

ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

A jelen kiegészítő ügyféltájékoztató az AHICO Biztosító Rt. 403-es jelű és EU403-as jelű alap életbiztosításainak 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 nyújtanak tájékoztatót. A kiegészítő tájékoztató és az életbiztosítási feltételek kizárólag együtt érvényesek és együttes ismeretük minősül ügyféltájékoztatásnak.

	403 es EU403 alap életbiztosítás	140-es és EU140-es „Rokkantsági díjmentesítés” kiegészítő biztosítás	147-es és EU147-es Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás	170-es és EU170-es Baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás	171-es és EU171-es Baleseti rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás	177-es és EU177-es Kórházi szolgáltatások esetére szóló kiegészítő biztosítás	190-es és EU190-es Orvosi konzultáció esetére szóló kiegészítő biztosítás
Kockázatviselés kezdete	A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájakor kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára befizeti, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbbi létrejön.						
Várakozási idő	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 biztosító 6 hónapos várakozási időt köt ki és csak a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap eltelte után szolgáltat.	-----	-----	Betegségből eredő kórházi kezelés esetén 60 nap várakozási idő után szolgáltat a biztosító.	-----
Biztosítási időszak	A szerződésben megjelölt tartam végéig, vagy lejáratkor elértéig tartó időszak.						
Biztosítási esemény	A biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála.	A biztosított (szerződő) teljes és tartós rokkantsága (100%-ban elveszti munkaképességét).	Rosszindulatú daganat, szívinfarktus, agyi érkatasztrófa, szívkoszorúér műtét, szervátültetés, veseelégtelenség, betegség következtében kialakuló teljes vakság.	A biztosított baleset (akaratlan kívül hirtelen fellépő külső behatás) következtében bekövetkező halála.	Balesetből származó: a.) marandandó teljes rokkantság b.) marandandó részleges rokkantság	Baleset, vagy betegség következtében a biztosított kórházi és/vagy műtői ellátása, valamint a szerződésben megnevezett olyan súlyos betegsége, melynek kapcsán orvosi konzultáció kérhető.	Orvosi konzultáció a biztosított szerződésben meghatározott betegsége kapcsán.
Biztosító szolgáltatása	A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatási összeget fizeti ki. A biztosítás megszűnésakor esedékessé váló szolgáltatás egyösszegben vagy külön megállapodás alapján a járadék opciók egyike szerin kerül kifizetésre.	Az alapbiztosítás és a hozzá tartozó kiegészítő biztosítások (ha nincs eltérő rendelkezés) a teljes rokkantság bekövetkezése után, a rokkantság tartamára változatlan szolgáltatási feltételek mellett díjmentessé válnak.	A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatási összeget fizeti ki.	A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatási összeget fizeti ki.	A.) Marandandó teljes (100%) rokkantság esetén a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki, b.) Marandandó részleges rokkantság esetén a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összegeből a rokkantság mértékének megfelelő összeget fizeti ki.	a.) A biztosító a kórházi ellátás 1. napjától 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 biztosítottat műtői eljárás alá utalják, a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összegből a műtét bonyolultságának megfelelő műtői térítést fizet. c.) A biztosított által kért orvosi konzultáció költségeit a biztosító téríti meg a szolgáltatató részére.	A biztosított által kért orvosi konzultáció költségeit a biztosító téríti meg a szolgáltatató részére.
Díjfizetés	A biztosítás lehet egyszeri vagy rendszeres (éves, féléves, negyedéves) díjfizetésű. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja. Az évetől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító pótlékokat számít fel.						

	403 és EU403 alap életbiztosítás	140-es és EU140-es „Rokkantsági díjmentesítés” kiegészítő biztosítás	147-es és EU147-es Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás	170-es és EU170-es Baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás	171-es és EU171-es Baleseti rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás	177-es és EU177-es Kórházi szolgáltatások esetére szóló kiegészítő biztosítás	190-es és EU190-es Orvosi konzultáció esetére szóló kiegészítő biztosítás
	<p><i>Továbbá nem terjed ki a 170 és EU170, 171 és EU171, 177 és EU177, 190 és EU190-es jelű kiegészítő biztosítások esetében azon balesetből adódó sérülésekre, amelyek az alábbi körülmények között következtek be:</i></p> <p>i.) a biztosított hivatászerű részvétele bármely sporttevékenységben, j.) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár, k.) amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorokerepárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik, l.) amennyiben a biztosított fizető utasként olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közített menetrend szerinti útvonalon, m.) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél, n.) a biztosított által jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidéztetett esemény, o.) miáltal 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, p.) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt, q.) 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 résztvevőtől van szó).</p> <p>Biztosító mentesítése, kizárások</p> <p><i>A fentiekben túl a 177-es és EU177-es jelű kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a kórházi ellátásra és/vagy műtéti térítésre szóló biztosítási összeg nem kerül ki fizetésre, ha a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:</i></p> <p>a.) születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények, b.) terhesség, szülés, elvetélés, koraszülés, vagy abortusz, c.) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen betegség, d.) a szerződés hatályba lépését követő első hatvan (60) napon belül bekövetkezett bármilyen betegség, e.) a szerződés hatályba lépését követő első száznyolcvan (180) nap alatt végrehajtott, a mandula, ill. orrpolip eltávolítását célzó műtét, ill. kórházi gyógykezelése, f.) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást, g.) 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, h.) elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük, i.) a kórházi ellátás tartama alatt élesenvedett bármilyen fertőzés, j.) bármely veszteség, 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, k.) bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek, l.) a biztosítottnak bármely kábítószert, gyógyszert vagy gyógykezelés hatása alatti állapotát kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák, m.) 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 közhatalóság rendeletétől származó vesztetgár, vagy vámszabályozás. <i>Illetve a fentiekben túl a 109-es és EU190-es jelű kiegészítő biztosítás vonatkozásában:</i> a.) a biztosított mérgezése vagy mérgezett gáz belegzése, b.) szexuális úton terjedő betegségek</p>						
Kockázatviselés szűnőtelése	Amikor a biztosított háború vagy polgárháború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadállapotban lévő ország, nemzetközi szervezet vagy szemben álló fél bármely fegyveres erejénél.						
Értékkövetés	Mivel az alapbiztosítás nem indexálható, ezért a kiegészítő biztosítások díja sem indexálható.						
Többlettozom	A 403-as és EU403-as jelű biztosítás maradjon jogokkal nem rendelkezik és a befizetések hozamából nem részesedik. A kiegészítő biztosítás a befizetések hozamából nem részesedik.						

Adatkezelés, adattovábbítás, titokvédelem

A biztosítási 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 biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megfizetéséhez 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 biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájárultak.

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

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel, b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészszeggel, 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 nyilatkoztatott kötelezettség, illetve, ha biztosítási 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 érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal, h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal, i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal, j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titokszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ

gyűjtésre felhatalmazott szervvel, k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal. l) a Bt.-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető Hivatallal, m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval, n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát 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, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval szemben, ha az a)-p) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját. 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 biztosítási ügylet a) kábítószer-kereskedelemmel, b) terrorizmussal, c) illegális fegyverkereskedelemmel, vagy d) a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben. A biztosító a nyomozó hatóságot a "halaszthatatlan intézkedés" jelessel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésre is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügyvel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

Nem jelenti a biztosítási 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 biztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A

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

A biztosító 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 irányadóak, különös tekintettel az 1959. évi IV. törvény (Polgári Törvénykönyv), a 2003. évi LX. törvény (biztosítokról és a biztosítási tevékenységről), a 1992. évi LXIII. Törvény (a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról) és az 1995. évi CXVII. Törvény (a személyi jövedelemadóról) rendelkezéseire.

Panaszügyi szervezetek

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

A biztosító főbb adatai

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

A 403-as jelű és EU403-as jelű halálesetre szóló (kockázati) alap életbiztosítás feltételei

A halálesetre szóló (kockázati) alap életbiztosítási szerződés az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Rt. 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 meghatározott tartamra vagy a biztosított meghatározott életkoráig, mint lejáratú korig köthető.
- (4) A szerződés létrejöttéhez a biztosított és/vagy szerződő egészségi nyilatkozata, illetve a biztosító előírásától 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 ajánlatához csatolt nyilatkozatok, a biztosítási szerződés létrejöttének céljából végzett orvosi vizsgálatok eredményei, a szerződésről kiállított biztosítási kötvény, a jelen alap biztosítás 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 lejáratú a kötvényben a biztosítás lejáratáig megjelölt időpont.

3. A kedvezményezett jelölése és megváltoztatása

- (1) A kedvezményezett a szerződésben megjelölt személy. Kedvezményezett állítás hiányában a kedvezményezett a biztosított törvényes örököse.
- (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 biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála.

5. A biztosítási szolgáltatás

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeget egyösszegben kifizeti, vagy a jelen feltételek 14. pontja szerinti opciók egyike szerint teljesíti. Ha a biztosított él a biztosítás lejáratáig, a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

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.
- (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 érvénybehelyezhető 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 kötvényköltség összege a szerződés érvényessége alatt a biztosító adminisztrációs költségeinek jelentős változása esetén módosulhat. 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 létrejöttkor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszakra 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 kötvényben feltüntetett pénznemben kell megfizetni a biztosító által megadott, erre a célra fenntartott bankszámlaszámra. A díjfizetés felmerülő költségei a szerződőt terhelik. A biztosító díjfizetéséért 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 biztosító 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 vissza-utalandó 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 (türelmi idő). Ezen türelmi időn belül a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja.
- (5) Ha a szerződő az elmaradt díjat a türelmi időn belül nem fizeti meg és a biztosítás még nem rendelkezik maradékjoggal, a biztosítás a 30 napos határidő elteltével, a 31. napon kifizetés nélkül megszűnik.
- (6) 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 kötvényoldalon meghatározott pénznem Magyar Köztársaság területén a szerződés hatályba 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 feltüntetésével.

12. A biztosítás újra érvénybehelyezése

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 kamattal a meg nem fizetett díj esedékességének napjától számítható. Az újra érvénybehelyezésre vonatkozó kérelem legfeljebb a biztosítás megszűnésének időpontjától számított 3 éven belül terjeszthető elő. Újra érvénybehelyezés esetén a biztosító kockázatviselése az elmaradt díjak és a késedelmi kamattal befizetését követő nap 0 órájától folytatódik, feltéve, hogy a biztosító a szerződő kérelmét annak a biztosító kockázatbírálására jogosult egységéhez történő beérkezését követő 15 napon belül nem utasítja vissza. Az újra érvénybehelyezési kérelem vonatkozásában a biztosító jogosult kockázatbírálásra, egészségi nyilatkozatot kérhet, szükség szerint a biztosított orvosi vizsgálatát is előírhatja.

V. Fejezet

A biztosítás átalakítása

13. A biztosítás átalakítása

Amennyiben a biztosítás díjköteles formában érvényben van és a biztosított nem teljesen és tartósan rokkant, a biztosítás átalakítható egy másik típusú életbiztosítássá, amelyet a biztosító az átalakítás idején értékesít. A biztosítási kötvényt az átalakításra vonatkozó ajánlattal együtt vissza kell szolgáltatni a biztosítónak.

Az új biztosítás biztosítási összege nem lehet magasabb az átalakítandó biztosítás aktuális biztosítási összegénél, de nem lehet alacsonyabb a biztosító szabályai szerint a választott díjszabásra alkalmazható minimális biztosítási összegnél.

A biztosítás a tartamtól függően meghatározott biztosítási évfordulóig újabb kockázatbírálás (orvosi vizsgálat) nélkül, az átalakítandó biztosításra korábban megállapított kockázati osztálybasorolás alapulvételével átalakítható.

Ha a szerződő a következőkben meghatározott biztosítási évfordulón túl kéri a biztosítás átalakítását, a biztosító azt új biztosításra tett ajánlatként kezeli.

A biztosítás tartama (év)	A biztosítási évforduló, ameddig a biztosítás újabb kockázatbírálás nélkül átalakítható
5	az egész tartam alatt
6	5.
7	5.
8	6.
9	6.
10	7.
11	8.
12	8.
13	9.
14 vagy hosszabb	a lejáratot megelőző 5. évforduló

Az új biztosítás kezdete a szerződő választásától függően a következő lehetőségek egyike szerint kerül meghatározásra:

- a) A biztosítás kezdete az átalakításra tett ajánlat kelte lesz, és a biztosítási díj a biztosított akkori belépési életkora és az akkor érvényben lévő díjtáblázat szerint kerül kiszámításra.
- b) A biztosítás kezdete azonos lesz a korábbi biztosítás kezdetével és a díj a biztosítottnak a kötvényben feltüntetett belépési kora szerinti díjtétel alapján kerül kiszámításra. Ebben az esetben a szerződőnek meg kell fizetnie az új biztosítás szerint fizetendő díjak, valamint az átalakított biztosításra ténylegesen befizetett díjak közötti különbözetet és az utána felszámított kamatot, vagy a két biztosítás díjtartaléka közötti különbözetet, attól függően melyik a nagyobb. Az új biztosításhoz a "Rokkantsági díjmentesítés" kiegészítő biztosítás csak abban az esetben köthető újabb kockázatbírálás nélkül, ha az átalakításkor a korábbi alapt biztosítás mellett ilyen kiegészítő biztosítás is érvényben volt a szerződésben.

VI. Fejezet

Választható járadék opciók

14. Választható járadék opciók

A biztosító a biztosítás megszűnésekor 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:

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

A szolgáltatási összeg életjáradékra 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.

VII. Fejezet A biztosító teljesítése

15. 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 utóbb kideríthetetlenekké válnak.
- (2) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:
 - a) a biztosítási kötvényt és az utolsó díjfizetést igazoló nyugtát,
 - b) a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
 - c) 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,
 - d) hatósági eljárás esetén a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozatot vagy a vádindítványt,
 - e) mindazon egyéb okiratot, amelyek a jogosultság (személyazonosság, illetve kedvezményezett 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 biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utóljára 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 biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.
- (6) A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.
- (7) 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.

16. 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 hitelfedezeti szolgálat, 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 pénzügyi intézet által történő igazolását követően teljesíti.

- (3) A hitelfedezeti kezesség tartama alatt a pénzügyi intézet kedvezményezettkénti jelölése csak a pénzügyi intézet 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.

VIII. Fejezet Közlési kötelezettség, mentesülés

17. 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:
 - a) bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy nem a valóságnak megfelelően közölt körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, illetve az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében;
 - b) a biztosítás már legalább 2 éve megszakítás nélkül fennállott, arra 2 évi díj befizetésre került, és bizonyítják, hogy a közlési kötelezettség megsértése nem szándékosan történt,
 - c) a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
- (3) 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 különbözete vonatkozóan, és csak azon tények és körülmények tekintetében, amelyekre a biztosító az összegemelés kapcsán írásban kérdéseket tett fel.

18. A biztosító mentesülése

A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét. A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben halt meg a biztosított.

19. Öngyilkosság

- (1) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, 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.

20. 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 Kaposi-szarkóma, a központi idegrendszeri (agyi) limfóma 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.

IX. Fejezet A biztosítási szerződés megszűnése

21. 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 díjfizetés elmaradása miatt, a türelmi idő végével,
- (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 díjak a szerződés megkötésével és megszüntetésével összefüggésben felmerült költségekkel csökkentett összegét egy összegben visszafizeti a szerződő részére.

X. 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 díjmelést alkalmazhat a megnövekedett kockázat fennállásának időszakára. 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 pénzmosás 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.

23. 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.

24. 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 szerződéskötéskor 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.

25. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

A kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító a szerződő kérésére az eredetivel egyező kötvény-másodlatot állít ki, miután az eredeti okiratot közjegyzői úton érvénytelennek nyilvánítták, illetve az elvesztés vagy megsemmisülés tényét hitelt érdemlően bizonyították. A költségek a kérelmezőt terhelik. A másodlat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, amely tény a másodlaton feltüntetésre kerül.

26. Elévülés

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

27. Illetékes bíróság

A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított valamennyi perre kizárólagosan a Pesti Központi Kerületi Bíróság, illetve a hatáskörtől függően a Fővárosi Bíróság az illetékes.

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 Rt. 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 különvlik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja

- a szerződő, amennyiben a biztosítóval szerződést kötő fél természetes személy, vagy
- az alapt biztosítás 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 alapt biztosítás és - eltérő szerződésbeli rendelkezések hiányában - a hozzá tartozó kiegészítő biztosítás(ok) a rokkantság bekövetkezését követő díjesedékeségtől 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 alapt biztosítás 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:

- a) szándékosan elkövetett öncsonkítás vagy saját kezű testi sértés következménye (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára);
- b) bármely légi járművel való utazás, illetve repülés következménye, kivéve a légitforgalomban engedélyezett menetrend szerint közlekedő légi járat utasaként történő repülést;
- c) opportunistá betegség következménye, feltéve, hogy a rokkantság bekövetkezésekor 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 díjfizetést időközben elmulasztották - az első elmaradt díj esedékességétől számított 1 éven belül kell beérkeznie a biztosító központjába.

Az igényelbírálás tartama alatt a biztosító jogosult a saját költségen 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 fennállott, a biztosító a továbbiakban csak évente egyszer kérhet ilyen igazolást.

Amennyiben a szerződő nem tesz eleget ezen bizonyítási kötelezettségének vagy a biztosító megállapítása szerint már nem rokkant (képesse vált bármely olyan foglalkozásnak vagy szakmai tevékenységnek a folytatására, amelyért fizetést vagy jövedelmet realizálhat), a díjmentesítés megszűnik és a szerződés szerint fizetendő összes díj a bizonyítási kötelezettség elmulasztását, illetve a rokkantság megszűnését követő díjesedékeségtől 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 alapt biztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás megszűnéséig vagy a díjmentesség kezdetéig.

8. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik a szerződés szerinti alapt biztosítás 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 díjesedékeség időpontjára - 30 nappal az esedékeség előtt - írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a 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 60. életévét betölti;
- ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékeségkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- amikor a biztosított háború vagy polgárháború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország, nemzetközi szervezet vagy szemben álló fél bármely fegyveres erejénél;
- amikor a biztosított háború vagy polgárháború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kisegítő (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 díjkölcsön lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsönrel 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 többlet-hozamából 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.

**A 147-es jelű és EU147-es jelű
kritikus betegségekre szóló kiegészítő bi-
tosításának feltételei**

A kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Rt. 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

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

2. Biztosítási esemény és szolgáltatás

A biztosító ezen kiegészítő biztosítás feltételei alapján, a szerződő díjfizetése ellenében vállalja, hogy a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül, a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap eltelte után

- rosszindulatú daganatban való megbetegedése,
- szívinfarktus diagnosztizálása,
- agyi érkatasztrófa diagnosztizálása,
- szívkoszorúér műtétje,
- szervátültetése,
- veseelégtelenség fellépése,
- betegség következtében kialakuló teljes vaksága esetén

kifizeti a szerződésben (kötvényben) a kritikus betegségekre meghatározott biztosítási összeget, feltéve, ha a betegség pontos diagnózisának megállapítását illetve a műtét elvégzését követően a biztosított legalább 30 napig életben van.

A fenti biztosítási események bármelyikének a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap várakozási idő eltelte előtt történő bekövetkezése esetén a biztosító az ezen kiegészítő biztosításra befizetett díj(ak)at a szerződőnek visszafizeti és ezzel a jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

A jelen kiegészítő biztosítás alapján a biztosítási összeg csak egy ízben és egyszeresen kerülhet kifizetésre. Több betegség egyidejű vagy egymást követő fellépése esetén a biztosító nem teljesít többszöri kifizést.

A biztosított életében esedékes szolgáltatás kedvezményezettje - eltérő szerződéses kikötés hiányában - a biztosított.

3. Betegség-definíciók és a biztosítási események bekövetkezésének időpontja

Jelen feltételek szempontjából az egyes betegségek definíciója és a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja - amelyet a rendelkezésre álló orvosi iratok alapján a biztosító orvosa bírál el - a következő:

a) Rosszindulatú daganat

Rosszindulatú daganat (malignus tumor) a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan növekedése és szövetek közötti terjedése, távolabbi áttétek képződése. A rosszindulatú daganat meghatározás magában foglalja az egyéb szervi daganatok mellett a nyirokszövet rosszindulatú daganatait (Hodgkin-kór, Non-Hodgkin lymphoma és plazmasejtes myeloma) és a vérképző szövetek rosszindulatú daganatait (leukémiák) a krónikus lymphoid leukémia kivételével.

A biztosítás nem terjed ki:

- helyi, a környezetét nem elárasztó, úgynevezett lokális daganatokra (carcinoma in situ);
- a bőr daganataira, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum);
- körülrít, nem a környezetébe törő olyan daganatokra, melyek korai rosszindulatúvá válás jeleit mutatják ("pre-malignus" és "pre-carcinomás" elfajulást mutató szöveti elváltozások);
- AIDS megbetegedés illetve HIV fertőzöttség mellett fellépő bármely rosszindulatú daganatra.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a betegség diagnosztizálásának időpontja.

b) Szívinfarktus

A szívinfarktus a szívizomzat egy részének minden rétegét érintő - un. transmuralis - visszafordíthatatlan elhalása, melynek oka a megfelelő terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége.

A diagnózisnak legalább két, egyidejűleg fennálló tényen kell alapulnia az alábbiak közül:

- típusos klinikai tünetek (mellkasi fájdalom);
- az infarktust igazoló jellegzetes EKG elváltozások;
- a szívenzim értékek típusos emelkedése.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a betegség bekövetkezése a kezelőorvos által megállapított időpontja.

c) Agyi érkatasztrófa

Agyi érkatasztrófa az olyan hirtelen fellépő idegrendszeri történet, amit agyi értrombózis, koponyán belüli vérzés, koponyán kívüli embólia forrásból eredő agyi embólia okoz, amelynek akut tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak, és amelyek maradandó, az esemény bekövetkezése után 45 nap elteltével is egyértelműen fennálló, az érkárosodással okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tünetei vannak. A biztosítás nem terjed ki a balesetből eredő koponyáúri vérzésekre, illetve az átmeneti (24 óránál rövidebb ideig tartó), maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarokra.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a betegség bekövetkezése a kezelőorvos által megállapított időpontja.

d) Szívkoszorúér műtét

Szívkoszorúér műtét az aktuális, nyitott mellkasban végzett operáció, melynek célja a koszorúérrendszer koszorúérfestéssel előzetesen igazolt két vagy több koszorúér szűkületének, illetve elzáródásának megszüntetése érptólassal. A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra melyek közül ma ismert a ballonkatéterrel végzett tágítás, illetve a koszorúér részleges vagy teljes elzáródásának lézeres kezelése.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.

e) Szervátültetés

A szervátültetés olyan műtéti beavatkozást jelent, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe más személy (donor) szervezeteiből szív, szív-tüdő, tüdő, máj, vese vagy hasnyálmirigy kerül átültetésre. A biztosítás csontvelő, illetve egyéb szervátültetésre nem terjed ki.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.

f) Veseelégtelenség

A veseelégtelenség mindkét vese működésének tartós, krónikus, visszafordíthatatlanul beszűkülő, végállapotot jelző funkcióját jelenti.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a rendszeres dialízis kezelés megkezdését követő 60. nap.

g) Vakság

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

A biztosítási esemény időpontja a teljes vakság diagnosztizálásának időpontja, amelyet a biztosító által kijelölt szakorvos véleménye igazol.

4. Kizárások

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon megbetegedésekre, illetve műtétekre, amelyek

bekövetkezése közvetlenül vagy közvetve okozati összefüggésben van:

- a) a biztosított által szándékosan okozott sérüléssel vagy megbetegedéssel (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára);
- b) a biztosított ittas állapotával, amennyiben az alkoholos befolyásoltság mértéke eléri vagy meghaladja a jogszabályban a súlyos ittasságra meghatározott határértéket;
- c) a biztosított kábítószer hatása alatti állapotával;
- d) a biztosított AIDS betegségével vagy HIV-virussal való fertőzöttségével;
- e) maghasadással illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzással kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák;
- f) mérgező vagy maró anyagok bevitelével, illetve gázok, gőzök vagy füst belélegzésével, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja.

Amennyiben a biztosított a szerződéskötés előtt a 2. a, b, c, f, g, pontokban meghatározott betegségek (egészségkárosodások) valamelyikében már szenvedett, illetve a 2. d-e, pontokban meghatározott műtéti kezelések valamelyikében már részesült, úgy a biztosító kockázatviselése ezen betegségre illetve kezelésre nem terjed ki.

5. A biztosítási esemény bejelentése és igazolása

A biztosítási eseményt a szolgáltatás iránti igényvel együtt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül kell a biztosítónak írásban bejelenteni. Tizenöt napon túli bejelentés esetén a biztosító annyiban tagadhatja meg a szolgáltatás teljesítését, amennyiben a késedelmese bejelentés miatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenül válnak.

A szolgáltatás teljesítéséhez az alap életbiztosítási feltételekben megjelöltek túl az alábbi iratokat kell benyújtani az egyes biztosítási események igazolásához:

a) Rosszindulatú daganat esetén

- határozott orvosi diagnózist (szövetteni leletet) a rosszindulatúság igazolására,
- szövetteni bizonyítékot (leletet) arról, hogy a daganat a környező szöveteket elárasztotta vagy távolabbi áttétet képzett.

b) Szívinfarktus esetén

- a típusos klinikai tünetek leírását tartalmazó orvosi dokumentumot;
- az infarktust igazoló jellegzetes EKG elváltozások leletét;
- a szívenzim értékek típusos emelkedését igazoló orvosi dokumentumot.

c) Agyi érkatasztrófa esetén

- az esemény bekövetkeztét és a bekövetkezés időpontját megállapító dokumentumot (orvosi lelet, zárójelentés);
- a neurológiai szakvéleményt, amely az esemény után 45 nappal, az eseménnyel okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tüneteket állapít meg.

d) Szívkoszorúér műtét esetén

- a műtét szükségességének orvosi dokumentációját, beleértve a műtét előtt készített koszorúérfestés (coronariographia) leletét,
- a műtét leírását tartalmazó zárójelentést.

Amennyiben a műtétre nem Magyarországon kerül sor, úgy a biztosítási esemény elfogadásának feltétele, hogy a biztosító orvos szakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli véleményét beszerezzék.

je) Szervátültetés esetén

- a műtét szükségességének orvosi dokumentációját;
- a műtét leírását tartalmazó zárójelentést.

Amennyiben a műtétre nem Magyarországon kerül sor, úgy a biztosítási esemény elfogadásának feltétele, hogy a biztosító orvos szakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli véleményét beszerezzék.

f) Veseelégtelenség esetén

- a dialízis szükségességét igazoló leletet;
- a 60 napot meghaladó, rendszeres dialízis kezelés orvosi igazolását.

g) Vakság esetén

- mindkét szem látóképességének betegség következtében történt teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztését igazoló szakorvosi véleményét.

A biztosító szükség esetén egyéb iratokat is bekérhet a biztosítási esemény igazolásához.

A biztosító a szolgáltatását a biztosító orvosának véleménye alapján teljesíti. Az igényelbírálás tartama alatt a biztosító jogosult a saját költségén és az általa megnevezett orvosokkal a biztosítottat megvizsgáltatni a biztosítási esemény megállapítása érdekében.

6. Díjfizetés

A jelen kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás lejáratáig, vagy annak a biztosítási időszaknak a végéig, amelyben a biztosítás megszűnt.

A jelen feltételek 2. pontjában meghatározott betegségek bekövetkezési valószínűségeiben bekövetkezett jelentős mértékű változás esetén a biztosító a díjat felülvizsgálja és az új díjkalkuláció alapján új díjtételeket állapíthat meg, amelyek minden hatályban lévő kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosításra egységesen érvényesek. A díjtételeket a biztosító első ízben a termékengedélytől számított ötödik (5) évben módosíthatja, függetlenül az egyes szerződések tartamától.

A díjmódosítás mértékéről a biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt oly módon, hogy a Szerződő legalább 30 nappal a következő biztosítási évforduló előtt kézhez kapja az értesítést. Amennyiben a szerződő a módosított díjat elutasítja, úgy az erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatát a biztosítási évfordulót megelőzően kell eljuttatnia a biztosítóhoz, amelynek következtében a jelen kiegészítő biztosítás az első emelt díj esedékességét megelőző nap 24. órájával megszűnik. A nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi. Írásbeli nyilatkozat hiányában a jelen kiegészítő biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan életbe lép.

7. A 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.

8. 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 feljegyzi.

A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a) a biztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a

biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 60. életévét betölti;

- ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- a biztosítási összeg kifizetésével;
- a várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszafizetésével (2. pont).

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.

9. 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.

10. Többletozas

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

**170-es jelű és EU170-es jelű
baleseti halál esetére szóló
kiegészítő biztosításának feltételei**

A baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Rt. 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 biztosítottja az alapbiztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre.

2. Biztosítási esemény és szolgáltatás

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

A biztosító a biztosított baleseti sérülésből eredő halála esetén kifizeti a szerződésben (kötvényben) a baleseti halálra meghatározott biztosítási összeget, feltéve, hogy a biztosítás a baleset bekövetkeztekor érvényben volt.

3. Kizárások

Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a baleseti halálra szóló biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított halálát 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,

- c) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazzák,
- d) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedérendszert szabályokban megengedett határértéknél,
- e) a biztosított öngyilkossága, illetve ennek kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára),
- f) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),
- g) bármely, sérvet, lumbagot vagy sciaticát (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés,
- h) bármely olyan károsesemény, 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,

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

- i) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,
- j) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,
- k) amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,
- l) 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,
- m) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél,
- n) a biztosított által jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- o) 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,
- p) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- q) 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 részvételről van szó).

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

4. Díjfizetés

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

5. 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.

6. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedéesség időpontjára -30 nappal az esedéesség 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 biztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti;
- b) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedéességkor, 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) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor, amennyiben a rokkantsági díjmentesítés díjának megállapításakor jelen kiegészítő biztosítás díja nem került figyelembevételre;
- e) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
- f) amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- g) 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.

7. 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 felboncoltassa.

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

- a) a szolgáltatás iránti igénybejelentőt;
- b) a halotti anyakönyvi kivonat hitelesített másolatát és a halál okát igazoló orvosi bizonyítványt;
- 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 kedvezményezett vagy örökös státus) igazolásához szükségesek;
- f) 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 igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

8. A biztosító teljesítése

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

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.

9. 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.

10. Többlehozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

11. Indexálás

Amennyiben az alapbiztosítás indexálási záradékkal rendelkezik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás az alapbiztosítással együtt, de legfeljebb 10 éven keresztül kerül indexálásra.

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

A 171-es jelű és EU171-es jelű baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás feltételei

A baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Rt. 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 biztosítottja az alapbiztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre.

2. Biztosítási esemény és szolgáltatás

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

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

Baleseti maradandó részleges rokkantság

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

A rokkantság mértékét a következő táblázat szerint kell megállapítani:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés (%)
Fej	
Veszteség a koponya csontállományának vastagságában:	
- legalább 6 cm ² felületen	40 %
- 3-6 cm ² felületen	20 %
- kevesebb mint 3 cm ² felületen	10 %
Alsó állkapocs részleges eltávolítása, a felső állkapocs csont teljes vagy részleges eltávolítása (csonkolása)	40 %
Egy szem látóképességének teljes elvesztése	40 %
Egy fül hallóképességének teljes elvesztése	30 %
Felső végtagok	
	Jobb Bal
Egy kar vagy egy kéz elvesztése	60 % 50 %
A kar csontállományának lényeges vesztesége (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	50 % 40 %
A felső végtag teljes bénulása (az idegek gyógyíthatatlan sérülése)	65 % 55 %
A circumflexus ideg teljes működésképtelensége	20 % 15 %
Váll ízületmerekésége (ankylosis)	40 % 30 %

Könyök ízületmerekésége		
- kedvező állapotú (15 fokos mozgás jobb szögben)	25 %	20 %
- kedvezőtlen állapotú	40 %	35 %
Az alkarok csontállományának nagyfokú csökkenése (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	40 %	30 %
A medianus ideg teljes működésképtelensége	45 %	35 %
A radiális ideg teljes működésképtelensége	40 %	35 %
Az alkar radiális idegének teljes bénulása	30 %	25 %
A kéz radiális idegének teljes bénulása	20 %	15 %
A cubitális ideg teljes bénulása	30 %	25 %
Csukló ízületmerekésége (ankylosis) kedvező állapotban (kiegyenesítés, behajlítás)	20 %	15 %
Csukló ízületmerekésége kedvezőtlen állapotban (hajlított, feszítve kinyújtott vagy ernyedt állapotban)	30 %	25 %
Hüvelykujj teljes elvesztése	20 %	15 %
Hüvelykujj teljes ízületmerekésége (ankylosis)	20 %	15 %
Mutatóujj teljes amputációja	15 %	10 %
Hüvelykujj és mutatóujj egyidejű amputációja	35 %	25 %
Hüvelykujj és egy másik ujj teljes elvesztése (a mutatóujj kivételével)	25 %	20 %
Két ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj és a mutatóujj kivételével)	20 %	15 %
Négy ujj teljes elvesztése (beleértve a hüvelykujjat)	45 %	40 %
Négy ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj kivételével)	40 %	35 %

Alsó végtagok

Comb teljes elvesztése (combtól)	60 %
Comb és láb teljes elvesztése combközéptől	50 %
Lábfej teljes elvesztése (izületi csonkolás a sípcsont és 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 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 ízületmerekésége	40 %
Térd teljes ízületmerekésége	20 %
Comb csontállományának vagy a láb két csontjának csökkenése (gyógyíthatatlan állapotban)	60 %
Térdkalács csontállományának csökkenése felismerhető szilánkosodással és a láb tényleges megerőltető mozgásával	40 %
Térdkalács csontállományának vesztesége	
nyugalmi állapotban	20 %
Alsó végtag megrövidülése	

- legalább 5 cm-rel	30 %
- 3-5 cm között	20 %
- 1-3 cm között	10 %
Összes lábujj teljes amputációja	25 %
Négy lábujj amputációja, beleértve a nagylábujjat	20 %
Négy lábujj teljes elvesztése (a nagylábujj kivételével)	10 %
Nagylábujj teljes elvesztése	10 %

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

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

3. Kizárások

Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a maradandó rokkantságra szóló biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított 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 közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- a biztosított öncsonkítása, illetve ennek kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapota),
- bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),
- bármely, sérvet, lumbagot vagy sciaticat (az ülőideg zsába egyedí 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 bármely 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 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt 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. engedélyre fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon,
- m) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél,
- n) a biztosított által jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- o) 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,
- p) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- q) 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 részvételről van szó).

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

4. Díjfizetés

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

5. 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.

6. 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 türelmi 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.

7. 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.

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

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

- a szolgáltatás iránti igénybejelentőt;
- az orvosi jelentést valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával;
- 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.

8. 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 esedékesé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

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

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

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

9. 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.

10. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

11. Indexálás

Amennyiben az alapbiztosítás indexálási záradékkal rendelkezik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás az alapbiztosítással együtt, de legfeljebb 10 éven keresztül kerül indexálásra.

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

A 177-es jelű és EU177-es jelű balesetből vagy betegségéből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műteti térítésre, valamint orvosi konzultációra szóló kiegészítő biztosítás feltételei

A jelen kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Rt. 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 biztosítottja az alapbiztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre.

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

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

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

b) Műteti 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 műteti eljárás alá utalják, a biztosító a szerződés rendelkezéseinek megfelelően műteti térítést fizet, melynek összegét a műteti táblázatban az adott eljárásra megállapított százalékos érték és a szerződésben meghatározott biztosítási összeg alapján állapítja meg.

Ha ugyanazon műteti eljárásban több sebészeti beavatkozás szükséges, akkor az egész műteti eljárásért fizetendő összeg a legmagasabb százalékos értékű műteti beavatkozás térítési összegével egyezik meg. Abban az esetben, ha a biztosított olyan műteti 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, szövődőmnyes és súlyos egészségi rendellenessége vagy betegsége következik be, melynek bekövetkezése kapcsán és arra vonatkozóan a szolgáltató képviselőjén keresztül a biztosított orvosi konzultációt kér, úgy a biztosított által kért 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, szövődőmnyes 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) tüdőgyulladás, j) gyulladáshoz vezető bélbetegség, k) krónikus májbetegség, l) veselégtelenség, m) krónikus medencetáji fájdalom, n) cukorbetegség, o) trombozisos visszérgyulladás és embólia, p) bármely amputáció, q) reumás ízületi gyulladás (rheumatoid arthritis), r) rosszindulatú pigmentsejtes daganat (melanoma malignum), s) nagyfokú égési sérülés, t) betegségéből származó hirtelen bekövetkező vakság, u) szervátültetés, v) idegi-elfajulással járó betegségek, w) egyéb hasonló, az életét 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 orvosi konzultáció a következőket foglalja magába:

- egy írásbeli konzultáció a szolgáltató megfelelő klinikai szakorvosával,
- egy konzultáció CT vizsgálatra, MRI vizsgálatra, röntgenre, ultrahangra, egyéb radiológiai tanulmányokra vagy patológiára vonatkozóan,
- egy ismételt konzultáció. Ismételt konzultációnak minősül, ha a biztosított a konzultáció eredményének kézhezvételétől számított 30 napon belül az első konzultációval összefüggésben vagy ahhoz kapcsolódóan kiegészítő diagnózist, ill. konzultációt kér, vagy további kérdéseket nyújt be,
- a szolgáltató képzett szakorvosai és egészségügyi szakértői által ajánlott gyógykezelési terv. Az esetek magukban foglalhatnak radiológiai képalkotást és/vagy szövettani metszetet is,
- 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 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 vehetők 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:

- születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- terhesség, szülés, elvetélés, koraszülés, vagy abortusz,
- a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés vagy betegség,
- a szerződés hatályba lépését követő első hatvan (60) napon belül bekövetkezett bármilyen betegség miatt szükségessé vált kórházi ellátás és műtési beavatkozás,
- a szerződés hatályba lépését követő első száznyolcvan (180) nap alatt végrehajtott, a mandula, ill. orrpolip eltávolítását célzó műtét, ill. kórházi gyógykezelése,
- a biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete, az elmeállapotra való tekintet nélkül,
- kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- 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,
- elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
- a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,
- bármely vesztesség, amelynek oka a biztosított által megkísérelt, vagy elkövetett jogellenes cselekedet, ill. abban való szándékos részség, vagy olyan cselekmény, amely a biztosított őrizetbe vételéhez vezet, ill. a letartóztatással való aktív vagy passzív szembeszegülés,
- 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 befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti 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 hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,

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 cm³-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 közzétett 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 közhatalom rendeletétől származó veszteség, vagy vámszabályozás.

B. Az orvosi konzultációs szolgáltatás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosított nem jogosult orvosi konzultáció igénybevételére, amennyiben a jelen kiegészítő biztosításban meghatározott heveny, szövődőmnyes 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 elmeállapotra 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 befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti 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 szennyezés minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- g) a biztosított mérgezése vagy mérgező gáz belelegzése,
- h) a biztosított vele született rendellenessége vagy születési fogyatékossága, 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 rendeletétől származó vesztegér, 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 hatályba 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, sanatórium, 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) 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 díjesedéesség 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 biztosító írásban tájékoztatja a szerződőt oly módon, hogy a szerződő legalább 30 nappal a következő biztosítási évforduló előtt kézhez kapja az értesítést. Amennyiben a szerződő a módosított díjat elutasítja, úgy az erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatát a biztosítási évfordulót megelőzően kell eljuttatnia a biztosítóhoz, amelynek következtében a jelen kiegészítő biztosítás az első emelt díj esedékességét megelőző nap 24. órájával megszűnik. A nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, 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 díjesedéesség 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) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- d) amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- e) a rokkantsági díjmentesítési kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor;
- f) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
- g) amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- h) 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.

Az orvosi konzultáció szolgáltatás megszűnik továbbá - a kiegészítő biztosítás érvényességének változatlanul hagyása mellett - 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 tartózkodási országát.

Az orvosi konzultációs szolgáltatás vagy a kiegészítő biztosítás megszűnése után befizetett díj nem biztosít jogosultságot a konzultációra. Ebben az esetben a befizetett díj 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 kideríthetetlenké 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 kedvezményezett 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 utoljára 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 esetén:

A jelen kiegészítő biztosítás alapján nyújtott 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 eljárásirányáról, illetve az igénybevitelhez szükséges, benyújtandó adatokról és iratokról. A konzultációs

kérelem benyújtásához szükséges összes forma-nyomtatványt, és az azok szakszerű kitéréséhez 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 egészségi rendellenesség vagy betegség jellegének függvényében, a biztosított részére közvetlenül, az igénybevételi 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 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 alaptábjelölésre automatikus díjkölsön lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alaptábjelölés díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölsőnnel kerülnek kiegyenlítésre.

10. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

11. Indexálás

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

A kiegészítő biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban, az alaptábjelölésre vonatkozó indexráttával kerül növelésre.

12. Egyéb feltételek

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

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

Műtéti beavatkozás leírása	A maximális kártérítési összeg %-a
HAS	
- vakbélműtét (féregnyúlvány eltávolítás)	50
- béleltávolítás	70
- gyomoreltávolítás	70
- gyomor vagy bélkivarrás	60
- epehólyag-eltávolítás	70
- hasüregi metszés a gyógykezelés diagnosztikájának felállítására, ill. egy vagy	

több hasüregi szerv eltávolítása céljából, kivéve azon szerveket, amelyek a táblázat egyéb pontja alá esnek 50

Két vagy több műtéti beavatkozás ugyanazon hasi operáció alkalmával egy műtéti eljárásnak számít.

TÁLYOG, KELÉS

- egy vagy több felületi tályog, kelés, kelevény metszése 5
 - egy vagy több tályog vagy karbunkulus kórházi ellátást igénylő gyógykezelése 10

AMPUTÁCIÓ

- minden egyes kéz-, vagy lábujj 10
 - kéz, alkar vagy lábtő bokából 20
 - lábszár, kar vagy comb 40
 - a comb csípőből 70

MELL

- az egyik vagy mindkét mell teljes amputációja a hónaljban történő metszéssel 70
 - az egyik vagy mindkét mell egyszerű eltávolítása 40

MELLKAS

- teljes mellkasplasztika 100
 - a tüdő teljes vagy részleges eltávolítása 70
 - mellüregi metszés a diagnózis megállapítása vagy a belső szervek gyógykezelése céljából, a punkció kivételével 30
 - gennyeltávolítás a punkció kivételével 10
 - mesterséges légmellkezelés (tüdőöltés) 10
 - hörgőtükrözés:
 a) diagnosztikus céljára 10
 b) sebészi beavatkozással szövettani vizsgálat kivételével 20

FÜL

- dobhártyametszés 5
 - mastoidektómia -teljes
 - az egyik oldalon 50
 - mastoidektómia - teljes -
 - mindkét oldalon 60
 - hallásjavítás az egyik vagy mindkét oldalon 100

NYELŐCSŐ

- szűkületes műtét 40
 - gyomortükrőhasználat 10

SZEM

- retinaleválás lézeres vagy fagyasztásos kezelése 100
 - szürkehályog 50
 - zöldhályog 30
 - szemgolyóeltávolítás 30
 - küszóháryaeltávolítás 20
 - jégárpametszés 5

TÖRÉSEK (Egyszerű gyógykezelés)

- kulcscsont, lapockacsont vagy alkar, egy csonttal 15
 - farcsont, lábtőcsontok, lábközépcsontok, sarokcsont 10
 - comb 40
 - felkar vagy láb egy csonttal 25
 - minden egyes kéz- vagy lábujj, vagy borda 5
 - alkar- két csont, térdkalács vagy medencecsont, húzás

alkalmazása nélkül 20
 - láb, két csonttal 30
 - alsó állkapocs 20
 - kéztő (csukló) csontok, kézközépcsontok, orrcsont, csípőcsont - két vagy több csont vagy szegycsont 10
 - medence húzás alkalmazásával 30
 - minden egyes csigolya és csigolyai harántnyúlvány 5
 - csigolyák egy vagy több kompressziós törés 40
 - csukló 10

Nyílt törés: nyílt törésnél a fenti esetekben a százalékos érték a felével növekszik.
 Csontátültetést és csontösszeillesztést is igénylő műtéti beavatkozás esetén a fenti táblázatban szereplő értékek duplája érvényes, amely összeg azonban nem haladhatja meg a biztosítási összeget.

HÚGY- ÉS IVARSZERVEK

- veseeltávolítás 70
 - veserögzítés 70
 - vesekövek vagy vesedaganatok eltávolítása, húgyvezeték vagy hólyag eltávolítása:
 a) sebészi beavatkozással 60
 b) kauterezéssel vagy testüreg-
 vizsgálati eszközökkel 20
 - húgyvezetékcsükkület nyílt operációval 30
 - húgycsőn belüli sebészi beavatkozás 15
 - a prosztata:
 a) teljes eltávolítása nyílt operációval/teljes folyamat 70
 b) részleges eltávolítása testüreg-
 vizsgálati eszközökkel 25
 c) egyéb sebészi beavatkozással 50
 - hereeltávolítás vagy mellékhere eltávolítás 25
 - vizesér vagy visszeres heresér 10
 - jóindulatú kötőszöveti daganat eltávolítása hasi feltárással 20

GOLYVA, STRUMA

- pajzsmirigyeltávolítás, a műtéti eljárás minden szakaszát illetően 70

SÉR

- injekciós gyógykezelés:
 a) egyszerű sérv 20
 b) összetett sérv 25
 - radikális operáció:
 a) egyszerű sérv gyógykezelése 40
 b) összetett sérv gyógykezelése 50

ÍZÜLETEK ÉS FICAMOK

- ízületi metszés betegség, ill. rendellenesség miatt a punkció kivételével ill., a táblázat más pontja alatt tárgyalt eljárások kivételével 15
 - bemetszés a váll, a könyök, a csípő, vagy a térdízületbe punkció kivételével 40
 - kivágás, rögzítés sebészi beavatkozással, ízületi csonkolás vagy ízületplasztika:
 a) vállban, csípőben vagy gerinccben 75
 b) térdben, könyökben, csuklóban vagy bokában 35
 - ficam:
 a) minden egyes kéz-, vagy lábujj 5
 b) váll, vagy könyök, csukló vagy boka 15
 c) alsó állkapocs 5

d) csípő vagy térd, a térdkalács kivételével	20
e) térdkalács	5

A nyílt operációt igénylő ficam esetében az ilyen ficamért fizetendő összeg a fenti értékek kétszerese.

ORR

– belső orrüregi operáció	15
– külső orrüregi operáció	35
– egy vagy több orrpolip eltávolítása	5
– nyálkahártya alatti réteg eltávolítása	25
– orrkagylócsont eltávolítása	10

PUNKCIÓ (SZÚRCSPOLÁS)

– hasi punkció	10
– mellkas vagy hólyag punkció, katéterezés kivételével	5
– dobhártya, vizesér, ízületek vagy hátgerinc	5

VÉGBÉL

– rosszindulatú elváltozás radikális eltávolítása beleértve a vastagbélkivarrást	100
– csak a külső aranyér kivágásának teljes folyamata	10
– a belső, vagy a belső és külső sülyedt végbél teljes eltávolítása vagy a teljes injekciós gyógykezelés	20
– végbélsípoly	15
– végbélnyílás-repedés	5
– egyéb sebészeti beavatkozás a végbélen	20

KOPONYA

– a koponyaüreg bemetszése, a koponyalékelés és punkció kivételével	100
– csonteltávolítás, koponyalékelés vagy dekompresszió (koponyaúri nyomás csökkentése)	30

TOROK

– mandulaeltávolítás, vagy mandulaeltávolítás és mirigyeltávolítás:	
a) felnőttek és gyermekek 15. életév felett	15
b) gyermekek 15. életév alatt	10
– gégetükör használat diagnózis felállítására céljából	5

TUMOROK (DAGANATOK)

– rosszindulatú daganatok műtéti eltávolítása, a nyálkahártya membrán, a bőr és a bőralatti szövet kivétel	50
– a nyálkahártya membrán, a bőr, és a bőralatti szövetek rosszindulatú daganatainak műtéti eltávolítása	25
– pilonidal üreg, vagy ciszta sebészi beavatkozással	25
– a here vagy a mell jóindulatú daganatainak műtéti eltávolítása	20
– nyirokcsomó	5
– egy vagy több jóindulatú daganat műtéti eltávolítása, kivéve a más pontok alatt tárgyalt eseteket	10

VÉNÁK

– visszér műtéti vagy injekciós kezelése bármely véna esetén:	
a) egyik alsó végtagon	20
b) mindkét alsó végtagon	30

A 190-es jelű és EU190-es jelű orvosi konzultáció esetére szóló kiegészítő biztosításának feltételei

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

1. Biztosított

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

2. Kedvezményezett

A kiegészítő biztosítás kedvezményezettje a biztosított.

3. Biztosító

Az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Rt. (továbbiakban: biztosító), amely a biztosítási szerződést a szerződéssel megkötö, és a szerződésről kötvényt állít ki.

4. Szolgáltató

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.

5. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a kiegészítő biztosítás érvényességének tartama alatt bekövetkező, a jelen feltételek 7. pontjában meghatározott heveny, szövődmenyes és súlyos egészségügyi rendellenessége vagy betegsége, melynek bekövetkezése kapcsán és arra vonatkozóan a szolgáltató képviselőjén keresztül orvosi konzultációt kér.

6. Biztosítási szolgáltató

A biztosított által kért orvosi konzultáció költségeinek a biztosított helyett, a biztosító által történő megterítése a szolgáltató részére.

A jelen kiegészítő biztosítás szolgáltatásaként igénybe vehető konzultációt a 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.

7. Egészségi rendellenességek és betegségek

A biztosított a konzultáció igénybevételére a következő heveny, szövődmenyes vagy súlyos egészségügyi állapotok és betegségek esetén jogosult:

- Rosszindulatú daganat
- Szívizominfarktus
- Szívkoszorúér műtét
- Kóma
- Agyi érkatasztrófa
- Sclerosis multiplex
- Bénulás
- Krónikus obstruktív tüdőbetegség
- Tüdőtágulat

- Gyulladásos bélbetegség
- Krónikus májbetegség
- Veseelégtelenség
- Krónikus medencetáji fájdalom
- Cukorbetegség
- Trombózisos visszérgyulladás és embólia
- Bármely amputáció
- Reumás ízületi gyulladás (Rheumatoid arthritis)
- Rosszindulatú pigmentsejtes daganat (Melanoma malignum)
- Nagyfokú égési sérülés
- Betegségből származó hirtelen bekövetkező vakság
- Szervátültetés
- Idegi-elfajulással járó betegségek
- 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.

8. Orvosi konzultáció

Az egészségügyi (orvosi) konzultáció a következőket foglalja magába:

- egy írásbeli konzultáció a szolgáltató megfelelő klinikai szakorvosával.
- egy konzultáció CT vizsgálatra, MRI vizsgálatra, röntgenre, ultrahangra, egyéb radiológiai tanulmányokra vagy patológiára vonatkozóan,
- 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.
- a szolgáltató képzett szakorvosai és egészségügyi szakértői által ajánlott gyógykezelési terv. Az esetek magukban foglalhatnak radiológiai képalakotást és/vagy szövettani metszetet is.
- 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 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 beteg-

ség vonatkozásában kerül benyújtásra a szolgáltató részére, úgy a szolgáltató jogosult a konzultációs lehetőséget visszautasítani.

9. Konzultációs szolgáltatás igénybevétele

A jelen kiegészítő biztosítás alapján nyújtott orvosi konzultáció igénybevételét 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 biztosítottak és/vagy kezelőorvosának a konzultáció igénybevételének eljárási rendjéről, illetve az igénybevételhez szükséges, benyújtandó adatokról és iratokról. A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket a biztosítottaknak kell viselnie.

A konzultációs kérelem benyújtásához szükséges összes formanyomtatványt, és az azok szakszerű kitöltéséhez 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.

10. Kizárások

Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosított nem jogosult az orvosi konzultáció igénybevételére, amennyiben a jelen kiegészítő biztosításban meghatározott heveny, szövődmenyes 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 befolyásoltság állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti 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 fennáll,

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 rendeletétől származó vesztegár, vagy vámszabályozás.**

Továbbá az alapt biztosítás feltételeiben meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

11. Díj fizetés

A kiegészítő biztosítás díja az alapt biztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig. 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 biztosító írásban tájékoztatja a szerződőt oly módon, hogy a szerződő legalább 30 nappal a következő biztosítási évfordulót megelőzően kell eljuttatnia a biztosítóhoz, amelynek következtében a jelen kiegészítő biztosítás az első emelt díj esedékességét megelőző nap 24. órájával megszűnik. A nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi. Írásbeli nyilatkozat hiányában a jelen kiegészítő biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan életbe lép.

12. A kockázatviselés kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás alapján a biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájaktól kezdődik, amikor a szerződő fél a kiegészítő biztosítás első díját a biztosító számlájára befizeti, feltéve, hogy a kiegészítő biztosításra vonatkozó szerződés (záradék) már létrejött vagy utóbb létrejön.

13. A szolgáltató és a biztosító teljesítése

A szolgáltató a konzultáció lefolytatását és a konzultációs jelentés megküldését az alapul szolgáló egészségi rendellenesség vagy betegség jellegének függvényében, a biztosított részére közvetlenül, az igénybevételi 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 orvosi konzultáció költségeit a biztosított helyett közvetlenül a szolgáltató részére téríti meg.

14. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást írásban, a biztosítási időszak végére lehet felmondani.

A felmondási idő 30 nap. 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) az alapt biztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti;
- c) a biztosított által igénybe vett konzultációk száma eléri a hat (6) alkalmat, a 6. konzultációs kérelemnek a szolgáltató részére történő átadásával,
- d) az alapt biztosítás szolgáltatási összegének kifizetésével,
- e) ha a szerződés szerinti alapt biztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg,
- f) amikor a szerződés szerinti alapt biztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- g) a rokkantsági díjmentesítési kiegészítő biztosítás hatálybalépésének időpontjában,
- h) ha a biztosított megváltoztatja a tartózkodási országát.

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

A jelen kiegészítő biztosítás megszűnése után befizetett díj nem biztosít jogosultságot a konzultációra. Ebben az esetben a befizetett díj a biztosított részére visszautalásra kerül.

A biztosítás megszűnése a megszűnés időpontja előtt benyújtott konzultációs kérelmet nem érinti.

15. Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítás maradjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díj fizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapt biztosításra automatikus díjkölcsön lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - szintén automatikus díjkölcsönnel kerülhetnek kiegyenlítésre.

16. Többletozom

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

17. Indexálás

A jelen kiegészítő biztosítás nem indexálható.

18. Egyéb feltételek

A jelen kiegészítő biztosításban nem szabályozott kérdésekben az alapt biztosítás feltételei érvényesülnek, az alábbi kivételekkel: a) a biztosítási szerződés átruházása, b) háborús fedezet, c) kifizetési és járadék opciók.