszállított szolgáltatási összege megfelel a díjmentesítés időpontjában rendelkezésre álló visszavásárlási összeg, mint egyszeri nettó díj alapulvételével nyújtható biztosítási összegnek, figyelembe véve a biztosítás hátralévő tartamát és a biztosított díjmentesítéskori életkorát.

(3) Amennyiben a szerződés szerinti alapbiztosítás díjmentessé válik, a hozzá tartozó kiegészítő biztosítások a díjmentesség kezdetekor megszűnnek.

(4) A díjmentességet a biztosító a bemutatott kötvényen záradékkal feljegyzi. A leszállított szolgáltatási összegű díjmentes biztosítást az eredeti tartalommal és összeggel visszaállítani nem lehet.

(5) A biztosító jogosult meghatározni a díjmentes leszállítás esetén számított minimális biztosítási összeget, amely összeg alatt a díjmentes leszállításra nincs lehetőség.

#### 16. Kötvénykölcsön

(1) A visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések esetében a biztosító az életbiztosítási díjtartalék terhére kölcsönt folyósíthat a szerződő félnek, vagy beleegyezésével a biztosítottnak, feltéve, hogy a szerződőnek nincs díjhátraléka, illetve kölcsön-vagy kamattartozása. A biztosító a kölcsön folyósítását a bemutatott kötvényen záradékkal feljegyzi.

(2) A folyósítható kölcsön összege nem haladhatja meg az elmúlt biztosítási évfordulón rendelkezésre álló visszavásárlási összeget, levonva abból a következő biztosítási évfordulóig esedékes díjak és kölcsönkamatok összegét.

(3) A felvett kölcsön után fizetendő kamat mértékét a biztosító határozza meg. A biztosítási évfordulón az addig meg nem fizetett kamatok a kölcsöntartozás összegét növelik.

(4) Amennyiben a fennálló kölcsöntartozás és az esedékes kamatok együttesen meghaladják az aktuális visszavásárlási összeget, a biztosítás megszűnik.

(5) Bármely fennálló, illetve esedékes tartozás egészben vagy meghatározott részletekben visszafizethető, illetve megfizethető bármely időpontban a biztosítás érvényessége alatt.

## VI. Fejezet Többlethozam

(1) Az első biztosítási évfordulót követő naptári év kezdetétől a szerződő a biztosítás érvényességének időtartama alatt részesedésre jogosult biztosítása matematikai tartaléknak befektetésén elért hozamból. A részesedés alapja a biztosító által elért hozamnak a díjkalkulációban alkalmazott technikai kamatot meghaladó része. A részesedés mértéke az így meghatározott hozam legalább 85 százaléka. Az elérhető hozam tényleges értéke nem határozható meg előre. A technikai kamat a biztosítási kötvényen kerül feltüntetésre.

(2) A szerződő részesedését a biztosító évente, a megelőző évre vonatkozóan utólag számítja ki és írja jóvá, feltéve, hogy a biztosítás egész évben érvényben volt. A számítás alapja az adott évet megelőző év végén rendelkezésre álló matematikai tartaléknak bármely igénybevett kölcsönrel csökkentett összege.

(3) A szerződőnek a hozamrészesedésre való jogosultsága a harmadik biztosítási évfordulót követően nyílik meg, de a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a részesedés a kedvezményezett részére ezen időpont előtt is kifizetésre kerülhet. A szerződő részére már jóváírt hozam szintén befektetésre kerül és a befektetésen elért hozam a fent leírtak szerint, de a technikai kamattal növelve kerül kiszámításra. Amennyiben a matematikai tartalékok befektetésén elért hozam kisebb a technikai kamattal, a matematikai tartalékokra vonatkozóan nem kerül sor többlethozam jóváírásra. A korábban jóváírt részesedések befektetésén elért hozam legalább 85 százaléka viszont ekkor is jóváírásra kerül.

(4) A felhalmozott többlethozam a biztosítás visszavásárlásakor vagy a biztosítási esemény bekövetkeztekor (elérés vagy halál) esedékessé váló szolgáltatással együtt kerül kifizetésre, de a biztosító a szerződő kérése a felhalmozott többlethozamot a részszolgáltatás összegével együtt is kifizetheti. A biztosítási esemény bekövetkeztekor (halál vagy eléérés) a biztosító a töredékévre még el nem számolt többlethozamból való részesedést is kifizeti.

## VII. Fejezet Választható járadék opciók

### 17. Választható járadék opciók

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor esedékessé váló bármely szolgáltatás egyösszegben történő kifizetése helyett, a szolgáltatásra jogosult(ak) választásától függően, a biztosító és a kedvezményezett között létrejövő külön megállapodás alapján a következő járadék opciók egyike szerint is teljesíthet:

- élethossziglan tartó havi járadékot fizet,
- élethossziglan tartó, de egy meghatározott ideig (legfeljebb 15 évig) garantált havi járadékot fizet,
- élethossziglan tartó havi járadékot fizet, amelyek összege 60%-ban átruházható a járadékos halála esetén az öt túlélő házastárs javára.

A szolgáltatási összeg életjáradéka váltása esetén a biztosító a havi járadék összegét az átváltáskor érvényben lévő járadéktáblázat szerint számítja ki. A biztosító jogosult meghatározni a fenti opciók alapján teljesített kifizetések minimális összegét, amely összeg alatt a szolgáltatás igénybevételére nincs lehetőség. A jogosult által választott szolgáltatás alapján teljesített első kifizetést követően a szolgáltatás típusának megváltoztatására nincs lehetőség.

## VIII. Fejezet A biztosító teljesítése

### 18. A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni és a szükséges felvilágosításokat meg kell adni.

Ennek elmulasztása esetén a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények több kideríthetetlenekké válnak.

(2) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:

- a biztosítási kötvényt és az utolsó díjfizetést igazoló nyugtát,
- a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
- a biztosított halála esetén a hitelesített halotti anyakönyvi kivonatot és a halál okát, valamint a halált okozó betegség kezdetének időpontját és lefolyását igazoló részletes orvosi bizonyítványt, hatósági eljárás esetén a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozatot vagy a vádiradványt,
- mindazon egyéb okiratot, amelyek a jogosultság (személyazonosság, illetve kedvezményezetti vagy örökös státusz) igazolásához, illetve a biztosítási esemény megállapításához szükséges.

(3) A biztosító szükség esetén egyéb okiratokat vagy igazolásokat is bekérhet, illetve bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.

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

(5) A biztosítás díjmentes leszállításához, a visszavásárlási összeg kifizetéséhez, illetve kölcsön igényléséhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:

- a biztosítási kötvényt és az utolsó díjfizetést igazoló nyugtát,
- a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
- a biztosító erre a célra kiadott és megfelelően kitöltött igénybejelentő lapját.

(6) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti. A szolgáltatási összeg kifizetésével kapcsolatban felmerülő költségek az igényjogosultat terhelik. Euró alapú biztosítási szerződés esetén, a szolgáltatási összeget a közlési kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.

(7) A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat, valamint a fennálló kölcsöntartozás és az esedékes kamatok összegét bármely szolgáltatás összegéből levonja, illetve díjmentes leszállítás esetén figyelembe veszi.

(8) Az életkor helytelen bevallása esetén a biztosító az esedékes szolgáltatás összegét megfelelően módosítja a díjtáblázat alapján, a befizetett díjak és a biztosított valóságos belépési kora szerint, feltéve, hogy a biztosítás a valóságos belépési életkorral létrejöhett. Amennyiben a tényleges belépési kor szerint a biztosítás nem jöhett volna létre, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.

### 19. Hitelfedezet

(1) A biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti összeg erejéig hitelfedezeti kezességet nyújthat a biztosított elhalálása esetére.

(2) Amennyiben az életbiztosítás haláleseti összege valamely hitelfolyósító intézménynél hitelfedeztetül

szolgál, akkor a szerződést hitelfedezeti záradékkal látja el a biztosító. Ebben az esetben a haláleseti biztosítási összeg kifizetését a biztosító kizárólag az aktuális hiteltartozás összegének a kedvezményezett pénztintézet által történő igazolását követően teljesíti.

(3) A hitelfedezeti kezesség tartama alatt a pénztintézet kedvezményezettkénti jelölése csak a pénztintézet hozzájárulásával változtatható meg.

(4) A biztosítási szerződésből származó, a szerződőt illető és terhelő jogok, valamint kötelezettségek a biztosító által e tárgyban történő záradék kibocsátásával ruházhatóak át. A biztosító a záradékot a hozzá benyújtott dokumentumok alapján állítja ki. A benyújtott dokumentumok érvényességéért a biztosító nem vállal felelősséget.

## IX. Fejezet Közlési kötelezettség, mentesülés

### 20. Közlési kötelezettség és megsértésének következményei

(1) A biztosított és a szerződő a szerződéskötéskor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval a valóságnak megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel, és amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett.

(2) A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha:

- bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy nem a valóságnak megfelelően közölt körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, illetve az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében,
- a biztosítás már legalább 2 éve megszaktítás nélkül fennállott, arra 2 évi díj befizetésre került, és bizonyítják, hogy a közlési kötelezettség megsértése nem szándékosan történt,
- a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

(3) Amennyiben a biztosító a közlési kötelezettség megsértése miatt mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, a visszavásárlási összeget fizeti ki.

(4) A közlési kötelezettségre vonatkozó szabályok érvényesek abban az esetben is, ha a biztosítás tartama alatt - a szerződő ajánlata alapján - a biztosítási összeg emelésére kerül sor, de csak a megemelt és a régi biztosítási összeg különbözetére vonatkozóan, és csak azon tények és körülmények tekintetében, amelyekre a biztosító az összegemelés kapcsán írásban kérdéseket tett fel.

### 21. A biztosító mentesülése

(1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét. A visszavásárlási összeg ebben az esetben az örökösöket illeti meg, és a kedvezményezett abból nem részesülhet.

(2) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg és a biztosító nem a visszavásárlási összeget, hanem a haláleset időpontjában meglévő díjtartalékok teljes visszatéríténi, ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben halt meg a biztosított.

### 22. Öngyilkosság

(1) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg és a biztosító a haláleset időpontjában meglévő díjtartalékokat téríti vissza, ha a biztosított a szerződéskötéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára).

(2) Amennyiben a biztosított a szerződéskötéstől számított 2 éven túl elkövetett öngyilkosság következtében halt meg, a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti biztosítási összeget fizeti ki, kivéve, ha az

öngyilkosságot megelőző 2 éven belül - a szerződő ajánlata alapján- a biztosítási összeg emelésére került sor. Ebben az esetben a biztosító kifizeti az emelés előtti biztosítási összeget és visszatéríti azokat a díjakat, amelyeket a megemelt és a régi biztosítási összeg közötti különbözetre befizettek.

### 23. AIDS kizárás

- (1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halálát a jelen paragrafus (2) bekezdése szerinti opportunista fertőzés vagy rosszindulatú daganatképződés okozta, feltéve, hogy a halál bekövetkezésekor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szervezetében kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS).
- (2) A biztosító a jelen feltételek szempontjából az AIDS meghatározására a WHO (World Health Organization) definícióját alkalmazza. A teljes definíció másolata a biztosító központjában hozzáférhető. Az opportunista fertőzések körébe tartoznak, de azt nem merítik ki a Pneumocystis carinii okozta pneumónia, a mikroorganizmusok okozta krónikus gyomor- és bélgyulladás, a vírusos és/vagy szétterjedt gombás fertőzések. A rosszindulatú daganatok körébe tartoznak, de azt nem merítik ki a Kaposi-szarkóma, a központi idegrendszeri (agyi) lymphoma és/vagy az olyan rosszindulatú daganatok, amelyek a szerzett immunhiány megléte esetén a halál közvetlen okaiként ismertek vagy válnak ismertté. A szerzett immunhiány szindróma körébe tartozik a HIV által okozott agykárosodás és a HIV által okozott Wasting-szindróma.
- (3) Amennyiben a biztosító ezen kizárás szerint mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, a biztosításra ténylegesen befizetett összes díjat kifizeti a kedvezményezett részére.

## X. Fejezet

### A biztosítási szerződés megszűnése

#### 24. A biztosítási szerződés megszűnése

- (1) A biztosítási szerződés automatikusan megszűnik a következő esetekben:
  - a) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála időpontjában,
  - b) a biztosítási szerződésben meghatározott lejáratú időpontban,
  - c) a díjfizetés elmaradása miatt, a türelmi idő végével,
  - d) ha a biztosítást visszavásárolják.
- (2) Megszűnik továbbá a szerződés a szerződő felmondása esetén. A szerződő a felmondási jogát legfeljebb a kötvénykibocsátásról szóló értesítés kézhezvételét követő 30 napon belül gyakorolhatja a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, indokolási kötelezettség nélkül. A felmondó nyilatkozattal egyidejűleg a szerződő köteles az eredeti biztosítási kötvényt a Biztosító részére visszaküldeni. A felmondó nyilatkozat és az eredeti biztosítási kötvény kézhezvételét követő 15 napon belül a biztosító a biztosítási szerződést a felmondó nyilatkozat kézhezvételének időpontjával megszünteti és a befizetett díjnak a szerződés megkötésével és megszüntetésével összefüggésben felmerült költségekkel csökkentett összegét egy összegben visszafizeti a szerződő részére.

## XI. Fejezet Egyéb rendelkezések

#### 25. Bejelentési kötelezettség

- (1) A szerződő köteles lakcímének (értesítési címének) a megváltozása esetén az új címet a biztosítónak 15 napon belül írásban bejelenteni.
- (2) Amennyiben a biztosított tényleges foglalkozása, munkaköre, rendszeres szabadidős tevékenysége (sport, hobbi, stb.) a szerződés tartama alatt a

balesetveszély szempontjából jelentősen megváltozik, a biztosított (szerződő) köteles a változást a biztosítónak haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül írásban bejelenteni. Kockázatnövekedés esetén a biztosító díjmentesül a megnövekedett kockázat fennállásának időszaka. Amennyiben a biztosított (szerződő) a bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.

- (3) Amennyiben a szerződő a mindenkor hatályos pénzmossás elleni jogszabályok értelmében azonosítási kötelezettség alá tartozik, és az azonosítási kötelezettség körébe tartozó adataiban változás következik be, úgy a szerződő köteles a változást a biztosítónak haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül írásban bejelenteni.

#### 26. A biztosítási szerződés módosítása

A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosított írásbeli kérelme alapján a biztosítási évforduló időpontjában módosítható a hatályos jogszabályok és a biztosító mindenkor érvényes szabályai szerint, feltéve, hogy a módosításra vonatkozó kérelem, valamint a biztosító által előírt, a módosításhoz szükséges dokumentumok és befizetések az évfordulót megelőző 60 napon belül a biztosítóhoz érkeznek.

#### 27. Jognyilatkozatok

- (1) A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a biztosítási szerződésben érdekelt személyeknek, az általuk megadott és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre.
- (2) Amennyiben a szerződő egy hónapnál hosszabb időre külföldre utazik, a biztosító számára magyarországi kézbesítési meghatalmazottat nevezhet meg. Ennek hiányában a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.
- (3) A biztosító a szerződés-kötéskor vagy azt követően hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosító központjába bizonyítható módon megérkezett.

#### 28. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

A kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító a szerződő kérésére az eredetivel egyező kötvénymásolatot állít ki, miután az eredeti okiratot közjegyzői úton érvénytelennek nyilvánították, illetve az elvesztés vagy megsemmisülés tényét hitel érdemiően bizonyították. A költségek a kérelmezőt terhelik. A másolat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, amely tény a másodlaton feltüntetésre kerül.

#### 29. Elévülés

A biztosítási szerződésből eredő biztosítási igények a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 2 év elteltével elévülnek.

#### 30. Illetékes bíróság

A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított perre kizárólagosan a Budaörsi Városi Bíróság az illetékes.

## INDEXÁLÁSI ZÁRADÉK

**A jelen indexálási záradék a 422-es jelű és az EU422-es jelű többszöri elérési kifizetést és állandó haláleseti szolgáltatást nyújtó, halálesetre vagy elérésre szóló (vegyes) életbiztosítási feltételek részét képezi.**

Az indexálási záradék célja az életbiztosítási szolgáltatások értékállóságának megőrzése az inflációval szemben, valamint a bruttó hazai termék (GDP) és a háztartások jövedelmének növekedésével arányosan, a záradékban foglalt feltételek szerint.

Az indexálás évente egy alkalommal, az alap életbiztosítás haláleseti biztosítási összegének és díjának a növelésével valósul meg.

### 1. Indexálás

A haláleseti szolgáltatás és a biztosítási díj növelésének mértékét (indexráta) a biztosító évente, a KSH által közzétett alábbi mérőszámok figyelembevételével, de nem ezekre korlátozva állapítja meg: fogyasztói árindex (inflációs ráta), a bruttó hazai termék (GDP) növekedési üteme, az alkalmazásban állók átlagkeresetének növekedési üteme. A növelés mértéke minden egyes, az indexráta meghatározását követő naptári év során évfordulós biztosítási szerződésre egyformán vonatkozik.

### 2. A haláleseti biztosítási összeg növelése

A haláleseti biztosítási összeg növelésére (indexálására) minden egyes biztosítási évfordulón kerülhet sor annyi éven keresztül, amennyi év az életbiztosítás tartamának felével megegyezik (a töredékévet a biztosító nem veszi figyelembe). Az utolsó indexálás időpontját követően a haláleseti biztosítási összeg a továbbiakban változatlan. Az első indexálás alkalmával a haláleseti biztosítási összeg növelése az indexráta és az induló haláleseti biztosítási összeg alapján kerül kiszámításra. A további biztosítási évfordulók az alap életbiztosítás haláleseti biztosítási összege az aktuális indexráta és az előző év haláleseti biztosítási összege alapján kerül kiszámításra. A biztosító a haláleseti biztosítási összeg növeléséről minden egyes biztosítási évforduló előtt írásban értesíti a szerződőt. A biztosító a megnövelt összegű haláleseti kockázatot a biztosítási évforduló napjának 0 órájától viseli, amennyiben a növelt összegű díjat megfizették. A biztosítottnak a türelmi idő alatt bekövetkező halála esetén, amennyiben az esedékes díjat addig az időpontig még nem fizették meg, a biztosító a kötvényévforduló előtt érvényes szolgáltatási összeget teljesíti.

### 3. A biztosítási díj növelése

A biztosítási díj növelésére a biztosítási évfordulón kerülhet sor. Az első indexálás alkalmával a növelt összegű biztosítási díj az indexráta és az induló biztosítási díj figyelembevételével kerül meghatározásra. A további biztosítási évfordulók a díj az aktuális indexráta és az előző év biztosítási díja alapján kerül kiszámításra. Minden olyan esetben, amikor az aktuális díjnövelés összege nem elegendő a haláleseti biztosítási összeg megfelelő mértékű növeléséhez, a haláleseti biztosítási összeg a díjnövelés által ténylegesen fedezett mértékig kerül növelésre.

### 4. Az indexálás felfüggesztése

A biztosító az indexálási záradékkal rendelkező összes szerződés, vagy azok egy meghatározott csoportja tekintetében felfüggesztheti az indexálás alkalmazását, amennyiben a megállapított indexráta mértéke az életbiztosítási szolgáltatások értékállóságának megőrzése szempontjából az indexálást szükségtelenné teszi.

### 5. Az indexálás visszautasítása

A szerződőnek jogában áll az indexálást visszautasítani a biztosító részére megküldött írásbeli értesítéssel. Amennyiben a szerződő két egymást követő indexálást utasít vissza, a továbbiakban nincs lehetősége újabb indexálásra. A biztosító által előírt kockázatvizsgálat függvényében a biztosító a szerződő indexáláshoz való jogát újra érvénybe helyezheti. Újra érvénybehelyezés esetén az indexálás visszautasítására vonatkozó két egymást követő alkalom az újra érvénybehelyezés időpontjától számítható.

### 6. Befektetési Számla

#### a) A Befektetési Számla létrehozása

Az alapbiztosítás értékállóságának megőrzése - a haláleseti biztosítási összeg növelésén túl - egy Befektetési Számla (a továbbiakban: Számla) létrehozásával történik. A Számlán az alábbi összegek kerülnek jóváírásra ill. terhelésre:

- (I) az alábbiakban meghatározott befektetési díjrész,
- (II) a Számla befektetéseiből képződött hozam,

(III) a Számla kezelésével kapcsolatban meghatározott költségek.

#### Befektetési díjrész

A befektetési díjrész a teljes díjnövekménynek és a haláleseti biztosítási összeg növelésére szolgáló díjnövekménynek a különbözete. A Számlán jóváírt összeg az első indexálástól számított 60. hónapig a befektetési díjrész összegének 90%-a, azt követően a befektetési díjrész teljes összege. Automatikus díjkölcson és díjmentes leszállítás céljára a Számla egyenlege nem használható fel, a Számla terhére életbiztosítási kötvénykölcson nem folyósítható.

#### b) A Számla befektetése és adminisztrációja

A biztosító a számla hó végi egyenlegét a befektetési politikának megfelelően, biztonságos hozamra törekedve befekteti. Az elért hozam legalább 85% a befektetési évet követő évben egy alkalommal, a havi számlaegyenlegek alapján kerül jóváírásra. A biztosító bármely általa megfelelőnek tartott befektetési stratégiát alkalmazhat és ellátja a Számla adminisztrációját. A Számla adminisztrációs költsége forint alapú termékek esetén havi 100 Ft, Euró alapú termékek esetén havi 0,4 Euró, továbbá az indexálás első 10 évében havonta legfeljebb a számlaérték 0,25%-a.

#### c) A Számla kifizetése

A Számla összege az alpbiztosítás szolgáltatásainak teljesítésére meghatározottakkal megegyező módon kerül kifizetésre. Amennyiben a szerződés díjfizetés elmulasztása miatt megszűnik, visszavásárolják vagy az díjmentesen leszállított összegű biztosítással alakul át, a Számla a szerződő részére kerül kifizetésre az alábbi, százalékos értékekkel csökkentett összegben:

Elélt hónapok száma az első indexálástól számítva	Számlaösszeg %-a
0-24	100
25-36	5
37-48	4
49-60	3
60 fölött	0

#### 7. Eseti befizetések

Az első biztosítási évfordulót követően a szerződőnek jogában áll az általa meghatározott összegben eseti befizetéseket teljesíteni, amely befizetések – legfeljebb 3%-os költség levonása után - a Számlán kerülnek jóváírásra.

#### 8. Az indexálás megszűnése

Az indexálási jog megszűnik és további indexálásra nincs lehetőség, amennyiben:

- a szerződő egymást követő két alkalommal visszautasítja az indexálást,
- a biztosító díjmentesítési szolgáltatást nyújt az alpbiztosításhoz kapcsolt kiegészítő biztosítás alapján.

Az a) pont alatt meghatározott esetben a haláleseti biztosítási összeg és a biztosítási díj a záradék megszűnésének időpontját közvetlenül megelőzően érvényes összegben változatlan marad.

A b) pont alatt meghatározott esetben a haláleseti biztosítási összeg és a biztosítási díj a díjmentesítési szolgáltatás igénybevételére jogosító biztosítási esemény bekövetkezésének időpontját közvetlenül megelőzően érvényes összegben változatlan marad. A szolgáltatási igény bejelentésével kapcsolatos késedelem ill. a biztosítási esemény bekövetkezése után hatályba lépő növelt összegű biztosítási díj a biztosítót nem kötelezi. Ebben az esetben a szolgáltatás növelésére befizetett díjnövekmény összegét a biztosító a szerződő részére visszafizeti.

#### 9. A záradék megszűnése

A záradék automatikusan megszűnik a következő esetekben:

- az alpbiztosítás lejáratakor, a kötvényben meghatározott időpontban,
- ha az alpbiztosítás díjfizetés elmaradása miatt, maradékjogok nélkül megszűnik,
- ha az alpbiztosítást visszavásárolják,

- ha az alpbiztosítást díjmentesen leszállított összegű biztosítással alakítják át, amely esetben a növelt összegű haláleseti szolgáltatás megszűnik,
- a biztosított halálakor, amely esetben a növelt összegű haláleseti szolgáltatás a Számlával együtt kerül kifizetésre.

#### Az 140-es jelű és a EU140-es jelű "Rokkantsági díjmentesítés" kiegészítő biztosítás feltételei

A "Rokkantsági díjmentesítés" kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon alap életbiztosítás feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

#### 1. A biztosított személye

Amennyiben a biztosítási szerződésben a szerződő és a biztosított személye különválnak, úgy a jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja

- a szerződő, amennyiben a biztosítóval szerződést kötő fél természetes személy, vagy
- az alpbiztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítóval szerződést kötő fél nem természetes személy.

#### 2. Biztosítási esemény és szolgáltatás

A biztosító ezen kiegészítő biztosítás feltételei alapján, a szerződő díjfizetése ellenében, a következő szolgáltatás teljesítését vállalja:

Amennyiben a benyújtott igazoló okiratok alapján, illetve az elvégzett orvosi vizsgálat(ok) eredményeként megállapításra kerül, hogy a biztosított a jelen feltételek szerinti teljes és tartós rokkantságot szenvedett, a szerződés szerinti alpbiztosítás és - eltérő szerződésbeli rendelkezések hiányában - a hozzá tartozó kiegészítő biztosítás(ok) a rokkantság tartamára változatlan szolgáltatási feltételek mellett díjmentessé válnak.

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

#### 3. A teljes és tartós rokkantság meghatározása

Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából teljes és tartós rokkantságnak minősül az a betegségből származó egészségromlás vagy az a baleseti testi sérülésből eredő egészségkárosodás, amelynek következtében a biztosított teljes egészében (100%-ban) elveszíti munkaképességét (teljesen képtelenné válik bármely keresőfoglalkozás folytatására), és amely egészségromlás, illetve egészségkárosodás legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan fennáll.

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

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

A díjmentesítés csak abban az esetben kerülhet alkalmazásra, ha:

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

A továbbiakban a "rokkantság" kifejezés a jelen pontban meghatározott teljes és tartós rokkantságot jelenti.

#### 4. Kizárások

A biztosító mentesül a díjmentesítési szolgáltatás teljesítése alól, ha a rokkantság közvetve vagy közvetlenül:

- szándékosan elkövetett öncsonkítás vagy saját kezű testi sértés következménye (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotról);
- bármely légi járművel való utazás, illetve repülés következménye, kivéve a légitforgalomban engedélyezett menetrend szerint közlekedő légi járat utasaként történő repülést;
- opportunista betegség következménye, feltéve, hogy a rokkantság bekövetkezésékor a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szervezetében kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS).

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

#### 5. A biztosítási esemény bejelentése és igazolása

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

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

#### 6. A rokkantság folyamatos fennállásának bizonyítása

A szerződő a biztosító felhívására köteles igazolni a rokkantság folyamatos fennállását, függetlenül attól, hogy a biztosító a rokkantság igazolását korábban már elfogadta. A folyamatos rokkantság igazolását a biztosító legfeljebb negyedévente kérheti, azonban ha a rokkantság már két teljes éven át folyamatosan fennállt, a biztosító a továbbiakban csak évente egyszer kérhet ilyen igazolást. Amennyiben a szerződő nem tesz eleget ezen bizonyítási kötelezettségének vagy a biztosító megállapítása szerint már nem rokkant (képesse vált bármely olyan foglalkozásnak vagy szakmai tevékenységnek a folytatására, amelyért fizetést vagy jövedelmet realizálhat), a díjmentesítés megszűnik és a szerződés szerinti fizetendő összeg a bizonyítási kötelezettség elmulasztását, illetve a rokkantság megszűnését követő díjesedékességtől újból esedékessé válik. A biztosító a díjmentesség megszűnéséről és a soron következő díjak esedékessé válásáról írásban értesíti a szerződőt.

#### 7. Díjfizetés

A biztosítás díja az alpbiztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás megszűnéséig vagy a díjmentesség kezdetéig.

#### 8. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik a szerződés szerinti alpbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényben vagy az ahhoz csatolt záradékban egy későbbi időpont került megjelölésre a kiegészítő biztosítás kezdeteként.

#### 9. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedékesség időpontjára - 30 nappal az esedékesség előtt - írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyezi.

A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a biztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 60. életévét betölti;

- b) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- c) amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- d) amikor a biztosított háború vagy polgárháború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország, nemzetközi szervezet vagy szemben álló fél bármely fegyveres erejénél;
- e) amikor a biztosított háború vagy polgárháború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kíségető (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország, nemzetközi szervezet vagy szemben álló fél bármely fegyveres ereje mellett.

A jelen kiegészítő biztosítás megszűnése esetén a biztosító a befizetett díj meg nem szolgált részét visszafizeti. A biztosítás megszűnése után tartozatlanul fizetett díjak az ilyen díjak visszafizetésén kívül másra nem kötelezik a biztosítót.

## 10. Maradékjogok

A jelen biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díjkölcsonn lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsonn kerülnek kiegyenlítésre. A jelen feltételek alapján díjmentesített alapbiztosítás maradékjogai a díjmentesség tartama alatt is változatlan feltételek mellett gyakorolhatók.

## 11. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik. Azonban ha a szerződésben olyan alapbiztosítás szerepel, amely a befektetések többlethozamából való részesedésre jogosít, ezen jogosultság a jelen feltételek alapján nyújtott díjmentesség tartama alatt is változatlan feltételekkel fennáll és a biztosító a szerződő részesedését ugyanúgy jóváírja, mintha az esedékes díjakat megfizették volna.

**110-es jelű és EU110-es jelű  
kritikus betegségek esetére szóló  
"Critical Care" elnevezésű  
kiegészítő biztosítás feltételei**

A „Critical Care” elnevezésű, kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A szerződő díjfizetése ellenében a biztosító vállalja, hogy a szerződésben leírt biztosítási események bekövetkeztékor biztosítási szolgáltatást teljesít a szerződésben megfogalmazottak szerint, a szerződés érvényességi ideje alatt. A jelen feltételekben nem rendezett kérdéseken azon alap életbiztosítás rendelkezései az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

## 1. Fogalom meghatározások

- (1) **Biztosított** – a jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alapbiztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre. A biztosítás 18 és 64 éves kor között lévő személyekre köthető.
- (2) **Kedvezményezett** - az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztékor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatásra jogosult. A jelen szerződés szolgáltatásainak kedvezményezettje maga a biztosított, kivéve, ha a szerződésben a jelen kiegészítő biztosítás biztosítási szolgáltatására más névszerinti kedvezményezett került megjelölésre. A biztosított halála esetén a biztosítottat illető valamennyi biztosítási szolgáltatás a haláleseti kedvezményezett részére kerül kifizetésre.

(3) **Biztosítási összeg** - a kötvényben feltüntetett, az adott biztosítási esemény bekövetkeztékor a szerződés feltételei szerint maximálisan kifizethető összeg.

(4) **Biztosítás kezdete** - a jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik a szerződés szerinti alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényben vagy az ahhoz csatolt záradékban egy későbbi időpont került megjelölésre a kiegészítő biztosítás kezdeteként.

(5) **Biztosítási évforduló** - a biztosítás kezdetét követő, a biztosítás kezdetének napjával és hónapjával megegyező évforduló.

(6) **Biztosítási év** - két egymást közvetlenül követő biztosítási évforduló között eltelt időszak.

(7) **Biztosítási esemény** – a szerződésben meghatározott esemény, amelynek a biztosítás hatálya alatt történő bekövetkezésekor a biztosító a szerződésben szabályozott módon biztosítási szolgáltatást teljesít.

(8) **Várakozási idő** - A biztosító a biztosítás kezdetétől számítva 3 hónap várakozási időt köt ki. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik.

## 2. A kockázatviselés kezdete – várakozási idő

A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájaktól kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti feltéve, hogy a biztosítási szerződés már létrejött vagy utóbb létrejön. A biztosító a biztosítás kezdetétől számítva 3 hónap várakozási időt köt ki. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik.

## 3. A biztosítás tartama

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

## 4. Biztosítási esemény és biztosítási szolgáltatás

(1) A szerződő biztosítási ajánlaton történő választása és díjfizetése alapján a kockázatviselés a jelen szerződés 5. pontjában meghatározott és leírt betegségek, állapotok, műtéti beavatkozások három csoportjára terjedhet ki.

CC-1 csoport: A Critical Care-1 (CC-1) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen szerződés 5. pontjában az 1) sorszám alatt meghatározott betegségekre terjed ki.

CC-7 csoport: A Critical Care-7 (CC-7) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen szerződés 5. pontjában az 1)-től 7)-ig terjedő sorszámok alatt meghatározott betegségekre, állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

CC-32 csoport: A Critical Care-32 (CC-32) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen szerződés 5. pontjában az 1)-től 32)-ig terjedő sorszámok alatt meghatározott betegségekre, állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

- (2) A biztosítottnak a biztosítás lejárata előtt, a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap várakozási idő eltelté után a kockázatviselés hatálya alá tartozó (a jelen szerződés 5. pontjában, 1) vagy 1)-7) vagy 1)-32) sorszám alatt meghatározott és leírt) betegségek, állapotok, egyikének első alkalommal történő elszívódása vagy a kockázatviselés hatálya alá tartozó (a jelen szerződés 5. pontjában, 1) vagy 1)-7) vagy 1)-32) sorszám alatt meghatározott és leírt) műtéti beavatkozások egyikének első alkalommal történő végrehajtása

esetén a biztosító a biztosított részére kifizeti a szerződésben (biztosítási kötvényen) meghatározott biztosítási összeget, feltéve, hogy a betegség vagy állapot pontos diagnózisának megállapítását, illetve a műtét elvégzését követően a biztosított legalább 30 napig életben van.

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

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

## 5. A kockázatviselés hatálya alá tartozó betegségek, egészségi rendellenességek, sérülések és műtéti beavatkozások meghatározása

### 1) Rosszindulatú daganat

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

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

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

### 2) Szívizominfarktus

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

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

### 3) Agyi érkatasztrófa

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

eseményrel okozati összefüggésben álló maradandó, kóros idegrendszeri károsodást állapít meg.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

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

#### 4) Szívkoszorúér műtét

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

#### 5) Veseelégtelenség

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

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

#### 6) Aplasztikus Anémia (csontvelő elégtelenség)

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

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

A diagnózist hematológus által készített szakvéleménnyel kell alátámasztani.

#### 7) Vakság

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

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

#### 8) Végállapotú tüdőbetegség

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

- FEV1 teszt eredménye következetesen kevesebb mint 1 liter. A FEV1 az egy mp alatt erőltetett légzéssel kilégtetett levegő mennyisége;
- Állandó oxigénpótló kezelés a hipoxémiára (vér oxigénhiányos állapotára);
- Artériás vérgáz vizsgálat során az oxigén parciális nyomása 55 Hgmm (higanymilliméter) vagy kevesebb (PaO2 ≤ 55 Hgmm);
- Nyugalmi nehézlégzés.

A diagnózist tüdőgyógyász szakvéleményének kell alátámasztania. Az állapot bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

#### 9) Végállapotú májbetegség

A végállapotú májbetegség diagnózisának alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

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

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

#### 10) Kóma (eszméletvesztés)

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

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

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

#### 11) Süketség

Mindkét fül hallóképességének teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében. A diagnózist audiometriás és hallás-küszöb vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvosnak kell megállapítani. A teljes hallóképesség elvesztése a hallás minden frekvenciatartományában a legalább 80 decibeles halláscsökkenést jelent. Az állapot bekövetkezésének időpontja a hallóképesség teljes, végleges és visszafordíthatatlan diagnosztizálásának időpontja, amelyet szakorvos véleménye igazol.

#### 12) Szívbillentyű műtét

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

#### 13) Beszédképesség elvesztése

A beszédképesség teljes és visszafordíthatatlan elvesztése, a hangszalagok betegség vagy baleset okozta károsodása miatt. A beszédképtelenségnek folyamatosan 12 hónapig fenn kell állnia, és a diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell alátámasztania. A pszichiátriai betegségekkel összefüggésben kialakult beszédképtelenségre a biztosítás nem terjed ki.

#### 14) Nagyfokú égési sérülés

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

#### 15) Szervátültetés

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

#### 16) Szklerózis multiplex

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

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

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

#### 17) Végtagbénulás

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

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

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

#### 18) Parkinson kör

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

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

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

- I. Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége kádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba és a zuhanyzóba való be és kiszállás képességét) vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- II. Öltözködés képessége: valamennyi ruházat le- és felvételének, biztonságos ki- és begombolásának kivitelezése, művegtagok vagy más gyógyászati segédeszközök le és felvételének képessége;
- III. Helyváltoztatás: az ágyból, karosszékéből, tolésszékéből történő felállás és az azokra történő leülés képessége;
- IV. Mozgásképesség: beltéri mozgás képessége ugyanazon a lakószinten, egyik helyiségből a másikba történő eljutás képessége;
- V. Mellékeltetés használata: széklet vagy vizeletürítése mellékeltetésben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéné céljából;
- VI. Táplálkozás: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

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

#### 19) Aorta műtét

Nyitott mellkasban vagy hasban végzett nagyműtét, az aorta szűkületének, elzáródásának, az aorta aneurizma (verőértágulat) vagy az aorta dissectio (az aortafal belső rétegének berekedése, ami az aorta egész hosszában végigszaladhat) megszüntetése céljából. A jelen definíció

szempontjából az aorta megfogalmazás a mellkasi és hasi aortát jelenti, az oldalágak nélkül.  
A biztosítás nem terjed ki a nem nagy sebészeti megoldásokra, az endoszkópos vagy katéteres eljárásokra.

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

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

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

## 21) Heveny májgyulladás

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

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

## 22) Elsődleges kisvérköri hipertónia

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

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

## 23) Végállapotú betegség

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

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

## 24) Jóindulatú agydaganat

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

- Az életfontos funkciókat veszélyezteti;
  - Agykárosodást okoz;
  - Túlnőtt a műtéti eltávolíthatóság határain (inoperábilis);
  - Maradandó neurológiai károsodást okoz;
- A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

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

## 25) Agyvelőgyulladás

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

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

## 26) A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermekbénulás)

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

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

## 27) Bakteriális agyhártyagyulladás

Bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladással folyamatosan keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább hat hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerinccsapolással nyert gerincvelőfolyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvosi véleményével kell alátámasztani.

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

## 28) Súlyos fejsérülés

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

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

## 29) Vigil kóma (Apalliusos szindróma)

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

## 30) Egyéb súlyos szív-koszorúér betegség

A szív-koszorúér átmérőjének, koszorúér-festéssel igazolt, legalább 75 %-os beszűkülése, vagy másik két artéria 60 %-os lumen csökkenése, függetlenül attól, hogy műtéti beavatkozás történt-e. A jelen definíció szempontjából a szív koszorúér-rendszer részei a következők: bal főtröcs, bal elülső leszálló ág (LAD, RDA), a körbefutó ág (RCX) és a jobb koszorúér (RCA, ACD). A diagnózist alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

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

## 31) Előrehaladott bőrkérgesedés (Scleroderma progressiva)

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

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- Helyi bőrkérgesedés (scleroderma linearis, morphoea);
- Fasciitis eosinophylicus;
- CREST szindróma.

## 32) Szisztémás lupus erythematosus nephritis-szel (SLE)

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

A diagnózist tényét reumatológus, immunológus vagy nefrológus szakvéleményével kell alátámasztani.

A lupus nephritis WHO szerinti klasszifikációja:

- Class I: lupus glomerulonephritis minimális elváltozással
- Class II: mezangiális lupus glomerulonephritis
- Class III: fokális szegmenseket érintő proliferatív lupus glomerulonephritis
- Class IV: diffúz proliferatív lupus glomerulonephritis
- Class V: membranózus lupus glomerulonephritis
- Class VI: Előrehaladott szklerotikus glomerulonephritis

## 6. A biztosító teljesítése

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

- (2) A szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:
- a biztosító erre a célra szolgáló kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatványát,
  - a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
  - a biztosítási eseményt leíró és alátámasztó, szakorvos- vagy intézmény által igazolt orvosi dokumentációt (zárójelentések, vizsgálati- és szövettani eredmények),
  - szükség esetén a biztosítási eseményt alátámasztó, aktuálisan elvégzett szakorvosi vizsgálati eredményt,
  - a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb iratot vagy dokumentumot, illetve vizsgálati eredményt.

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

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

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

(6) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti. A szolgáltatási összeg kifizetésével kapcsolatban felmerülő költségek az igény jogosultat terhelik.

## 7. Kizárások

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

- a biztosított által szándékosan okozott sérülés vagy megbetegedés (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára);
- a biztosított gyógyszerekkel vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése;
- a biztosított mértéktelen alkohol fogyasztása, illetve alkoholbetegsége;
- a biztosított bűncselekményben vagy erőszakos cselekedetekben vagy zavargásban történő jogellenes részvétele;
- a biztosított AIDS betegsége vagy HIV-vírussal való fertőzöttsége;
- maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák;
- mérgező vagy maró anyagok bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja;
- a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármely testi sérülés, betegség vagy egészségi rendellenesség. (Amennyiben a biztosított a szerződéskötés előtt a jelen szerződésben meghatározott betegségek, egészségkárosodások valamelyikében már szenvedett, a biztosító kockázatviselése ezen betegsége, illetve azok kezelésére nem terjed ki.)

E biztosításra nem vonatkozik a "Dr. AHICO" Egyéni Baleset- és Betegségbiztosítás ..Általános Feltételek 16. §-nak g) pontja.

## 8. A biztosítási díj

(1) A biztosítási díj az az összeg, amelynek fizetésére a szerződő kötelezettséget vállal a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatások érdekében. A biztosítási díj kiszámítása a biztosított életkorának, a választott betegségecsoport típusának, a választott díjfizetési tartamnak és a biztosítási összeg nagyságának a figyelembevételével történik. A biztosított belépési kora a biztosítás kezdetekor, illetve a biztosítás megújításakor betöltött életkor alapján kerül megállapításra.

(2) A választható díjfizetési tartamok a következők

- Megújítható 1 éves díjfizetési tartam. A megújítható 1 éves tartamú biztosítás esetén a szerződő választásától függően a biztosítás tartama és egyben a díjfizetési tartama minden egyes biztosítási évfordulón egy újabb évvel meghosszabbodik, ha a szerződő a biztosítási évfordulón betöltött életkornak megfelelő biztosítási díjat megfizeti.
- Megújítható 5 éves díjfizetési tartam. A megújítható 5 éves díjfizetési tartamú biztosítás esetén a szerződő választásától függően a díjfizetési tartam minden ötödik (5.) biztosítási évfordulón újabb öt évvel meghosszabbodik, ha a szerződő az ötödik (5.) biztosítási évfordulón betöltött életkornak megfelelő biztosítási díjat megfizeti és a biztosítási évfordulón betöltött életkora kisebb, mint 61 év. A biztosítás 5 éves tartama alatt a biztosítás díja a biztosított életkorának változása miatt nem változik.
- Megújítható 10 éves díjfizetési tartam. A megújítható 10 éves díjfizetési tartamú biztosítás esetén a szerződő választásától függően a díjfizetési tartam minden tizedik (10.) biztosítási

évfordulón újabb 10 évvel meghosszabbodik, ha a szerződő a tizedik (10.) biztosítási évfordulón betöltött életkornak megfelelő biztosítási díjat megfizeti és a biztosítási évfordulón betöltött életkora kisebb, mint 56 év. A biztosítás 10 éves tartama alatt a biztosítás díja a biztosított életkorának változása miatt nem változik.

d. 65 éves életkorig szóló díjfizetési tartam. A 65 éves életkorig szóló biztosítás esetén a biztosítás tartama alatt a biztosítás díja a biztosított életkorának változása miatt nem változik.

(3) A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítás díját a biztosítási évfordulón felülvizsgálja és az új díjkalkuláció alapján új díjtételeket állapítson meg, amelyek minden hatályban lévő biztosításra egységesen érvényesek. A díjmódosítás mértékéről a biztosító írásban tájékoztatja a szerződőt oly módon, hogy a szerződő legalább 30 nappal a következő biztosítási évforduló előtt kézhez kapja az értesítést. Amennyiben a szerződő a módosított díjat elutasítja, úgy az erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatát a biztosítási évfordulót megelőzően kell eljuttatnia a biztosítóhoz, amelynek következtében a jelen biztosítás az első módosított díj esedékességét megelőző nap 24. órájáig megszűnik. Írásbeli nyilatkozat hiányában a jelen biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan életbe lép.

## 9. Díjfizetés esedékessége, fizetési késedelem

(1) A biztosítás rendszeres éves díjfizetésű. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő évesről, féléves, negyedéves vagy havi díjfizetésre módosíthatja. Az erre irányuló kérést a biztosítási évforduló előtt 60 nappal írásban kell jelezni. Az első díj a szerződés létrejöttkor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszakra az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A biztosító a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő díj(ak) esedékességéről nem köteles a szerződőt az esedékességet megelőzően értesíteni. Az értesítés elmaradására az ügyfél követelést nem alapíthat.

(2) A biztosítás díjait a kötvényen feltüntetett pénznemben kell megfizetni a biztosító által megadott, erre a célra fenntartott bankszámlaszámra. A díjfizetés felmerülő költségei a szerződőt terhelik. A biztosító díjfizetésként a megadott számlaszámra, a megadott pénznemben történő jóváírás fogadja el. A díjfizetés időpontja az esedékes díj, megadott számlaszámra történő jóváírásának időpontja. A megadott számlaszámtól eltérő számlaszámra történő utalás nem minősül díjfizetésnek, és az ilyen téves utalásból adódóan a biztosított a biztosítási szerződésre vonatkozó kötelezettség nem terheli, illetve a téves utaláshoz kapcsolódó esetleges átváltással összefüggésben felmerült árfolyam-különbözet a szerződőt terheli/illetli.

(3) Amennyiben a szerződő a díjat az esedékességkor nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az elmaradt díj esedékességétől számított 30 napig viseli (türelmi idő). Ha a szerződő az elmaradt díjat a türelmi időn belül nem fizeti meg a biztosítás a 30 napos határidő elteltével, a 31. napon kifizetés nélkül megszűnik.

(4) Amennyiben a türelmi időn belül biztosítási esemény következik be, a biztosító a fizetendő szolgáltatási összegből levonja az elmaradt esedékes díjat és csak a különbözetet fizeti ki.

(5) A biztosítás díja a biztosítás lejáratáig vagy a biztosítási eseményt közvetlenül követő díjesedékesség időpontjáig fizetendő, ha a szerződés másképpen nem rendelkezik. Tartamon túli díjfizetéssel nem keletkezik jogosultság biztosítási szolgáltatásra. A tartozatlanul fizetett díjakat a biztosító kamatok nélkül fizeti vissza.

## 10. A biztosítás újra érvénybehelyezése

A biztosítási esemény nélkül megszűnt biztosítás az elmaradt díj esedékességét követő 75 napon belül újra érvénybehelyezhető, az összes elmaradt díj befizetésével. Újra érvénybehelyezés esetén a biztosító kockázatviselése az elmaradt díjak befizetését követő nap 0 órájától folytatódik, feltéve, hogy a biztosító a szerződés újra érvénybehelyezését nem utasítja el. Az újra érvénybehelyezés vonatkozásában a biztosító jogosult kockázatbírálásra, egészségi nyilatkozatot kérhet, szükség szerint a biztosított orvosi vizsgálatát is előírhatja, de az összes előírt dokumentum birtokában sem kötelezett a szerződés újra érvénybehelyezésére.

## 11. A biztosítás pénzneme

A biztosítási szerződés díjainak és szolgáltatásainak pénzneme a biztosítási kötvényen kerül feltüntetésre.

## 12. Konverziós szabályok

Euró alapú biztosítási szerződés esetén a szerződő és a biztosító megállapodnak abban, hogy a szerződésben vállalt kötelezettségeiket a biztosítási szerződés kötvényoldalán meghatározott Euró pénznemben teljesítik.

Megállapodnak továbbá abban, hogy amennyiben a kötvényoldalon meghatározott pénznem a Magyar Köztársaság területén a szerződés hatályba lépését követően nem minősül jogszzerű fizetőeszköznek, vagy ha:

- A Magyar Nemzeti Bank és/vagy a Magyar Köztársaság kormányának árfolyam-politikája, monetáris politikája vagy egyéb gazdaságpolitikai döntése, vagy
- bármilyen jogszabályi rendelkezés, korlátozás illetve tilalom, vagy
- A Biztosító befolyásán kívül eső bármely egyéb körülmény következtében:
  - A Biztosítónak vagy a Szerződőnek nincs jogszzerű lehetősége az Euró pénznem Magyar Köztársaság területén történő beszerzésére, vagy
  - A Biztosítónak nincs jogszzerű lehetősége a tartalékoknak vagy a befektetéseknek Európában, a Magyar Köztársaság területén történő fenntartására, vagy
  - A Biztosítónak nincs jogszzerű lehetősége a Magyar Köztársaság területén létrejött Euró alapú szerződéseinek tartalékait a Magyar Köztársaság területén kívül Euró eszközökbe fektetni és / vagy ezen befektetéseket fenntartani úgy ebben az esetben a Biztosító – a fenti körülmények mérlegelése és saját döntése alapján – jogosult a szerződésben meghatározott kötelezettség (biztosítási összeg, szolgáltatási összeg, visszavásárlási összeg, biztosítási díj stb.) pénznemét a Magyar Köztársaságnak az átváltás időpontjában érvényes törvényes nemzeti pénznemre átváltani (konvertálni) és a hivatkozott kötelezettségeket az átváltás időpontjától kezdve ebben a pénznemben kifejezni.

Az átváltás időpontjától kezdve a Biztosító és a Szerződő a kötelezettségeiket az új pénznemben tevések teljesíteni, a szerződés bármely, Euró pénznemre történő hivatkozása érvénytelenné válik. A Biztosító az átváltást egy adott időpontra meghatározottan – és saját döntése alapján – vagy a Magyar Nemzeti Bank vagy egy, a Biztosító által megjelölt kereskedelmi bank által hivatalosan közzétett devizaárfolyam alapján végzi el. Az átváltást követően a Biztosító új kötvényoldalt bocsát ki a biztosítási összeg és a biztosítási díj új pénznemben történő feltüntetésével.

## 13. A biztosítási szerződés megszűnése

- (1) A biztosítási szerződés automatikusan megszűnik a következő esetekben:
- annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti,
  - a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halálával,
  - a biztosítási összeg kifizetésével,

- d) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg,
- e) amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy bármely okból megszűnik,
- f) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor,
- g) a három hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszafizetésével,
- h) a szerződő írásbeli felmondásával.

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

(3) A biztosítás megszűnése esetén a biztosító a befizetett díj meg nem szolgált részét visszafizeti. A biztosítás megszűnése után tartozatlanul fizetett díjak az ilyen díjak visszafizetésén kívül másra nem kötelezik a biztosítót. A biztosítás megszűnése a függőkárak elbírálását nem érinti.

#### 14. Maradékjogok

A jelen biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díjkölcsön lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsönrel kerülnek kiegyenlítésre.

#### 15. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

#### 16. Indexálás

A jelen kiegészítő biztosítás nem indexálható.

#### 17. Egyéb feltételek

A jelen kiegészítő biztosításban nem szabályozott kérdésekben az alapbiztosítás feltételei érvényesek, az alábbi kivétellekkel: a) a biztosítási szerződés átruházásához szükséges, b) kifizetési és járadékopciók, c) maradékjogok.

**A 178-as jelű és EU178-as jelű balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátásra szóló napi térítésre és műtési térítésre, valamint orvosi konzultációra szóló kiegészítő biztosítás feltételei**

A jelen kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon alapbiztosítás feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

#### 1. A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás (fő)biztosítottja az alapbiztosítás biztosítottja. A jelen kiegészítő biztosítás alapján biztosított lehet továbbá a (fő)biztosított házastársa/élettársa, valamint a (fő)biztosított eltartott gyermeke, akikre vonatkozóan díjat megfizették.

#### 2. Biztosítási esemény és szolgáltatás

##### a) Kórházi ellátásra szóló napi térítés

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

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

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

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

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

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

##### b) Műtési térítés

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

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

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

##### c) Orvosi konzultáció

Ha a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás érvényességének tartama alatt, a jelen pontban meghatározott heveny, szövődmenyes és súlyos egészségi rendellenessége vagy betegsége következik be, melynek bekövetkezése kapcsán és arra vonatkozóan a szolgáltató képviselőjén keresztül a biztosított orvosi(orvosi) konzultációt kér, úgy a biztosított által kért egészségügyi (orvosi) konzultáció költségeit a biztosított helyett a biztosító téríti meg a szolgáltató részére. A jelen biztosítás szolgáltatásaként igénybe vehető konzultációt a 4.g) pontban meghatározott szolgáltató nyújtja, a konzultációk lefolytatása, a kapcsolattartás és a konzultációs jelentés elkészítése és annak tartalma a szolgáltató kizárólagos felelőssége. A biztosító nem felelős a szolgáltató eljárásában vagy a konzultációs jelentésben bekövetkezett vagy elkövetett bármely hibáért vagy mulasztásért.

A biztosított a konzultáció igénybevételére a következő heveny, szövődmenyes vagy súlyos egészségi állapotok és betegségek esetén jogosult: a) Rosszindulatú daganat, b) Szívizominfarktus, c) Szívkoszorúér műtét, d) Kóma, e) Agyi érkatasztrófa, f) Sclerosis Multiplex, g) Bénulás, h) Krónikus obstruktív tüdőbetegség, i) Tüdőtágulat, j) Gyulladásos bélbetegség, k) Krónikus májbetegség, l) Veseelégtelenség, m) Krónikus medencetáji fájdalom, n) Cukorbetegség, o) Trombózisos visszérgyulladás és embólia, p) Bármely amputáció, q) Reumás ízületi gyulladás (Rheumatoid Arthritis), r) Rosszindulatú pigmentsejtes daganat (melanoma malignum), s) Nagyfokú égési sérülés, t) Betegségből származó hirtelen bekövetkező vakság, u) Szerzárultetés, v) Idegi-elfajulással járó betegségek, w) Egyéb hasonló, az életet veszélyeztető egészségi állapotok.

A betegségek minősítését a megküldött egészségügyi adatok és iratok alapján a szolgáltató állapítja meg, aki e

döntését más orvosok vagy orvosszakértői testületek megállapításától függetlenül hozza meg.

Az egészségügyi (orvosi) konzultáció a következőket foglalja magába:

- a) egy írásbeli konzultáció a szolgáltató megfelelő klinikai szakorvosával.
- b) egy konzultáció CT vizsgálatra, MRI vizsgálatra, röntgenre, ultrahangra, egyéb radiológiai tanulmányokra vagy patológiára vonatkozóan,
- c) egy ismételt konzultáció. Ismételt konzultációnak minősül, ha a biztosított Konzultáció eredményének kézhezvételétől számított 30 napon belül az első Konzultációval összefüggésben vagy ahhoz kapcsolódóan kiegészítő diagnózist ill. konzultációt kér, vagy további kérdéseket nyújt be.
- d) a szolgáltató képzett szakorvosai és egészségügyi szakértői által ajánlott gyógykezelési terv. Az esetek magukban foglalhatnak radiológiai képalkotást és/vagy szövettani metszetet is.
- e) szükség esetén egy telefonon történő konferencia megbeszélést angol nyelven, a biztosított kezelőorvosa és a szolgáltató szakorvosa között.

Ha ugyanannak az anatómiai területnek több olyan tanulmánya került kiadásra ugyanazzal az egészségi állapottal kapcsolatban, mely ugyanazt a módszert használja, egy diagnosztikai tanulmány kerül kidolgozásra a leggyakoribb tanulmányból. Ugyanannak az anatómiai területnek az összes többi tanulmánya, amely ugyanazt a módszert használja, és amelyet az első Konzultációs Jelentés kézhezvételétől számított 30 napon belül nyújtottak be összehasonlító tanulmánynak számít és nem tekintendő új Konzultációra való jelentkezésnek.

A szolgáltató egy biztosítási évben legfeljebb két (2), a kiegészítő biztosítás érvényességének teljes tartama alatt legfeljebb hat (6) konzultációs lehetőséget biztosít.

Bármely konzultációs jelentés kézhezvételétől számított 30 napon túl benyújtott kérelem, illetve a 30 napon belül benyújtott, de a konzultációs jelentés tartalmához és tárgyához közvetlenül nem kapcsolódó kérelem új konzultációs kérelemnek minősül.

Az egészségügyi (orvosi) konzultációt a szolgáltató klinikai szakorvosai biztosítják, de a szolgáltató a diagnózis és/vagy az ajánlott gyógykezelés meghatározása szempontjából igényelheti a biztosított és/vagy a kezelőorvosa közreműködését.

Amennyiben a konzultációs kérelem a jelen feltételekben meghatározott egészségi rendellenességektől vagy betegségektől különböző betegség vonatkozásában kerül benyújtásra a szolgáltató részére, úgy a szolgáltató jogosult a konzultációs lehetőséget visszautasítani.

**A fenti a)-c) pont alatt meghatározott szolgáltatások külön-külön, vagy együttesen is igénybe vehetőek a bekövetkezett biztosítási eseménytől függően, az egyes szolgáltatásokat azonban a biztosító kizárólag az adott szolgáltatásra meghatározott feltételek alapján nyújtja.**

#### 3. Kizárások

**A. A kórházi ellátásra és/vagy műtési térítésre szóló biztosítási szolgáltatások szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a szolgáltatási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi és/vagy műtési ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:**

- a) születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- b) terhesség, szülés, elvetélés, koraszülés, vagy abortusz,
- c) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés vagy betegség,
- d) a szerződés hatályba lépését követő első hatvan (60) napon belül bekövetkezett bármilyen betegség miatt szükségessé vált kórházi ellátás és műtési beavatkozás,

- e) a szerződés hatálya lépését követő első szüneteltetés (180) nap alatti végrehajtott, a mandula ill. orrpolip eltávolítását célzó műtét, ill. kórházi gyógykezelése,
- f) a biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete, az elmeállapotról való tekintet nélkül,
- g) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- h) orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincsen egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
- i) elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
- j) a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,
- k) bármely vesztesség, amelynek oka a biztosított által megkísérelt, vagy elkövetett jogellenes cselekedet, ill. abban való szándékos részesség, vagy olyan cselekmény, amely a biztosított őrizetbe vételéhez vezet, ill. a letartóztatással való aktív vagy passzív szembeszegülés,
- l) bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek,
- m) a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- n) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák,
- o) a biztosított alkoholos befolyásoltágú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedérendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- p) bármely olyan betegség, halál, egészségkárosodás vagy költség, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékát vagy változatát,
- q) a biztosított hivatalos részvétele bármely sporttevékenységben,
- r) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,
- s) amennyiben a biztosított 125 cm<sup>3</sup>-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,
- t) amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közbiztonsági menetrend szerinti útvonalon,
- u) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet bármely fegyveres erejénél,
- v) mialatt a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik.
- w) háború, invázió, idegen erő beavatkozása, polgárháború, forradalom, lázadás, engedetlenség, egyéb háborús cselekmények, katonai vagy bitorolt hatalom, vagy bármely esemény, vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének eredménye, letartóztatás, bármely helyi, vagy közhatóság rendelkezésétől származó veszteség, vagy vámszabályozás.
- B. Az orvosi konzultációs szolgáltatás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosított nem jogosult egészségügyi (orvosi) konzultáció igénybe vételére, amennyiben a jelen kiegészítő**

**biztosításban meghatározott heveny, szövődményes és súlyos egészségi rendellenesség vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:**

- a) a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása, valamint ezek kísérlete, illetve a biztosított által önmagának okozott egyéb testi sérülés (az elmeállapotról való tekintet nélkül), valamint a biztosított kérésére vagy beleegyezésével, más személy által okozott testi sérülés,
- b) a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- c) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák,
- d) a biztosított alkoholos befolyásoltágú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedérendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- e) a szexuális úton terjedő betegségek,
- f) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, azokkal összefüggésben bekövetkezett radioaktív szennyeződés minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- g) a biztosított mérgezése vagy mérgező gáz belélegzése,
- h) a biztosított vele született rendellenessége vagy születési fogyatékosága, amely a születés pillanatában azonnal nyilvánvalóvá vált és fennállt, vagy egy későbbi fejlődési szakaszban nagy valószínűséggel jelentkezhet.
- i) háború, invázió, idegen erő beavatkozása, polgárháború, forradalom, felkelés, lázadás, engedetlenség, egyéb háborús cselekmények, katonai vagy bitorolt hatalom, vagy bármely esemény, vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének eredménye, letartóztatás, bármely helyi, vagy közhatóság rendelkezésétől származó veszteség, vagy vámszabályozás.

Továbbá az alapbiztosításhoz csatolt záradék(ok)ban meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosítás szolgáltatásaira is vonatkoznak.

#### 4. Fogalom meghatározások

- a) **Betegség:** Olyan egészségkárosodást jelent, amelyet a biztosított a kiegészítő biztosítás hatálya lépését követően, első alkalommal szenved el.
- b) **Baleset:** Balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében és bármely más októl függetlenül a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátása válik szükségessé.
- c) **Bennfekvő beteg:** Bennfekvő beteg azt a személyt jelenti, aki bennfekvőként legalább egy (1) napi kórházi ellátásban részesült.
- d) **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.

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

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

g) Orvosi konzultáció szolgáltatója: A szolgáltató a WorldCare vállalatot jelenti. A WorldCare vállalat külföldi székhelyű, a WorldCare International által létrehozott egészségügyi hálózat, amely olyan szakorvosok hálózata, akik a jelen kiegészítő biztosítás biztosítottjai számára nyújtanak orvosi konzultációs lehetőséget. A biztosított személy és/vagy kezelőorvosa által, a szolgáltatás igénybe vétele érdekében eljuttatott személyes és egészségügyi adatok feldolgozása ill. továbbítása, valamint a szolgáltató hálózatát alkotó kórházak, egészségügyi szakértők és szakorvosok fenntartása a szolgáltató kizárólagos felelőssége.

h) Eltartott gyermek: A jelen biztosítás szempontjából eltartott gyermek a (fő) biztosítottnak a vele közös háztartásban élő, első életévének 3. hónapját betöltött, de a 18. életévét - felsőoktatási intézményben tanuló eltartottak esetében a 21. életévét - még nem betöltött, nem házastárs, vérségi, örökfelfogadott vagy mostoha-gyermek, aki önálló keresettel nem rendelkezik.

i) Közeli hozzátartozó: A Polgári Törvénykönyv 685. §-a alatt hozzátartozói minőségben meghatározott személyek köre.

#### 5. Díjfizetés

A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékeség időpontjáig. A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a kiegészítő biztosítás díját a biztosítási évfordulón felülvizsgálja és az új díjkalkuláció alapján új díjtételeket állapítson meg, amelyek minden hatályban lévő kiegészítő biztosításra egységesen érvényesek. A díjmódosítás mértékéről a biztosított írásban tájékoztatja a Szerződőt oly módon, hogy a Szerződő legalább 30 nappal a következő biztosítási évforduló előtt kézhez kapja az értesítést. Amennyiben a szerződő a módosított díjat elutasítja, úgy az erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatát a biztosítási évforduló megelőzően kell eljuttatnia a biztosítóhoz, amelynek következtében a jelen kiegészítő biztosítás az első emelt díj esedékességét megelőző nap 24. órájával megszűnik. A nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi. Írásbeli nyilatkozat hiányában a jelen kiegészítő biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan életbe lép.

#### 6. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik az alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényen vagy a kiegészítő biztosításról kiállított záradékban a kiegészítő biztosítás kezdeteként eltérő időpont kerül feltüntetésre.

#### 7. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedékeség időpontjára -30 nappal az esedékesség előtt- írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi.

A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a) a biztosított halálával,

- b) a biztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 60. életévét betölti;
- c) eltartott gyermek esetén legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 18. életévét - felsőoktatási intézményben tanuló eltartottak esetében a 21. életévét - betölti,
- d) házastárs/élettárs esetén a házastársi jogviszony, vagy az élettársi életközösség megszűnésének időpontjával,
- e) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- f) amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- g) a rokkantsági díjmentesítési kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor;
- h) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképételennek nyilvánítják;
- i) amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- j) amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kisegítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres ereje mellett.

Az orvosi konzultáció szolgáltatás megszűnik továbbá - a kiegészítő biztosítás érvényességének érintése nélkül - az alábbi esetekben:

- a) a jelen kiegészítő biztosítás alapján - bármely biztosított által - igénybe vett konzultációk száma eléri a hat (6) alkalmat, a 6. konzultációs kérelemnek a szolgáltató részére történő átadásával,
- b) ha a biztosított megváltoztatja a tartózkodási országát, az adott biztosított vonatkozásában.

Az orvosi konzultációs szolgáltatás vagy a kiegészítő biztosítás megszűnése után befizetett díj nem biztosít jogosultságot a konzultációra. Ebben az esetben a befizetett díjnak a konzultációs szolgáltatásra vonatkozó összege a biztosított részére visszautalásra kerül. A biztosítás megszűnése a megszűnés időpontja előtt benyújtott konzultációs kérelmet nem érinti.

Ha a kiegészítő biztosítás a türelmi időn belül a biztosított halála miatt szűnik meg, a biztosító a meg nem fizetett esedékes díjat az alapbiztosítás bármely szolgáltatási összegéből levonja.

## 8. A biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása, a biztosító teljesítése

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

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

A biztosítási szolgáltatás igénybeviteléhez a következő iratokat kell a biztosító részére benyújtani:

- a) a szolgáltatás iránti igénybejelentőt;
- b) az orvosi jelentést valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával;
- c) a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült);
- d) hatósági eljárás esetén a jogerős határozatot;
- e) mindazon okiratokat, amelyek a jogosultság (személyazonosság, illetve kedvezményezetti vagy örökös státus) igazolásához szükségesek;
- f) továbbá mindazon okiratokat, amelyeket a Biztosító a biztosítási esemény megállapításához és az igény elbírálásához szükségesnek tart.

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

A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utóljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti. A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

### b) Eljárási rend az orvosi konzultáció esetén:

A jelen kiegészítő biztosítás alapján nyújtott egészségügyi (orvosi) konzultáció igénybevitelét a biztosított, vagy a biztosított hozzájárulásával kezelőorvosa kezdeményezheti a szolgáltató magyarországi képviselőjénél. A képviselő címéről és elérhetőségéről a biztosító a szerződés megkötésével egyidejűleg írásban tájékoztatja a szerződőt. A szolgáltató képviselője tájékoztatást ad a biztosítottnak és/vagy kezelőorvosának a konzultáció igénybevitelének eljárási rendjéről, illetve az igénybevitelhez szükséges, benyújtandó adatokról és iratokról. A konzultációs kérelem benyújtásához szükséges összes formanyomtatványt, és az azok szakszerű kitöltéséhez a szükséges tájékoztatást a szolgáltató képviselője térítésmentesen biztosítja. A biztosított kérésére a szolgáltató térítésmentesen gondoskodik a biztosított által magyar nyelven megadott adatok angol nyelvre, illetve az angol nyelvű konzultációs jelentés magyar nyelvre történő fordításáról.

A szolgáltató a konzultáció lefolytatását és a konzultációs jelentés megküldését az alapul szolgáló egészségügyi rendellenesség vagy betegség jellegének függvényében, a biztosított részére közvetlenül, az igénybeviteli eljárás kezdetén átadott tájékoztatóban szereplő időtartamon belül vállalja. A konzultációs jelentésnek a biztosított részére, igazolható módon történő megküldésével a szolgáltató a teljesítésnek eleget tesz. A konzultációs jelentés, valamint az alapul szolgáló dokumentumok magyar vagy idegen nyelvre történő fordításából származó esetleges eltérésekért a biztosító nem vállal felelősséget.

A biztosító az egészségügyi (orvosi) konzultáció költségeit a biztosított helyett közvetlenül a szolgáltató részére téríti meg.

A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket bármely szolgáltatás igénybe vétele esetén annak kell viselnie, aki az igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

## 9. Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díjkölcson lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsonnel kerülnek kiegyenlítésre.

## 10. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

## 11. Indexálás

Amennyiben az alapbiztosítás indexálási záradékkal rendelkezik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás szolgáltatásai - az orvosi konzultációs szolgáltatás kivételével - az alapbiztosítással együtt, de legfeljebb 10 éven keresztül kerül indexálásra.

A kiegészítő biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban, az alapbiztosításra vonatkozó indexárával kerül növelésre.

## 12. Egyéb feltételek

A jelen kiegészítő biztosításban nem szabályozott kérdésekben az alapbiztosítás feltételei érvényesülnek.

## A baleseti és betegségi kórházi ellátás térítésére és műtéti térítésre szóló biztosítás műtéti táblázata

Műtéti beavatkozás leírása	A maximális kártérítési összeg %-a
<b>FEJ, NYAK</b>	
Agy vagy agyhártyák műtéti ellátása	100
Koponyatörés műtéti ellátása	75
Koponyaplasztika	100
Diagnosztikus vagy tüneti koponyalékelés	100
Pajzsmirigy eltávolítása	75
Plasztikai beavatkozás az ajkakon	25
Nyelvfék kimetszése	10
Száj daganatának műtéti ellátása	25
Füлтómirigy eltávolítása	50
Füлтómirigy daganat	50
Hörgő ciszta vagy tályog eltávolítása	50
Thyreoglossus ciszta vagy tályog kimetszése	50
<b>MELLKAS, MELL</b>	
Mellkas megnyitása, mellkasplasztika	100
Tüdő vagy tüdőleány eltávolítása	100
Echinococcus ciszta eltávolítása a tüdőből	75
Nyelőcsomótűt	75
Szív vagy aortaműtét	100
Egy - vagy kétoldali radikális melleltávolítás	75
Egy - vagy kétoldali egyszerű melleltávolítás	50
Mell részleges eltávolítása	25
Melldaganat vagy ciszta kimetszése	25
Légcsőmetszés	25
Becsővezés mellkascsapaláshoz	25
Mellkascsapolás	10
Mediasztinum daganat eltávolítása a szegycsont felvágásával	75
Mellhártya összenövésének felszabadítása	25
Tüdőbeékelődés eltávolítása	50
Légmellkezelés a mellkas megnyitásával	50
Diagnosztikus mellkasfeltárás	50
Hörgő- vagy légcsősztent behelyezése	50
<b>HAS</b>	
Has feltárása	50
Vakbélműtét	25
Hasi tályog becsővezése	25
Sérvek műtéti ellátása: bubonokéle, omphalokéle, merokéle, hidrokéle, cirsokéle, heresérv, hasfali sérv, műtét utáni sérv	25
Teljes vagy részleges gyomoreltávolítás, vagotómia, pylorus plasztika, nyombélfekély	50
Fekély perforációjának elvarrása	50
Béleltávolítás	50
Hasüregi daganat eltávolítása	75
Végbéleltávolítás hasi behatolással	100
Végbéleltörés műtéti ellátása hasi behatolással	75
A végbél záróizomzatának berepedése, tályog vagy ciszta	25
Aranyérműtét	25
Májtályog (feltárással)	50
Echinococcus ciszta a májban	75
Részleges májeltávolítás	75
Epehólyag eltávolítása	75
Hasnyálmirigyműtét	100
Lép eltávolítása	75
Azonos hasi metszésből végzett két vagy több sebészi beavatkozás egyetlen műtétnek számít.	
<b>NYIROKCSOMÓK</b>	
Nyirokcsomó eltávolítása hónaljából vagy lágyékból	50
<b>HÚGY ÉS IVARSZERVEK</b>	
Vese eltávolítása	75
Daganat, kő, húgyúti, húgyhólyag eltávolítása: (a) sebészi úton	75
(b) endoszkóppal	25
Prosztata eltávolítása	75
Prosztata eltávolítása a húgycsövön keresztül	50
Here vagy mellékhere eltávolítása	25

Húgycsőműtét	25	<b>DIAGNOSZTIKUS BEAVATKOZÁSOK</b>	Inhártyaplasztika	50
Hólyageltávolítás, szeméremcsont fölötti behatolással	75	Gégetükrözés	Szemlencse beültetése vagy eltávolítása	50
Húgyhólyag teljes eltávolítása	100	Hörgő-, nyelőcső-, vastagbél-, szigmbél-, húgyhólyagtükrözés	Kötőhártya átültetése	25
Vese, húgycső, vesemedence plasztika	50	Laparoszkópia, végbéltükrözés	Kötőhártya felszínes sérülésének ellátása	10
Vesekő, epekő vagy húgycsőben lévő kő zúzása	50		Szemhéj plasztika	10
			A szaruhártya fedőhám lekaparása	10
			Lencse plasztika (első kamra bemetszése, másodlagos szürkehályogműtét)	25
			Membráneltávolítás	10
<b>ORTOPÉDIAI MŰTÉTEK</b>		<b>HÚGY ÉS IVARSZERVEK</b>		
Hosszú csöves csontok korrekciós műteti ellátása	50	Körülmetelés		
Egyéb csontok korrekciós műteti ellátása	25	Pig-Tail katéter felhelyezése		
Törések egyszerű rögzítése	10	Ondózsínór lekötése		
Kulcsocsont, bordák, ujjpercek, csukló, kézközépcsontok, lábtő		Hólyagdiverticulum eltávolítása		
és lábközépcsontok, csontnyúlványok, csigolyák törésének rögzítése	10	Barlangos test plasztika		
Izületi metszés, beleértve az izületi szabadtest eltávolítását	50	Részleges húgyvezeték eltávolítás áthidalással		
Ganglion eltávolítása	10	Teljes pénisz eltávolítás a nyirokcsomó eltávolításával		
Csontkinövés eltávolítása	25	Teljes prosztata eltávolítás medencei nyirokcsomó eltávolítással		
Alagút szindróma műteti ellátása	25			
Váll-, könyök-, csukló-, boka-, csípő-, térdficam rögzítése	10	<b>ÉRSEBÉSZETI MŰTÉTEK</b>		
Térdkalács ficamának rögzítése	10	Érplasztika (katéteres tágitás)		
Patella sebészeti eltávolítása	50	Hasi aortatágulat, csípőaorta vagy combaorta műtét		
Ujjficam rögzítése	10	Hasi aortaműtét		
Meniszkusz eltávolítás arthroszkóppal	50	Szívkoszorúér festés		
Ujjamputáció (bármely ujj)	25	Aorto-carotis vagy aorto-arteria subclavia áthidaló műtét		
Lábközépcsont, kézközépcsont amputációja	25	Artériás vérrög eltávolítása		
Amputáció a csuklótól vagy a lábtöcsontoktól felfelé	75	Arteria carotis endarterektómia		
Inhüvely bemetszése (tendosynovitis okozta szűkület felszabadítása)	10			
Kalapácsujj, ujj deformitás, lábközépcsont deformitás korrekciós műtétje	25	<b>ÁLTALÁNOS SEBÉSZET</b>		
Inak vagy idegek összevarrása	25	Körömelvtávolítás		
Arthroszkópos térd vagy vállműtét	50	Tályog bemetszése		
Csípő- vagy egyéb hosszú csöves csont csontvése	75	Lumbálpunkció		
Achilles-in szakadása	50	Polip eltávolítása a bélből		
Közepes ízületek merevítése (pl. boka)	50	Vastagbél-, vékonybél-, hólyagsztóma készítése		
Könyök, térd, váll ízületbehatoló vagy supracondylaris törései	50	Bélanasztomózis		
Csípő, térd vagy váll teljes izületi plasztikája	100	Teljes vastagbéltávolítás		
Gerinctörés sebészeti ellátása vagy elmerevítése	100	Záróizom plasztika, epevezeték beszájaztatása		
		<b>KÜLÖNLEGES MŰTÉTEK</b>		
		Csontvelő átültetés		100
		<b>BŐRGYÓGYÁSZAT</b>		
		Bőrbiopszia		5
		Faggyúciszta bemetszése		5
		Szemölcs eltávolítása		5
		<b>NŐI NEMI SZERVEK</b>		
		Teljes méheltávolítás		75
		Részleges méheltávolítás		50
		Petevezeték eltávolítása		50
		Petefészek eltávolítása		50
		Myoma eltávolítása		50
		Méhnyak polip eltávolítása		10
		Bartholin-mirigy ciszta kimetszése vagy kivarrása		25
		Méhnyak csonkolása		25
		Hüvelyplasztika		25
		Hüvelyplasztika		25
		Vulva teljes kimetszése		50
		Méhkürtplasztika		50
		Petefészek ékrezekciója		25
		Endoszkópia (invazív laparoszkópia)		50
		Endoszkópia (invazív hiszteroszkópia)		25
		<b>SEMÉSZET</b>		
		Szaruhártya varrat		10
		Kötőhártya varrat		10
		Elülső üvegtest műtét		10
		Hátsó üvegtest műtét		50
		Jégárpa eltávolítása		10
		Szürkehályog eltávolítása		50
		Zöldhályog műtét		25
		Szem eltávolítása		50
		Röphártya kimetszése		10
		Szemhéj be vagy kifordítása műtétileg		25
		Retináleválás műteti ellátása		50
		Könnycsatorna kimetszése		25
		Szivárványhártya eltávolítása vagy bemetszése		25
		Szaruhártya bemetszése asztigmia miatt		25
		Kancsalság műteti ellátása		50
		Könnytömlő kimetszése		50

### PLASZTIKAI SEBÉSZET

Hegkimetszés	10
Bőrlebens kimetszése átültetésre	25
Többszörös in és idegvarrat	50
Arcideg dekompressziós műtétje	75
Homlok vagy arccsont csontvése	100

### IDEGSEBÉSZET

Agyi aneurizma eltávolítása	100
Agyállományi műtét	100
Meningeoma eltávolítása	100
Koponyalékelés	100
Roszdulatú agyi érelváltozás	100
Hallóideg műtét	75
Gerincvelő daganatok	100
Ideggyök kimetszése	50
Idegvarrat	50
Neurinóma kimetszése	50
Szimpatikus ideg átmettszése	75

### DAGANATOK

Ugyanazon daganat műteti ellátására és sugárkezelésére összességében fizethető szolgáltatási összeg megegyezik, a daganat sebészeti eltávolításáért fizethető maximális szolgáltatási összeggel.

**A 180-as jelű és EU180-as jelű baleseti halál és baleseti maradandó rokkantság esetére szóló növekvő biztosítási összegű kiegészítő biztosítás feltételei**

A jelen kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon biztosítás általános és különös feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

#### 1. A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alapbiztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre.

#### 2. Kedvezményezett

Amennyiben a jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában eltérően nem rendelkeztek, a kiegészítő biztosítás haláleseti szolgáltatásának kedvezményezettje az alapbiztosítás haláleseti kedvezményezettje. A nem haláleseti szolgáltatások kedvezményezettje a kiegészítő biztosítás biztosítottja.

A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg.

#### 3. Biztosítási esemény és szolgáltatás

A biztosítási esemény a biztosított baleseti halála és baleseti maradandó rokkantsága. A jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében és bármely más októl függetlenül a biztosított a baleset időpontjától számított 180 napon belül meghal vagy maradandó rokkantságot szenved.

#### Baleseti halál

A biztosító a biztosított baleseti sérülésből eredő halála esetén kifizeti a szerződésben (kötvényben) a baleseti halálra meghatározott és a baleset időpontjában érvényes biztosítási

összeget, feltéve, hogy a biztosítás a baleseti sérülés bekövetkeztekor érvényben volt.

A biztosítási összeg a biztosítás díjának változása nélkül évente, az ötödik biztosítási évfordulóig az induló biztosítási összeg 10%-ával növelésre kerül oly módon, hogy a biztosító minden egyes biztosítási évfordulót követő naptári napon – összesen egymást követő öt alkalommal – az aktuális biztosítási összeget megnöveli.

A biztosító a megnövelt biztosítási összegnek megfelelő kockázatot az emelés napjának 0 órájától viseli, feltéve, hogy a szerződés szerint esedékes díjat megfizették.

Az évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító az éves emelés több részletben – de az évi 10%-ot meg nem haladó mértékben – is megvalósíthatja. Ebben az esetben a növelés időpontja és a vonatkozó kockázatviselés a díjesedékesség időpontjához igazodik.

#### **Baleseti maradandó teljes rokkantság:**

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

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

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

A biztosítási összeg a biztosítás díjának változása nélkül évente növelésre kerül a baleseti halálra meghatározott módon és feltételekkel.

#### **Baleseti maradandó részleges rokkantság**

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

A biztosítási összeg a biztosítás díjának változása nélkül évente növelésre kerül a baleseti halálra meghatározott módon és feltételekkel.

A rokkantság mértékét a következő táblázat szerint kell megállapítani:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés (%)
<b>Fej</b>	
Veszteség a koponya csontállományának vastagságában:	
- legalább 6 cm <sup>2</sup> felületen	40 %
- 3-6 cm <sup>2</sup> felületen	20 %
- kevesebb mint 3 cm <sup>2</sup> felületen	10 %
Alsó állkapocs részleges eltávolítása, a felső állkapocscsont teljes vagy részleges eltávolítása (csonkolása)	40 %
Egy szem látóképességének teljes elvesztése	40 %
Egy fül hallóképességének teljes elvesztése	30 %

#### **Felső végtagok**

Jobb Bal	
60 %	50 %
50 %	40 %
65 %	55 %
20 %	15 %
40 %	30 %
25 %	20 %
40 %	35 %
40 %	30 %
45 %	35 %
40 %	35 %
30 %	25 %
20 %	15 %
30 %	25 %
20 %	15 %
30 %	25 %
20 %	15 %
30 %	25 %
20 %	15 %
15 %	10 %
35 %	25 %
25 %	20 %
20 %	15 %
45 %	40 %
40 %	35 %

#### **Alsó végtagok**

Comb teljes elvesztése (combtól)	60 %
Comb és láb teljes elvesztése combközéptől	50 %
Lábfej teljes elvesztése (izületi csonkolás a sípcsont és lábtöcsontok között)	45 %
Lábfej részleges elvesztése (izületi csonkolás a külső bokacsont és a lábtöcsontok között)	40 %
Lábfej részleges elvesztése (izületi csonkolás a lábtöcsontok között)	35 %
Lábfej részleges elvesztése (izületi csonkolás a lábtöcsontok 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 %
Csipő teljes izületmerekessége	40 %
Térd teljes izületmerekessége	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 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 kívül feltünteteti vagy ez a tény bizonyított, a felső végtagokra meghatározott arányok fordítottját kell alkalmazni.

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

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.

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

#### **4. Közlekedési baleset szolgáltatás**

A biztosított közlekedési balesetből származó halála vagy teljes rokkantsága esetén a biztosító kifizeti a szerződésben (kötvényben) a közlekedési baleset szolgáltatásra meghatározott és a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget, feltéve, hogy a szolgáltatás a baleseti sérülés bekövetkeztekor érvényben volt. A biztosított közlekedési balesetből származó részleges rokkantsága esetén a közlekedési baleset szolgáltatásra meghatározott biztosítási összegből a maradandó részleges rokkantság mértékének megfelelő összeg kerül kifizetésre.

E szolgáltatást a biztosító bármely egyéb szolgáltatás mellett teljesíti a kedvezményezett(ek) részére.

A biztosítási összeg a biztosítás díjának változása nélkül évente növelésre kerül a baleseti halálra meghatározott módon és feltételekkel.

A közlekedési baleset szolgáltatás szempontjából közlekedési balesetnek minősül a kockázatviselés hatálya alatt bekövetkezett olyan váratlan, előre nem látott közúti, vasúti vagy légi baleset, amelyet a biztosított személy utazása közben, akár utasként, akár a jármű vezetőjeként szenved el. Az utazás motorkerékpár kivételével történhet hivatalos regisztrációval rendelkező közforgalmú járművel, vonattal vagy polgári repülőjáratral – függetlenül attól, hogy mozgásban van-e vagy áll, – beleértve a járműre utazás céljából történő fel- és leszállást is. Közlekedési balesetnek minősülnek azok a közterületen történő, váratlan, előre nem látott események is, amikor jármű okoz testi sérülést a biztosítottnak a biztosított közúton történő közlekedése során.

#### **5. Biztonsági öv szolgáltatás**

A biztosított közlekedési balesetből származó halála vagy teljes rokkantsága esetén a biztosító kifizeti a szerződésben (kötvényben) a biztonsági öv szolgáltatásra meghatározott biztosítási összeget, feltéve, hogy a biztosított akár utasként, akár a jármű vezetőjeként személygépkocsival szenvedett

közlekedési balesetet, és egyértelműen bizonyítható, hogy a gyárilag beszerelt biztonsági övet a baleset pillanatában szabályszerűen bekapcsolva viselte. Amennyiben a biztosított a fenti körülmények között bekövetkezett közlekedési balesetből származóan részleges rokkantságot szenved, úgy a biztonsági öv szolgáltatásra meghatározott biztosítási összegből a maradandó részleges rokkantság mértékének megfelelő összeget fizeti a biztosító.

A biztonsági övnek a baleset pillanatában történő viselésére vonatkozó körülményeket a vizsgálatot lefolytató hatóság hivatalos, írásos jegyzőkönyvének kell bizonyítani.

E szolgáltatást a biztosító bármely egyéb szolgáltatás mellett teljesíti a kedvezményezett(ek) részére.

A biztonsági öv használata mellett bekövetkező baleset esetére nyújtott szolgáltatás összege a biztosítás tartama alatt változatlan.

## 6. Kizárások

**Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított halálát vagy maradandó rokkantságát okozó testi sérülés közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:**

- a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés,
- bármilyen betegség vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,
- a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazzák,
- a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedérendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- a biztosított öngyilkossága, illetve ennek kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára),
- bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),
- bármely, sérvet, lumbagot vagy sciaticát (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés,
- bármely olyan káresemény, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékát vagy változatát,

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

- a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,
- a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,
- amennyiben a biztosított 125 cm<sup>3</sup>-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorokékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,
- amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése, ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon,
- a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél,
- a biztosított által jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,

- mialatt a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet, ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik,
- bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- polgárháború vagy országok közötti háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), háborús állapotok, harci cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív résztvevőről van szó).

**Továbbá az alapbiztosításhoz csatolt záradék(ok)ban meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

## 7. Díjfizetés

A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékeség időpontjáig.

## 8. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik az alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényen vagy a kiegészítő biztosításról kiállított záradékban a kiegészítő biztosítás kezdeteként eltérő időpont kerül feltüntetésre.

## 9. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedékeség időpontjára -30 nappal az esedékeség előtt- írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi. A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a biztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti;
- ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékeségek, illetve a feltételek szerinti túrelmi időn belül nem fizetik meg;
- amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor;
- amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kiegészítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres ereje mellett.

## 10. A biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása

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

A biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy baleseti halál esetén a holttestet a biztosító saját költségén orvosokkal megvizsgálta és szükség esetén felboncolta.

A biztosítási szolgáltatás igénybeviteléhez a következő iratokat kell a biztosító részére benyújtani:

- a szolgáltatás iránti igénybejelentőt;

- a halotti anyakönyvi kivonat hitelesített másolatát és a halál okát igazoló orvosi bizonyítványt;
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült);
- hatósági eljárás esetén a jogerős határozatot;
- mindazon okiratokat, amelyek a jogosultság (személyazonosság, illetve kedvezményezetti vagy örökös státusz) igazolásához szükségesek;
- továbbá mindazon okiratokat, amelyeket a biztosító a biztosítási esemény megállapításához és az igény elbírálásához szükségesnek tart.

A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

## 11. A biztosító teljesítése

A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utóljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti. A biztosító a már esedékesévé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

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

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

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

## 12. Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díjkölcsön lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsönrel kerülnek kiegyenlítésre.

## 13. Többletozom

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

## 14. Indexálás

A jelen kiegészítő biztosítás nem indexálható.

## Útmutató a biztosítási díj (díjelőleg) utalásához forint alapú életbiztosítás esetén

A forint alapú biztosítás díjának (díjelőlegének) befizetése banki vagy postai utalással történhet. Postai utalás esetén a mellékelt KÉSZPÉNZÁTUTALÁSI MEGBÍZÁST kell használni, amelyen szerepel az 5-ös számmal kezdődő befizető azonosító, amely egyben a forint alapú biztosítás ajánlatszám is. A postai utalást követően kérjük, hogy a feladóvevény másolatát az ajánlat mellékleteként társaságunk részére juttassa el. Banki utalás esetén a forintban fizetendő díj (díjelőleg) összegét az AHICO Biztosító Zrt., mint kedvezményezett részére, a Citibank Zrt.-nél vezetett 10800007-59003029-00000000 számú bankszámlaszámra forint pénznemben utalja. Az átutalási megbízás megadása során, kérjük ne felejtse el a közlemény rovatba a megfelelő **5-ös számmal kezdődő ajánlatszámot** feltüntetni. Az utalást követően a bank által kiadott, az utalásról szóló igazolás másolatát a biztosítási ajánlat mellékleteként társaságunk részére juttassa el.

Megbízó neve, címe:	Szerződő neve, címe	
Kedvezményezett neve:	AHICO Biztosító Zrt.	
Kedvezményezett címe :	1083 Budapest, Szigetvári u. 7.	
Kedvezményezett bankja:	Citibank Zrt.	
Kedvezményezett bankjának címe:	1051 Budapest, Szabadság tér 7.	
Bankazonosító (SWIFT kód):	CITIHUHX	
Kedvezményezett bankszámlaszáma:	HU12 10800007-59003029-00000000	
Pénznem:	FORINT	
Összeg:	Az ajánlaton forintban megjelölt összeg	
Kedvezményezettel közlendő <b>közlemény:</b>	5-ös számmal kezdődő ajánlatszám	

## Útmutató a biztosítási díj (díjelőleg) utalásához euró alapú életbiztosítás esetén

Az euró alapú biztosítás díja (díjelőlege) kizárólag banki utalással fizethető. Amennyiben az ajánlaton euró alapú terméket jelölt meg, az euróban fizetendő díj (díjelőleg) összegét az AHICO Biztosító Zrt., mint kedvezményezett részére, a UniCredit Bank Hungary Zrt.-nél vezetett 10918001-00000002-23340044 számú bankszámlaszámra euró pénznemben utalja. Az átutalási megbízás megadása során, kérjük ne felejtse el a közlemény rovatba a megfelelő **2-es számmal kezdődő ajánlatszámot** feltüntetni. Az utalást követően a bank által kiadott az utalásról szóló igazolás másolatát a biztosítási ajánlat mellékleteként társaságunk részére juttassa el.

Megbízó neve, címe:	Szerződő neve, címe	
Kedvezményezett neve:	AHICO Biztosító Zrt.	
Kedvezményezett címe :	1083 Budapest, Szigetvári u. 7.	
Kedvezményezett bankja:	UniCredit Bank Hungary Zrt.	
Kedvezményezett bankjának címe:	1054 Budapest, Akadémia u. 17.	
Bankazonosító (SWIFT kód):	BACHXHUHB	
Kedvezményezett bankszámlaszáma:	HU34 10918001-00000002-23340044	
Pénznem:	EURÓ	
Összeg:	Az ajánlaton euróban megjelölt összeg	,
Kedvezményezettel közlendő <b>közlemény:</b>	2-es számmal kezdődő ajánlatszám	