



Allianz Gondoskodás Most

Szerződési feltételek és ügyfél-tájékoztató

Tartalomjegyzék

ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK ÉS	6
ÜGYFÉL-TÁJÉKOZTATÓ	6
A SZERZŐDÉS FELÉPÍTÉSE	6
SZEMÉLYEK A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSBN	7
<i>A biztosító</i>	7
<i>A szerződő</i>	7
<i>A biztosított</i>	8
<i>A kedvezményezett</i>	9
<i>A biztosításközvetítő</i>	10
<i>A biztosító felügyeleti hatósága</i>	10
TUDNIVALÓK A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEKRŐL ÉS SZOLGÁLTATÁSOKRÓL	10
A SZERZŐDÉSSEL KAPCSOLATOS FOLYAMATOK	11
<i>A szerződés és a biztosítási fedezetek létrejötte, hatályba lépése, a kockázatviselés kezdete</i>	11
<i>A biztosítási kockázat elbírálása</i>	16
<i>Idővel kapcsolatos szabályok</i>	19
A SZERZŐDÉS DÍJA	20
<i>A díjfizetés tartama, a díj esedékessége</i>	23
AZ ÉRTÉKKÖVETÉS	26
A SZERZŐDÉS VÁLTOZTATÁSA	29
<i>A biztosítási fedezetek biztosítottainak, a biztosítási fedezeteknek és a biztosítási összegeknek a megváltoztatása</i>	29
<i>A szerződés díjával kapcsolatos módosítások</i>	30
<i>Egyéb módosítással kapcsolatos szabályok</i>	30
A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY	30
KIZÁRÁSOK	31
<i>Általános szabályok</i>	31
<i>A kizárás különös esetei</i>	32
A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE	33
<i>A biztosítási esemény igazolásához benyújtandó dokumentumok</i>	34
A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS	36
<i>A szolgáltatás teljesítésének módja, ideje</i>	36
<i>A biztosító mentesülése</i>	37
<i>A várakozási idő</i>	37
<i>Elévülés</i>	39
<i>Esedékesség</i>	39
<i>Maradékjog</i>	39
<i>A szerződés és a biztosítási fedezetek megszűnésének esetei</i>	39
<i>A szerződés megszűnése</i>	39
<i>A biztosítási fedezetek megszűnése</i>	41

EGYÉB RENDELKEZÉSEK	44
A LEGFONTOSABB ADÓZÁSI SZABÁLYOK	47
ELTÉRÉS A POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYVTŐL ÉS A KORÁBBI SZERZŐDÉSI GYAKORLATTÓL	48
TÁJÉKOZTATÓ A FATCA ÉS EGYÉB ADÓMEGFELELÉSI NEMZETKÖZI JOGSZABÁLYOKRÓL	50
TOVÁBBI INFORMÁCIÓK	51
A KÁRMENTESSÉGI BÓNUSZ JÓVÁÍRÁS	52
SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK	52
ALLIANZ GONDOSKODÁS MOST SZERZŐDÉSHEZ KÖTHETŐ BIZTOSÍTÁSOK	55
AZ ÉLETBIZTOSÍTÁSI FEDEZET	55
A BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ BALESET-BIZTOSÍTÁSI FEDEZET	56
A BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁSRA SZÓLÓ BALESET-BIZTOSÍTÁSI FEDEZET	57
A BALESETI EREDETŰ MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ BALESET-BIZTOSÍTÁSI FEDEZET	60
A BALESETI EREDETŰ KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ BALESET-BIZTOSÍTÁSI FEDEZET	62
A BALESETI EREDETŰ CSONTTÖRÉSRE, CSONTREPEDÉSRE SZÓLÓ BALESET-BIZTOSÍTÁSI FEDEZET	65
A KRITIKUS BETEGSÉGEKRE SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET	66
A ROKKANTSÁGI ELLÁTÁS ESETÉRE SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET	80
A MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET	82
A KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET	84
AZ ORVOSI ELLÁTÁSRA SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET	86
A MÁSODIK ORVOSI SZAKVÉLEMÉNYRE SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET	101
A RÁKDIAGNOSZTIKÁRA ÉS ORVOSI BETEGVEZETÉSRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁSI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET	106

Útmutató a szerződési feltételekhez és az ügyfél-tájékoztatóhoz

Az Útmutató célja, hogy segítséget nyújtson az Allianz Gondoskodás Most általános szerződési feltételeiben és ügyfél-tájékoztatójában való tájékozódásban.

A szerződési feltételek felépítése

- A szerződéssel kapcsolatos alapvető információkat az Általános Szerződési Feltételek és Ügyfél-tájékoztató tartalmazza (pl. a szerződésre és a biztosítási fedezetekre vonatkozó alapvető szabályokat, valamint azokat a lehetőségeket, amelyek az ügyfél rendelkezésére állnak a szerződés módosításához). A személyes adatok kezeléséről, a biztosítási titokról és a panaszügyintézésről szóló tájékoztató a jelen Általános Szerződési Feltételek és Ügyfél-tájékoztató című dokumentumtól elkülönült, Adatkezelési és ügyféltájékoztató, valamint szerződési feltételek kiegészítése című dokumentumban szerepel, amelynek rendelkezései azonban a jelen szerződési feltételek részét képezik.
- A szerződést a biztosított(ak)ra kötelezően választandó kockázati életbiztosítási fedezet (továbbiakban életbiztosítási fedezet) és a szerződő által választott további biztosítási fedezetek alkotják. A biztosítási fedezetek olyan szabályai, melyek eltérnek az általános feltételektől az egyes biztosítási fedezetek Szerződési Feltételeiben találhatóak.
- A szerződőnek lehetősége van arra, hogy a biztosító által meghatározott minimális biztosítási összegű életbiztosítási fedezeten kívül a különböző biztosítottakra különféle biztosítási fedezeteket válasszon, továbbá arra, hogy az életbiztosítási fedezetre a minimális biztosítási összegnél magasabb összeget jelöljön meg.
- A szerződés éves díjától függően a biztosító kármentességi díjvisszatérítést (továbbiakban kármentességi bónusz) érvényesíthet a szerződésre, feltéve, hogy a szerződés a

kármentességi bónuszra vonatkozó valamennyi feltételnek eleget tesz. Ennek szabályait a Kármentességi bónusz jóváírás Szerződési Feltételei tartalmazzák.

- Az Általános Szerződési Feltételek mellékletét képezi
 - A műtéti lista és a heveny fertőző betegségek listája (1. számú melléklet)
 - Az életbiztosítási fedezet díja (2. számú melléklet)
 - A biztosítási fedezetek választható minimális biztosítási összegei és a biztosítási fedezetek biztosítási összegei emelésének mértéke (3. számú melléklet).
- A szerződési feltételekben előforduló fontos információtartalmat vastag betű jelöli. Vastag betű jelöli továbbá a biztosító által alkalmazott kizárásokat, mentesülési szabályokat, valamint szolgáltatáskorlátozásra vonatkozó rendelkezéseket.

A szerződéséhez választható biztosítások

A Gondoskodás Most szerződésekhöz az alábbi biztosítási fedezetek köthetők.

Életbiztosítási fedezet:

- Kockázati életbiztosítási fedezet, mely a biztosított halála esetén teljesít szolgáltatást.

Baleset-biztosítási fedezetek:

- Baleseti halál esetére szóló baleset-biztosítási fedezet, mely baleseti halál esetén nyújt kifizetést.
- A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló baleset-biztosítási fedezet, mely 11-100% közötti rokkantság esetén teljesít kifizetést.
- A baleseti eredetű műtéti térítésre szóló baleset-biztosítási fedezet a biztosított

baleset miatt szükséges műtete esetén teljesít kifizetést.

- A baleseti eredetű kórházi napi térítésre szóló baleset-biztosítás a baleset miatt szükséges kórházi tartózkodás idejére teljesít kifizetést.
- A baleseti eredetű csonttörésre, csontrepedésre szóló baleset-biztosítási fedezet a biztosított baleseti eredetű csonttörése, -repedése esetén teljesít kifizetést.

Egészségbiztosítási fedezetek:

- A kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítási fedezet, amely olyan súlyos betegségek esetén nyújt szolgáltatást, mint például a rosszindulatú daganat, szívinfarktus, agyi érkatasztrófa, krónikus veseelégtelenség, teljes vaktság.
- A rokkantsági ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet a „D” vagy „E” kategóriás besorolású rokkantsági ellátásra való jogosultság esetén teljesít kifizetést.
- A műtéti térítésre szóló egészségbiztosítás alapján a baleset és a betegség miatt elvégzett műtét esetén egyaránt szolgáltatást teljesít a biztosító.
- A kórházi napi térítésre szóló egészségbiztosítás a baleset vagy betegség miatt szükséges kórházi tartózkodás idejére teljesít kifizetést.
- Az orvosi ellátásra szóló egészségbiztosításban egészségügyi szolgáltatás vehető igénybe négy szakterületen: járóbeteg-ellátás, labor diagnosztika, standard képalkotó diagnosztika, valamint fejlett diagnosztika. (szolgáltatásfinanszírozó fedezet).
- A második orvosi szakvéleményre szóló egészségbiztosítási fedezet keretében a

biztosított súlyos betegsége esetén orvosi távszakvélemény igényelhető (szolgáltatásfinanszírozó fedezet).

- A rákdiagnosztikára és orvosi betegvezetésre szóló egészségbiztosítás daganatos megbetegedés esetén nyújt segítséget, mely kiterjedhet akár egy klinikai kutatási programban való részvételre is (szolgáltatásfinanszírozó fedezet).

A jelen feltételek tekintetében a fentiekben szolgáltatásfinanszírozó fedezetként nem jelölt biztosítási fedezetek a továbbiakban: összegbiztosítási fedezet.

A biztosító a termékre és a választható biztosítási fedezetekre vonatkozóan a jogszabályi előírásokra tekintettel a szerződéskötést megelőzően felméri az ügyfél igényeit.

A szerződésével kapcsolatos tájékoztatás

A szerződésének adatairól a telefonos ügyfélszolgálaton a +36 (1/20/30/70) 421-1-421 telefonszámon és személyesen az ügyfélkapcsolati pontokon adunk tájékoztatást.

A feltételekben foglaltak szerint lehetőséget adunk a szerződés díjának és a biztosításokra választott biztosítási összegeknek értékkövetéssel történő emelésére. Kérjük, figyelmesen olvassa el a tájékoztatásokat. Ha szerződésével kapcsolatban bármi kérdése merül fel, kérjük, forduljon biztosításközvetítőjéhez, vagy közvetlenül a biztosítóhoz a fenti elérhetőségeken.

Általános Szerződési Feltételek és Ügyfél-tájékoztató

az Allianz Gondoskodás Most szerződésekhez

1. Az Allianz Gondoskodás Most kockázati élet- és személybiztosítási szerződés, amely biztosítási célt szolgál. A biztosító az egyes fedezetek szerződési feltételeiben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén szolgáltatást nyújt.

A szerződés felépítése

2. A szerződés a szerződő által választott biztosítási fedezeteket tartalmazza, azzal, hogy a szerződésben szereplő biztosítottakra az életbiztosítási fedezet kötelezően választandó, legalább a biztosító által meghatározott minimális biztosítási összeggel. A biztosítottakra vonatkozó életbiztosítási fedezetnek a szerződés hatálya alatt fenn kell állnia.

A szerződő a biztosítottakra egy vagy több **biztosítási fedezetet** köthet. Egy biztosítottra egy vagy több biztosítási fedezet vonatkozhat. Ugyanazon biztosítottra egy szerződés keretében ugyanazon biztosítási fedezet nem többszörözhető.

Azonos biztosítási érdekre és azonos biztosítási fedezetre több biztosítási szerződés is köthető, a biztosítási szolgáltatások pedig halmozhatóak.

Biztosítási fedezet: A szerződő által biztosítottanként választható élet-, vagy baleset-, vagy egészségbiztosítási fedezet, melyre a jelen szerződési feltételekben megjelölt biztosítási fedezetek szerződési feltételei vonatkoznak.

Általános Szerződési Feltételek és Ügyfél-tájékoztató: Az Allianz Gondoskodás Most Általános Szerződési Feltételei és Ügyfél-tájékoztatója (a továbbiakban Általános Szerződési Feltételek). Tartalmazzák a szerződésre és a biztosítási fedezetekre vonatkozó általános rendelkezéseket.

Szerződési Feltételek: A Szerződési Feltételek tartalmazzák a Gondoskodás Most szerződésre és az abban foglalt biztosítási fedezet(ek)re vonatkozó különös rendelkezéseket.

A szerződés pénzneme: A Gondoskodás Most szerződés pénzneme forint. A felek a szerződésben vállalt kötelezettségeiket forintban teljesítik. A szerződésben a díjak megfizetése, valamint a biztosítási összeggel meghatározott szolgáltatások nyújtása forintban történik.

3. A szerződő a biztosítási összeget szolgáltató biztosítási fedezetek biztosítási összegét az alábbiak szerint határozza meg:
 - a) az Általános Szerződési Feltételek 3. számú mellékletének „A” részében szereplő minimális biztosítási összeget választja vagy
 - b) az a) pont szerinti minimális biztosítási összeget megemeli a 3. számú melléklet „B” részében foglalt egységnyi összeggel vagy ennek többszörösével.

Személyek a biztosítási szerződésben

A biztosító

4. A biztosító az Allianz Hungária Zrt., amely a Felügyeleti hatóság engedélyével biztosítási tevékenység végzésére jogosult.

Az Allianz Gondoskodás Most szerződés alapján a biztosító köteles a díjfizetés ellenében a szerződésben meghatározott kockázatra fedezetet nyújtani, és a kockázatviselés kezdete után bekövetkező biztosítási esemény esetén a szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíteni.

Székhelye: 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.

Levelezési címe: 1368 Budapest, Pf. 191

Jogi formája: részvénytársaság

A székhely állama: Magyarország

Céggjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék, mint cégbíróság által jegyzett Cg. 01-10-041356

Felügyeleti hatóságának megjelölése: Magyar

Nemzeti Bank (a továbbiakban: Felügyeleti hatóság, székhelye: 1013 Budapest, Krisztina körút 55.).

A biztosító az Allianz SE-nek, Európa vezető és a világ egyik legnagyobb biztosítócsoportjának a tagja. Az Allianz Hungária Zrt. Magyarország egyik legjelentősebb pénzügyi szolgáltatójaként sokéves hazai és nemzetközi tapasztalattal áll ügyfelei rendelkezésére. A társaság 1990-től részvénytársasági formában működik.

A jelen életbiztosítási terméket a biztosító nem tanácsadással értékesíti.

A szerződő

5. A szerződő az, aki a Gondoskodás Most szerződésre ajánlatot tesz, a szerződéskötéshez szükséges adatokat ill. iratokat a biztosító vagy képviselője részére átadja és a szerződés díját megfizeti. A szerződő lehet természetes és jogi személy is.

A szerződést csak az kötheti meg, aki

- a biztosítási esemény elkerülésében érdekelt, vagy
- a szerződést az érdekelt személy javára köti meg.

Ha a szerződést nem az 1. számú biztosított köti, akkor

- a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy
- az 1. számú biztosítottnak a szerződő helyébe történő belépéséig

a szerződő köteles tájékoztatni az 1. számú biztosítottat a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról.

A szerződő ugyancsak tájékoztatni köteles valamennyi biztosítottat a szerződésről, a hozzá intézett nyilatkozatokról, illetve az abban bekövetkezett változásokról.

Belépés a szerződő helyébe

6. Az 1. számú biztosított a szerződő helyébe lép
- a természetes személy szerződő halála esetén – amennyiben az 1. számú biztosított és a szerződő nem azonos személy –, illetve
 - a jogi személy szerződő jogutód nélküli megszűnése esetén.

Az 1. számú biztosított a halál, illetve a megszűnés időpontját követő naptól lép a szerződő helyébe és ezzel átszállnak rá a szerződői jogok és kötelezettségek. Az 1. számú biztosított a fentiekhez az ajánlaton előzetesen hozzájárul.

A biztosított – a szerződő ezirányú írásbeli hozzájárulásával –, a biztosítóval közölt írásbeli nyilatkozattal a szerződés létrejötte után bármikor a szerződő helyébe léphet. Ha más (természetes vagy jogi) személy lép a szerződő helyébe, akkor ehhez a szerződőn kívül a biztosítottak írásbeli hozzájárulása is szükséges. Ha bármelyik biztosított a szerződés tartama alatt a szerződő helyébe lép, a biztosítottak sorszáma nem változik.

A biztosított, mielőtt a szerződés felmondás vagy a díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a biztosítóval közölt írásbeli nyilatkozattal, a szerződő hozzájárulása nélkül a szerződő helyébe léphet.

Azokban az esetekben, amikor valaki a szerződő helyébe lép, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a szerződővel egyetemlegesen felelős. A szerződő helyébe belépő köteles a szerződőnek a szerződésre fordított díjait, költségeit megtéríteni.

A biztosított

7. Biztosított az a természetes személy, akire a biztosító kockázatviselése a biztosítási fedezetek vonatkozásában fennáll. A biztosítottat a szerződő nevezi meg. A szerződésben a biztosítottak száma egyidejűleg legfeljebb 10 fő lehet.
8. A biztosított belépési kora a biztosítási fedezet létrejöttékor az alábbi lehet:

Biztosítási fedezet	Belépési kor
Rákdiaosztikára és orvosi betegvezetésre szóló egészségbiztosítás	18-70 év
Minden további biztosítási fedezet	2-70 év

9. A biztosító a biztosítási fedezet létrejöttékor a biztosított belépési korát az alábbiak szerint állapítja meg:

A biztosítási fedezet létrejöttének időpontja	Belépési kor megállapításának módja
a szerződés hatályba lépésével egy időben	a szerződésre vonatkozó kockázatviselés kezdetének időpontjában a biztosított tényleges életkora, betöltött életéveinek száma

	PL. szerződésre vonatkozó kockázatviselés kezdete: 2024.10.11., biztosított születésének időpontja: 2000.12.10. a biztosított belépési kora = 23 év.
a szerződés évfordulójával megegyező hatállyal	az évforduló időpontjában a biztosított tényleges életkora, betöltött életéveinek száma PL. szerződés évfordulója és a biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselés kezdete: 2025.11.01. biztosított születésének időpontja: 2000.12.10. a biztosított belépési kora = 24 év

A biztosító a biztosított aktuális életkorát az évforduló időpontjában a biztosított tényleges életkora, betöltött életéveinek száma szerint állapítja meg.

10. A biztosítónak a biztosítási fedezetekre fennálló kockázatviselése – a szerződő rendelkezése alapján – egy vagy több, a biztosítási szerződésben sorszám szerint megkülönböztetett biztosítottra vonatkozhat.

A szerződő az egyes biztosítottakra akár különböző biztosítási fedezeteket és/vagy biztosítási összegeket is választhat. A biztosítottak sorszámát a szerződő határozza meg a következők figyelembevételével:

Ha a szerződéskötés időpontjában a szerződőre vonatkozik biztosítási fedezet, akkor a szerződő az 1. számú biztosított.

Amennyiben valamely biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnik, vagy az adott biztosított sorszáma - valamely biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnése miatt – változik, a sorrendben mögötte álló további biztosítottak sorszáma eggyel csökken.

A biztosítottra vonatkozó szabályok

11. A szerződés megkötéséhez minden biztosított, a biztosítási fedezet létrejöttéhez és módosításához a fedezet biztosítottjának írásbeli hozzájárulása szükséges, ha a szerződő nem azonos a biztosítottal.

A biztosított a szerződés megkötéséhez, illetve a biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet létrejöttéhez adott hozzájárulását a biztosítónak eljuttatott nyilatkozattal írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében, ha a szerződés egy biztosítottra van hatályban, a szerződés, vagy – ha a szerződés több biztosítottra terjed ki – az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet a biztosítási időszak végével megszűnik. A biztosított hozzájárulásának visszavonása miatt a biztosítási szerződés megszűnésére nem kerül sor, ha a szerződésben megjelölt biztosított a szerződésbe belép.

12. Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, illetve a biztosítási fedezet létrejöttét nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője kezdeményezi, a szerződés, illetve a biztosítási fedezet érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges. A gyámhatóság jóváhagyása szükséges a szerződés megkötéséhez, illetve a biztosítási fedezet létrejöttéhez, ha a biztosított a cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú.

A kedvezményezett

13. Kedvezményezett az a szerződő által jelölt személy, aki (amely) a biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosítási szolgáltatásra jogosult. Haláleseti kedvezményezett a szerződő által megjelölt személy vagy a biztosított örököse. Nem haláleseti szolgáltatás esetén – ellenkező nyilatkozat hiányában – a biztosított jogosult a szolgáltatásra.

A kedvezményezett lehet természetes és jogi személy is.

14. A szerződő biztosítottanként és biztosítási fedezetenként jogosult kedvezményezett jelölni. Egy biztosítási szolgáltatásra vonatkozóan több kedvezményezett is megjelölhető. Ebben az esetben a szerződő meghatározhatja a kedvezményezés arányait. Ennek hiányában az arányt a kedvezményezettek között egyenlőnek kell tekinteni.

A szerződő bármely kedvezményezett helyett – a biztosítóhoz intézett és a biztosítási esemény bekövetkezte előtt a biztosítóhoz eljuttatott, és a biztosítóhoz igazoltan beérkezett írásbeli nyilatkozattal – más kedvezményezettet nevezhet meg.

15. A kedvezményezett kijelöléséhez, illetőleg a megváltoztatásához – ha nem a szerződő a biztosított – a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

A biztosított hozzájárulása nélkül kötött szerződésnek, illetve létrejött biztosítási fedezetnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis. Ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosítottat vagy örökösét kell tekinteni, aki a szerződőnek köteles megtéríteni az általa megfizetett díjakat, a szerződésre fordított költségeket.

16. A szerződő a biztosítotthoz és/vagy kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállalhat arra, hogy a kedvezményezett kijelölést folyamatosan hatályban tartja. A szerződőnek a nyilatkozatról a biztosítót tájékoztatnia kell. Az ilyen kedvezményezett jelölést a biztosított és/vagy kedvezményezett hozzájárulása nélkül nem lehet módosítani vagy visszavonni.

17. A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezte előtt meghal, illetve a jogi személy kedvezményezett jogutód nélkül megszűnik.

Ha a szerződő ilyenkor nem tesz új nyilatkozatot a kedvezményezésről, de

korábban több kedvezményezettet is jelölt, akkor a továbbiakban a kedvezményezés arányára a hatályban maradt jelölések egymáshoz viszonyított aránya az irányadó.

18. Ha a biztosítási esemény bekövetkeztekor nincs hatályban szerződő által tett érvényes kedvezményezett jelölés, a biztosító a biztosítási szolgáltatást a biztosított örökösének, illetve a biztosítottnak fizeti ki.

A biztosításközvetítő

19. A biztosításközvetítő a biztosítási szerződések megkötésében közreműködő személy. Független biztosításközvetítő az ügynök és a többes ügynök, független biztosításközvetítő az alkusz.

A független biztosításközvetítő a biztosító képviselőjének minősül.

A biztosító termékeit független és független biztosításközvetítő is értékesítheti.

A biztosításközvetítő díjazásra a biztosítóval való megállapodás alapján jogosult a közvetített és gondozott szerződésekkel kapcsolatban. A díjazást, amelyet a biztosítási díj tartalmaz, a biztosító fizeti a biztosításközvetítő részére.

20. A **független biztosításközvetítő** életbiztosítási termék (így az Allianz Gondoskodás Most) esetében készpénzben nem vehet át díjat a szerződőtől.

A független biztosításközvetítő a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget nem vehet át.

A független biztosításközvetítő a biztosító nevében nem vehet át biztosítási díjat a szerződőtől.

A független biztosításközvetítő – a biztosítási ajánlat felvétele során – kizárólag az ajánlatok átvételére jogosult, így szerződést a biztosító nevében nem köthet, és a szerződő, illetve a biztosított a jognyilatkozatait érvényesen nem intézheti hozzá.

21. Ha a szerződő a biztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatát független biztosításközvetítőhöz címezi, a nyilatkozat a biztosítóval szemben attól az időponttól hatályos, amikor a nyilatkozat a biztosítóhoz beérkezett.

A biztosító felügyeleti hatósága

22. A biztosító felügyeleti hatósága a Magyar Nemzeti Bank (székhelye: 1013 Budapest, Krisztina körút 55.). A felügyeletről további tájékoztatás az Általános Szerződési Feltételek és Ügyfél-tájékoztatóhoz kapcsolódó Adatkezelési és ügyféltájékoztató, valamint szerződési feltételek kiegészítése című dokumentumban szerepel.

Tudnivalók a biztosítási eseményekről és szolgáltatásokról

23. **Biztosítási összeg:** Az a pénzösszeg, amelynek megfizetését, mint biztosítási szolgáltatást a biztosító az összegbiztosítási fedezetben foglalt biztosítási esemény bekövetkezése esetén – az Általános Szerződési Feltételekben és a Szerződési Feltételekben foglaltak szerint – vállalja.

A biztosítási fedezet biztosítási összegét a szerződő határozza meg. A biztosítási összeg a biztosítási tartam alatt a szerződési feltételekben foglaltak szerint változhat.

Aktuális biztosítási összeg: A biztosítási szerződésben az összegbiztosítási fedezetre meghatározott és a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában vagy a Szerződési Feltételekben szereplő időpontban érvényes biztosítási összeg.

Szolgáltatásfinanszírozó fedezet: Azon egészségbiztosítási fedezet, amelyben foglalt biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a fedezet szerződési feltételeiben meghatározott biztosítási szolgáltatást nyújtja és a biztosító biztosítási összeget nem fizet. Ha

a fedezet szolgáltatásfinanszírozó, akkor a szolgáltatás igénybevételére vonatkozó tájékoztatást az adott fedezet Szerződési Feltételei tartalmazzák.

24. A biztosítási eseményeket és a biztosító szolgáltatásait az alábbi táblázat tartalmazza:

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
a biztosított kockázatviselési időszakban bekövetkezett bármely okból eredő halála (az egyes biztosítottra kötelezően választandó életbiztosítási fedezet alapján)	a kötelezően választandó életbiztosítási fedezet a) biztosító által meghatározott biztosítási összege: 100 000 Ft – amennyiben a szerződő a kötelező életbiztosítási fedezeten kívül csak baleset-biztosítási fedezeteket választ a biztosítottra, és nem jelöl magasabb biztosítási összeget az életbiztosítási fedezetre –, vagy b) szerződő által választott biztosítási összeg – amennyiben a szerződő a kötelező életbiztosítási fedezeten kívül nem választ további fedezeteket, vagy ha baleset- és/vagy egészségbiztosítási fedezeteket is választ a biztosítottra és nem az a) pont szerinti biztosítási összeget választja az életbiztosítási fedezetre –, kerül kifizetésre a szolgáltatásra megjelölt kedvezményezettnek
a kockázatviselési időszakban bekövetkezett, a Szerződési Feltételekben meghatározott biztosítási esemény	a biztosítási fedezet(ek)re vonatkozó Szerződési Feltételekben meghatározott biztosítási szolgáltatás a biztosítottnak, halála esetén pedig a halál esetére megnevezett kedvezményezettnek

A biztosító kockázatviselése kiterjed a világ bármely pontján bekövetkezett biztosítási eseményre és a szerződés tartamán belül a nap 24 órájában fennáll.

A szerződéssel kapcsolatos folyamatok

A szerződés és a biztosítási fedezetek létrejötte, hatályba lépése, a kockázatviselés kezdete

A szerződés és a biztosítási fedezetek létrejötte

25. A biztosítási szerződés és a biztosítási fedezet a felek megállapodásával jön létre.

A biztosítási szerződés létrejöttét a szerződő kezdeményezi azzal, hogy ajánlatot tesz.

26. A szerződő

- a biztosító szerződéskötést támogató elektronikus felületén,
- papír alapon, valamint
- az ajánlat szerződő által történő utólagos elektronikus jóváhagyásával tehet ajánlatot.

A szerződő által tett nyilatkozat akkor minősül ajánlatnak, ha az a biztosítóhoz beérkezett.

Az a) pont szerint a **biztosító szerződéskötést támogató elektronikus felületén** tett ajánlat azt követően minősül ajánlatnak, ha a szerződő és a szerződésben megjelölt valamennyi biztosított valamennyi nyilatkozata aláírásra kerül ezen szerződéskötést támogató elektronikus felületen és a szerződő, valamint a biztosítottak hozzájáruló nyilatkozatait tartalmazó, aláírt ajánlat a felületen beküldésre kerül a biztosító szerződéskezelő rendszere részére. A biztosító részére történő beküldés időpontjától kezdődik meg a kockázatelbírálási idő.

Amennyiben a szerződő, illetve valamennyi biztosított az ajánlattervezetet annak felvételének megkezdésétől számított 30. nap 23 óra 59 percig nem látja el az aláírásával és az ajánlat nem kerül beküldésre, ezt követően a szerződő (és a biztosított) az adott ajánlat aláírására nem jogosult, a szerződés nem jön létre.

A b) pont szerint a **papír alapon tett ajánlat** azt követően minősül ajánlatnak, ha a szerződő és a szerződésben megjelölt valamennyi biztosított valamennyi nyilatkozata aláírásra kerül és a szerződő, valamint a biztosítottak hozzájáruló nyilatkozatait tartalmazó, aláírt ajánlat a biztosító részére átadásra kerül, ezen időponttól kezdődik a kockázatelbírálási idő.

A c) pont szerint az ajánlat **szerződő által történő utólagos elektronikus jóváhagyására** vonatkozó szabályokat a jelen feltételek 37. pontja tartalmazza.

27. Az ajánlat megtevésekor a biztosító rendelkezésére kell bocsátani a szerződő és a biztosított

- a) természetes személy (szerződő és/vagy biztosított) esetén a személy személyazonosságát,
- b) jogi személy (szerződő) esetén az azonosítását szolgáló, igazoló iratokat, okiratokat, amelyekről a biztosító másolatot készít a pénzmosás és terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény (a továbbiakban: Pmt.) szerint.

Erre tekintettel az alábbi dokumentumokat kell átadni a biztosító részére:

- a) természetes személy esetén
 - aa) magyar állampolgár személyazonosító igazolvány vagy útlevél vagy kártya formátumú vezetői engedély és lakcímet igazoló hatósági igazolvány (magyarországi lakóhely vagy tartózkodási hely esetén),
 - ab) külföldi állampolgárok esetén
 - úti okmánya vagy személyazonosító igazolványa, amennyiben az magyarországi tartózkodásra jogosít,

- amennyiben személyazonosító igazolványa magyarországi tartózkodásra nem jogosít, a tartózkodási jogot igazoló okmány, vagy tartózkodásra jogosító okmány,

továbbá szerződő esetén az adóazonosító dokumentum – pl. adókártya vagy nem magyar adóügyi illetőséggel és nem magyar adóazonosító jellel rendelkező természetes személy esetén az adóilletőség szerinti ország adóazonosítót tartalmazó dokumentumának másolati példánya FATCA -, illetve a - CRS szerint).

- b) jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet esetén a nevében vagy megbízása alapján eljárni jogosult személy a) pontban megjelölt okiratának bemutatásán túl az azt igazoló, 30 napnál nem régebbi, okiratot, hogy
 - ba) a céget a cégbíróság nyilvántartásba vette, vagy a cég a bejegyzési kérelmet benyújtotta, egyéni vállalkozó esetében az egyéni vállalkozói tevékenység megkezdésének bejelentése megtörtént vagy az egyéni vállalkozó nyilvántartásba vételre került,
 - bb) a ba) alpontba nem tartozó belföldi jogi személy esetén, ha annak létrejöttéhez hatósági vagy bírósági nyilvántartásba vétel szükséges, a nyilvántartásba vétel megtörtént,
 - bc) külföldi jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet esetén a saját országának joga szerinti bejegyzése vagy nyilvántartásba vétele megtörtént,
 - bd) bírósági vagy hatósági nyilvántartásba vétel iránti kérelem bírósághoz vagy hatósághoz történő benyújtását megelőzően a jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet létesítő okiratát. Ez esetben a jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet köteles a cégbejegyzés, hatósági vagy bírósági nyilvántartásba vétel megtörténtét követő 30 napon belül okirattal igazolni, hogy a cégbejegyzés vagy nyilvántartásba vétel megtörtént, valamint a szolgáltató köteles

a cégjegyzékszámot vagy egyéb nyilvántartási számot rögzíteni. Továbbá át kell adni a biztosító részére az aláírási címpéldány, és nem magyar adóügyi illetőséggel és nem magyar adószámmal rendelkező jogi személy esetén az adóilletőség országa szerinti adóhatóság 30 napnál nem régebbi illetőségigazolásának másolati példányát. (FATCA-CRS és Aktv. szerint).

Ezen túlmenően a biztosító nyilatkozatot kér a tényleges tulajdonos(ok)ról (Afad - törvény alapján is), valamint azok kiemelt közszereplői státuszáról, kiemelt közszereplő közeli hozzátartozói, vagy vele közeli kapcsolatban álló státuszáról.

Amennyiben a tényleges tulajdonos a jogi személy vezető tisztségviselője, úgy a biztosító őt azonosítja és elvégzi személyazonosságának igazoló ellenőrzését.

Kiemelt közszereplői nyilatkozatot kér a biztosító a természetes személyek és biztosítottak esetén is, mely nyilatkozat tartalmazza kiemelt közszereplői státuszukat, vagy kiemelt közszereplő közeli hozzátartozói, vagy vele közeli kapcsolatban álló státuszuk pontos meghatározását, továbbá a felhasznált pénzeszközök forrásáról és meglévő vagyonuk forrásáról tett nyilatkozatukat.

A biztosító a Pmt.-ben meghatározott szempontok alapján az ügyfeleit kockázati kategóriákba sorolja és ennek megfelelően, kockázatérzékenységi alapon további információt, illetve nyilatkozatot kér az ügyfelek pénzeszközeinek és vagyonának forrásáról, a tervezett üzleti kapcsolatról, a végrehajtandó, vagy végrehajtott ügyletek indokairól, esetlegesen elvégzi a tényleges tulajdonos személyes azonosítását. A biztosító kérheti a pénzeszközök forrására vonatkozó információ igazoló ellenőrzése érdekében a pénzeszközök forrására vonatkozó dokumentumok bemutatását, valamint a forrásra vonatkozó nyilatkozattételt.

Ha az ügyfél és az üzleti kapcsolat, üzleti megbízás azonosításához kockázatérzékenységi megközelítés alapján ez

szükséges, az azonosítás és a személyazonosság igazoló ellenőrzése érdekében a biztosító jogosult a személyazonosságra vonatkozó adat nyilvánosan hozzáférhető nyilvántartás vagy olyan nyilvántartás alapján történő ellenőrzésére, amelynek kezelőjétől törvény alapján adatigénylésre jogosult.

28. A biztosítási fedezet(ek) létrejöhet(nek)

- a) a szerződés létrejöttével egyidejűleg, vagy
- b) a fedezet(ek)nek a szerződés tartama alatti, a szerződés valamely évfordulójával kezdődő hatállyal történő megkötésével.

A szerződés és a szerződéssel egyidejűleg kötött biztosítási fedezet a szerződő ajánlatával és a biztosító által kiállított kötvénnyel jön létre.

A szerződés tartama alatt a szerződőnek a biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozatával (a továbbiakban: biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozat) és a biztosító által kiállított elfogadó nyilatkozattal jön létre a biztosítási fedezet.

29. A biztosító a jogszabályi előírásoknak megfelelően, az életbiztosítási szerződés megkötését követően, a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül – magyar nyelven – a szerződőt bizonyítható és azonosítható módon, egyértelműen tájékoztatja a biztosítási szerződés létrejöttéről. Amennyiben a szerződő természetes személy, a biztosító ezen tájékoztatásban felhívja a figyelmet az életbiztosítási szerződésnek a szerződés létrejöttéről és a szerződő felmondási jogáról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül történő felmondásának lehetőségére.

A szerződés és a biztosítási fedezetek egyidejű létrejötte, hatályba lépése és a kockázatviselés kezdete

A szerződés létrejötte, ha a biztosító az ajánlatot elfogadja

30. Ha a biztosító az ajánlatot elfogadja, akkor a szerződés és a szerződéssel egyidejűleg kötött biztosítási fedezet érvényesen létrejön és hatályba lép a szerződő ajánlattételét követő napon 0 órakor, tekintettel arra, hogy az ajánlattétellel egyidejűleg a felek díjhalasztásban állapodnak meg, feltéve, hogy a szerződő ajánlatát a biztosító a rendelkezésére álló kockázatbírálási határidőn belül fedezetet igazoló dokumentum (továbbiakban: kötvény) kiállításával elfogadta.

31. Ha a szerződést nem írásban kötötték meg, a biztosító köteles a – fedezetet igazoló – kötvényt kiállítani.

32. A biztosító kockázatviselése az ajánlattételt követő napon 0 órakor kezdődik, feltéve, hogy a szerződés a fentiek szerint létrejön.

A biztosító előzetes fedezetvállalására (a szerződés létrejötte előtti kockázatvállalására) nincs lehetőség.

	Szerződés	Biztosítási fedezetek
Létrejötte	az ajánlattételt követő nap 0 óra	
Hatályba lépése		
Kockázatviselés kezdete		

A szerződés létrejötte, ha a biztosító az ajánlatra a kockázatbírálási határidőn belül nem válaszol

33. A szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító a rendelkezésére álló kockázatbírálási határidőn belül az ajánlatot nem utasítja vissza, vagy arról nem állít ki kötvényt.

Ilyen esetben a szerződés a kockázatbírálási idő eredménytelen elteltét követő napon jön létre érvényesen, arra az időpontra visszamenőleges hatállyal, amikor az ajánlat a biztosító vagy képviselője részére átadásra került. A biztosító kockázatviselése az

ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadása időpontjában kezdődik meg.

Ebben az esetben a szerződés és a biztosítási fedezet csak akkor jön létre, ha a szerződő az ajánlat megtétele előtt a szerződéssel kapcsolatos megfelelő tájékoztatást megkapta, és az ajánlatot a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon, a díjszabásnak megfelelően tette.

	Szerződés	Biztosítási fedezetek
Létrejötte	a kockázatbírálási idő eredménytelen elteltét követő napon, arra az időpontra visszamenőleges hatállyal, amikor az ajánlat a biztosító vagy képviselője részére átadásra került	
Hatályba lépése	az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadása időpontjában	
Kockázatviselés kezdete		

A biztosítási fedezetek létrejötte, hatályba lépése és a kockázatviselés kezdete a szerződés tartama alatt

A biztosítási fedezet létrejötte a szerződés tartama alatt, elfogadó nyilatkozat kiállításával

34. A szerződés tartama alatt kötött biztosítási fedezet érvényesen létrejön és hatályba lép az azt követő napon 0 órakor, amikor a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozat az évfordulót megelőző 90 napos időszakban a biztosítóhoz beérkezett, ha azt a biztosító a rendelkezésére álló kockázatbírálási határidőn belül elfogadó nyilatkozat kiállításával elfogadta.

35. A biztosító kockázatviselése a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő biztosítási időszak első napján 0 órakor kezdődik meg feltéve,

hogy a biztosítási fedezet a fentiek szerint létrejön.

A szerződő a biztosítási fedezet létrejötte iránti igényét az évfordulót megelőző 90 napos időszakban juttathatja el a biztosítóhoz. A biztosító előzetes fedezetvállalására (a szerződés létrejötte előtti kockázatvállalására) nincs lehetőség.

	Biztosítási fedezetek
Létrejötte	az azt követő napon 0 órákor, amikor a szerződőnek a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozatát a biztosító elfogadta, feltéve, hogy az az évfordulót megelőző 90 napos időszakban a biztosítóhoz beérkezett
Hatályba lépése	az azt követő napon 0 órákor, amikor a szerződőnek a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozatát a biztosító elfogadta, feltéve, hogy az az évfordulót megelőző 90 napos időszakban a biztosítóhoz beérkezett
Kockázatviselés kezdete	az azt követő biztosítási időszak első napján 0 órákor, amikor a szerződőnek a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozata az évfordulót megelőző 90 napos időszakban a biztosítóhoz beérkezett

A biztosítási fedezet létrejötte, ha a biztosító a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozatra a kockázatelbírálási határidőn belül nem válaszol

36. A biztosítási fedezet akkor is létrejön, ha a biztosító a rendelkezésére álló kockázatelbírálási határidőn belül a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozatot nem utasítja vissza, vagy arra nem nyilatkozik, feltéve, hogy a szerződő a fedezet létrejötte iránti nyilatkozatot a jelen szerződési

feltételekben foglaltak szerint biztosító által meghatározott formában és a díjszabásnak megfelelően tette.

Ilyen esetben a fedezet a kockázatelbírálási idő eredménytelen elteltét követő napon jön létre érvényesen, a biztosítási fedezet létrejötte iránti írásbeli nyilatkozatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadása időpontjára visszamenőleges hatállyal.

A biztosító kockázatviselése a biztosítási fedezet létrejötte iránti írásbeli nyilatkozatnak a biztosítóhoz történő beérkezését követő biztosítási időszak első napján 0 órákor kezdődik meg, feltéve, hogy a biztosítási fedezet a fentiek szerint létrejön.

	Biztosítási fedezetek
Létrejötte	a kockázatelbírálási idő eredménytelen elteltét követő napon, a biztosítási fedezet létrejötte iránti írásbeli nyilatkozatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadása időpontjára visszamenőleges hatállyal
Hatályba lépése	az azt követő biztosítási időszak első napján 0 órákor, amikor a szerződőnek a biztosítási fedezet létrejötte iránti írásbeli nyilatkozata a biztosítóhoz beérkezett
Kockázatviselés kezdete	

Az ajánlat szerződő által történő utólagos elektronikus jóváhagyása

37. Ha a szerződésben

- a szerződő biztosított, és
- további biztosított nem kerül megjelölésre, akkor lehetőség van arra, hogy a **biztosító szerződéskötést támogató elektronikus felületén rögzített adatok alapján** az ajánlatot a szerződő utólag elektronikus jóváhagyja. Ebben az esetben a szerződő az ajánlatát az alábbi feltétellel teszi meg.

A szerződő az ajánlatot elektronikus úton utólag jóváhagyja (továbbiakban: elektronikus jóváhagyás), amely elektronikus jóváhagyást

azt követően jogosult megtenni, hogy a biztosító elektronikus úton (e-mailben) a szerződő részére az ajánlat jóváhagyhatóságáról értesítést küld.

A szerződő az ajánlatot az értesítésben megjelölt linkre történő bejelentkezéssel és a biztosító által megadott felületen megjelenő ajánlatnak a kifejezett elfogadásával hagyja jóvá. A szerződő az ajánlatot az értesítésnek a biztosító által történő elküldésének napján 23 óra 59 percig köteles elektronikus úton jóváhagyni, minősített elektronikus aláírással ellátni. A kockázatelbírálási idő a dokumentumnak a szerződő általi elektronikus aláírásának napjával kezdődik meg.

A szerződés és a szerződéssel egyidejűleg kötött biztosítási fedezet érvényesen létrejön az ajánlatnak a szerződő általi elektronikus jóváhagyásával és az azt követő napon 0 órakor lép hatályba, amikor a biztosító elektronikus úton (e-mailben) a szerződő részére az ajánlat jóváhagyhatóságáról szóló értesítést elküldte.

A szerződés és a szerződéssel egyidejűleg kötött biztosítási fedezet létrejöttének és hatályba lépésének feltétele, hogy a szerződő ajánlatát a biztosító a rendelkezésére álló kockázatelbírálási határidőn belül fedezetet igazoló dokumentum (továbbiakban: kötvény) kiállításával elfogadta.

Amennyiben a szerződő a részére megküldött értesítés alapján a biztosító által történő elküldésének napján 23 óra 59 percig nem látja el az értesítés alapján elérhető biztosítási ajánlatot elektronikus jóváhagyásával (minősített elektronikus aláírással), ezt követően a szerződő az adott ajánlat elektronikus jóváhagyására nem jogosult, a szerződés nem jön létre.

A biztosítási kockázat elbírálása

38. A kockázatelbírálás keretében a biztosító felméri a szerződéssel kapcsolatos biztosítási kockázatot. A kockázat elbírálása alapján jogosult a szerződő ajánlatának, illetve a

biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozatainak elfogadására, módosított tartalommal történő elfogadására vagy elutasítására. A biztosító biztosítottanként és biztosítási fedezetenként jogosult a kockázatelbírálás alapján az adott fedezet elfogadására, módosított elfogadására és elutasítására. A kockázatelbírálás határideje 15, illetve egyedi kockázatelbírálás esetén 60 nap.

Egyedinek minősül a **kockázatelbírálás**, ha orvosi vizsgálat szükséges.

39. Ha a szerződő életbiztosítási, baleset-biztosítási vagy egészségbiztosítási fedezet létrejöttét kezdeményezi, akkor a biztosító jogosult egészségi nyilatkozat kitöltését vagy orvosi vizsgálat elvégzését előírni. Az orvosi vizsgálat költségét a biztosító viseli. A biztosított az elvégzett orvosi vizsgálatok eredményét az egészségügyről szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

40. A biztosító az ajánlatot vagy a biztosítási fedezet létrejötte iránti írásbeli nyilatkozatot annak átadásától számított 15 napon belül – egyedi kockázatelbírálás esetén 60 napon belül – írásban elutasíthatja. Az ajánlat vagy a biztosítási fedezet létrejötte iránti írásbeli nyilatkozat elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni.

Amennyiben a kockázatelbírálás ideje alatt biztosítási esemény következne be, úgy a biztosító csak akkor élhet az elutasítás jogával, ha erre a lehetőségre az ajánlaton vagy a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozaton a figyelmet kifejezetten felhívta és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat vagy a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

A szerződő a biztosítási ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig, ha az ajánlat elbírálásához egészségi kockázatfelmérésre van szükség, akkor 60 napig kötvény van.

A közlési és változásbejelentési kötelezettség, valamint a kockázat jelentős növekedése

41. A szerződő és a biztosított köteles

- a) a szerződés és a biztosítási fedezet létrejöttékor, majd azt követően a szerződés tartama alatt új biztosított megjelölésekor és rá vonatkozóan új biztosítási fedezet kötésekor,
- b) a biztosítási fedezet létrejöttékor, majd azt követően a szerződés tartama alatt a szerződésben szereplő biztosítottakra vonatkozóan új biztosítási fedezet kötésekor,
- c) a biztosítási fedezet létrejöttékor, majd azt követően a szerződés tartama alatt a biztosítási fedezetek biztosítási összegeinek megváltoztatása esetén a biztosítóval a valóságnak megfelelően közölni minden olyan, **a biztosítási kockázat elvállalása szempontjából lényeges körülményt**, amelyre a biztosító a szerződés és a biztosítási fedezet létrejöttékor vagy a biztosítási összeg emelésekor kérdést tett fel, és amelyet a szerződő, vagy a biztosított ismert vagy ismernie kellett.

42. Az élet-, baleset- és/vagy egészségbiztosítási kockázat elvállalása szempontjából lényeges kérdésnek minősülnek azok a kérdések, amelyeket a biztosító az orvosi vizsgálat során tesz fel, vagy amelyekre az egészségi nyilatkozatban rákérdez. A szerződő és a biztosított köteles a vizsgálat és nyilatkozat megtétele során feltett kérdésekre adott válaszok változása esetén a biztosítót ezen változásokról 15 napon belül írásban tájékoztatni.

A biztosító a biztosítási kockázat elvállalása szempontjából más lényeges kérdésben is kérhet tájékoztatást a szerződőtől és a biztosítottól. Ilyen lényeges kérdésnek minősülnek

- a) azok a kérdések, amelyeket a biztosító az orvosi vizsgálat során tesz fel, vagy amelyekre az egészségi nyilatkozatban rákérdez,

- b) az amerikai adózók nemzetközi azonosítását célzó törvénynek (FATCA) való megfelelés, illetve ügyfél-átvilágítás érdekében végzett adatellenőrzés (Pmt.),
- c) ügyfél-átvilágítási adatokban bekövetkezett változás, ezen belül az ügyfél-átvilágítási adatok pénzmossási kockázatot befolyásoló változása, valamint
- d) ha a szerződő/biztosított vagy a szerződő/biztosított bármely közvetlen vagy közvetett tulajdonosa az Egyesült Nemzetek bármely határozata vagy az Európai Unió, az Egyesült Királyság vagy az Egyesült Államok kereskedelmi vagy gazdasági szankciókra (pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedésekre) vonatkozó törvénye vagy szabályozása szerint meghatározott szankciós listán szerepel, vagy felkerül szankciós listára.

Amennyiben a szerződő/biztosított bármely közvetlen vagy közvetett tulajdonosa az Egyesült Nemzetek bármely határozata vagy az Európai Unió, az Egyesült Királyság vagy az Egyesült Államok kereskedelmi vagy gazdasági szankciókra (pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedésekre) vonatkozó törvénye vagy szabályozása szerint meghatározott szankciós listán szerepel, úgy ezt köteles közölni, amennyiben pedig felkerül szankciós listára, úgy azt a szerződő/ biztosított köteles haladéktalanul, de legkésőbb a szankciós listára való felkerüléstől számított 3 napon belül bejelenteni.

43. Ha a biztosító által feltett kérdésekre adott tájékoztatás valótlannak bizonyulna (a közlési kötelezettség megsértése), a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll b) a szerződésre és a biztosítási fedezetre vonatkozóan, illetve b) a biztosítási fedezet biztosítási összegének emelésekor az emelés előtti és utáni biztosítási összegek különbözetére vonatkozóan. Ebben az esetben a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól.

Ha a szerződésben több biztosítási fedezet, vagy több biztosított van, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése

nem érinti az összes fedezetet vagy biztosítottat, úgy **a biztosító csak az érintett fedezet és biztosítottak vonatkozásában mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól.**

44. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége beáll, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott, vagy be nem jelentett körülményt a biztosító
- a szerződés létrejöttekor,
 - a biztosítási fedezet létrejöttekor vagy
 - a biztosítási fedezet biztosítási összegének emelésekor
- ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében. Ebben az esetben a biztosító nem mentesül a szolgáltatás teljesítése alól.

A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító szolgáltatási kötelezettsége, ha

- a szerződés létrejöttétől,
- a biztosítási fedezet létrejöttétől, vagy
- a biztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási összeg emelése esetén

annak időpontjától a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

45. A közlési, illetőleg a változásbejelentési kötelezettség a szerződőt és a biztosítottat egyaránt terheli, egyikük sem védekezhet olyan körülmény vagy változás nemtudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, vagy neki bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre, illetőleg bejelentésre köteles lett volna.

46. A biztosított, illetve a szerződő
- a biztosító által írásban vagy szóban feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő és aláírt válaszával, valamint
 - telefonon tett nyilatkozatával
- elegendő tesz a közlési kötelezettségének. Az orvosi vizsgálat nem mentesít a közlési kötelezettség megsértésének jogkövetkezményei alól.

A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

47. A biztosítottnak a biztosítási fedezet létrejöttéhez adott hozzájárulása egyben

annak a kötelezettségnek a vállalását is jelenti, hogy

- a kockázatbíráláshoz szükséges orvosi vizsgálatoknak aláveti magát,
- a közölt adatok ellenőrzését a biztosító részére lehetővé teszi.

48. Amennyiben a biztosító

- a szerződés, illetve az élet-, baleset- és/vagy egészségbiztosítási fedezet létrejöttét követően szerez tudomást az annak létrejöttekor már fennállott lényeges körülményről, vagy
- a lényeges körülményekben, kérdésekben bekövetkezett változásról

és ezek **a biztosító kockázatának jelentős növekedését eredményezik, úgy a biztosító jogosult a szerződést vagy az élet-, baleset- és/vagy egészségbiztosítási fedezetet a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül módosítani vagy azt 30 napra írásban felmondani.**

Ha a szerződésben több biztosítási fedezet, vagy több biztosított van, és a biztosító kockázatának jelentős növekedése nem érinti az összes fedezetet vagy biztosítottat, úgy **a biztosító csak az érintett fedezet és biztosítottak vonatkozásában élhet a fenti módosítási vagy felmondási jogával.**

49. Lényeges körülménynek minősülnek:

- azok a kérdések, amelyeket a biztosító az orvosi vizsgálat során tesz fel, vagy amelyekre az egészségi nyilatkozatban rákérdez,
- az amerikai adózók nemzetközi azonosítását célzó törvénynek (FATCA) való megfelelés, illetve ügyfél-átvilágítás érdekében végzett adatellenőrzés (Pmt.),
- ügyfél-átvilágítási adatokban bekövetkezett változás, ezen belül az ügyfél-átvilágítási adatok pénzmossási kockázatot befolyásoló változása, valamint
- ha a szerződő/biztosított vagy a szerződő/biztosított bármely közvetlen vagy közvetett tulajdonosa az Egyesült Nemzetek bármely határozata vagy az Európai Unió, az Egyesült Királyság vagy az Egyesült Államok kereskedelmi vagy gazdasági szankciókra (pénzügyi és

vagyonkorlátozó intézkedésekre) vonatkozó törvénye vagy szabályozása szerint meghatározott szankciós listán szerepel, vagy felkerül szankciós listára.

A biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezheti:

- a) a biztosítottak egészségromlása, kivéve az életkor előrehaladásából származó természetes egészségromlás,
- b) az amerikai adózók nemzetközi azonosítását célzó törvénynek (FATCA) való megfelelés, illetve ügyfél-átvilágítás érdekében végzett adatellenőrzés eredménye (Pmt.),
- c) ügyfél-átvilágítási adatok pénzügyi kockázatot befolyásoló változása,
- d) szankciós érintettség.

Ha a szerződő a biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés vagy az élet-, baleset- és/vagy egészségbiztosítási fedezet a módosító javaslat kézhezvételétől számított 30. napon megszűnik.

A fenti jogkövetkezmények csak akkor alkalmazhatóak, ha

- ezekre a biztosító a módosító javaslatban a szerződő figyelmét felhívta, és
- a szerződés vagy az élet-, baleset- és/vagy egészségbiztosítási fedezet létrejöttétől, valamint a lényeges körülményekben, kérdésekben bekövetkezett változások bejelentésére nyitva álló határidőtől kevesebb, mint 5 év telt el. Az 5 éves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

A szerződés és a biztosítási fedezet létrejötte a szerződő szándékától eltérő tartalommal

50. Ha

- a) a kötvény tartalma a szerződő ajánlatától, illetve
- b) a biztosítási fedezetnek a szerződés tartama alatti megkötése esetén, a

biztosító elfogadó nyilatkozatának tartalma a szerződőnek a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozatától eltér, és az eltérést a szerződő a kötvény – illetve a biztosító elfogadó nyilatkozata – kézhezvételétől számított 15 napon belül nem kifogásolja, akkor a szerződés a kötvény – illetve a biztosítási fedezet a biztosító elfogadó nyilatkozatának – tartalma szerint jön létre. Ezt a rendelkezést a lényeges eltérésekre csak akkor lehet alkalmazni, ha a biztosító az eltérésre a szerződő figyelmét a kötvény – illetve az elfogadó nyilatkozat – kiküldésével egyidejűleg írásban felhívja. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat – illetve a biztosítási fedezet a szerződő nyilatkozata – tartalmának megfelelően jön létre.

Ha a kötvény kiállítása nélkül létrejött szerződés vagy a biztosító elfogadó nyilatkozata nélkül létrejött biztosítási fedezet lényeges kérdésben eltér a biztosító Általános Szerződési Feltételeitől és a biztosítási fedezetre vonatkozó Szerződési Feltételétől, akkor a biztosító a szerződés vagy biztosítási fedezet létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést vagy a biztosítási fedezetet az Általános Szerződési Feltételeknek és a biztosítási fedezetre vonatkozó Szerződési Feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő a javaslatot nem fogadja el vagy arra 15 napon belül nem válaszol, akkor a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést vagy a biztosítási fedezetet 30 napra írásban felmondhatja.

Idővel kapcsolatos szabályok

A biztosítási tartam és időszak

51. Határozatlan tartamú a biztosítottra kötelezően választandó **életbiztosítási fedezet** és ezáltal **a szerződés**.

Határozott, egy éves tartamú a biztosítottra választható

- **baleset-biztosítási fedezet és**
- **egészségbiztosítási fedezet.**

A kockázatviselés kezdetétől eltérhet a biztosítási tartam kezdete. A tartam kezdete az ajánlattételt követő hó első napjának 0 órája, ha a felek másként nem állapodnak meg.

52. Az ajánlattétel időpontja az a nap, amikor az aláírt ajánlat a biztosító vagy képviselője részére átadásra kerül. A szerződés tartama azon napig áll fenn, amikor a biztosított – vagy több biztosított esetén a szerződésben szereplő utolsó biztosított – halála bekövetkezik (teljes életre szóló biztosítás).

53. Az **egészségbiztosítási fedezetek és a baleset-biztosítási fedezetek egy éves tartama a jelen pontban foglaltak szerint** évente további egy évvel **automatikusan meghosszabbodik**, ha bármelyik fél a biztosítási szerződés évfordulója (azaz az adott biztosítási fedezet tartamának lejártja) előtt legalább 30 nappal ezzel ellentétes igényét írásban nem közli a másik féllel. Ez a szerződő rendes felmondási jogát nem érinti.

A fedezetek tartama

- a **baleset-biztosítási fedezetek** esetében a biztosított 85. életéve betöltését követő első évfordulóig,
- az **egészségbiztosítási fedezetek** esetében a biztosított 70. életéve betöltését követő első évfordulóig

hosszabbodik meg automatikusan. A fedezet a fenti életkorok betöltését követően a jelzett évfordulóval megszűnik.

A baleset- és egészségbiztosítási fedezetek tartama a fenti életkorok betöltését követően nem hosszabbítható meg.

A biztosítási évfordulóval azon **baleset- és egészségbiztosítási fedezetek tartama hosszabbodik meg, amelyek tekintetében** bármelyik fél a biztosítási évforduló (azaz az adott biztosítási fedezet tartamának lejártja előtt) legalább 30 nappal ezzel ellentétes igényét írásban nem közölte a másik féllel.

A szerződéssel egyidejűleg kötött biztosítási fedezet tartamának kezdete megegyezik a

szerződés tartamának kezdetével. Ha a biztosítási fedezet a szerződés tartama alatt jön létre, akkor a fedezet tartamának kezdete a szerződés évfordulója.

54. A szerződésre érvényes **biztosítási időszak** egy év azzal, hogy az első időszak ettől eltérhet. Az első időszak tört időszak, a kockázatviselés kezdete és a tartam kezdete közötti időszak.

55. A **biztosítási évforduló** (a továbbiakban: évforduló) a szerződés tartamán belül minden évben az a nap, amely napon a szerződés tartama eredetileg megkezdődött. A biztosítási időszak két egymást követő évforduló közötti időszak.

A meghosszabbított tartamú **baleset-biztosítási vagy egészségbiztosítási fedezet évfordulója megegyezik a szerződés évfordulójával.**

A szerződés díja

56. A szerződés díja azon biztosítási fedezetek díjának összege, amelyekre a szerződésben a biztosító kockázatviselése vonatkozik. A szerződés díja forintban fizetendő. A díjat a szerződő rendszeres díjfizetéssel fizetheti meg. A rendszeres díj meghatározott díjfizetési gyakoriságonként fizetendő.

A díj a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszakokra vonatkozik. A díjfizetés gyakoriságában a felek állapodnak meg. A biztosító meghatározhatja a szerződő által választható díjfizetési gyakoriságot (havi, negyedéves, féléves, éves).

Az élet-, baleset- és egészségbiztosítási fedezetek díja függ a biztosított aktuális életkorától, a biztosított egészségi állapotától, foglalkozásától, a kedvezményektől és a pótdíjaktól, egyéb kockázati tényezőktől, összegbiztosítási fedezetek esetén az aktuális biztosítási összegtől.

Az életbiztosítási fedezet szerződéskötéskor érvényes díját (havi díjat feltüntetve) az Általános Szerződési Feltételek 2. számú

melléklete tartalmazza, amely a szerződés tartama alatt a jelen Általános Szerződési Feltételek szerint módosul.

57. A biztosítottra vonatkozó életbiztosítási fedezet biztosítási díja az adott biztosított 85. életévének betöltését követő első évfordulóig fizetendő. A baleset- és egészségbiztosítási fedezet díja a szerződés megszűnésig, illetve az adott biztosítottra vonatkozó fedezet megszűnéséig fizetendő.

A szerződésben az életbiztosítási fedezet tekintetében a biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg a biztosított 85. életévének betöltését követő első évfordulón és a további évfordulókon – a díjfizetési kötelezettség megszűnésével – nem csökken. A díjfizetési kötelezettség megszűnését követően az életbiztosítási fedezet – a biztosított 85. életévének betöltését követő első évfordulón érvényes – változatlan biztosítási összeggel továbbra is érvényben marad.

A fentiekkel összhangban, ha a szerződés minden biztosítottjára vonatkozóan eltelt a 85. életév betöltését követő első évforduló, akkor a szerződőt nem terheli díjfizetési kötelezettség.

58. Első díj: A feleknek a szerződésre vonatkozó megállapodása alapján a szerződéskötés kori fedezetekre vonatkozóan a szerződés fizetendő első rendszeres díja.

A díj esedékessége: A biztosítás első díja a felek által meghatározott időpontban, ennek hiányában a szerződés létrejöttekor esedékes, a rendszeres díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

Díjrendezett szerződés: A szerződés díjrendezettnek minősül, ha az esedékes rendszeres díj maradéktalanul megfizetésre került.

Megfizetett díj, a díj megfizetésének napja: A szerződés díja azon a napon tekintendő megfizetettnek, amikor az – a megfizetés módjára való tekintet nélkül – a biztosítóhoz, a díj fogadása céljából rendszeresített számlára,

a szerződésszám megjelölésével, a szerződéshez való rendeléséhez szükséges azonosító adatokkal beérkezett.

**A díjak fogadására szolgáló bankszámla száma a jelen Általános Szerződési Feltételek hatályba lépése időpontjában:
OTP Bank Nyrt.: 11794008-21349441-00000000**

Amennyiben a biztosító bankszámla száma módosul, a biztosító a számlaszám módosítását a honlapján teszi közzé és ezt követően az ügyfelek a módosított bankszámla számra kötelesek teljesíteni a díjfizetési kötelezettségüket.

A honlapon történő közzététellel egyidejűleg a biztosító a szerződő által választott kommunikációs módnak megfelelően értesíti a szerződőt a módosítást követő 30 napon belül.

A biztosító által a díjak fogadására kialakított bankszámla számát a biztosító a honlapján, az Allianz Gondoskodás Most biztosításra vonatkozó oldalon. (a https://www.allianz.hu/hu_HU/lakossagi/ele-es-egeszseg/gondoskodas-most.html oldalon) teszi közzé.

Ha a díj ugyan rendelkezik azokkal az azonosító adatokkal, melyek alapján az a szerződéshez rendelhető, de nem a biztosító megfelelő számlájára érkezik, akkor az legkésőbb a beérkezéstől számított 7. napon tekintendő megfizetettnek.

59. A szerződés díja az alábbi módon fizethető meg:

- a) postai csekk,
- b) banki díjlehívás
- c) átutalás, vagy
- d) bankkártyás díjfizetés.

Postai csekken történő díjfizetés esetén a szerződő nem állapodhat meg a biztosítóval való elektronikus kommunikációban. Postai csekken történő díjfizetés nem választható havi díjfizetési gyakoriság esetén, amennyiben a szerződés fizetendő díja nem éri el a 7000 Ft/hó összeget. A fizetendő díj az üzletkötői engedmény nélkül értendő.

Díjfizetési kötelezettség a szerződés megszűnése esetén

60. Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és a szerződés megszűnik, a biztosító az egész biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti.

A teljes biztosítási időszakra járó díjat a biztosító az első biztosítási évben bírósági úton érvényesítheti; ezt követően csak akkor élhet e jogával, ha az adott biztosítási évben a szerződő fél a díjfizetést már megkezdte vagy a díjfizetés halasztásában állapodtak meg.

A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért.

A szerződés minimális díja

61. A biztosító meghatározhatja a szerződés minimális díját. A szerződő az ajánlattételkor úgy választhat biztosítási fedezeteket, valamint biztosítási összegeket, hogy a szerződés fizetendő díja elérje a minimális díjat, illetve biztosítottanként az adott biztosítottra vonatkozó minimális díjat.

A szerződés díja a tartam alatt – a jelen pontban foglalt eltérő rendelkezés kivételével – nem csökkenhet a minimális díj alá. **A szerződés tartama alatt nem hajtható végre olyan rendelkezés, amelynek következtében a szerződés díja a minimális díj alá csökkenne.**

A szerződés minimális díját a biztosító a szerződő által a szerződésben választott biztosítási fedezetek típusától függően határozza meg, az alábbiak szerint. Ha a szerződésben legalább egy biztosítottra a szerződő által meghatározott biztosítási összeggel vonatkoznak életbiztosítási, baleset-biztosítási és /vagy egészségbiztosítási fedezetek, akkor a szerződésre a magasabb minimális díj fizetendő.

Választott biztosítási fedezet a szerződésben	Szerződés minimális díja
Életbiztosítási fedezet a biztosító által meghatározott biztosítási összeggel és kizárólag baleset-biztosítási fedezetek a szerződésben szereplő minden biztosítottra	4000 Ft/hó vagy az ennek alapján megállapított gyakoriság szerinti díj
Életbiztosítási, baleset-biztosítási és /vagy egészségbiztosítási fedezetek a szerződő által meghatározott biztosítási összeggel a szerződésben szereplő legalább egy biztosítottra	7000 Ft/hó vagy az ennek alapján megállapított gyakoriság szerinti díj

A szerződés minimális díja addig érvényes a szerződésre, amíg a szerződésben megjelölt minden biztosítottra vonatkozóan el nem telik a biztosított 85. életévének betöltését követő első évforduló. Ettől az évfordulótól kezdődően a szerződő nem köteles a szerződésre megállapított minimális díj fizetésére.

Az egy biztosítottra vonatkozó minimális díj

62. A biztosító meghatározza az egy biztosítottra vonatkozó **minimális díjat**. A biztosítási fedezet fizetendő díja a tartam alatt – a jelen pontban foglalt eltérő rendelkezés kivételével – nem lehet alacsonyabb az alábbiak szerinti összegnél.

Minimális díj egy biztosítottra vonatkozóan (a biztosított 85. életévének betöltését követő évfordulóig)	1000 Ft/hó vagy az ennek alapján megállapított gyakoriság szerinti díj
--	--

A biztosítottra vonatkozó minimális díj az életbiztosítási fedezet esetén a biztosított 85. életévének betöltését követő évfordulójáig fizetendő.

A biztosítottra vonatkozó minimális díj tekintetében a biztosítottra érvényes fedezetek fizetendő havi díjának kell elérnie a minimális havi díj összegét.

A biztosítási fedezetek díjának biztosító részéről történő emelése

63. Az **életbiztosítási fedezet** díja a biztosított aktuális életkorától függően kerül meghatározásra és a szerződés tartama alatt emelkedik az Általános Szerződési Feltételek hatályos 2. számú mellékletében foglaltak szerint.

A **baleset- és egészségbiztosítási fedezetekre** a biztosító határozott időtartamra állapítja meg a díjat. Amennyiben a baleset- és/vagy egészségbiztosítási fedezetek meghosszabbításra kerülnek, a biztosító a szerződés tartama alatt, a meghosszabbítás keretében a meghosszabbított fedezetekre a biztosítási évfordulótól kezdődő hatállyal új díjat állapíthat meg. A biztosító az új díj megállapítása során figyelembe veszi a biztosított életkorának növekedéséből eredő biztosítási kockázat változását, összegbiztosítási fedezetek esetén az aktuális biztosítási összeget, szolgáltatásfinanszírozó fedezetek esetén a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) által publikált fogyasztói- illetve egészségügyi árindex, valamint keresetindex változást.

A díjfizetés tartama, a díj esedékessége

64. A **rendszeres** díjat a szerződés megszűnése napjáig kell megfizetni.

A szerződő és a biztosító a szerződés első díjának megfizetésére vonatkozóan díjhalasztásban állapodnak meg.

A **halasztott első díjat** legkésőbb a szerződés tartamának kezdetétől számított 15. nappal bezárólag kell megfizetni.

Minden további díj annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

A szerződés első díját a biztosító a szerződés tartamának kezdetétől számolja el. A kockázatviselés kezdete és a tartam kezdete közötti időszakra a biztosító a kockázatot díjfizetés nélkül vállalja.

Amennyiben a szerződés bármely díját a fent megjelölt időpontig (esedékesség) nem fizetik meg, úgy a biztosító írásbeli felszólító levélben, – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – pontos dátummal jelölve, a felszólítás elküldésétől számított legalább 30 napos póthatáridőt ad a díj megfizetésére.

Ha a szerződő az esedékes díjnak csak egy részét fizeti meg, és a biztosító – a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó szabályok megfelelő alkalmazásával – eredménytelenül hívta fel a szerződő felet a befizetés kiegészítésére, a szerződés változatlan biztosítási összeggel, illetve szolgáltatási limitekkel a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn.

65. A szerződés díjmentesítésére, a díjfizetés átmeneti szüneteltetésére nincs lehetőség.

A szerződésre alkalmazott díjengedmények és pótdíjak

66. A biztosító a szerződés díjára vonatkozóan engedményeket és pótdíjakat alkalmaz. Abban az esetben, ha a szerződésre többféle díjengedmény, illetve pótdíj érvényes, akkor a szerződés díja az alkalmazandó kedvezmények, illetve pótdíjak szorzóinak szorzatával módosul. A szerződés

engedményekkel és pótdíjakkal módosított fizetendő díja el kell, hogy érje a jelen Általános Szerződési Feltételek szerinti minimális díj mértékét. A kivételeket szintén a jelen Általános Szerződési Feltételek tartalmazzák.

A szerződésre alkalmazott díjengedmények

67. A biztosító által alkalmazott díjengedményeket – százalékban és díj szorzó formájában is – a jelen Általános Szerződési feltételek tartalmazzák. Díjengedmény alkalmazása esetén a szerződés díjának és az engedményhez tartozó díj szorzónak a szorzata eredményezi a fizetendő díjat.

Ha a szerződés olyan adata változik a tartam alatt, melynek alapján a biztosító a szerződésre díjengedményt alkalmaz, akkor a szerződés fizetendő díja az egyes engedményekhez kapcsolódó szabályokban rögzítettek szerint, a változások hatályba lépése napjával módosul.

A szerződésre érvényes díjengedmények típusai a szerződés tartama alatt nem változnak.

A biztosítási fedezetre vonatkozó díjengedmény a fedezet díját csökkenti. A fedezetek az engedménnyel csökkentett díjjal kerülnek a szerződés díjában figyelembevételre.

Engedmény a biztosítási fedezet díjából több biztosított esetén

68. Ha a szerződésben több biztosítottra is vonatkozik biztosítási fedezet, akkor a **2. számú és minden további sorszámú biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezetek díja az alábbi engedménnyel csökken.**

Engedmény a 2., valamint a további sorszámú biztosítottakra vonatkozó élet-, baleset- és egészségbiztosítási fedezetek díjából	Engedmény mértéke	
	százalékban	díj szorzó formájában
	8%	0,92

Amennyiben a szerződés tartama során az 1. számú biztosítottra szóló kockázatviselés megszűnik és helyére a 2. számú biztosított lép, akkor az 1. számú biztosított helyébe belépő biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet biztosítási díja a továbbiakban, a változást követő első díjesedékesség napjától a kedvezmény figyelembevétel nélkül kerül megállapításra.

Partner kedvezmény

69. Abban az esetben, ha a szerződő a szerződésre vonatkozó ajánlat aláírásának időpontjában a biztosítónál érvényben lévő, rendszeres díjfizetésű egyéni életbiztosítási, egészségbiztosítási, lakossági vagyon- vagy gépjármű (gfb, casco) biztosítási szerződéssel rendelkezik, a biztosító engedményt ad a szerződésnek a szerződő által fizetendő díjából. Az engedmény mértéke – százalékban és díj szorzó formájában az alábbi:

Partner kedvezmény	Engedmény mértéke	
	százalékban	díj szorzó formájában
	10%	0,90

Ha a szerződés tartama alatt a kedvezményre jogosító szerződés megszűnik, a megszűnést követő első díjesedékesség napjától a partner kedvezmény törlésre kerülhet.

A szerződőnek a szerződés tartama alatt újonnan létrejött szerződése alapján partner kedvezményt nem nyújt a biztosító.

Üzletkötői engedmény

70. A biztosító üzletkötői díjengedményt nyújthat a szerződéskötés során a szerződőnek. A kedvezmény alkalmazása esetén a szerződő által fizetendő díj az engedmény mértékével csökken.

Az üzletkötői díjengedmény alkalmazása esetén a szerződés díja a jelen Általános Szerződési Feltételekben meghatározott minimális díj alá csökkenhet.

Akciós kedvezmény

71. A biztosító a szerződés díjából időszakosan, az általa meghirdetett értékesítési akcióra a szerződéskötés során kedvezményt adhat. Az akciós kedvezmény mértékét és az igénybevétel időszakát a biztosító eseti jelleggel a honlapján teszi közzé.

A szerződésre érvényes pótdíjak

72. A biztosító által alkalmazott pótdíjakat – százalékban és díj szorzó formájában is – a jelen Általános Szerződési feltételek tartalmazzák. Pótdíj alkalmazása esetén a szerződés díjának és a pótdíjhoz tartozó díj szorzónak a szorzata eredményezi a fizetendő díjat.

Ha a szerződés olyan adata változik a tartam alatt, melynek alapján a szerződésre pótdíj kerül alkalmazásra, akkor a szerződés fizetendő díja az egyes pótdíjakra vonatkozó szabályokban rögzítettek szerint, a változások hatályba lépése napjával módosul.

A szerződésre érvényes pótdíjak típusai a szerződés tartama alatt nem változnak.

Díjfizetési módtól függő pótdíj

73. A szerződő által választott díjfizetési módtól (postai csekk, banki díjlehívás, átutalás, bankkártyás díjfizetés) függően a biztosító pótdíjat alkalmazhat. Az egyes díjfizetési módokra alkalmazott pótdíjak mértéke – százalékban és díj szorzó formájában az alábbi.

Díjfizetési módtól függő pótdíj	Pótdíj mértéke	
	százalékban	díj szorzó formájában
banki díjlehívással történő díjfizetés esetén	0% (a biztosító nem alkalmaz pótdíjat)	1,00
bankkártyás díjfizetés esetén	3%	1,03
átutalással történő díjfizetés esetén	5%	1,05
postai csekken történő díjfizetés esetén	10%	1,10

A biztosító a díjfizetés módját és az ettől függő pótdíjat a szerződő nyilatkozatának beérkezését követő hónap első napjával módosítja.

Díjfizetési gyakoriságtól függő pótdíj

74. A biztosító a szerződő által választott díjfizetési gyakoriságtól függően pótdíjat alkalmazhat a szerződésre.

Az egyes díjfizetési gyakoriságokra alkalmazott pótdíj mértéke – százalékban és díj szorzó formájában az alábbi.

Díjfizetési gyakoriságtól függő pótdíj	Pótdíj mértéke	
	százalékban	díj szorzó formájában
havi díjfizetési gyakoriság esetén	5%	1,05
negyedéves díjfizetési gyakoriság esetén	3%	1,03
féléves díjfizetési gyakoriság esetén	2%	1,02
éves díjfizetési gyakoriság esetén	0% (a biztosító nem alkalmaz pótdíjat)	1,0

A biztosító a díjfizetés gyakoriságát és az ettől függő pótdíjat a szerződő nyilatkozatának beérkezését követően fizetendő első díj esedékességének napjával módosítja.

Kommunikáció módjától függő pótdíj

75. Abban az esetben, ha a szerződő az ajánlaton nem elektronikus kommunikációban állapodik meg a biztosítóval, a biztosító a szerződés díjára pótdíjat alkalmaz.

A kommunikáció módjától függő pótdíj mértéke – százalékban és díj szorzó formájában – az alábbi.

Kommunikáció választott módjától függő pótdíj	Pótdíj mértéke	
	százalékban	díj szorzó formájában
hagyományos (postai) kommunikáció esetén	5%	1,05
e-kommunikáció (elektronikus kommunikáció) esetén	0% (a biztosító nem alkalmaz pótdíjat)	1,0

A biztosító a kommunikáció módját és az ettől függő pótdíjat a szerződő nyilatkozatának beérkezését követő hónap első napjával módosítja.

Az értékkövetés

76. Az értékkövetés a szerződés rendszeres díjának, ezen belül a biztosítási fedezetek díjának, illetve a biztosítási fedezetek biztosítási összegének évente egy alkalommal végrehajtott emelése.

Tekintettel arra, hogy a szolgáltatásfinanszírozó fedezetek biztosítási összeggel nem rendelkeznek, ezen fedezetekre a biztosító értékkövetést nem alkalmaz. A biztosító jogosult a jelen feltételekben foglalt keretek között a szolgáltatásfinanszírozó fedezetek díjának emelésére.

Az értékkövetés a szerződés értékállósága érdekében és/vagy az árszínvonal emelkedése miatt kerül végrehajtásra.

Biztosítási fedezet indexe: Az összegbiztosítási fedezet biztosítási összegének értékkövetéssel történő emelése, melyet a biztosító évente írásban, a szerződés évfordulójától kezdődő hatállyal ajánlhat fel a szerződőnek. Baleset- és egészségbiztosítási fedezet esetén az indexálásra abban az esetben kerül sor, ha a biztosítási fedezet tartama automatikusan meghosszabbodik.

Index jelölése: A szerződő megválasztja a biztosítási fedezetre vonatkozó értékkövetés mértékét.

77. A biztosító minden évben az évforduló előtt legalább 45 nappal írásban értesíti a szerződőt

a) a biztosítási fedezetre felajánlott index mértékeiről, valamint arról, hogy a szerződő által választható index mérték esetén a biztosítási összegek az évfordulótól milyen összegre változhatnak, figyelemmel a minimális

díjra vonatkozó szabályokra is. A következő biztosítási időszakra a szerződő által választott index szerinti biztosítási összeg érvényes.

- b) a biztosítási fedezetek díjának és a díjak összegeként a szerződés rendszeres díjának az évfordulótól kezdődően hatályos változásáról.

Az összegbiztosítási fedezetek biztosítási összegének emelésével a biztosítási fedezetek díja, ezáltal a szerződés díja is emelkedik. A fizetendő díj emelkedésének mértéke eltérhet a biztosítási összeg emelkedésének mértékétől.

A biztosító a szerződésben szereplő biztosítottakra, a biztosított életkorától függően, különböző index-mértékeket ajánlhat fel.

- 78. Az életbiztosítási fedezet biztosítási összegére a biztosító a biztosított 70. életéve betöltését követő évfordulótól kezdődően a biztosított 85. életéve betöltését követő évfordulóig (ezt az évfordulót is beleértve) rögzített, 3%-os értékkel csökkentést érvényesít. A biztosító az ilyen életkorú biztosított életbiztosítási fedezetére ettől eltérő index-mértéket nem ajánl fel. A szerződő az ilyen életkorú biztosítottra vonatkozóan nem jogosult a rögzített értékkel csökkentést elutasítani, vagy ettől eltérő mértékű értékkel csökkentést kezdeményezni.**

79. Az indexálás során a 85. életévet betöltött biztosítottra vonatkozó életbiztosítási fedezetet a biztosító a biztosított 85.életévének betöltését követő évfordulójáig veszi figyelembe, tekintettel arra, hogy az adott biztosítottra kötött életbiztosítási fedezet biztosítási díja ezen időpontig fizetendő.

A biztosított 85. életéve betöltését követő második évfordulón és a további évfordulókon a biztosított életbiztosítási fedezetére a biztosító nem ajánl fel indexálást. A szerződő az ilyen életkorú biztosítottra vonatkozó **életbiztosítási**

fedezetre nem jogosult értékkel csökkentést kezdeményezni.

80. A szerződő a biztosító értesítésének kézhezvétele után, a szerződés évfordulóját megelőző 15. napig értesítheti a biztosítót
- a biztosítási fedezetek biztosító által felajánlott indexének elfogadásáról,
 - a biztosító által felajánlott indextől eltérő mértékű értékkel csökkentést kezdeményezéséről vagy
 - a biztosítási összeg emelésének elutasításáról.

Amennyiben a b) pont szerint a szerződő a **biztosító által felajánlott indextől eltérő mértékű értékkel csökkentést kezdeményez** és a szerződő által megjelölt emelt biztosítási összeg meghaladja a biztosító által felajánlott valamennyi értéket, a biztosító jogosult elutasítani a szerződő kezdeményezését, illetőleg egészségi nyilatkozat kitöltését vagy orvosi vizsgálat elvégzését előírni. A biztosító ez utóbbiak alapján dönt az eltérő mértékű emelés elfogadásáról. Az orvosi vizsgálat költségét a biztosító viseli. A biztosított az elvégzett orvosi vizsgálatok eredményét az egészségügyről szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

Az index módosítása az évfordulótól hatályos.

Ha a biztosító a szerződő b) pont szerinti kezdeményezését elfogadja és a biztosítási fedezetek indexálása megtörténik, akkor az emelt díjról a biztosító a szerződőnek küldött tájékoztatásban értesíti a szerződőt.

81. Ha a szerződő ugyan nyilatkozik arról, hogy a biztosító által felajánlott értékkel csökkentést meghaladó mértékben kívánja emelni a biztosítási összeget, azonban
- a szerződés évfordulójaig a biztosító kérése ellenére nem bocsátja a biztosító rendelkezésére a biztosított által kitöltött és aláírt egészségi nyilatkozatot, vagy
 - a biztosított nem veti alá magát az orvosi vizsgálatnak,
- akkor a szerződés évfordulójától kezdődően a biztosítási összegre a biztosító által

felajánlott legmagasabb mértékű értékkövetés érvényes.

82. Amennyiben a biztosító által felajánlott indexálás alapján a szerződő **a biztosítási fedezetet nem kívánja fenntartani**, úgy a szerződő a fentiekén túlmenően a biztosító értesítésének kézhezvétele után, a szerződés évfordulóját megelőző 30. napig értesítheti a biztosítót a biztosítási fedezet évfordulóra történő felmondásáról, vagy a szerződést felmondhatja.

83. Ha a szerződő a szerződés évfordulóját megelőző 15. napig nem értesíti a biztosítót az értékkövetés elfogadásáról, módosításáról vagy elutasításáról, akkor a szerződés évfordulójától kezdődően a biztosítási összegre

- a) a biztosító által felajánlott legalacsonyabb mértékű értékkövetés,
- b) az életbiztosítási fedezetre a biztosított 70. életéve betöltését követő évfordulótól kezdődően a biztosított 85. életéve betöltését követő évfordulóig (ezt az évfordulót is beleértve) a rögzített, 3%-os értékkövetés érvényes.

A biztosító által felajánlott legalacsonyabb értékkövetés mértéke: 3%

A minimális díj értékkövetéssel történő emelése

84. A biztosító a szerződés minimális díját a szerződés tartama alatt az előző módosítás óta eltelt időszakra vonatkozó, a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett éves keresetindex változása, ennek megszűnése esetén a fogyasztói árindex változás miatt és azzal megegyező mértékben jogosult módosítani.

A biztosító a szerződés minimális díját jogosult a minimális díj utolsó módosítása óta eltelt időszakra vonatkozó kumulált mértékkel változtatni.

85. A szerződés tartamának első 3 évében a szerződés minimális díját a biztosító nem

változtatja meg. A szerződés tartamának első 3 éve alatt a biztosító által, az állományában lévő szerződésekre végrehajtott minimáldíj-emelést a biztosító a 4. évre vonatkozó díjemelés során érvényesíti a szerződésre.

A biztosító a minimális díj változtatása szempontjából az első időszakot 2024.január 1-jei kezdettel veszi figyelembe.

86. Amennyiben a szerződésre végrehajtott minimális díj-emelés következtében a szerződés díja már nem éri el a minimális díjat, a biztosító az emelt minimális díjat elérő értékkövetést (a szerződés díjának és a szerződésben lévő biztosítási fedezetekhez kapcsolódó biztosítási összegeknek és díjaknak az arányos egyidejű emelése) hajt végre a szerződésen, amelynek következtében a szerződés díja eléri az emelt minimális díjat. A biztosító a biztosítási összeg emeléséhez kapcsolódóan jogosult kockázatelbírálást végezni.

87. Annak érdekében, hogy a szerződés díja elérje a biztosító által megállapított emelt minimális díjat, a szerződőnek lehetősége van a szerződés jelen Általános Szerződési Feltételek szerinti változtatására (új biztosított megjelölésére, a biztosítottakra vonatkozóan új biztosítási fedezet létrejöttének kezdeményezésére, vagy a biztosítási fedezetek biztosítási összegének emelésére).

88. Abban az esetben, ha a szerződő nem fogadja el a szerződés díjának biztosító által végrehajtott emelését, akkor a szerződést módosítani kell az évfordulóra, akként, hogy a szerződés díja elérje vagy meghaladja az emelt minimális díjat. Ha szerződő az évfordulóra nem módosította a szerződést, akkor a szerződés az évfordulóval megszűnik.

A szerződés változtatása

A biztosítási fedezetek biztosítottainak, a biztosítási fedezeteknek és a biztosítási összegeknek a megváltoztatása

89. A szerződőnek a szerződés tartama alatt a szerződés valamely évfordulójával kezdődő hatállyal joga van
- a biztosított visszavonására. Ez esetben a biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet megszűnik annak a biztosítási időszaknak az utolsó napjával, amely biztosítási időszakban a szerződői nyilatkozat a biztosítóhoz beérkezik,
 - új biztosított megjelölésére és rá vonatkozóan új biztosítási fedezetek létrejöttének kezdeményezésére,
 - a biztosítottra vonatkozóan új biztosítási fedezetek létrejöttének kezdeményezésére,
 - a biztosítottra vonatkozóan biztosítási fedezetek megszüntetésére,
 - a biztosítási fedezetek biztosítási összegeinek megváltoztatására.

A szerződő egyidejűleg legfeljebb 10 biztosítottat jelölhet a szerződésben. Új biztosított kijelölése csak a rá vonatkozó fedezet létrejöttével együtt érvényes.

90. **A szerződőnek a szerződés tartama alatt nincs lehetősége a minden biztosítottra kötelezően választandó életbiztosítási fedezet**
- megszüntetésére,
 - biztosítási összegének csökkentésére úgy, hogy az a biztosító által meghatározott minimális biztosítási összegnél (100 000 Ft) alacsonyabb legyen, továbbá
 - biztosítási összegének emelésére a biztosított 70. életéve betöltését követő évfordulón és azt követően (az életbiztosítási fedezet biztosítási összege a jelen Általános Szerződési Feltételek szerinti rögzített értékkel követés mértékével emelkedik).

91. A biztosított hozzájárulása és a felek közös megegyezése szükséges
- a biztosított jelöléséhez,
 - a biztosítottra vonatkozóan új biztosítási fedezetek kötéséhez és
 - a biztosítottra vonatkozóan biztosítási fedezetek biztosítási összegének emeléséhez.

Abban az esetben, ha a szerződő az életbiztosítási, baleset-biztosítási vagy egészségbiztosítási fedezetek fenti változtatására vonatkozóan nyújt be írásbeli igényt a biztosítóhoz, akkor a biztosító az igény elbírálásához jogosult az egészségi nyilatkozat kitöltését vagy orvosi vizsgálat elvégzését előírni. Az orvosi vizsgálat költségét a biztosító viseli. A biztosított a rá vonatkozóan elvégzett orvosi vizsgálatok eredményét az egészségügyről szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

A biztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási összeg megváltoztatásával, annak hatályától, a biztosítási fedezet díja is változik.

A biztosító a szerződő írásbeli igényének biztosítóhoz történő beérkezésétől számított 15 napon belül, ha egyedi kockázatelbírálás szükséges, akkor 60 napon belül elbírálja a szerződő igényét.

A változtatásra vonatkozó igény teljesítéséhez a biztosító elfogadó nyilatkozata és a biztosított hozzájárulása nem szükséges

- a biztosított visszavonása
- a biztosítási fedezetek megszüntetése
- a biztosítási összeg csökkentése esetén.

A 89. a)-e) pontban foglalt változtatás

- a szerződő által a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatban kezdeményezhető,
- az erre vonatkozó igény beérkezését követő biztosítási időszak (azaz biztosítási év) első napján 0 órától kezdődően hatályos, feltéve, hogy a biztosító az igényt írásban elfogadta.

A szerződő igényének elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni.

módosításáról közös megegyezés keretében külön állapodhat meg.

A szerződés díjával kapcsolatos módosítások

A díjfizetési gyakoriság módosítása

92. A **szerződő** a biztosítóhoz intézett nyilatkozatával a tartam alatt módosíthatja a szerződés díjfizetési gyakoriságát. A szerződő erre vonatkozó írásbeli igénye alapján a módosításra az igény beérkezését követő díjesedékesség időpontjától van lehetőség. A szerződő olyan díjfizetési gyakoriságot választhat, melyben a díj egyik esedékessége megegyezik az évfordulóval.

A biztosító a díjfizetés gyakoriságát a szerződő nyilatkozatának beérkezését követően fizetendő első díj esedékességének napjával módosítja.

A díjfizetési mód változtatása

93. A **szerződő** a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával a tartam alatt bármikor megváltoztathatja a rendszeres díjfizetésű szerződés díjfizetési módját. A választható díjfizetési módokat a jelen szerződési feltételek tartalmazzák.

A biztosító a díjfizetés módját a szerződő nyilatkozatának beérkezését követő hónap első napjával módosítja.

A szerződés díjának szerződő általi módosítása

94. A szerződőnek a szerződés díjának módosítására vonatkozó lehetőségeit a jelen szerződési feltételek tartalmazzák.

A **szerződő és a biztosító** a fizetendő rendszeres díjnak a jelen szerződési feltételekben nem szabályozott

A kommunikáció módjának módosítása

95. A **szerződő** a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával a tartam alatt bármikor megváltoztathatja a szerződésre érvényes kommunikáció módját. A kommunikáció választható módját a jelen szerződési feltételek tartalmazzák. A biztosító a kommunikáció módját a szerződő nyilatkozatának beérkezését követő hónap első napjával módosítja.

Egyéb módosítással kapcsolatos szabályok

96. Nem tekinthetők a szerződés módosításának
- azok a szerződésben bekövetkezett változások, amelyekre a jelen szerződési feltételek, valamint a biztosítási fedezetek Szerződési Feltételei lehetőséget adnak, valamint
 - azok a rendelkezések, amelyekre a szerződőt a jelen szerződési feltételek, valamint a biztosítási fedezetek Szerződési Feltételei feljogosítják, függetlenül attól, hogy a változtatáshoz szükséges-e a biztosító elfogadó nyilatkozata.

A biztosítási esemény

97. A biztosítási események meghatározását a biztosítási fedezetek Szerződési Feltételei tartalmazzák, azzal, hogy a biztosítási események tekintetében az alábbi fogalmak alkalmazandók valamennyi biztosítási fedezet esetén.

Baleset: A kockázatviselési időszakban a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő, külső fizikai vagy kémiai behatás.

Nem minősül balesetnek a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom),

fagyás, napszúrás, hőség, porckorongsérülés, sérv, agyvérzés, továbbá a nem baleseti eredetű vérzés. Nem tekinthető balesetnek az öngyilkosság, öncsonkítás vagy ezek kísérlete még akkor sem, ha azt a biztosított tudatzavarban követte el. Nem minősül továbbá balesetnek az Achilles ín húzódása és/vagy szakadása, a boka ficama és/vagy zúzódása és/vagy rándulása kivéve, ha közlekedési baleset során következik be, a habituális ficam és a patológiás törés.

Közlekedési baleset: Az a baleset, amelyet a járművel vagy gyalogosként közlekedő biztosított valamely közlekedésben részt vevő jármű balesetével összefüggésben szenved el. Nem minősül közlekedési balesetnek, ha a kerékpáros balesetében más jármű vagy gyalogos nem hatott közre.

Közlekedési balesetből eredő halál: A közlekedési baleset következtében, a balesettől számított 1 éven belül bekövetkező halál.

A biztosító a biztosítottakra vonatkozó biztosítási fedezetek biztosítási eseményének bekövetkezése esetén a szerződési feltételek szerint teljesít szolgáltatást.

Kizárások

98. Az alábbi esetekben a biztosító nem nyújt szolgáltatást, tekintettel arra, hogy nem következik be biztosítási esemény.

Általános szabályok

99. Nem minősül biztosítási eseménynek, ha a biztosított halála, balesete vagy betegsége

- a) háborús, polgárháborús vagy harci eseményben, megszállás során, külső ellenség cselekménye során, ellenségeskedés során vagy – hadüzenettel vagy anélkül – végrehajtott hadműveletben, felkelésben, lázadásban, forrongásban, zavargásban vagy népfelkeléshez, népi megmozduláshoz vezető zavargásban, katonai felkelésben, forradalomban való részvétellel összefüggésben,

- b) katonai vagy egyéb hatalomátvételben, katonai közigazgatás, szükségállapot során vagy bármely olyan eseményben, amely a katonai közigazgatás vagy szükségállapot kihirdetéséhez vagy fenntartásához vezet (kivéve azt az esetet, ha erre hivatali vagy közszolgálati kötelezettség teljesítése miatt került sor),
- c) a biztosított terrorcselekményben való tevőleges részvétele miatt,
- d) közvetlenül vagy közvetve bármely terrorcselekmény következményeként, vagy azzal kapcsolatosan,
- e) atommag szerkezeti módosulása, illetőleg radioaktív sugárzás vagy egyéb ionizáló sugárforrás hatása miatt (ha azt nem terápiás célból vette igénybe),
- f) atom, biológiai vagy vegyi fegyverek, vagy radioaktív, biológiai vagy vegyi anyagok használatára közvetlenül vagy közvetetten visszavezethető okból, – vállalati telephelyek és más ingatlanok (pl. atomerőmű, újrafeldolgozó üzem, állandó vagy ideiglenes hulladéklerakók, kutató reaktorok, raktárak vagy gyárak), vagy ezek részei, telkek, mozgatható eszközök (pl. szállító vagy tároló konténerek) elleni támadás vagy az ezekbe történő szándékos behatolás miatt, mely radioaktivitás, illetve atom, biológiai vagy vegyi eredetű hadianyagok vagy alkotórészek kibocsátásához vezet,–
következett be, vagy a fentiekkel közvetett vagy közvetlen összefüggésben következett be.

Az a) és a b) pont alapján a biztosító kockázatvállalása nem terjed ki a közvetlenül vagy közvetve bármely felsorolt esemény által okozott, illetve eseményből eredő, vagy azzal kapcsolatosan bekövetkező bármely természetű káreseményre tekintet nélkül az ahhoz hozzájáruló, egyidejűleg vagy egymást követően bekövetkező okra, vagy eseményre.

A biztosító nem nyújt szolgáltatást az a) és b) pontban felsorolt események

megfékezése, megelőzése, elfojtása, csökkentése érdekében kifejtett, vagy azokkal bármilyen kapcsolatban álló tevékenység által közvetlenül vagy közvetve okozott, vagy abból eredő, illetve ahhoz kapcsolódó bármilyen természetű káreseményre.

A c) és a d) pontban szereplő terrorizmus alapján **a biztosító kockázatvállalása nem terjed ki** a közvetlenül vagy közvetve bármilyen **terrorcselekmény által okozott, illetve terrorcselekményből eredő, vagy azzal kapcsolatosan bekövetkező bármely természetű káreseményre** tekintet nélkül az ahhoz hozzájáruló, egyidejűleg vagy egymást követően bekövetkező okra, vagy eseményre.

Jelen szerződési feltételek szempontjából **terrorcselekmény** bármely erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális és immateriális javakra, az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politika, vallási, ideológiai, illetve etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

A biztosító nem vállal kockázatot semmilyen káreseményre, amelyet közvetlenül vagy közvetve **a terrorcselekmény megfékezése, megelőzése, elfojtása, csökkentése érdekében kifejtett, vagy a terrorcselekménnyel bármilyen kapcsolatban álló tevékenység okozott, vagy abból ered, illetve ahhoz kapcsolódóan következett be.**

A biztosító abban az esetben sem nyújt szolgáltatást, ha az f) pontban szereplő támadás vagy behatolás **az információs technológia eszközeinek használatával** következett be.

A biztosító ebben az esetben a biztosított életbiztosítási, illetve baleset- és/vagy egészségbiztosítási fedezetére vonatkozó szolgáltatást nem teljesíti.

A kizárás különös esetei

100. **Az élet-, baleset- és/vagy egészségbiztosítási fedezet esetén a biztosító nem teljesít szolgáltatást, ha a biztosítási esemény a biztosított**
- a) **orvosi javallat nélküli vagy nem az előírt adagolásban való gyógyszereszedése miatt,**
 - b) **ittas állapotával vagy kábító-, illetve egyéb bódulatot keltő szerek hatása alatti állapotával okozati összefüggésben,**
 - c) **elme- vagy tudatzavarásával, bármilyen okú eszméletvesztésével, illetve, baleset- és/vagy egészségbiztosítási fedezet esetén, öngyilkosságával vagy annak kísérletével okozati összefüggésben,** életbiztosítási fedezet esetén a szerződéskötés napjától, illetve (a fedezet későbbi létrejötte esetén a fedezet létrejötte napjától) számított **2 éven belül elkövetett öngyilkosságával összefüggésben,**
 - d) a testén saját maga vagy hozzájárulásával mások, de **nem orvosi szakképzettséggel rendelkező személyek által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodása** következtében (kivéve, ha erre valamely biztosítási esemény miatt kerül sor), vagy
 - e) **szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye** folytán vagy azzal összefüggésben,
 - f) **jogosítvány nélküli gépjárművezetése miatt,** illetve
 - g) **hivatásos sportolóként gyakorolt sporttevékenység** (mérkőzés, verseny, edzés) során elszenvedett balesetével vagy
 - h) **sportversenyen** történt balesetével (sportbaleset) összefüggésben,
 - i) **extrém sportnak minősített sporttevékenységgel** összefüggésben következett be.

Hivatásos sportoló az, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá

megbízási szerződés alapján
jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet
folytat, és rendelkezik hivatásos sportolói
engedéllyel.

Extrém sportnak minősül:

- a) minden olyan hivatásos vagy amatőr sporttevékenység, melynek gyakorlásához általában a megszokottól jelentősen eltérő helyszín és felszerelés szükséges. Mivel végzése – az általánosan vett sporttevékenységtől eltérően – sokszor veszélyes, ezért megfelelő előkészületet, speciális felszerelést és körülményeket (környezetet), esetenként segítő közreműködését igényli, valamint
- b) mindazon sporttevékenység, mely során a biztosított a sporttevékenységre kijelölt pályáról letér.

**Jelen biztosítás extrém sport definíciója
eltér a Nemzeti Egészségbiztosítási
Alapkezelő által meghatározott definíciótól.**

Extrém sportnak minősülnek különösen, de nem kizárólagosan a következő sportok: akadályfutás (ideértve „spartan race“-t), amerikai futball, autóvezetés közúton kívül (ideértve különösen a terep rally-t), barlangászat, barlangi bújárkodás, bázisugrás, bungee jumping, bújárkodás 5 méter mélységet meghaladóan, canyoning, downhill kerékpározás, falmászás, gördeszkaparkban végzett sporttevékenységek (bmx, gördeszkázás, sorkorcsolyázás, rollerozás), küzdősportok (ideértve a következő sportokat: MMA, thai box,), hegymászás (alább felsorolt esetei), hegyikerékpározás (mountain bike), hőlégballonos repülés, hydrospeed, jetski, kitesurf, korcsolyázás extrém parkban, motorcsónakkal vontatott sporteszközök használata (ideértve különösen az ejtőernyőt és a vízisít), motorozás közúton kívül, műrepülés, parcour, rafting (vadvízi evezés), rögbi, sárkányrepülés, siklóernyőzés, slackline minden típusa, sziklamászás, sziklaugrás, tengeri kajakozás, tengeri kenuzás, motor nélküli vagy segédmotoros vitorlázó repülőgéppel történő repülés, műrepülés, quadozás, versenytáncok

(ideértve különösen a balett, hiphop, akrobatikus rock and roll), vitorlázás, vízi ejtőernyőzés (parasailing), wakeboardozás, windsurf.

Hegymászásnak minősülnek a következők:

- a) hegyvidéken történő túrázás, ha annak során a biztosított a kijelölt turistaútról letér (magasságtól függetlenül),
- b) hegyvidéken történő túrázás, ha az útviszonyok speciális felszerelés használatát indokolják (pl. kötélbiztosítás, hágóvas, jégcsákány stb.),
- c) 3000 méter magasság felett végzett túrázás,
- d) a via ferrata típusú, az osztrák besorolás alapján „C“-nél nagyobb nehézségi fokozatú útvonalon végzett túrázás.

Amennyiben a hegymászás útvonalának bármely szakaszára teljesül a fenti feltételek valamelyike, úgy az adott útvonal egyéb szakaszain történő túrázás is hegymászásnak minősül.

**101. A baleset-biztosítási fedezet
vonatkozásában nem terjed ki a biztosító
fedezetvállalása a baleset előtt bármely
okból már károsodott, sérült, csonkolt,
illetőleg funkciójában korlátozott
testrészekre, szervekre.**

A biztosítási esemény bejelentése

102. A kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 30 napon belül be kell jelenteni a biztosítónak, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, csatolni kell a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges iratokat, valamint lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. Ennek elmulasztása esetén, **amennyiben emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak, a biztosító**

megtagadhatja a biztosítási szolgáltatás teljesítését.

A biztosítási esemény az alábbi módon jelenthető be:

- személyesen,
- postai levélben az alábbi címen,
Allianz Hungária Zrt.
Operációtámogatási osztály
1387 Budapest, Pf. 11
- e-mailben, az esz@allianz.hu címre küldött elektronikus levélben, ha az az e-mail cím, amiről az üzenetet küldték a küldő személyéhez kapcsolt, korábban rögzített e-mail cím.

A biztosítási esemény igazolásához benyújtandó dokumentumok

103. A biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges dokumentumokat a biztosító részére be kell nyújtani vagy be kell mutatni.

A biztosítási esemény igazolásához, valamint a biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez a biztosító az alábbi dokumentumok benyújtását, illetve bemutatását kérheti:

A) A haláleset bekövetkezését igazoló okiratok életbiztosítási fedezetben foglalt biztosítási esemény esetén:

- a) halotti anyakönyvi kivonat másolata,
- b) a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány (halottvizsgálati bizonyítvány) másolata.

B) Személyazonosító iratok

- a) a szolgáltatás igénybevételére jogosult természetes személy személyazonosságát, jogi személy azonosítását szolgáló, igazoló iratok, okiratok, adatok így
 - természetes személy esetén: személyazonosító igazolvány vagy útlevél vagy kártya formátumú vezetői engedély, valamint lakcímet igazoló hatósági igazolvány,

továbbá adóazonosító dokumentum – pl. adókártya vagy nem magyar adóügyi illetőséggel és nem magyar adóazonosító jellel rendelkező természetes személy esetén az adóilletőség országa szerinti adóazonosítót tartalmazó dokumentum másolati példánya,

- jogi személy esetén: cégjegyzékszámot vagy nyilvántartási számot és adószámot tartalmazó 30 napnál nem régebbi cégkivonat, valamint adóazonosító dokumentum, továbbá nem magyar adóügyi illetőséggel és nem magyar adószámmal rendelkező jogi személy esetén az adóilletőség országa szerinti adóhatóság 30 napnál nem régebbi illetőségigazolásának másolati példánya,

- b) a szolgáltatás igénybevételére jogosult jogi személy nevében eljáró természetes személy eljárási jogosultságát igazoló dokumentumok,

C) Hatósági, hivatali okiratok

- a) a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult bármilyen hatósági eljárás, vizsgálat során keletkezett helyszíni szemle jegyzőkönyve, szakvélemény, meghallgatási jegyzőkönyv, hatósági értesítés és igazolás,
- b) a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult közigazgatási eljárás során keletkezett, az eljárást lezáró jogerős határozat,
- c) a közlekedési balesettel kapcsolatos hatósági iratok (a járművezető biztosított érvényes jogosítványa, vagy jogosítvány hiányában a vezetésre jogosító irat kiállítására jogosult és illetékes minisztérium által kiadott hivatalos igazolás, forgalmi engedély),
- d) ha a szolgáltatásra jogosult a biztosított örököse, az öröklésről szóló jogerős közjegyzői vagy bírósági határozat, illetőleg jogerős öröklési bizonyítvány másolata,
- e) ha a kifizetés vagy szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú,

- akkor a képviselőjében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása,
- f) ha a kifizetés igénybevételére jogosult személy gondnokság alatt áll, akkor a képviselőjében eljáró gondnok személyazonosságát igazoló gyámhivatali határozat,
 - g) ha külön jogszabály előírja, gyámhivatali engedély a kifizetéshez.

D) Orvosi dokumentumok

- a) a házi orvosi törzskarton és a kezelőkartonok másolata, a szakorvosi és kórházi kezelés dokumentumainak másolata,
- b) Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) és jogelődjei által kiállított igazolások, valamint általa kezelt adatok, az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) felületen elérhető egészségi dokumentumok,
- c) egészségkárosodás esetén az azt igazoló orvosi dokumentumok, azaz az egészségkárosodás bejelentését megelőző utolsó, valamint a baleset bekövetkeztének időpontját követően készült összes orvosi dokumentum,
- d) kórházi tartózkodást igazoló iratok, a zárójelentések és ambuláns kezelőlapok másolata,
- e) a boncolási jegyzőkönyv másolata,
- f) a műtét(ek) részletes leírását tartalmazó műtéti leírás(ok) másolata,
- g) az alkoholfogyasztásra vonatkozó vizsgálat eredményének hivatalos igazolása,
- h) kábító, illetve egyéb bódulatot keltő szer hatásának vizsgálatáról készített hivatalos orvosi irat vagy hatósági határozat,
- i) orvosi diagnosztikai eljárások dokumentumai (pl. röntgen, MRI, CT),
- j) az orvosi kezeléssel kapcsolatos valamennyi irat másolata,

E) A biztosítási szerződéssel kapcsolatos dokumentumok

- a) a haláleset utáni orvosi jelentés,
- b) a biztosítási esemény leírását tartalmazó részletes bejelentés,

- c) a biztosítási fedezetek Szerződési Feltételeiben előírt iratok,
- d) meghatalmazott eljárása esetén meghatalmazás,
- e) adóköteles biztosítási szolgáltatás esetén a biztosító által levonandó adó mértékének megállapításához szükséges dokumentumok.

F) A kifizetéshez szükséges további dokumentumok

- a) azonosítási adatlap,
- b) nyilatkozat a tényleges tulajdonosról,
- c) nyilatkozat kiemelt közszereplői, kiemelt közszereplő közeli hozzátartozói, vagy vele közeli kapcsolatban álló státuszról,
- d) a kifizetésre vonatkozó utalási rendelkezés,
- e) nyilatkozat adóilletőségről,
- f) nem magyarországi adóügyi illetőség esetén a külföldi adóazonosító és az azt tartalmazó dokumentum másolati példánya (adóügyi illetékesség szerinti ország adó- vagy más hatósága által kiállított kétnyelvű igazolás – Certificate of Residency –, mely az adott országbeli adóazonosítót tartalmazza),
- g) szankciós érintettség felmerülése esetén nyilatkozat szankciós érintettségről.

G) Örökös részére teljesítendő kifizetéshez szükséges további dokumentumok

- a) Az Általános Szerződési Feltételek és Ügyfél-tájékoztatáshoz kapcsolódó Adatkezelési és ügyféltájékoztatási, valamint szerződési feltételek kiegészítése című dokumentum személyes adatok kezelése c. részében megjelölt iratok, az örökösök adatainak kezelése kapcsán.

Külföldön bekövetkezett káresemény esetén a biztosító a dokumentumok magyar nyelvű – a szolgáltatás jogosultjának költségén elkészített – **hiteles fordításának bemutatását kérheti.**

A szolgáltatásra való jogosultság elbírálásához benyújtott dokumentumokat a biztosító a biztosított ezirányú kifejezett kérelme hiányában nem köteles visszaküldeni.

A fenti A-G) pontban felsoroltakon kívül a biztosított a bizonyítás általános szabályai szerint más módon is jogosult a biztosítási esemény igazolására.

104. A biztosító jogosult ellenőrizni a biztosítási esemény bekövetkezése kapcsán a benyújtott orvosi dokumentumok tartalmát, valamint felülvizsgálni a biztosított egészségi állapotát és az orvosi eljárás szükségességét. A biztosított tudomásul veszi, hogy az egészségi állapot felülvizsgálatának részét képezheti a biztosító orvosa által végzett vizsgálat.

Egyedi esetekben a biztosító független orvosszakértőt is felkérhet véleményadásra.

A biztosító köteles az adatkezelésre vonatkozó szabályoknak megfelelően kezelni és megőrizni az általa végeztetett orvosi vizsgálatok leleteit, valamint a biztosítással összefüggő, továbbá a kárrendezés során beérkezett, illetve készült iratokat.

A biztosítási szolgáltatás

A szolgáltatás teljesítésének módja, ideje

105. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a Szerződési Feltételekben meghatározott biztosítási fedezetre vonatkozó – a Szerződési Feltételekben meghatározott – biztosítási szolgáltatást teljesíti az arra jogosultnak.

A Szerződési Feltételek alapján biztosítási szolgáltatás:

- a) összegbiztosítás esetén a biztosítási összeg, annak meghatározott része, vagy többszöröse, vagy
- b) a biztosítási fedezet szerződési feltételeiben meghatározott szolgáltatás.

A biztosító a szolgáltatásra jogosult (illetve annak törvényes képviselője) rendelkezése alapján teljesíti a szolgáltatást.

A biztosító a biztosítási szolgáltatást az alábbiak szerint teljesíti a jogosultnak: A biztosítási fedezetekre vonatkozó biztosítási szolgáltatást a szolgáltatás iránti igény igazolásához szükséges utolsó irat, okmány kézhezvételét követő 15 napon belül teljesíti a biztosító, kivéve, ha a biztosítási fedezetek Szerződési Feltételei ettől eltérő rendelkezést tartalmaznak.

A felek megállapodása alapján a biztosítási szolgáltatás -teljesítésének minősül a postára történő feladás, az átutalás, valamint a biztosítottnak, illetve a szolgáltatás jogosultjának kérése esetén, a biztosítónál érvényben lévő más biztosítási szerződés díjára való elszámolás is. A kifizetés napja az az időpont, amikor a fizetendő összeg a biztosító számlájáról utalásra kerül.

Amennyiben a biztosító a biztosítási fedezetekre vonatkozó biztosítási szolgáltatást nem teljesíti – további szükséges iratok bekérése vagy az igény elutasítása miatt –, akkor arról a jogosultat (annak törvényes képviselőjét) az igény teljesítésére vonatkozó határidőtől számított 30 napon belül értesíti.

A biztosító nem teljesít semmilyen kifizetést, illetve nem nyújt semmilyen szolgáltatást a jelen szerződés alapján, ha az ilyen kifizetése vagy az ilyen szolgáltatás nyújtása sértené az Egyesült Nemzetek bármely határozatát vagy az Európai Unió, az Egyesült Királyság vagy az Egyesült Államok kereskedelmi vagy gazdasági szankciókra (pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedésekre) vonatkozó törvényét vagy szabályozását.

106. Amennyiben a biztosító az ügyfél által kapcsolattartásra megadott módokon nem tud az ügyféllel kapcsolatba lépni annak ellenére, hogy az ügyfél ügyletek végrehajtását kezdeményezi, a biztosító kockázaterzékenységi megközelítés alapján megkísérli három hónapon belül legalább

két alkalommal, igazolt módon postai úton írásban felszólítani az ügyfelet – a lehetséges jogkövetkezményekre való egyidejű figyelmeztetés mellett – a biztosítóval való kapcsolat felvételére. A második értesítés sikertelenségét követően a biztosító az ügyfél vagy annak meghatalmazottja általi kapcsolatfelvételig megtagadja az ügyfél által kezdeményezett, négymillió-ötszáz ezer forintot elérő összegű ügylet teljesítését.

107. Ha a kifizetendő biztosítói teljesítés összegét adó vagy más közteher terheli, és ennek viselésére és megfizetésére a biztosító, mint a jogszabály szerinti kifizető a kötelezett, akkor a biztosító a szerződési feltételek alapján az általa fizetendő adó, illetve közteher összegével egyenlő költséget von le, és a levonást követően fennmaradó összeg minősül a jelen szerződési feltételek szerinti biztosítói teljesítésnek.

A biztosító mentesülése

108. Az alábbi esetekben a biztosítási esemény bekövetkezik, azonban a biztosító mentesül a teljesítési kötelezettsége alól ezért nem nyújt szolgáltatást.

109. **A szerződésben foglalt életbiztosítási fedezet vonatkozásában a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosított halála a kedvezményezett szándékos magatartása miatt következett be.** Ebben az esetben a biztosítónak az adott biztosítottra kötött életbiztosításra szóló **kockázatviselése** a biztosított halál hónapjának utolsó napjával **kifizetés nélkül szűnik meg.**

110. **Ha az életbiztosítási fedezet biztosítottjának bármely okból eredő halála**

- a biztosított szándékosan elkövetett, súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben, vagy
- a szerződéskötés napját, illetve a biztosítási fedezet létrejöttét követő 2 éven belül elkövetett öngyilkossága miatt

következett be, akkor **az életbiztosítási fedezet biztosítottjának halála esetén** a biztosítónak az életbiztosítási fedezetre vonatkozó **kockázatviselése** a biztosítási **szolgáltatás teljesítése nélkül szűnik meg** az adott biztosítottra.

111. A baleset-biztosítási fedezet vonatkozásában a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosítási esemény

- a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye, vagy
- a biztosított olyan balesetével függ össze, amelyet a biztosított, a szerződő vagy a szerződővel, illetőleg a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó jogellenesen és szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozott.

112. Az egészségbiztosítási fedezet vonatkozásában a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosítási esemény a biztosított olyan sérülésével, betegségével, illetőleg balesetével függ össze, amelyet

- a biztosított szándékosan vagy súlyosan gondatlanul önmagának okozott, ideértve a tudatzavarban való elkövetést is,
- a biztosított, a szerződő vagy a szerződővel, illetőleg a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó jogellenesen és szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott.

A várakozási idő

113. A biztosító a szerződésre és a biztosítási fedezetekre vonatkozó biztosítási szolgáltatásra az alábbiak szerint alkalmaz várakozási időt.

Biztosítási szolgáltatás	Várakozási idő
életbiztosítás fedezetre	2 hónap
baleset-biztosítási fedezetekre	nincs

egészségbiztosítási fedezetekre	nincs (a biztosító lépcsőzetes szolgáltatást alkalmaz)
---------------------------------	--

Életbiztosítás fedezet esetén

114. Életbiztosítási fedezet esetén a biztosító várakozási időt alkalmazhat attól függően, hogy a biztosító a kockázatot orvosi vizsgálattal vagy anélkül vállalja.

Ha az életbiztosítási fedezet **orvosi vizsgálattal** jött létre, akkor a fedezetre a 2 havi várakozási idő nem vonatkozik.

Ha a biztosító a kockázatot **orvosi vizsgálat nélkül** vállalja, akkor várakozási időt – kivéve a kivételként felsorolt esetet – alkalmaz az alábbiak szerint.

Az életbiztosítási fedezet létrejöttét követően a kockázatviselés kezdetét követő 2 hónapon belül következik be a biztosított halála	
a szerződésen további biztosított(ak) szerepel(nek)	a szerződésen további biztosított nem szerepel
a biztosító az adott biztosítottra szóló életbiztosítási fedezetre addig befizetett díjat visszatéríti a szerződőnek a szerződésen történő jóváírás formájában. A biztosító az életbiztosítási fedezet biztosítási összegét nem fizeti ki.	a biztosító a biztosítottra szóló életbiztosítási fedezetre addig befizetett díjat kifizeti a szerződő, illetve, ha a szerződő egyben biztosított is, a szerződő örököse részére. A biztosító az életbiztosítási fedezet biztosítási összegét nem fizeti ki.
Az életbiztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási összeg emelésének hatályát követő 2 hónapon belül következik be a biztosított halála	

a szerződésen további biztosított(ak) szerepel(nek)	a szerződésen további biztosított nem szerepel
a biztosító az emelést megelőző biztosítási összeget fizeti ki az életbiztosítási fedezet kedvezményezettjének, valamint az emelést követő és az azt megelőző biztosítási összeg különbözetére, az adott biztosítottra addig befizetett díjat visszatéríti a szerződőnek, a szerződésen történő jóváírás formájában. A biztosító az emelt biztosítási összeget nem fizeti ki. A díj visszatérítésével az adott biztosítottra vonatkozó életbiztosítási fedezet megszűnik.	a biztosító az emelést megelőző biztosítási összeget fizeti ki az életbiztosítási fedezet kedvezményezettjének, valamint az emelést követő és az azt megelőző biztosítási összeg különbözetére, a biztosítottra addig befizetett díjat a szerződő, illetve, ha a szerződő egyben biztosított is, a szerződő örököse részére. A biztosító az emelt biztosítási összeget nem fizeti ki. A biztosított halálával - az életbiztosítási fedezet és – erre tekintettel – a szerződés megszűnik.

115. Ha az életbiztosítási fedezet esetén várakozási időn belül következik be a biztosítási esemény, a biztosító a biztosítási szolgáltatást akkor teljesíti, ha a biztosítási esemény baleset vagy heveny fertőző betegség következménye. A heveny fertőző betegségek felsorolását az Általános Szerződési Feltételek 1. számú melléklete tartalmazza.

Elévülés

116. A szerződésből eredő igények az esedékességüktől számított 5 év elteltével elévülnek.

A biztosítási fedezetekből eredő igények szintén az igény esedékességétől számított 5 év elteltével évülnek el.

Az elévülést nem szakítja meg a követelés teljesítésére irányuló írásbeli felszólítás.

Esedékesség

117. A biztosítási fedezetek tekintetében a szolgáltatás esedékességének időpontját a biztosítási fedezetek Szerződési Feltételei tartalmazzák.

Egyéb igények esedékességének időpontja az igény alapjául szolgáló körülmény bekövetkezésének napja.

Maradékjog

118. Ha a szerződés bármely okból a biztosítási összeg kifizetése, illetve szolgáltatásfinanszírozó biztosítási fedezet esetén a biztosító szolgáltatása nélkül szűnik meg, a biztosító nem köteles kifizetést teljesíteni.

A biztosító kötvénykölcsonnt nem nyújt. A szerződés többleszámúval nem rendelkezik.

A szerződés és a biztosítási fedezetek maradjogokkal nem rendelkeznek, azokra hozam nem kerül jóváírásra. A szerződés visszavásárlási értékkel nem rendelkezik, ezért a szerződés visszavásárlására, díj nemfizetés miatti díjmentesítésére, díjmentes leszállításra nincs lehetőség.

A szerződés és a biztosítási fedezetek megszűnésének esetei

A szerződés megszűnése

119. A biztosító kockázatviselése véget ér és a szerződés megszűnik az alább felsorolt okok következtében.

A szerződés egyetlen vagy utolsó biztosítottjának halála

120. A megszűnés oka: A szerződés egyetlen vagy utolsó biztosítottja halálának biztosítóhoz történő bejelentése.

A megszűnés hatálya: A biztosított halálának napja.

Díj nemfizetés

121. A megszűnés oka: A szerződő

a) a halasztott első díjat a póthatáridő lejártáig nem, vagy csak részben fizeti meg,

b) az esedékes díjat a póthatáridő lejártáig nem, vagy csak részben fizeti meg.

A megszűnés hatálya: A díjesedékesség napjára visszamenőlegesen. Ha a szerződő az esedékes díjnak csak egy részét fizeti meg, és a biztosító – a díj fizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó szabályok megfelelő alkalmazásával – eredménytelenül hívta fel a szerződő felet a befizetés kiegészítésére, a szerződés változatlan biztosítási összegekkel, illetve szolgáltatással a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn és ezt követően szűnik meg.

122. A biztosítási időszakra járó díjat a biztosító a szerződés első évében bírósági úton érvényesítheti; ezt követően csak akkor élhet e jogával, ha abban az évben a szerződő fél a díj fizetést már megkezdte, vagy a díj fizetés halasztásában állapodtak meg.

Amennyiben a szerződés díj nemfizetéssel szűnik meg, úgy a szerződő – a szerződés megszűnésének napjától számított 120 napon belül előterjesztett – írásbeli kérelme esetén a biztosító az eredeti szerződést helyreállíthatja (reaktíválhatja). A reaktíválás feltételeiben a felek külön állapodnak meg.

Rendes felmondás

123. **A megszűnés oka:** A szerződő a szerződést az évfordulóra 30 napos felmondási idővel írásban felmondja.
A megszűnés hatálya: Annak a biztosítási időszaknak az utolsó napja, amelyben a felmondás beérkezését követő 30. nap eltelt.

Megszűnés a biztosítási díj vagy a szerződési feltételek változása miatt

124. **A megszűnés oka:** A szerződő – amennyiben
- a biztosítási fedezetek biztosító által megemelt díját nem fogadja el, vagy
 - a szerződés díja a szerződési feltételek szerinti minimális díjat nem éri el bármely, a szerződésben bekövetkezett változás következtében vagy
 - a biztosító jelen szerződési feltételek keretein belül módosított szerződési feltételeit nem fogadja el, a szerződés az évfordulóra megszűnik.
- A megszűnés hatálya:** A szerződés évfordulója.

Az életbiztosítási szerződés felmondása

126. **A megszűnés oka:** Az életbiztosítási szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a szerződés létrejöttéről és a szerződő felmondási jogáról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül a szerződést írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról.
A megszűnés hatálya: A szerződés létrejöttének napjára visszamenőleges hatállyal.

A biztosító teljesítése: A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító köteles 15 napon belül a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni. Ennek keretében a biztosító – költségei levonása nélkül – a szerződő által befizetett díjat téríti vissza.

A biztosító felmondása, ha a szerződés lényeges kérdésekben eltér az általános szerződési feltételektől

127. **A megszűnés oka:** Ha kötvény kiállítása nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a biztosító Általános Szerződési Feltételétől, akkor a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az Általános Szerződési Feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő a javaslatot nem fogadja el vagy arra 15 napon belül nem válaszol, akkor a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 nappal írásban felmondhatja.
A megszűnés hatálya: A felmondást követő 30. nap utáni első nap.

128. A szerződést – a biztosító kockázatának jelentős növekedését kivéve – a biztosító nem mondhatja fel.

125. A biztosító felmondása, ha a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról

129. **A megszűnés oka:** A biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik. A biztosító a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést 30 nappal írásban felmondhatja.

Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.

A megszűnés hatálya: Az értesítés közlését követő 30. nap.

A biztosított hozzájárulásának visszavonása

130. **A megszűnés oka:** Amennyiben az életbiztosítási fedezet a biztosítási szerződésben kizárólag egy biztosítottra áll fenn és a biztosított – aki nem azonos a szerződővel – vagy ha a szerződés több biztosítottra szól, akkor valamennyi a szerződésben megjelölt biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban visszavonja.

A megszűnés hatálya: Annak a biztosítási időszak végével, amikor a biztosított hozzájárulásának visszavonása a biztosítóhoz beérkezett.

Lehetetlenülés, érdekmúlás

131. **A megszűnés oka:** A biztosító kockázatviselésének kezdete előtt a szerződésben szereplő biztosítottak mindegyikére vonatkozóan a biztosítási esemény bekövetkezik, bekövetkezése lehetlenné válik vagy a biztosítási érdek megszűnik, illetve a biztosító kockázatviselésének tartama alatt a szerződésben szereplő biztosítottak mindegyikére vonatkozóan a biztosítási esemény bekövetkezése lehetlenné válik vagy a biztosítási érdek megszűnik.

A megszűnés hatálya: A lehetetlenülés, érdekmúlás bekövetkezésének napja.

Ha több biztosított van a szerződésben, akkor nem minősül érdekmúlásnak és a szerződés nem szűnik meg az 1. számú biztosított halálával, tekintettel arra, hogy az 1. számú biztosított halála esetén a 2. számú biztosított lép az 1. számú biztosított helyébe.

Nem minősül továbbá érdekmúlásnak az sem, ha a szerződő meghal.

A biztosítási fedezetek megszűnése

132. A biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet megszűnik a szerződés megszűnésével, továbbá az alábbi esetekben.

A biztosított halála

133. **A megszűnés oka:** A biztosított halála.

A megszűnés hatálya: A biztosított halálának napja.

Rendes felmondás

134. **A megszűnés oka:** A szerződő az évfordulóra 30 napos felmondási idővel írásban felmondja a biztosítási fedezetet.

A felmondást a szerződő a tartam alatt bármikor kezdeményezheti.

A megszűnés hatálya: Annak a biztosítási időszaknak az utolsó napja, amelyben a felmondás beérkezését követő 30. nap eltelt.

A biztosított visszavonása

135. **A megszűnés oka:** A szerződő visszavonja a biztosítottat a szerződésből.

A megszűnés hatálya: Annak a biztosítási időszaknak az utolsó napja, amelyben a szerződő nyilatkozata a biztosítóhoz beérkezett.

Az életbiztosítási fedezet felmondása a szerződő részéről

136. **A megszűnés oka:** Az életbiztosítási fedezet felmondása.

Az életbiztosítási fedezetet önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a fedezet létrejöttéről és a szerződő felmondási jogáról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül az életbiztosítási fedezetet írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül –

felmondhatja egy vagy több biztosítottra vonatkozóan. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról.

A megszűnés hatálya: A szerződés létrejöttének napjára visszamenőleges hatállyal.

A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító köteles 15 napon belül a szerződő által az életbiztosítási fedezettel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni. Ennek keretében a biztosító az életbiztosítási fedezetnek a szerződő által a felmondással érintett biztosítottra vonatkozóan befizetett díját téríti vissza.

Amennyiben a szerződő az életbiztosítási fedezetet egy adott biztosítottra vonatkozóan felmondja, a felmondással érintett biztosítottra vonatkozó valamennyi biztosítási fedezet is megszűnik. A biztosítottra szóló életbiztosítási fedezet felmondásával az adott biztosított a szerződésről törlésre kerül.

A biztosító felmondása, ha a fedezet lényeges kérdésekben eltér az általános szerződési feltételektől

137. **A megszűnés oka:** Ha a biztosító elfogadó nyilatkozata nélkül létrejött biztosítási fedezet lényeges kérdésben eltér a biztosító Általános Szerződési Feltételeitől és a biztosítási fedezet Szerződési Feltételétől, akkor a biztosító a biztosítási fedezet létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a biztosítási fedezetet az Általános Szerződési Feltételeknek és a biztosítási fedezet Szerződési Feltételeinek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő a javaslatot nem fogadja el vagy arra 15 napon belül nem válaszol, akkor a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a biztosítási fedezetet 30 napra írásban felmondhatja.

A megszűnés hatálya: A felmondást követő 30. nap utáni első nap.

A baleset-biztosítási fedezet felmondása a biztosító részéről

138. **A megszűnés oka:** A biztosító az évfordulóra 30 napos felmondási idővel, írásban felmondja a baleset-biztosítási fedezetet.

A megszűnés hatálya: Annak a biztosítási időszaknak az utolsó napja, amelyben a felmondás beérkezését követő 30. nap eltelt.

A fedezet felmondása a biztosító részéről, ha a lényeges körülményekről, vagy azok változásáról tudomást szerez

139. **A megszűnés oka:** A biztosító az élet-, baleset- és/vagy egészségbiztosítási fedezet létrejötte után szerez tudomást az élet-baleset-, és/vagy egészségbiztosítási fedezetet érintő lényeges körülményekről, vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik.

A biztosító a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet az élet- baleset-, és/vagy egészségbiztosítási fedezet módosítására, vagy azt 30 napra írásban felmondhatja.

Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, az élet- baleset és/vagy egészségbiztosítási fedezet a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.

A megszűnés hatálya: Az értesítés közlését követő 30. nap.

140. Az életbiztosítási fedezetet – a biztosító kockázatának jelentős növekedését kivéve – a biztosító nem mondhatja fel.

Az egészségbiztosítási fedezetet – a biztosító kockázatának jelentős növekedését kivéve – a biztosító rendes felmondással nem szüntetheti meg.

A biztosítási fedezet tartamának vége

141. **A megszűnés oka:** A baleset- és egészségbiztosítási fedezet tartamának lejáratára.

A megszűnés hatálya: A baleset- és egészségbiztosítási fedezet tartamának vége.

A meghosszabbított tartamú biztosítási fedezet tartamának lejáratára a biztosított életkora miatt

142. **A megszűnés oka:** A baleset-biztosítási vagy egészségbiztosítási fedezet tartamának lejáratára a biztosított életkora miatt. A fedezetek meghosszabbított tartama lejár

- a) baleset-biztosítási fedezetek esetén a biztosított 85. életéve betöltését vagy a biztosítási fedezet Szerződési Feltételeiben foglalt életkor betöltését követő első biztosítási évfordulón,
- b) egészségbiztosítási fedezetek esetén a biztosított 70. életéve betöltését vagy a biztosítási fedezet Szerződési Feltételeiben foglalt életkor betöltését követő első biztosítási évfordulón.

A megszűnés hatálya: A baleset-biztosítási fedezet esetén a 85. életév betöltését, az egészségbiztosítási fedezet esetén a 70. életév betöltését vagy a biztosítási fedezet Szerződési Feltételeiben foglalt életkor betöltését követő első évforduló.

A biztosított hozzájárulásának visszavonása

143. **A megszűnés oka:** A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban visszavonja.

A megszűnés hatálya: Annak a biztosítási időszaknak az utolsó napjával, amikor a biztosított hozzájárulásának visszavonása a biztosítóhoz beérkezett.

Lehetetlenülés, érdekmúlás

144. **A megszűnés oka:** A biztosító kockázatviselésének kezdete előtt valamely

biztosítási fedezet vonatkozásában a biztosítási esemény bekövetkezik, bekövetkezése lehetetlenné válik vagy a biztosítási érdek megszűnik, illetve a biztosító kockázatviselésének tartama alatt a biztosítási esemény bekövetkezése lehetetlenné válik vagy a biztosítási érdek megszűnik.

Ezekben az esetekben az érintett biztosítási fedezet megszűnik.

A megszűnés hatálya: A lehetetlenülés, érdekmúlás bekövetkezésének napja.

Amennyiben az életbiztosítási fedezet egy adott biztosítottra vonatkozóan lehetetlenné válik vagy megszűnik, az érintett biztosítottra vonatkozóan valamennyi biztosítási fedezet is megszűnik.

Egyéb

145. **A megszűnés oka:** A biztosítási fedezetek Szerződési Feltételeiben meghatározott egyéb esetek.

A biztosítási fedezet megszűnésével a biztosítónak a biztosítási fedezet vonatkozásában fennálló kockázatviselése is véget ér.

A biztosítási díj visszatérítése a biztosítás megszűnése esetén

146. Ha a biztosítási fedezet megszűnik, anélkül, hogy a biztosító szolgáltatást teljesítene, a biztosító a szerződésen történő díj jóváírás formájában visszatéríti a fedezet megszűnésére vonatkozó igény biztosítóhoz történő beérkezését követő 30 napon belül a szerződőnek azt a biztosítási díjat, amelyet a szerződő a biztosítási fedezet megszűnése utáni időszak kockázatviselésére korábban befizetett.

Amennyiben a fedezet megszűnésével egyidőben a szerződés is megszűnik, a biztosító a fentiek szerinti díjat a szerződő részére vagy a szerződő örököse részére, – az örökös részére történő kifizetés teljesítéséhez

szükséges utolsó dokumentum beérkezését követő – 15 napon belül kifizeti.

Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a biztosító a díjtöbbletet a megszűnéstől számított 15 napon belül köteles visszatéríteni.

Egyéb rendelkezések

Az ügyfél tájékoztatási kötelezettsége és adatváltozás bejelentése

147. Az üzleti kapcsolat fennállása alatt a szerződő és a biztosított a Pmt. és az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) alapján köteles a tudomásszerzéstől számított **5 munkanapon belül** értesíteni a biztosítót az ügyfél-átvilágítás során megadott adatokban, illetve a tényleges tulajdonos személyét érintően bekövetkezett változásról.

A tájékoztatást a következő adatok változása esetén szükséges megtenni a biztosító részére.

- a) Természetes személy szerződő és /vagy biztosított esetén:
 - családi és utóneve
 - állampolgársága
 - lakcíme
 - adóilletőségének országa
 - külföldi adóazonosítója
 - kiemelt közszereplői, kiemelt közszereplő közeli hozzátartozói, vagy vele közeli kapcsolatban álló státusza
 - személyazonosító okmányának száma
- b) Jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, mint szerződő esetén:
 - név
 - székhely
 - főtevékenység
 - képviselőre jogosultak neve és beosztása

- kézbesítési megbízottjának neve vagy lakcíme
 - adószám
 - cégjegyzékszám
 - adóilletőség országa
 - FATCA státusz
- c) Tényleges tulajdonos személyének, vagy adatainak, tulajdon jellegének, hányadának, kiemelt közszereplői, kiemelt közszereplő közeli hozzátartozói, vagy vele közeli kapcsolatban álló státusz változása.

A szerződő és a biztosított a fentiekén túl köteles

- levelezési címének,
- e-mail címének,
- sms üzenet fogadására alkalmas telefonszámának,
- a szerződésen nyilvántartott kifizetési bankszámla-számának, valamint
- a szerződésre a biztosító bármely rendszerén keresztül megadott/rögzített értesítési címnek

a szerződés tartama alatt bekövetkezett változását a biztosítónak **5 munkanapon belül** bejelenteni. A biztosító az általa ismert, fent felsorolt utolsó elérhetőségekre mindaddig joghatályosan küldhet nyilatkozatot, vagy értesítést (beleértve az e-mailben küldött, a biztosítási szerződéssel, illetve a szerződés megkötésével, kezelésével, módosításával, esetleges megszüntetésével, szolgáltatási igénnyel kapcsolatos tájékoztatót, nyilatkozatot, dokumentumot, ideértve az értéknövelésről szóló értesítőt és a számlát is), illetve a megadott bankszámlaszámra mindaddig joghatályosan teljesíthet kifizetést, amíg vonatkozó változásbejelentés nem érkezett be a biztosítóhoz.

A szerződő/ biztosított köteles továbbá bejelenteni a jelen feltételekben foglaltak szerint a szankciós listára való felkerülését.

A biztosítási díj legális forrásból származásának igazolása

148. A szerződő a 10 millió forintot meghaladó készpénzes tranzakciók esetén köteles csatolni az alábbi dokumentumok közül azon dokumentumot, amely igazolja az adott tranzakció során a szerződésre befizetett díj legális forrását:

- az 5 évnél nem régebbi jogerős bírósági vagy hatósági határozat;
- az 5 évnél nem régebbi hatósági igazolás;
- az 5 évnél nem régebbi egyéb közokirat, vagy teljes bizonyító erejű magánokirat;
- a 3 évnél nem régebbi fizetésiszámla-kivonat (bankszámlakivonat) és készpénzkifizetési bizonylat (ha az ügyfél fizetésiszámla-kivonatot - bankszámlakivonatot - nem tud bemutatni, mert nem áll rendelkezésére, akkor a készpénzfelvételi bizonylat);
- szerencsejáték szervezésével foglalkozó cég 1 évnél nem régebbi igazolása nyereményről;
- a munkáltató 6 hónapnál nem régebbi igazolása a munkabérről, osztalékról, jutalomról;
- az Európai Unió területére történő belépéskor kitöltendő, 6 hónapnál nem régebbi „Készpénzbejelentő nyilatkozat”/„Cash declaration form” (amelyen a személyi adatok, a készpénz tulajdonosának adatai, a készpénzre, a készpénz származására és tervezett felhasználására vonatkozó, valamint a szállítással kapcsolatos adatok vannak feltüntetve).

Amennyiben a fentiekben jelzett, a biztosítási díjként befizetett összeg legális forrását igazoló dokumentum nem áll rendelkezésre, úgy a szerződő – legfeljebb 100 millió forint összeg igazolására – teljes bizonyító erejű magánokiratban foglalt nyilatkozatot jogosult csatolni a pénzeszköz forrásáról és a fenti pontokban szereplő okiratok hiányának okáról.

Tájékoztatás az ügyfél részére a titok- és adatvédelmi szabályokról, valamint a panaszügyintézésről

149. A személyes adatok kezeléséről, a biztosítási titokról, a távértékesítésről és a panaszügyintézésről szóló tájékoztató a jelen Általános Szerződési Feltételek és Ügyfél-tájékoztató című dokumentumtól elkülönült, Adatkezelési és ügyféltájékoztató, valamint szerződési feltételek kiegészítése című dokumentumban szerepel, amelynek rendelkezései azonban a jelen szerződési feltételek részét képezik.

Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok, elektronikus levélküldés

150. Ha a jogszabály a jognyilatkozat érvényességéhez írásbeliséget követel meg, akkor a jognyilatkozat kizárólag akkor érvényes, ha az megfelel a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényben előírt írásbeliség követelményének, azaz alkalmas a jognyilatkozatban foglalt tartalom változatlan visszaidézésére, a nyilatkozattevő személyének és a nyilatkozat megtétele időpontjának azonosítására.

Minden más esetben a biztosítóhoz intézett nyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha azt írásban, vagy e-mailen, vagy elektronikus úton, vagy a biztosító által üzemeltetett Ügyfélportálon keresztül tették, és az a biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut.

A szerződő hagyományos (postai) kommunikációt és elektronikus kommunikációt (e-kommunikációt) jogosult választani, amely adatkezelések esetén az Adatkezelési és ügyféltájékoztató, valamint szerződési feltételek kiegészítése című dokumentumban foglalt rendelkezések irányadók.

Postai csekken történő díjfizetés esetén a szerződő nem állapodhat meg a biztosítóval való elektronikus kommunikációban.

Az e-mailen tett jognyilatkozatot az esz@allianz.hu e-mail címre kell megküldeni. Az e-mailen küldött jognyilatkozatot a biztosító csak abban az esetben fogadja el, ha

- az e-mail cím a küldő személyéhez kapcsolt, korábban a biztosító számára bejelentett és a biztosító által rögzített címről érkezett és
- az üzenethez csatolták a nyilatkozatot, kérelmet tartalmazó, az ügyfél által aláírt szkennelt dokumentumot.

151. A biztosító jogosult az e-mail üzenetben megküldött dokumentumokat eredetiben is bekérni. Az ügyfél **csak a Pmt. által meghatározott módon** teheti meg érvényesen az ügyfél-átvilágításhoz szükséges jognyilatkozatoka, továbbá az adategyeztetését.

Az olyan jognyilatkozatokat, melyekhez több személy (szerződő és/vagy biztosított és/vagy kedvezményezett) írásbeli jóváhagyása is kell, csak a jogszabályban meghatározottak szerint lehet érvényesen megtenni.

152. A biztosító hagyományos kommunikáció választása esetén a szerződéssel kapcsolatos dokumentumokat a szerződő magyarországi postai címére küldi el.

A biztosítottak az ajánlaton az e-mail cím megadásával továbbá tudomásul veszik, hogy azt a biztosító a szerződéssel kapcsolatos elektronikus kommunikációra – a vonatkozó jogszabályi követelmények betartása mellett – használja. Ez alapján a biztosító a szerződő által megadott e-mail címre is megküldheti a szerződéssel kapcsolatos dokumentumokat, valamint a biztosítottra vonatkozó iratokat a biztosított e-mailcímére.

A szerződő, ill. a biztosított által megadott elektronikus adatok valótlanságából, hiányosságából származó károkért, valamint a szerződő, ill. a biztosított levelezési szolgáltatójánál felmerülő hibákért, rendellenes működésért, illetve a szerződő, ill. a biztosított személyes fiókjának

beállításai miatt felmerülő problémákért, és abból származó károkért, illetve hátrányos jogkövetkezményekért a biztosító nem vállal felelősséget.

Az e-mail cím, a telefonszám megváltozását 5 munkanapon belül a biztosítónak be kell jelenteni. A változás bejelentésének elmulasztásából származó károkért a biztosító nem vállal felelősséget.

Az elektronikus levelezés során a biztosító zárt levelezési rendszeréből nyílt levelezési rendszerbe kerülhetnek a szerződés adatai.

153. A biztosító által üzemeltetett Ügyfélportál szolgáltatásra történő regisztrációról és a szolgáltatás igénybevételéről a biztosító az Adatkezelési és ügyféltájékoztató, valamint szerződési feltételek kiegészítése című dokumentumban ad tájékoztatást.

A jognyilatkozat átadása

154. A szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt

- a) a posta a címzettnek ajánlott levélben kézbesítette, illetve
- b) személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételét az érdekelt írásban elismerte, illetőleg
- c) ha a fenti esetekben az átvételt a címzett megtagadta, valamint
- d) ha a postai úton megküldött dokumentum kézbesítése azért volt sikertelen, mert azt az érdekelt nem vette át, ebben az esetben a megérkezés napjának a postai kézbesítés második megkísérlésének napját követő ötödik munkanapot kell tekinteni,
- e) ha a felek elektronikus kommunikációban állapodtak meg és az elektronikus úton megküldött dokumentum a címzett részére megküldésre kerül, akkor is, ha a megküldött dokumentum kézbesítése azért volt sikertelen, mert a címzett által megadott e-mailcímhez tartozó technikai beállítások nem teszik lehetővé az e-mail megérkezését. Ebben az esetben a megérkezés időpontjának az e-mail

biztosító általi megküldésének napját kell tekinteni.

A biztosító szerződéssel kapcsolatos elektronikus úton megküldött (e-mail), fokozott biztonságú elektronikus bélyegzővel ellátott jognyilatkozata abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a biztosító igazolható módon kiküldte a szerződő és/vagy a biztosított által megadott e-mail címre, vagy a biztosító az általa üzemeltetett Ügyfélportálon elhelyezett dokumentumról történő értesítést e-mailben a szerződő és/vagy a biztosított által megadott e-mail címre igazoltan megküldte.

Elektronikus szerződéskötés szabályai

155. A szerződés elektronikus úton is létrejöhethet. Ebben az esetben Adatkezelési és ügyféltájékoztató, valamint szerződési feltételek kiegészítése című dokumentumban foglalt rendelkezések irányadók a szerződéskötésre.

A szerződésre irányadó jog, a kapcsolattartás nyelve

156. Tájékoztatjuk, hogy a szerződésre a magyar jog rendelkezései az irányadók.

A biztosító és a szerződő között létrejött szerződésre az itt nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

157. A szerződés nyelve és a felek közötti kapcsolattartás nyelve magyar.

A legfontosabb adózási szabályok

158. Az alábbiakban tájékoztatjuk azokról az adózási szabályokról, amelyek szerződésére vonatkoznak.

Felhívjuk figyelmét, hogy jelen tájékoztató nem tér ki minden, a szerződés adózáásával kapcsolatos kérdésre. Bármilyen elszámolás és eljárás alapját a vonatkozó jogszabályok hatályos rendelkezései jelentik.

Kérjük, hogy kísérje figyelemmel a hivatkozott jogszabályokat, mert azok változása befolyásolhatja az alábbiakban közzétett megállapításokat.

Jelen tájékoztató a 2023. október 1-jén hatályos jogszabályok alapján készült.

I. Adózási szabályok, ha a biztosítási szerződést magánszemély köti

A magánszemélyek adókötelezettségeiről a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény (Szja. tv.) rendelkezik.

A fizetett biztosítási díjra vonatkozó szabályok

A magánszemély által kötött biztosítás díja adómentes.

A biztosító szolgáltatása

Biztosító szolgáltatása: a biztosítási esemény bekövetkezése miatt a biztosítót a biztosítási szerződés alapján terhelő kötelezettség keretében, a biztosító által juttatott vagyoni érték.

A biztosító haláleseti, baleset- és egészségbiztosítási szolgáltatásai adómentesek.

II. Adózási szabályok abban az esetben, ha a biztosítási szerződést nem magánszemély köti

A nem magánszemélyek adózási kötelezettségeiről az alábbi jogszabályok rendelkeznek:

- A személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény (Szja. tv.) az egyéni vállalkozók esetében.

- A társasági adóról és osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXI. törvény, a hatálya alá tartozó szervezetek esetében (Tao. tv.). A Tao. tv. hatálya alá tartozó szervezetek elszámolására a Számvitelről szóló 2000. évi C. törvény szabályai az irányadóak.
- A magánszemély javára, de nem magánszemély által kötött biztosítási szerződés magánszemélyre vonatkozó adózási szabályait a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény (Szja. tv.) tartalmazza.
- Az adómentes vagy adóköteles biztosítási szolgáltatások meghatározását és mértékét az Szja. tv. tartalmazza.
- Amennyiben a kedvezményezett nem magánszemély, úgy az Szja. tv. vagy a Tao tv. alapján kell a biztosító szolgáltatását adózási szempontból minősíteni.

Tekintettel arra, hogy jelen tájékoztató csak a legfontosabb információkat tartalmazza, kérjük, hogy szerződéskötés során fokozott figyelmet fordítson az adózásra vonatkozó szabályok bővebb megismerésére, ezzel kapcsolatban vegye igénybe könyvelő, adótanácsadó vagy adószakértő segítségét.

A biztosításokkal kapcsolatos további közteherviselési szabályok:

- A társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátás fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény.
- A szociális hozzájárulási adóról szóló 2018. évi LII. Törvény.
- A szociális hozzájárulási adóról szóló 2018. évi LII. törvény veszélyhelyzet ideje alatt történő eltérő alkalmazásáról szóló 205/2023. (V. 31.) Korm. rendelet.

A fizetett biztosítási díjra vonatkozó szabályok

Az, hogy magánszemélynek, nem magánszemély által fizetett biztosítás díja után keletkezik-e, és ha igen, milyen jogcímen adófizetési kötelezettsége, az az alábbi tényezőktől függ:

- a szerződő és a biztosított között fennálló jogviszony (munkavégzésre irányuló, vagy egyéb jogviszony),
- a fedezetek Szja. tv. szerinti besorolása,
- ki a biztosítási szerződés kedvezményezettje (kedvezményezett lehet a nem magánszemély szerződő; vagy a biztosított magánszemély, illetve rá tekintettel más magánszemély).

A biztosító szolgáltatása

- A legtöbb esetben, amennyiben a biztosító szolgáltatására magánszemély a jogosult, a szolgáltatás után nem keletkezik adófizetési kötelezettség.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

159. A Gondoskodás Most szerződésre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől:

- természetes személy szerződő halála vagy jogi személy szerződő jogutód nélküli megszűnése esetén az 1. számú biztosított – korábbi hozzájárulására tekintettel – a szerződő helyébe lép;
- a biztosított csak a szerződő hozzájárulásával léphet a szerződő helyébe, kivéve, ha a szerződés felmondás vagy díjnémfizetés miatt szűnne meg;
- a szerződés és a szerződéssel egyidejűleg kötött biztosítási fedezet létrejötte és hatálybalépése az ajánlattételt követő nap 0 óra;
- a szerződés és a szerződéssel egyidejűleg kötött biztosítási fedezet esetében a kockázatviselés kezdete az ajánlattételt követő nap 0 óra;
- a tartam alatt kötött biztosítási fedezetek esetében a biztosítási fedezet

- létrejötté és hatálybalépése az azt követő nap 0 óra, amikor a biztosítási fedezet létrejötté iránti nyilatkozat a biztosítóhoz beérkezett;
- a tartam alatt kötött biztosítási fedezetek esetében a kockázatviselés kezdete az azt követő biztosítási időszak első napjának 0 óra, amikor a szerződőnek a biztosítási fedezet létrejötté iránti nyilatkozata az évfordulót megelőző 90 napos időszakban a biztosítóhoz beérkezett;
- biztosítási fedezet a szerződés tartama alatt a biztosítási évfordulóval köthető;
- a kockázatviselés kezdetétől eltérhet a biztosítási tartam kezdete;
- a változás-bejelentési kötelezettség szempontjából lényeges körülmények az ügyfél-átvilágítási adatokban bekövetkezett változás, valamint a szankciós érintettség;
- az egészségbiztosítási és a baleset-biztosítási fedezetek a szerződő felek ezzel ellentétes jelzése hiányában az egy éves tartam elteltével automatikusan további egy évvel meghosszabbodnak;
- a biztosítási időszak egy év, azzal, hogy az első időszak ettől eltérhet. Az első időszak a kockázatviselés kezdete és a tartam kezdete közötti időszak;
- a felek díjhalasztásban állapodnak meg, ezért a halasztott rendszeres díjat a tartam kezdetétől számított 15 napon belül kell megfizetni;
- a szerződés egyoldalú módosítására csak az előre rögzített okok esetén van lehetőség;
- a szerződés szerződő által történő, meghatározott módosítására a szerződés évfordulójával van lehetőség;
- a biztosítói teljesítés összegéből levonásra kerül a biztosító által fizetendő adó és egyéb köztehernek megfelelő költség;
- egészségbiztosítási és baleset-biztosítási fedezetek esetén nincs várakozási idő, azonban egyes fedezetek esetén a biztosító a szolgáltatás korlátozását alkalmazza, a Szerződési Feltételekben foglaltak szerint;

- a biztosítási fedezetek a szerződő részéről rendes felmondással és a biztosított visszavonása miatt a biztosítási évfordulóval szüntethetők meg.

A Gondoskodás Most szerződésre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a korábbi szerződési gyakorlattól, így különösen az Allianz Gondoskodás Programok terméktől:

- a szerződés kockázati életbiztosítás, amelyhez baleset- és/vagy egészségbiztosítási fedezetek köthetők, erre való tekintettel megtakarításra, eszkozalapokba történő befektetésre és eseti díjfizetésre nincs lehetőség;
- a biztosítási szerződés és az életbiztosítási fedezet határozatlan tartamú, azonban az egyes baleset- és egészségbiztosítási fedezetek egy éves határozott időtartam szólóak;
- a biztosítási időszak egy év,
- az életbiztosítási fedezet díja a biztosított 85. életévének betöltését követő biztosítási évfordulóig fizetendő;
- a szerződő a biztosítási ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, akkor 60 napig kötve van;
- a biztosító ráutaló magatartásával a szerződés csak akkor jöhet létre, ha az ajánlat megtétele előtt a szerződő a szükséges tájékoztatásokat megkapta és az ajánlatot a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon, a díjszabásnak megfelelően tette;
- a biztosítási díjak, a kedvezmények, továbbá a minimális díjak meghatározásának módja módosult és a szerződő által fizetendő díjat a biztosító ezek alkalmazásával határozza meg.
- a biztosító pótdíjakat is alkalmaz;
- a biztosító által alkalmazott értékkövetés mértéke és az indexálás módja módosult;
- a biztosítónak lehetősége van az elektronikus kapcsolattartásra;
- a szerződőnek a szerződési feltételekben meghatározottak szerint lehetősége van

- az elektronikus úton történő nyilatkozattételre;
- a szerződésben elérhető baleset- és egészségbiztosítási fedezetek köre bővült, egyes fedezetek szolgáltatásai módosultak;
- egészségbiztosítási fedezetek esetén a biztosítási szolgáltatás lépcsőzetes;
- **a biztosító a biztosítási díjat a biztosított életkorának emelkedésére tekintettel emeli**, a szerződés évfordulójától hatályos díjakról az indexérsítő levélben ad tájékoztatást a biztosító,
- a baleset- és egészségbiztosítási fedezetek megszűnek a lejárat napjával, de baleset-biztosítási fedezet esetén legkésőbb a biztosított 85. életéve betöltését követő első évforduló napjával, egészségbiztosítási fedezet esetén legkésőbb a biztosított 70. életéve betöltését követő első évforduló napjával, feltéve, hogy a felek ezt megelőzően nem szüntetik meg a fedezeteket a határozott időtartam lejártának napjával;
- a biztosítási szerződés megszűnik, amennyiben a szerződés díja nem éri el a minimális díjat;
- a díjnemfizetés szabályai és annak következményei módosultak;
- **a biztosító szankciós érintettség felmerülte esetén jogosult nyilatkozatot kérni az ügyféltől, közlési és változásbejelentési kötelezettség terheli a szerződőt szankciós érintettség esetén,**
- **a kizárások köre módosult;**
- **a biztosító részére a biztosítási esemény igazolásához benyújthatóak az EESZT-ben rögzített adatok, dokumentumok;**
- **a biztosító díjvisszatérítési szabályai rögzítésre kerültek;**
- **a kármentességi bónusz szabályai változtak.**

Tájékoztató a FATCA és egyéb adómegfelelési nemzetközi jogszabályokról

160. FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act), azaz a külföldi számlák adómegfeleléséről szóló amerikai törvény.

CRS: a pénzügyi számlákkal kapcsolatos információk automatikus cseréjéről szóló, illetékes hatóságok közötti többoldalú megállapodás.

161. Egyéb adómegfelelési nemzetközi jogszabály: A Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) és az Európai Unió által bevezetett nemzetközi automatikus információcseréről szóló egyezmény.

162. Az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (Aktv.) rendelkezéseinek való megfelelés érdekében (mely tartalmazza mind a FATCA, mind az egyéb adómegfelelési nemzetközi jogszabályokkal kapcsolatos rendelkezéseket) a biztosító az alábbi intézkedésekről tájékoztatja a szerződőket.

A biztosítási ajánlat aláírásakor, a szerződő személyét érintő módosításakor, továbbá a haláleseti kifizetésekor és a 4,5 M Ft-ot meghaladó szolgáltatási igény teljesítésekor a biztosító köteles elvégezni a szerződő, szolgáltatás teljesítésekor pedig a kedvezményezett illetőségvizsgálatát, a magyar adóhatóság felé pedig köteles az Aktiv.-ben foglalt esetekben adatot szolgáltatni, illetve jelentéstételi kötelezettségének eleget tenni.

Illetőségvizsgálat alatt azt kell érteni, hogy a szerződőnek, valamint a kedvezményezettnek nyilatkozatot kell tennie arról, hogy mely ország szerinti adóilletőségű, jogi személy szerződő esetében pedig arról, hogy mely országbeli alapítású. Amennyiben más ország szerinti

adóügyi illetőséggel rendelkezik, úgy e-személyek kötelesek megadni az illetékes adóhatóság által számukra kiadott numerikus azonosítójukat és az adóügyi illetőség igazolásukat.

A biztosító az elvégzett illetőségvizsgálat alapján az Aktv.-ben foglalt esetekben és határidőkben a magyar adóhatóság felé köteles adatszolgáltatást teljesíteni.

További információk

További információk telefonszolgálatunktól a +36 (1/20/30/70) 421-1-421-es számon

kaphatók, valamint honlapunkon, a www.allianz.hu címen érhetőek el.

Bízunk benne, hogy tájékoztatónk felkeltette érdeklődését termékünk iránt, és így hamarosan Önt is ügyfeleink között üdvözölhetjük.

Allianz Hungária Zrt.
1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52. Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék, mint cégbíróság, Cg. 01-10-041356

Budapest, 2023. december 15.

A kármentességi bónusz jóváírás

Szerződési Feltételek

1. A biztosító és a szerződő között létrejött biztosítási szerződésre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték és a biztosítási szerződés a szerződés hatálya alatt megfelel a jelen feltételekben foglalt követelményeknek.

Amennyiben a szerződés hatálya alatt a biztosítási szerződés nem felel meg a jelen feltételekben foglalt feltételeknek, a biztosítási szerződésre a kármentességi bónusz jóváírás szerződési feltételei nem alkalmazottak, a szerződő nem jogosult a jelen szerződési feltételekre hivatkozással kármentességi bónusz jóváírásra.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött biztosítási szerződésre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Gondoskodás Most Általános Szerződési Feltételek az irányadók.

2. A biztosító a jelen szerződési feltételek alapján a biztosítási fedezetekre teljesített biztosítási szolgáltatástól függően kármentességi bónusz jóváírást teljesít a szerződésre.

A biztosító a szerződésre abban az esetben teljesít kármentességi bónusz jóváírást, ha az alábbiak szerint meghatározott és a szerződésre fizetendő díj a kármentességi bónusz jóváírása szempontjából figyelembe vett időszak alatt – a szerződés díjfizetési gyakoriságától függően – mindvégig elérte, illetve eléri legalább a biztosító által meghatározott alábbi díj mértéket.

Kármentességi bónuszra jogosító díj mértéke	10 000 Ft/hó vagy az ennek alapján megállapított gyakoriság szerinti díj
---	--

Az üzletkötői díjengedmény alkalmazása esetén a kármentességi bónuszra jogosító díj mértéke az ebben a pontban meghatározott díj alá csökkenhet.

Ha a szerződés tartama alatt a szerződésre fizetendő díj a fenti limit alá csökken, akkor a kármentességi bónuszra való jogosultság törülésre kerül a szerződésről. **A kármentességi bónuszra való jogosultság a törlést követően nem állítható vissza a szerződésre, abban az esetben sem, ha a szerződés díja a tartam alatt a későbbiekben a kármentességi bónuszra jogosító díj mérték fölé emelkedne.**

3. Kármentességi bónuszra **csak a szerződés kezdetén érvényes díj alapján lehet jogosult a szerződés**. A szerződés nem válhat jogosulttá kármentességi bónuszra, ha a tartam alatt a szerződés változása alapján a szerződésre fizetendő díj a kármentességi bónuszra jogosító díj mérték fölé emelkedik.
4. A kármentességi bónusz jóváírásra az alábbi feltételek alapján kerül sor.

Az első kármentességi bónusz jóváírás feltétele: A biztosító a jóváírást abban az esetben teljesíti, ha a kockázatviselés kezdetétől az 5. évfordulóig terjedő időszakra vonatkozóan, a kármentességi bónusz jóváírás tekintetében figyelembe vett biztosítási fedezetekre biztosítási szolgáltatás kifizetésére vagy bejelentésére nem került sor.

A további kármentességi bónusz jóváírások feltétele: A biztosító a jóváírásokat 5 évente teljesíti azzal a feltétellel, hogy az előző időszakot lezáró évfordulótól a következő 5. évfordulóig tartó időszakra vonatkozóan, a kármentességi bónusz jóváírás tekintetében figyelembe vett biztosítási fedezetekre

biztosítási szolgáltatás kifizetésére vagy bejelentésére nem került sor.

A kármentességi bónusz mértéke: A biztosító a bónusz mértékét úgy számítja ki, hogy megállapítja a kármentességi bónusz jóváírás tekintetében figyelembe vett biztosítási fedezeteknek az 5 éves vizsgált időszakban az egy évre jutó átlagos megfizetett díját, de legfeljebb az egy évre eső átlagos esedékes fizetendő díját, majd ennek a díjnak az 50 százalékát írja jóvá.

A kármentességi bónusz összegének meghatározása tekintetében a biztosító nem veszi figyelembe az Orvosi ellátásra szóló fedezet és a Második orvosi szakvélemény szolgáltatásra szóló fedezet díját.

A biztosító továbbá nem veszi figyelembe azon biztosítottak biztosítási fedezeteinek díját sem, akiknél a bónusz jóváírásának esedékessége a biztosított 85. életének betöltését követő első évforduló utáni időszakra esik.

A biztosító a kármentességi bónuszt a szerződésben megjelölt valamennyi biztosított kármentességi bónusz tekintetében figyelembe vett biztosítási fedezeteire együttesen vizsgálja, nem pedig biztosítottanként.

Ha a szerződő kezdeményezése alapján a szerződés a tartam alatt úgy változik, hogy az továbbra is megfelel a kármentességi bónusz jóváírás feltételeinek, akkor a kármentességi bónusz jogosultság a szerződésen érvényben marad.

5. **A kármentességi bónusz jóváírásának módja:** A jóváírást a biztosító úgy hajtja végre, hogy a kármentességi bónusz forintban kifejezett értékét a jóváírás esedékességének napján rendszeres díjként jóváírja a szerződésen. A kármentességi bónusz más módon történő kifizetésére nincs mód.

A kármentességi bónusz jóváírásának esedékessége az évforduló hónapjának 20. napja. A kármentességi bónusz jóváírására akkor kerülhet sor, ha az évforduló hónapjának 20. napján a szerződés érvényben van.

Abban az esetben, ha a szerződés a fenti időpont előtt megszűnik, a kármentességi bónusz jóváírására nem kerül sor.

A jóváírt kármentességi bónusz rendszeres díjnak minősül a szerződésen. A biztosító addig nem várja el a rendszeres díj megfizetését a szerződőtől, ameddig a bónusz jóváírás összege fedezetet nyújt a szerződés esedékes rendszeres díjára.

6. **Az Orvosi ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet és a Második orvosi szakvélemény szolgáltatásra szóló fedezet szolgáltatásának igénybevétele a kármentességi bónusz jóváírás tekintetében kivételt képez.** Ha a biztosított(ak) a kármentességi bónusz jóváírás szempontjából figyelembe vett időszakban igénybe vette (vették) az Orvosi ellátásra szóló fedezet és/vagy a Második orvosi szakvélemény szolgáltatásra szóló fedezet szolgáltatását, azonban más biztosítási szolgáltatást a szerződés alapján nem teljesített a biztosító, akkor a szerződés jogosult a kármentességi bónusz jóváírásra.

Ezen kívül a kármentességi bónusz jóváírás feltételként a biztosító nem veszi tekintetbe azon biztosítottak bármelyik fedezetére – a kármentességi bónusz jóváírás szempontjából figyelembe vett időszakban – igénybevett szolgáltatást, akiknél a bónusz jóváírásának esedékessége a biztosított 85. életének betöltését követő első évforduló utáni időszakra esik.

7. Abban az esetben, ha a biztosítási fedezetekre biztosítási szolgáltatás kifizetésére kerül sor olyan időszakra vonatkozóan, melyre a kármentességi bónusz már jóváírásra került, akkor a biztosító a jóváírt bónusz összegét a szerződőtől jogosult követelni.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlatról

8. A jóváírt kármentességi bónusz rendszeres díjnak minősül a szerződésen. A biztosító addig nem várja el a rendszeres díj megfizetését a

szerződőtől, ameddig a bónusz jóváírás összege teljes egészében fedezetet nyújt a szerződés esedékes rendszeres díjára.

Allianz Hungária Zrt.

1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52. Cégbizékszám: Fővárosi Törvényszék, mint cégbizóság, Cg. 01-10-041356

Budapest, 2023 december 15.

Allianz Gondoskodás Most szerződéshez köthető biztosítások

Szerződési Feltételek

A biztosító és a szerződő között létrejött biztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Általános Szerződési Feltételek az irányadók.

Az életbiztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
1. A biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett halála.	2. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezte esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott és a biztosított halála bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget kifizeti a kedvezményezettnek.
Esedékesség	
3. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a halál bekövetkezésének napja.	

Budapest, 2023. december 15.

A baleseti halál esetére szóló baleset-biztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
1. A biztosított olyan balesete, melynek következtében a biztosított – a baleset időpontjától számított egy éven belül – meghal.	2. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezte esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott és a biztosított halála bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget kifizeti a kedvezményezettnek. A biztosítási összegen felül a biztosító a kedvezményezettnek a biztosítási összeg a) további 50%-át fizeti ki, ha a biztosított halála közlekedési baleset következménye, b) további 100%-át fizeti ki, ha a biztosított halála orvosilag igazoltan, égési sérülés közvetlen következménye. Ha a biztosított halála közlekedési baleset és égési sérülés együttes következménye, akkor a biztosító az a) és b) pontban szereplő szolgáltatás nyújtására egyaránt kötelezettséget vállal.
Esedékesség	
3. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a halál bekövetkezésének napja.	

Budapest, 2023. december 15.

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló baleset-biztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>1. A biztosított kockázatviselési időszakban bekövetkező olyan balesete, melynek következtében – a baleset időpontjától számított két éven belül – a biztosított 10%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodást szenved.</p>	<p>2. A biztosító a biztosított baleseti eredetű, maradandó</p> <ul style="list-style-type: none"> a) teljes, 100%-os egészségkárosodása esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 200%-át, b) 67%-99% közötti egészségkárosodása esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg kétszeresének a károsodás mértékével arányos részét, c) 11%-66% közötti egészségkárosodása esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összegnek a károsodás mértékével arányos részét fizeti ki a biztosítottnak. <p>A fent meghatározott biztosítási szolgáltatáson felül a biztosító a kedvezményezettnek a biztosítási összeg</p> <ul style="list-style-type: none"> a) további 50%-át fizeti ki, ha a biztosított maradandó egészségkárosodása közlekedési baleset következménye, b) további 100%-át fizeti ki, ha a biztosított maradandó egészségkárosodása égési sérülés közvetlen következménye. <p>Ha a biztosított maradandó egészségkárosodása közlekedési baleset és égési sérülés együttes következménye, akkor a biztosító az a) és b) pontban szereplő szolgáltatás nyújtására egyaránt kötelezettséget vállal.</p> <p>3. Egy biztosítási eseménnyel kapcsolatban, egy biztosítottra vonatkozóan a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás térítése a</p>

	<p>100%-os egészségkárosodás esetén járó szolgáltatási összeget nem haladhatja meg.</p> <p>A baleset-biztosítás alapján kifizetett összeg független a társadalombiztosítási szervek megállapításaitól és szolgáltatásaitól.</p> <p>A teljesítés ideje</p> <p>4. Az Általános Szerződési Feltételektől eltérően a biztosító a biztosítási szolgáltatást az egészségkárosodás mértékének 6. pont szerinti megállapításától számított 15 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak.</p>
<p>Esedékesség</p> <p>5. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a baleset bekövetkezésének napja.</p>	
<p>A baleseti eredetű egészségkárosodás mértéke</p> <p>6. Az egészségkárosodás mértékét a biztosított foglalkozására tekintet nélkül, a jelen szerződési feltételekben rögzítettek szerint kell megállapítani.</p> <p>A maradandó egészségkárosodás mértékét az alább felsorolt szervek, illetve végtagok elvesztése esetén a szükséges iratok bemutatásától számított 15 napon belül meg kell állapítani. Az alább fel nem sorolt esetekben a maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa állapítja meg, ideértve az egyes szervek, illetve végtagok olyan funkciókiesését, amely nem jár azok elvesztésével.</p> <p>Az egészségkárosodás mértékének megállapításánál nem a foglalkozással összefüggő munkaképesség-csökkenést, hanem a bármely munka végzésénél egyaránt figyelembe vehető általános funkciókiesést kell értékelni.</p> <p>7. A testrészek egészségkárosodása (térítési százalékkal):</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindkét szem látóképességének elvesztése, mindkét felkar – alkar vagy kéz – elvesztése, egyik kar vagy kéz, valamint comb vagy lábszár együttes elvesztése (felső végtag plusz alsó végtag csonkolása), mindkét comb elvesztése: 100%, • mindkét lábszár elvesztése: 90%, • egyik comb elvesztése, egyik felkar elvesztése: 80%, • egyik lábszár elvesztése, egyik alkar elvesztése, beszélőképesség teljes elvesztése, mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése: 70%, • jobbkezes jobb kezének, balkezes bal kezének elvesztése (csuklón alul): 65%, • jobbkezes bal kezének, balkezes jobb kezének elvesztése (csuklón alul): 50%, • egyik lábfej elvesztése (boka alatt): 40%, • egyik szem látóképességének teljes elvesztése: 35%, • egyik fül hallóképességének teljes elvesztése: 25%. 	

- Égési sérülés:

Fok	Kiterjedés	Az egészségkárosodás mértéke	Fok	Kiterjedés	Az egészségkárosodás mértéke
I. fokú: (bőrt, nyálkahártyát épen hagyó égés)	1-20%	0%	III. fokú: (mélyre terjedő égés)	1-2%	0%
	21-30%	15%		3-5%	20%
	31-50%	30%		6-15%	40%
	51%-tól	50%		16-25%	60%
				26%-tól	100%
II/1. fokú: (felületen mélységű égés)	1-15%	0%	IV. fokú: (roncsoló égés)	Az egészségkárosodás mértékének megállapítása a szervekre, végtagokra kiterjedő károsodás alapján, a jelen szerződési feltételekben a szervek, végtagok elvesztésére, bénulására, illetőleg funkciókiesésére megállapított egészségkárosodási mértékeknek megfelelően történik.	
	16-20%	15%			
	21-30%	30%			
	31-50%	60%			
II/2. fokú: (átmeneti mélységű égés)	51%-tól	100%			
	1-5%	0%			
	6-10%	15%			
	11-20%	30%			
	21-30%	60%			
	31%-tól	100%			

Egy szerv részbeni csonkolásánál a térítés mértéke az egyes testrészek elvesztésére vonatkozó, e pontban szereplő térítési százalékok megfelelő hányada.

8. A biztosító a biztosított egy biztosítási eseményből eredő, többféle fokozatú és kiterjedésű égési sérülése esetén, a maradandó egészségkárosodás mértékét a különböző fokozatú égésekre külön-külön megállapított egészségkárosodási százalékok összeadásával állapítja meg.

Megszűnés

9. A 100%-os egészségkárosodás esetén járó szolgáltatási összeg kifizetése hónapjának utolsó napjával a biztosítási fedezet megszűnik.

Budapest, 2023. december 15.

A baleseti eredetű műtéti térítésre szóló baleset-biztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>1. A biztosított kockázatviselési időszakban bekövetkező olyan balesete, melynek következtében – a baleset időpontjától számított két éven belül – a biztosított balesetből eredő, orvosilag indokolt és szükséges a jelen szerződési feltételek szerinti műtétére kerül sor.</p> <p>Műtét: Jelen szerződési feltételek alapján műtétnak tekintendő az orvosszakmai szabályok betartásával, orvosi szakképzettséggel rendelkező személy által elvégzett sebészeti (sebészeti jellegű) orvosi beavatkozás.</p>	<p>2. A biztosító a szolgáltatás szempontjából kis, közepes, nagy, illetve kiemelt műtéteket különböztet meg.</p> <p>A műtétek – kis-, közepes, nagy-, illetve kiemelt műtétek szerinti – besorolását az Általános Szerződési Feltételek 1. számú mellékletét képező műtéti lista tartalmazza. A besorolás a társadalombiztosítási szervek besorolásától független. A műtéti listában nem szereplő beavatkozások besorolását a biztosító orvosa állapítja meg.</p> <p>A biztosító a biztosított</p> <ul style="list-style-type: none"> a) kiemelt műtéte esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 200%-át, b) nagy műtéte esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 100%-át, c) közepes műtéte esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 50%-át, d) kis műtéte esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 20%-át, <p>fizeti ki a biztosítottnak.</p> <p>A biztosító szolgáltatása biztosítási időszakonként (azaz két egymást követő biztosítási évforduló közötti időtartam alatt) legfeljebb a biztosítási összeg háromszorosa, két egymást követő biztosítási időszakban a biztosítási összeg ötszöröse lehet.</p> <p>3. Ha egy baleset miatt több műtéti beavatkozásra is szükség van, akkor a biztosító a legmagasabb besorolású műtét alapján teljesít szolgáltatást. Ha a szolgáltatást</p>

	<p>követően ugyanazon balesetből eredően a biztosítottnál újabb, a műtéti lista alapján magasabb besorolású műtétet kell elvégezni, akkor a biztosító a korábbi és az újabb műtétre megállapított szolgáltatások különbözetét fizeti ki.</p> <p>4. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást, a biztosítottnál</p> <p>a) nem baleset miatt végzett plasztikai műtét,</p> <p>b) a Műtéti lista V. pontja szerint „nem térítendő műtétnek” minősülő beavatkozás végrehajtása esetén.</p>
<p>Esedékesség</p> <p>5. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a műtét elvégzésének napja.</p>	
<p>A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok</p> <p>6. A szolgáltatás iránti igény elbírálásához az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatása szükséges</p> <p>a) a műtétről szóló orvosi dokumentáció,</p> <p>b) fekvőbetegként történő gyógykezelés esetén a gyógykezelésről kiadott fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés.</p> <p>A biztosított köteles a biztosítási eseményt a szolgáltatáshoz szükséges iratokkal együtt a biztosítónak haladéktalanul bejelenteni. Fekvőbeteg-gyógyintézetben elvégzett műtét esetén, az iratokat legkésőbb a gyógyintézetből való elbocsátást követő 30 napon belül kell benyújtani.</p>	

Budapest, 2023. december 15.

A baleseti eredetű kórházi napi térítésre szóló baleset-biztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>1. A biztosítottnak a kockázatviselési időszakban – saját jogán történő, baleset miatt orvosilag indokolt és szükséges – fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelésének megkezdése, a baleset bekövetkezését követő két éven belül, azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.</p> <p>Fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelés: Jelen szerződési feltételek alapján fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésnek tekintendő az aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) történő gyógykezelés. Aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) olyan fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályok (részlegek, ágyak) értendők, amelyeken az orvosi szakterületenként szervezett osztályok, részlegek (pl. belgyógyászat, sebészet stb., de ide sorolandók az intenzív osztályok, részlegek is) állandó és folyamatos, aktív orvosi és ápolási ellátást igénylő betegeket látnak el.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összegű kórházi napi térítést nyújt a biztosított részére.</p> <p>3. A biztosítási fedezet önrésszel köthető. Az önrész az a szerződő által választott és a szerződésben napokban meghatározott időtartam, amelyre a biztosító nem nyújt szolgáltatást. A választható önrész időtartama 0.3 vagy 7 nap.</p> <p>4. A kórházi napi térítést az 1. pont szerint megkezdődött fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodás kezdetének napjától a gyógyintézeti tartózkodás befejezésének napjáig, a gyógyintézeti tartózkodás önrésznapokkal csökkentett, naptári napokban számított időtartamára nyújtja a biztosító.</p> <p>A biztosító biztosítási eseményenként legfeljebb 90 napra nyújt kórházi napi térítést. A biztosító biztosítottanként egy biztosítási időszakban (azaz két egymást követő biztosítási évforduló közötti időtartam alatt) legfeljebb 180 napra, két egymást követő biztosítási időszakon belül pedig legfeljebb 200 napra nyújt szolgáltatást.</p> <p>A biztosító nem teljesít kórházi napi térítést azokra a napokra, amelyeken</p> <p>a) a biztosított nem tartózkodik a fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy</p> <p>b) a fekvőbeteg-gyógyintézetben tartózkodás – annak kezdő és befejező napját kivéve – 24 óránál rövidebb.</p> <p>A biztosító – baleset esetén – terhességként maximálisan 14 napra nyújt szolgáltatást.</p> <p>5. A biztosító a kórházi napi térítés összegét úgy számítja ki, hogy a biztosítási esemény 4. pont</p>

	<p>szerinti napjainak számát megszorozza a biztosítási esemény bekövetkezésének napján érvényes biztosítási összeggel.</p> <p>6. Ha az 1. pont szerint megkezdődött gyógykezelés időtartama alatt olyan újabb baleset következik be, amely ugyancsak orvosilag indokolt és szükséges fekvőbeteg-kezeléssel jár, akkor ez – a biztosító térítésének mértéke és az önrész szempontjából – új biztosítási eseménynek minősül. Az újabb baleset abban az esetben minősül új biztosítási eseménynek, ha az újabb baleset miatt a fekvőbeteg-kezelés időtartama hosszabb a korábnál, és az újabb baleset nincs okozati összefüggésben az előző biztosítási eseménnyel megalapozó balesettel.</p> <p>7. A biztosító az alábbi esetekben is teljesít szolgáltatást a biztosított – saját jogán történő, baleset miatt orvosilag indokolt és szükséges – fekvőbeteg-kezelésében történő folyamatos gyógykezelése alapján a jelen feltételekben meghatározott mértékben, feltéve, ha a fekvőbeteg-kezelésben történő gyógykezelésre a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap elteltével kerül sor</p> <ul style="list-style-type: none"> a) terhesség, b) szülés, c) fogászati kezelés, d) fogászati protézisek készítése, e) állkapocs-ortopédiai, illetve állkapocs-sebészeti beavatkozás(ok). <p>8. A biztosító – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást a biztosított</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nem orvosi javallat alapján végzett terhességmegszakítása, b) krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-kezelési osztályon (részlegesen, ágyon) való ellátása, c) pszichiátriai intézetben (illetve igazoltan pszichiátriai ágyon) való ellátása, d) alkohol- és kábítószer-elvonó intézményben történő kezelése, e) terápiás célból nem indokolt esztétikai beavatkozás, fogyókúrás kezelés miatti fekvőbeteg-kezelési tartózkodása, f) fizioterápiás, fizikoterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás,
--	---

	akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelése esetén.
Esedékesség	
9. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.	

Budapest, 2023. december 15.

A baleseti eredetű csonttörésre, csontrepedésre szóló baleset-biztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>1. Biztosítási esemény a biztosított kockázatviselési időszakban bekövetkező olyan balesete, melynek következtében a biztosított csonttörést, csontrepedést szenved. A jelen feltételek szempontjából a fogtörés nem minősül csonttörésnek.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget kifizeti a biztosítottnak.</p> <p>3. A szerződő által választható biztosítási összeget a biztosító korlátozhatja.</p> <p>A választható legmagasabb biztosítási összeg: 50 000 Ft.</p> <p>4. A biztosító biztosítási időszakonként (azaz két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszakban) legfeljebb két alkalommal, két egymást követő biztosítási időszakban legfeljebb három alkalommal teljesít szolgáltatást.</p> <p>A jelen kiegészítő biztosítás alapján a biztosító egy balesettel összefüggésben csak egyszer nyújt térítést.</p>
<p>Esedékesség</p> <p>5. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a baleset bekövetkezésének napja.</p>	
<p>Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól</p> <p>6. A baleseti eredetű csonttörésre, csontrepedésre szóló kiegészítő baleset-biztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:</p> <p>a) A biztosítási szolgáltatás és a szolgáltatás igénybe vételére vonatkozó korlátozás módosításra került.</p> <p>b) A fedezet nem szűnik meg a második biztosítási esemény bekövetkezését követően.</p>	

Budapest, 2023. december 15.

A kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás												
<p>1. A biztosítási esemény feltétele, hogy</p> <p>a) az alábbiak körébe tartozó biztosítási esemény – a biztosítási eseményhez vezető baleset vagy betegség is – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül következett be, és</p> <p>b) bekövetkezésének időpontját követően a biztosított legalább egy hónapig – agyi érkatasztrófa esetén legalább két hónapig – életben van.</p> <p>Rosszindulatú daganat A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál, az alábbiak szerint rosszindulatú daganatot diagnosztizálnak. A biztosítási esemény időpontja minden esetben a környezetbe terjedést igazoló szövettani eredmény keletkezésének időpontja. Amennyiben az első szövettani mintavétel (pl. biopszia) során a daganat esetében a környezetbe terjedés nem megítélhető, azaz a biztosítási esemény bekövetkezése nem állapítható meg teljes bizonyossággal, akkor szükség van a soron következő (pl. műtéti) szövettani eredményre vagy olyan dokumentumra, amely környezetbe terjedést igazolja.</p> <p>Rosszindulatú daganat a rosszindulatú sejtek befolyásolhatatlan növekedése és behatolása más szövetekbe.:</p> <p>A biztosító például az alábbi rosszindulatú daganatok bekövetkezése esetén nyújt szolgáltatást meghatározott esetekben:</p> <ul style="list-style-type: none"> – agydaganat – csontdaganat – emlődaganat – fej-nyaki daganatok – gégedaganat – gyomordaganat – hasnyálmirigydaganat 	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam</th> <th>Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 hónap</td> <td>5%-a</td> </tr> <tr> <td>2 hónap</td> <td>10%-a</td> </tr> <tr> <td>3 hónap</td> <td>50%-a</td> </tr> <tr> <td>4 hónap</td> <td>75%-a</td> </tr> <tr> <td>5 és ennél több hónap</td> <td>100%-a</td> </tr> </tbody> </table> <p>A biztosítási összeg emelése esetén, ha a biztosítási esemény az emelés hatályától számított 2 hónap alatt következik be, akkor a biztosító az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást. Ezen túlmenően a biztosító az emelést követő és az azt megelőző biztosítási összeg különbözetére, az adott biztosítottra addig levont biztosítási díját visszatéríti a szerződőnek jóváírás formájában.</p> <p>A biztosító a biztosítási fedezet kapcsán egy biztosított vonatkozásában egyszer és legfeljebb egy – a feltételekben meghatározott – betegség vagy egyéb biztosítási esemény esetén nyújt szolgáltatást akkor is, ha több betegség vagy egyéb biztosítási esemény együttesen lép fel.</p> <p>A szolgáltatás teljesítése, a teljesítés ideje</p> <p>3. Az Általános Szerződési Feltételektől eltérően a biztosító a biztosítási szolgáltatást az alább meghatározott időpontok közül a</p>	Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg	1 hónap	5%-a	2 hónap	10%-a	3 hónap	50%-a	4 hónap	75%-a	5 és ennél több hónap	100%-a
Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg												
1 hónap	5%-a												
2 hónap	10%-a												
3 hónap	50%-a												
4 hónap	75%-a												
5 és ennél több hónap	100%-a												

<ul style="list-style-type: none"> - heredaganat - húgyhólyagdaganat - lágyszűrdaganatok - leukémia (kivéve a krónikus lymphoid leukémiát) - limfóma - májdaganat - méhnyak daganat - melanoma malignum - mellékvesekéreg daganat - nyelőcső daganat - pajzsmirigy daganat - petefészek daganat - prosztatata daganat - szájüregi daganat - szemdaganatok - tüdődaganat - vastagbél daganat - végbél daganat - vesedaganat <p>Nem minősülnek biztosítási eseménynek a rákmegelőző állapotok, a környezetbe nem terjedő rosszindulatú daganatos megbetegedések (carcinoma in situ esetei), valamint a bőr rosszindulatú daganatai, kivéve a melanoma malignum eseteit.</p> <p>Szívinfarktus A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál szívinfarktust diagnosztizálnak. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szívinfarktus bekövetkeztének (szívinfarktust igazoló EKG eltérés és/vagy a troponinemelkedés) a kezelőorvos által megállapított időpontja.</p> <p>Szívinfarktus a szív koszorús ereinek elzáródása következtében kialakult helyi szívizomelhalás. A szívinfarktus diagnózisa akkor minősül biztosítási eseménynek, ha az alábbi tényezők közül legalább kettő együttesen fennáll::</p> <ul style="list-style-type: none"> - típusos mellkasi fájdalom, - friss és szívinfarktust bizonyító EKG-eltérés (szignifikáns ST eleváció összetartozó elvezetésekben), 	<p>későbbi időponttól számított 15 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak</p> <ul style="list-style-type: none"> - a biztosítási eseménynél meghatározott nap, ha a biztosított ezen a napon életben van, vagy - a szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges utolsó irat kézhezvételének napja.
--	---

- a szívizomelhalást jelző specifikus enzimek (pl. troponin, CK-MB) felszaporodása a vérben.

Agyi érkatasztrófa

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál agyi érkatasztrófát diagnosztizálnak.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnosztizálás időpontja.

Agyi érkatasztrófa a diagnózis felállításától számított 60 nap után is észlelhető, maradandó idegrendszeri tüneteket okozó agyi értörtézés, amelyhez a következő kórképek sorolhatók:

- az agyszövet elhalása érelzáródás következtében (trombózis),
- koponyán belüli vérzés, a baleseti eredetű kivételével,
- koponyán kívüli forrásból származó agyembólia, a baleseti eredetű kivételével.

Szervátültetés

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított szervátültetést hajtanak végre.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.

Szervátültetésnek minősül a biztosítotton első alkalommal végzett szívátültetés, vagy egyidejű szív- és tüdőátültetés, vagy májtranszplantáció, vagy veseátültetés, feltéve, hogy a szervet a biztosított kapja. **Az itt felsoroltakon kívül más szerv vagy szövet átültetésére nem terjed ki a kockázatviselés.**

Krónikus veseelégtelenség

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál krónikus veseelégtelenség áll fenn, és a beteg a diagnózis megállapításától számított legalább két hónapig tartós dialíziskezelésre szorul.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az első dialíziskezelés időpontja.

Krónikus veseelégtelenség a krónikus vesebetegségek, illetve urológiai betegségek miatti vesepusztulás következtében kialakult olyan súlyos, IV. stádiumú, terminalis veseműködési elégtelenség (a vér serumkreatinin-szintje tartósan 800-900 mikromol/l vagy ezen

érték feletti), aminek következtében a beteg folyamatos vesefunkció-pótló kezelés (krónikus dialysis: peritonealis – hasüregi – dialysis, vagy haemodialysis, azaz művesekezéssel) nélkül rövid időn belül meghalna.

Szívkoszorúér-műtét

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított nyitott szívkoszorúér-műtétet (bypass) hajtanak végre.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.

Szívkoszorúér-műtét a szívizom súlyos vérellátási zavarát okozó szívkoszorúér- szűkület áthidalását (megkerülését: bypass) szolgáló műtét a beteg testéből kivett érdarabnak (graft), vagy más érpótló anyagnak a szív érrendszerébe történő beültetésével, amivel a szív vérellátása tartósan kielégítővé válik.

AIDS- (HIV-) betegség

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított AIDS- (HIV-)betegségben megbetegszik.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a HIV-betegség megállapításának időpontja.

Az AIDS- (HIV-) betegség olyan betegség, amely a HIV-fertőzött (HIV-pozitív, BNO10:Z21) személynél a HIV-fertőzöttség talaján fellépő fertőző és parazitás betegséget és/vagy rosszindulatú daganatot és/vagy egyéb, a HIV-fertőzöttséggel összefüggő betegségi tüneteket eredményez (BNO10:B20-B23).

Nem terjed ki a kockázatviselés az előző bekezdésben meghatározott betegségeket még nem eredményező szerzett immunhiányos szindrómára (AIDS) és az ezzel összefüggő, az előző bekezdésben meghatározott betegségeket még nem eredményező egészségi állapot-változásokra (AIDS related complex, ARC) (BNO10:B24); (BNO – Betegségek Nemzetközi Osztályozása).

Teljes vakság

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított mindkét szemén visszafordíthatatlan, baleset, vagy betegség következtében kialakult teljes látásvesztés alakult ki, amelyet szakorvos

állapított meg és amely sem segédeszközzel, sem műtéttel nem korrigálható.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szakorvos által kiállított lelet kiadásának időpontja.

Nagy végtag-amputáció

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított betegség vagy baleset miatt legalább az egyik végtagját elveszti a következők szerint: legalább az egyik felkarnak a teljes könyökízületet is magába foglaló amputációja, illetve legalább az egyik lábnak a teljes térdízületet is magába foglaló amputációja folytán.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az amputációs műtét időpontja.

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

Sclerosis multiplex

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a korábban már diagnosztizált, a központi idegrendszer fehérállományának gócos pusztulásával járó, szakaszosan lezajló sclerosis multiplex

- a) betegséget ideggyógyász szakorvos megállapítja, és
- b) a betegség következtében kialakultak a különböző idegrendszeri központokat érintő (mozgáskordináció-, látásszervi-, érzékelési-, mentális-, vizelettartási és szexuális-) zavarok, amelyek legalább 6 hónapja fennállnak, valamint
- c) a b) pontban foglalt zavarokat alátámasztó objektív neurológiai vizsgálati eredmények (pl. gerincvelő folyadék vizsgálata, MRI vizsgálat, vizuális kiváltott válasz, hallási agytörzsi válasz) rendelkezésre állnak.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a c) pont szerinti vizsgálati eredmények kiadásának időpontja.

Nagy égési sérülés

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított

- 26%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű II. fokú, illetve
- 16%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű III. fokú, illetve
- 6%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű, illetve végtag vagy szerv funkcióját maradandóan és 51%-os vagy ennél nagyobb százalékban károsító IV. fokú

égési sérülést szenved.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a sérültet ellátó kórházi osztályon történő kezelés befejezése után, a sérülés fokát és százalékos kiterjedését is feltüntető zárójelentés kiadásának időpontja, illetve végtagi funkciót is károsító sérülésnél a biztosító baleseti orvosszakértője által megállapított 51 százalékos vagy ennél nagyobb mértékű maradandó kár megállapításának időpontja.

Égési sérülés a hőforrás (tűz, forró felület vagy gőz), illetve elektromos áram által kiváltott élő szöveti sérülés (**a napsugárzás okozta vagy bármilyen más sugárzás – például röntgen, radioaktivitás, lézer, mikrohullám – által okozott sérülés és egyéb hőhatás okozta károsodás is – például a hőguta – kizárva**).

Alzheimer-kór

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított Alzheimer kórban történő megbetegedését – a memória és az intellektuális funkciók állandó és folyamatos leépülését – neurológus vagy pszichiáter szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva megállapítja és a panaszok kezdetét követő 6 hónap elteltével egy újabb (ún. felülvizsgálati) dokumentumban megerősíti a kezelőorvos a betegség fennállását.

A jelen biztosítás nem terjed ki a demenciát okozó egyéb, nem szervi eredetű megbetegedésekre, neurózisokra, pszichiátriai betegségekre, agyi keringési zavarra és alkoholfogyasztással összefüggésben kialakult agyi károsodásokra.

Parkinson-kór

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított Parkinson kórban történő megbetegedését – a motoros és nem motoros funkciók károsodását – neurológus szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva megállapítja.

és a panaszok kezdetét követő 6 hónap elteltével egy újabb (ún. felülvizsgálati) dokumentumban megállapítja a kezelőorvos a betegség fennállását.

Jelen Szerződési Feltételek vonatkozásában Parkinson-kórnak minősül a biztosított azon krónikus betegsége, amely az agyi, ún. extrapyramidális, dopamin ingerületátvivő anyaggal működő agyi területek pusztulásával jár.

A jelen biztosítás nem terjed ki a drog vagy toxikus anyag okozta Parkinson- szindrómák eseteire, vagy más néven parkinsonismusra.

Parkinson-szindrómáknak nevezzük, amennyiben a Parkinson-kór tünetei más degeneratív idegrendszeri betegségekben, például gyógyszerek mellékhatásaként, idegrendszeri gyulladást és többszörös sérülést követően, valamint az idegrendszeri érkárosodásokkal járó (vascularis) betegségekben alakulnak ki.

Hallás elvesztése

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított esetében a hallás elvesztését – mindkét oldali fül hallóképességének baleseti eredetű vagy betegségből kifolyólag bekövetkező teljes, állandó és visszafordíthatatlan, azaz semmilyen eszközzel vagy műtéttel nem korrigálható elvesztését – fül-orr-gégész szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva az audiometria és a hallásküszöb-vizsgálat alapján megállapítja.

Jelen Szerződési Feltételek vonatkozásában a hallás elvesztésének minősül, ha a biztosított hallásküszöb-értéke a beszédfrekvenciákon mindkét fülön 60 dB, vagy a-felett van.

A jelen biztosítás nem terjed ki az időskori hallásvesztés (presbycusis) eseteire.

Beszédképesség elvesztése

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított esetében a beszédképesség elvesztését – azaz a beszéd teljes, állandó és visszafordíthatatlan elvesztését, melyet a gége-, betegsége vagy az

agyi beszédközpont balesete vagy visszafordíthatatlan betegsége okozott – neurológus vagy fül-orr-gégész szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva megállapítja, továbbá igazolja a gégeműködés képtelenségét.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a beszédképességnek a pszichiátriai okból, autizmus, illetve értelmi fogyatékoság következtében kialakult elvesztésére.

Szívbillentyű műtét

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított szívbillentyűműtétet hajtanak végre.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.

A szívbillentyűműtét jelen Szerződési Feltételek vonatkozásában nyitott mellkasi szívűműtétet jelent, melynek célja a kóros szívbillentyű(k) kicserélése, illetve korrekciója. A műtét orvosi szükségességét kardiológusnak, illetve szív-érsebésznek kell írásban megerősítenie szakorvosi leletbe foglalva.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az intravénás droghasználat mellett kialakult szívbillentyű-károsodás miatt szükségessé váló műtétekre vagy a katéteres valvuloplasztikára, valvulotomiára.

Végstádiumú tüdőbetegség (COPD)

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított végső stádiumú, idült obstruktív tüdőbetegségét (COPD) tüdőgyógyász szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva megállapítja.

Végstádiumú, idült légzési elégtelenséghez vezető idült, obstruktív tüdőbetegség (COPD) megállapításának feltételei a következők:

- a) FEV1 < 60% ismételten: legalább 3 alkalommal, mérve, minden alkalommal, és;
- b) folyamatos oxigénterápia alkalmazása szükséges a fennálló oxigénhiány kezelésére, és;
- c) az ütőérvérgáz-analízis szerint az oxigénnyomás 55 Hgmm-nél alacsonyabb, és
- d) nyugalmi légszomj áll fenn.

A biztosítási esemény időpontja ~~tehát~~, amikor a fenti a)-d) pont szerinti feltételek teljesülését a tüdőgyógyász szakorvos írásban megállapítja.

Heveny, súlyos májgyulladás

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított heveny májgyulladását szakorvos írásban, orvosi dokumentumba foglalva megállapítja.

A heveny májgyulladás a máj-hirtelen kialakuló súlyos megbetegedése, melyet elsősorban különböző vírusfertőzések, de más károsító hatások (pl. mérgezés, gyógyszerek), egyéb fertőző ágensek vagy autoimmun betegségek is okozhatnak. Jelen Szerződési Feltételek vonatkozásában heveny súlyos májgyulladásnak minősül a teljes májelhalás, mely hirtelen májelégtelenséghez vezet.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a droghasználat, a nem orvosszakmai protokollok alapján elrendelt gyógyszer szedése, vagy az alkoholizmus (idült alkoholfogyasztás) mellett kialakuló májkárosodásra.

Aorta műtét

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított aorta műtétet hajtanak végre. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.

Jelen feltételben az aorta műtét olyan nyitott mellkasi vagy hasi műtétet jelent, mely az aorta aneurysmája (kóros tágulata), szűkülete, elzáródása vagy disszekciója (azaz az aortafal belső rétegének hosszanti, tovafutó beroppanása) miatt történt. Az aorta jelen Szerződési -Feltételek szempontjából a mellkasi és a hasi aortát jelenti, mely nem foglalja magába annak ágait.

A jelen biztosítás nem terjed ki az endoszkópos és intraarterialis technikákra (pl.: perkután endovascularis aneurysma műtét).

Aplasztikus vérszegénység

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított csontvelői őssejtjeinek megbetegedése miatt kialakuló aplasztikus vérszegénységét a jelen pontban foglaltaknak megfelelően, az alábbi a) - c) pontokban írtakra

tekintettel hematológus szakorvos írásban, orvosi dokumentumba foglalva megállapítja.

Az aplasztikus vérszegénység (anaemia) egy idült csontvelőbetegség, mely súlyos vérképzési zavart jelent és mindhárom sejtvonalon – vörösvérsejtek, fehérvérsejtek, vérlemezkék – csökkent sejtermelést eredményez (ez az úgynevezett pancytopenia).

Aplasztikus vérszegénységnek minősül jelen Szerződési Feltételek szempontjából, ha a csontvelő legalább 25%-át érinti a károsodás, feltéve, hogy az alábbi három tényezőből legalább kettő fennáll:

- a) az abszolút neutrofil granulocytá szám kevesebb, mint 500/mm³ (vagy 0,5 G/l)
- b) a vérlemezkék száma kevesebb, mint 20 000/mm³ (vagy 20 G/l)
- c) a reticulocytá szám kevesebb, mint 20x10⁹/l

A biztosító abban az esetben teljesít szolgáltatást, ha a biztosított folyamatosan, legalább 3 hónapon keresztül kezelést kap. Kezelés alatt a többszöri vérátömlesztést, vagy csontvelő-stimuláló gyógyszerek, vagy immunszuppresszív anyagok adását, illetve csontvelő-átültetést vagy őssejtbeültetést értünk.

A biztosításból kizártak az aplasztikus vérszegénység átmeneti vagy reverzibilis formái, illetve a vérszegénység azon esetei, amelyek nem aplasztikus anaemia miatt jelentkeznek.

A biztosításból kizártak az aplasztikus vérszegénység azon átmeneti, illetve reverzibilis formái, amelyeknél 3 hónapnál rövidebb ideig volt kezelésre szükség, illetve a vérszegénység azon esetei, amelyek nem aplasztikus anaemia miatt jelentkeznek.

Colitis ulcerosa súlyos, műtéti kezelést igénylő formája

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított biopsziával (szövettannal) igazolt colitis ulcerosa következtében teljes bélszakaszt eltávolító hasi műtétet hajtanak végre.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt bélműtét időpontja.

A colitis ulcerosa (CU), vagy fekélyes vastagbélgyulladás, a vastagbél nyálkahártyáját

érintő idült gyulladással megbetegedés, jellemzően góc képződés nélkül. A nyálkahártya fekélyes gyulladása a végbéltől kezdve különböző kiterjedésben jellemzően folytonosan érinti a vastagbelet. A betegség lefolyását relapszusok és remissziók váltakozása jellemzi. A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, illetve a műtét során zárójelentés készül. A szükséges dokumentumok mellé csatolni kell a szövettani vizsgálat eredményét.

Jelen Szerződési Feltételek szempontjából **kizártak a nem klasszifikált gyulladással bélbetegség (IBDU) és az indeterminált colitis kapcsán elvégzett műtétet követően jelzett igények.** Az IBDU azon eseteket jelöli, ahol nem különíthető el egyértelműen a CU és a Crohn betegség, illetve a colitis egyéb okai nem igazolhatók. Az indeterminált colitis (IC) pedig szövettani diagnózis azon esetekre, amikor a vastagbélműtét során eltávolított szövettani minta a Crohn betegség és a colitis ulcerosa átfedő szövettani jeleit mutatja.

Crohn-betegség súlyos, műtéti kezelést igénylő formája

A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított biopsziával (szövettannal) igazolt Crohn betegség következtében legalább kétféle, teljes bélszakaszt eltávolító hasi műtétet hajtanak végre.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a második ilyen bélműtét végrehajtásának időpontja.

A Crohn-betegség (CD) a tápcsatorna bármely szakaszát érintő krónikus, gyulladással járó betegség, mely a bélfal minden rétegét érinti. Elsősorban fiatal felnőtteknél figyelhető meg. Gyakran jelentkezik hasi fájdalommal, hasmenéssel, súlyosabb esetben szisztémás tünetekkel (pl. láz, vérszegénység okozta gyengeség vagy egyéb hiányállapotok tünetei), illetve különféle szövődmények (bélezáródás, konglomerátum vagy sipolyképződés) okozta tünetekkel. A betegség következtében felszívódási zavar léphet fel, vagy szükség lehet az érintett bélszakasz eltávolítását célzó műtétekre.

A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, illetve a műtét során zárójelentés készül. A szükséges dokumentumok mellé csatolni kell a szövettani vizsgálat eredményét.

Jelen Szerződési Feltételek szempontjából **kizártak a nem klasszifikált gyulladós bélbetegség (IBDU) és az indeterminált colitis kapcsán elvégzett műtétet követően jelzett igények.** Az IBDU azon eseteket jelöli, ahol nem különíthető el egyértelműen a CU és a Crohn betegség, illetve a colitis egyéb okai nem igazolhatók. Az indeterminált colitis (IC) pedig szövettani diagnózis azon esetekre, amikor a vastagbélműtét során eltávolított szövettani minta a Crohn betegség és a colitis ulcerosa átfedő szövettani jeleit mutatja.

Jelen Szerződési Feltételek szempontjából nem számít továbbá Crohn betegséggel kapcsolatos műtétnek, amelyek során nem történik bélszakasz eltávolítás, hanem például tályogfeltárás, sipoly kiirtás történik.

Előzménynek tekintendő az ajánlattétel előtt már meglévő olyan betegség, vagy elváltozás, tünet vagy panasz, amelyre a biztosítási esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésbe hozható.

Esedékesség

4. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.

A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok

5. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatása szükséges.

Roszzindulatú daganat

- szövetminta-vizsgálat alapján felállított orvosi diagnózis, a szövettani vizsgálat leírásával,
- amennyiben műtét is történt, zárójelentés, műtéti leírás és műtéti szövettani eredmény

Szívinfarktus

- típusos mellkasi fájdalom leírása a vele járó kísérő tünetekkel orvosi dokumentációval igazoltan,
- friss és a szívinfarktusra utaló EKG-eltérést mutató lelet, (szignifikáns ST eleváció összetartozó elvezetésekben),

- a szívizomelhalást igazoló specifikus enzimeknek (pl. troponin, vagy CK-MB) a vérben való kóros felszaporodását bizonyító lelet, egyéb orvosi dokumentum

Agyi érkatasztrófa

- szakorvosi vélemény, amely igazolja az idegrendszeri károsodás 60 napon túli fennállását

Szervátültetés

- a szervátültetéssel kapcsolatos összes orvosi dokumentáció az indikációt igazoló vizsgálati eredményekkel együtt

Krónikus veseelégtelenség

- a betegség IV. stádiumát és a 60 napon túl is folyamatosan szükséges dialíziskezelést igazoló szakintézeti orvosi szakvélemény

Szívkoszorúér-műtét

- a bypass műtét elvégzését igazoló orvosi dokumentáció; zárójelentés és műtėti leírás

AIDS- (HIV-) betegség

- az orvosi diagnózis, melynek felállítása a fekvőbeteg-gyógyintézet fertőzőbetegosztályán történt

Teljes vakság

- a szemész szakorvosi vélemény, lelet.

Nagy végtag-amputáció

- a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció

Sclerosis multiplex

- a betegség következtében kialakult, a különböző idegrendszeri központokat érintő (mozgáskordináció-, látásszervi-, érzékelési-, mentális-, vizelettartási és szexuális-) zavarok legalább 6 hónapja történő fennállását alátámasztó objektív neurológiai vizsgálati eredményeket (pl. gerincvelő folyadék vizsgálata, MRI vizsgálat, vizuális kiváltott válasz, hallási agytörzsi válasz) tartalmazó orvosi iratok

Égési sérülés

- a biztosítottat ellátó fekvőbeteg-gyógyintézet által kiadott olyan zárójelentés, amely az égési sérülés százalékos kiterjedését, valamint a végtagnak vagy szervnek a véglegesen megállapított és százalékban is kifejezett funkciókárosodását is leírja

Alzheimer-kór

- a betegség kialakulását és lefolyását igazoló szakorvosi leletek, vizsgálati eredmények,
- zárójelentések másolatai, valamint a 6 hónap elteltével készült, az aktuális állapotot leíró ideggyógyász szakorvos által írt szakvélemény

Parkinson-kór

- a betegség kialakulását, lefolyását, aktuális állapotát részletesen leíró orvosi dokumentáció

Hallás elvesztése

- a halláselvesztéssel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum
- a biztosítási eseményt alátámasztó audiogrammok, audiológiai eredmények

Beszédképesség elvesztése

- a beszédképesség elvesztésétől a szolgáltatási igény benyújtásáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum

Szívbillentyű műtét

- a kardiológiai betegség teljes dokumentációja, a műtét szükségességét indokló kardiológiai szakvélemény és szívlultrahang lelet
- a nyitott mellkasi műtét zárójelentése és műtéti leírása

Végstádiumú tüdőbetegség

- a diagnózist megállapító, leletekkel alátámasztott tüdőgyógyász szakorvosi vélemény, orvosi dokumentáció
- légzésfunkciós eredmények a kért követési időszakban

Heveny, súlyos májgyulladás

- a szakorvos által igazolt diagnózis és az ezt alátámasztó orvosi dokumentációk, leletek, zárójelentés

Aorta műtét

- a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció
- műtéti zárójelentés és műtéti leírás

Aplasztikus vérszegénység

- haematológus szakorvos szakvéleménye, a betegséget igazoló csontvelőbiopszia szövettani eredménye
- a betegség súlyosságát alátámasztó laboratóriumi eredmények
- a betegség kezelése során alkalmazott terápiákról szóló orvosi dokumentációk (kezelőlapok, zárójelentések)

Colitis ulcerosa súlyos, műtéti kezelést igénylő formája

- a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció

Crohn-betegség súlyos, műtéti kezelést igénylő formája

- az első és a második műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció

A biztosítási fedezet megszűnése

6. Az Általános Szerződési Feltételekben foglalt megszűnési okokon kívül a biztosítási fedezet megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával is, amikor a biztosítási esemény bekövetkezik.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

7. A kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól: a biztosítási események köre kiegészítésre került további betegségekkel.

A rokkantsági ellátás esetére szóló egészségbiztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás												
<p>1. Biztosítási esemény akkor következik be, ha a biztosított</p> <ul style="list-style-type: none"> – a kockázatviselési időszakban történt balesetből vagy betegségből eredően – „D” vagy „E” kategóriás besorolású rokkantsági ellátásra való jogosultságot szerez – a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény, és e törvény felhatalmazásából megalkotott jogszabályok alapján. <p>A biztosítási esemény bekövetkezésének feltétele, hogy a rokkantsági ellátásra való jogosultságot, valamint az egészségi állapot mértékét a fenti jogszabályokban kijelölt szerv/szervek a baleset, vagy betegség bekövetkeztétől számított két éven belül megállapítja/megállapítják.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást</p> <table border="1" data-bbox="823 636 1409 1039"> <thead> <tr> <th data-bbox="823 636 1130 867">Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam</th> <th data-bbox="1130 636 1409 867">Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="823 867 1130 898">1 hónap</td> <td data-bbox="1130 867 1409 898">5%-a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="823 898 1130 930">2 hónap</td> <td data-bbox="1130 898 1409 930">10%-a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="823 930 1130 961">3 hónap</td> <td data-bbox="1130 930 1409 961">50%-a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="823 961 1130 993">4 hónap</td> <td data-bbox="1130 961 1409 993">75%-a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="823 993 1130 1039">5 és ennél több hónap</td> <td data-bbox="1130 993 1409 1039">100%-a</td> </tr> </tbody> </table> <p>A biztosítási összeg emelése esetén, ha a biztosítási esemény az emelés hatályától számított 2 hónap alatt következik be, akkor a biztosító az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást. Ezen túlmenően a biztosító az emelést követő és az azt megelőző biztosítási összeg különbözetére, az adott biztosítottra addig befizetett díjat visszatéríti a szerződőnek a rendszeres díjnak a szerződésen – túlfizetésként – történő jóváírása formájában.</p>	Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg	1 hónap	5%-a	2 hónap	10%-a	3 hónap	50%-a	4 hónap	75%-a	5 és ennél több hónap	100%-a
Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg												
1 hónap	5%-a												
2 hónap	10%-a												
3 hónap	50%-a												
4 hónap	75%-a												
5 és ennél több hónap	100%-a												
Esedékesség													
<p>3. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a rokkantságot az illetékes szerv megállapítja.</p>													
A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok													
<p>4. A biztosítási esemény igazolásához, valamint a biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl – a biztosító rendelkezésére kell bocsátani az erre jogosult szerv/szervek által kiállított hivatalos iratokat, melyek igazolják a biztosított rokkantsági ellátásra való jogosultságát, továbbá az egészségi állapot mértékének meghatározását.</p>													

A biztosítási fedezet megszűnése

5. Az Általános Szerződési Feltételekben foglalt megszűnési okokon kívül a biztosítási fedezet megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával is, amikor
 - a) a biztosítási esemény bekövetkezett, vagy
 - b) a biztosított nyugdíjba vonult.

Budapest, 2023. december 15.

A műtéti térítésre szóló egészségbiztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás																																			
<p>1. A biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett – balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a jelen szerződési feltételek szerinti – műtéte azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.</p> <p>Műtét: Jelen szerződési feltételek alapján műtétnak tekintendő az orvosszakmai szabályok betartásával, orvosi szakképzettséggel rendelkező személy által elvégzett sebészeti (sebészeti jellegű) orvosi beavatkozás.</p>	<p>2. A biztosító a szolgáltatás szempontjából kis, közepes, nagy, illetve kiemelt műtéteket különböztet meg. A műtétek – kis-, közepes, nagy-, illetve kiemelt műtétek szerinti – besorolását az Általános Szerződési Feltételek 1. számú mellékletét képező műtéti lista tartalmazza. A besorolás a társadalombiztosítási szervek besorolásától független. A műtéti listában nem szereplő beavatkozások besorolását a biztosító orvosa állapítja meg.</p> <p>A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:</p> <table border="1" data-bbox="805 999 1422 1402"> <thead> <tr> <th data-bbox="805 999 971 1199">Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam</th> <th colspan="4" data-bbox="977 999 1422 1136">Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg alábbi százaléka</th> </tr> <tr> <td></td> <th data-bbox="977 1144 1094 1199">Kiemelt műtét</th> <th data-bbox="1101 1144 1192 1199">Nagy műtét</th> <th data-bbox="1198 1144 1321 1199">Közepes műtét</th> <th data-bbox="1328 1144 1422 1199">Kis műtét</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="805 1207 971 1234">1 hónap</td> <td data-bbox="977 1207 1094 1234">10%</td> <td data-bbox="1101 1207 1192 1234">5%</td> <td data-bbox="1198 1207 1321 1234">2,5%</td> <td data-bbox="1328 1207 1422 1234">1%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="805 1243 971 1270">2 hónap</td> <td data-bbox="977 1243 1094 1270">20%</td> <td data-bbox="1101 1243 1192 1270">10%</td> <td data-bbox="1198 1243 1321 1270">5%</td> <td data-bbox="1328 1243 1422 1270">2%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="805 1278 971 1306">3 hónap</td> <td data-bbox="977 1278 1094 1306">100%</td> <td data-bbox="1101 1278 1192 1306">50%</td> <td data-bbox="1198 1278 1321 1306">25%</td> <td data-bbox="1328 1278 1422 1306">10%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="805 1314 971 1341">4 hónap</td> <td data-bbox="977 1314 1094 1341">150%</td> <td data-bbox="1101 1314 1192 1341">75%</td> <td data-bbox="1198 1314 1321 1341">37,5%</td> <td data-bbox="1328 1314 1422 1341">15%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="805 1350 971 1402">5 és ennél több hónap</td> <td data-bbox="977 1350 1094 1402">200%</td> <td data-bbox="1101 1350 1192 1402">100%</td> <td data-bbox="1198 1350 1321 1402">50%</td> <td data-bbox="1328 1350 1422 1402">20%</td> </tr> </tbody> </table> <p>A biztosítási összeg emelése esetén, ha a biztosítási esemény az emelés hatályától számított 2 hónap alatt következik be, akkor a biztosító az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást.</p> <p>A biztosító szolgáltatása biztosítási időszakonként (azaz két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszakban) legfeljebb a biztosítási összeg háromszorosa, két egymást követő biztosítási időszakban a biztosítási összeg ötszöröse lehet.</p>	Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg alábbi százaléka					Kiemelt műtét	Nagy műtét	Közepes műtét	Kis műtét	1 hónap	10%	5%	2,5%	1%	2 hónap	20%	10%	5%	2%	3 hónap	100%	50%	25%	10%	4 hónap	150%	75%	37,5%	15%	5 és ennél több hónap	200%	100%	50%	20%
Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg alábbi százaléka																																			
	Kiemelt műtét	Nagy műtét	Közepes műtét	Kis műtét																																
1 hónap	10%	5%	2,5%	1%																																
2 hónap	20%	10%	5%	2%																																
3 hónap	100%	50%	25%	10%																																
4 hónap	150%	75%	37,5%	15%																																
5 és ennél több hónap	200%	100%	50%	20%																																

	<p>3. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást, a biztosítotton</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nem betegség, vagy nem baleset miatt végzett plasztikai műtét, b) betegség miatt végzett, bármilyen kis- és közepes műtétnek minősülő fogászati, szájsebészeti beavatkozás, c) diagnosztikus célból végzett bármilyen beavatkozás, beleértve a kimetszéseket, az endoscopos, vagy punkciós mintavételeket, a katheteres vizsgálatokat is, d) nem orvosi javallat alapján végzett terhességmegszakítás, e) a Műtéti lista V. pontja szerint „nem térítendő műtétnek” minősülő beavatkozás végrehajtása <p>esetén.</p>
<p>Esedékesség</p> <p>4. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a műtét elvégzésének napja.</p>	
<p>A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok</p> <p>5. A szolgáltatás iránti igény elbírálásához az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatása szükséges</p> <ul style="list-style-type: none"> a) a műtétről szóló orvosi dokumentáció, b) fekvőbetegként történő gyógykezelés esetén a gyógykezelésről kiadott fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés. <p>A biztosított köteles a biztosítási eseményt a szolgáltatáshoz szükséges iratokkal együtt a biztosítónak haladéktalanul bejelenteni. Fekvőbeteg-gyógyintézetben elvégzett műtét esetén, az iratokat legkésőbb a gyógyintézetből való elbocsátást követő 30 napon belül kell benyújtani.</p>	

Budapest, 2023 december 15.

A kórházi napi térítésre szóló egészségbiztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás												
<p>1. A biztosítottak a kockázatviselési időszakban – saját jogán történő, baleset vagy betegség miatt orvosiilag indokolt és szükséges – fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelésének megkezdése, a baleset vagy betegség bekövetkezését követő egy éven belül, azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.</p> <p>Fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelés: Jelen szerződési feltételek alapján fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésnek tekintendő az aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) történő gyógykezelés. Aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) olyan fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályok (részlegek, ágyak) értendők, amelyeken az orvosi szakterületenként szervezett osztályok, részlegek (pl. belgyógyászat, sebészet stb., de ide sorolandók az intenzív osztályok, részlegek is) állandó és folyamatos, aktív orvosi és ápolási ellátást igénylő betegeket látnak el.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:</p> <table border="1" data-bbox="821 667 1414 1073"> <thead> <tr> <th data-bbox="821 667 1130 898">Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam</th> <th data-bbox="1130 667 1414 898">Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="821 898 1130 932">1 hónap</td> <td data-bbox="1130 898 1414 932">5%-a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 932 1130 966">2 hónap</td> <td data-bbox="1130 932 1414 966">10%-a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 966 1130 999">3 hónap</td> <td data-bbox="1130 966 1414 999">50%-a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 999 1130 1033">4 hónap</td> <td data-bbox="1130 999 1414 1033">75%-a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="821 1033 1130 1073">5 és ennél több hónap</td> <td data-bbox="1130 1033 1414 1073">100%-a</td> </tr> </tbody> </table> <p>A biztosítási összeg emelése esetén, ha a biztosítási esemény az emelés hatályától számított 2 hónap alatt következik be, akkor a biztosító az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást.</p> <p>3. A biztosítási fedezet önrésszel köthető. Az önrész az a szerződő által választott és a szerződésben napokban meghatározott időtartam, amelyre a biztosító nem nyújt szolgáltatást. A választható önrész időtartama 0. 3 vagy 7 nap.</p> <p>4. A kórházi napi térítést az 1. pont szerint megkezdődött fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodás kezdetének napjától a gyógyintézeti tartózkodás befejezésének napjáig, a gyógyintézeti tartózkodás önrésznapokkal csökkentett, naptári napokban számított időtartamára nyújtja a biztosító.</p> <p>A biztosító biztosítási eseményenként legfeljebb 90 napra nyújt kórházi napi térítést. A biztosító egy biztosítási időszakban</p>	Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg	1 hónap	5%-a	2 hónap	10%-a	3 hónap	50%-a	4 hónap	75%-a	5 és ennél több hónap	100%-a
Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg												
1 hónap	5%-a												
2 hónap	10%-a												
3 hónap	50%-a												
4 hónap	75%-a												
5 és ennél több hónap	100%-a												

	<p>legfeljebb 180 napra, két egymást követő biztosítási időszakon belül pedig legfeljebb 200 napra nyújt szolgáltatást.</p> <p>A biztosító nem teljesít kórházi napi térítést azokra a napokra, amelyeken</p> <ol style="list-style-type: none"> a biztosított nem tartózkodik a fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy a fekvőbeteg-gyógyintézetben tartózkodás – annak kezdő és befejező napját kivéve – 24 óránál rövidebb. <p>A biztosító – betegség vagy baleset esetén – terhességenként maximálisan 14 napra nyújt szolgáltatást.</p> <ol style="list-style-type: none"> A biztosító a kórházi napi térítés összegét úgy számítja ki, hogy a biztosítási esemény 4. pont szerinti napjainak számát megszorozza a biztosítási esemény bekövetkezésének napján érvényes biztosítási összeggel. Ha az 1. pont szerint megkezdődött gyógykezelés időtartama alatt olyan újabb betegség vagy baleset következik be, amely ugyancsak orvosilag indokolt és szükséges fekvőbeteg-gyógykezeléssel jár, akkor ez – a biztosító térítésének mértéke és az önrész szempontjából – új biztosítási eseménynek minősül. Ennek feltétele, hogy az újabb betegség vagy baleset miatt a fekvőbeteg-gyógykezelés időtartama hosszabb a korábinál, kivéve, ha az újabb betegség vagy baleset okozati összefüggésben áll az előző biztosítási eseményt megalapozó betegséggel vagy balesettel. A biztosító az alábbi esetekben is teljesít szolgáltatást a biztosított – saját jogán történő, baleset vagy betegség miatt orvosilag indokolt és szükséges – fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése alapján, feltéve, ha a fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésre a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap elteltével kerül sor <ol style="list-style-type: none"> terhesség, szülés, fogászati kezelés, fogászati protézisek készítése, állkapocs-ortopédiai, illetve állkapocssebészeti beavatkozás(ok).
--	--

	<p>8. A biztosító – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást a biztosított</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nem orvosi javallat alapján végzett terhességmegszakítása, b) krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályon (részlegesen, ágyon) való ellátása, c) pszichiátriai intézetben (illetve igazoltan pszichiátriai ágyon) való ellátása, d) alkohol- és kábítószer-elvonó intézményben történő tartózkodása, e) terápiás célból nem indokolt esztétikai beavatkozás, fogyókúrás kezelés miatti fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodása, f) fizioterápiás, fizikoterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás, akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelése esetén.
<p>Esedékesség</p> <p>9. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.</p>	

Budapest, 2023 december 15.

Az orvosi ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet

Általános információk

1. Az **Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás** az orvosi ellátásra szóló -egészségbiztosítási fedezet részét képezi.

A **közlési és változásbejelentési kötelezettség** tekintetében az Általános Szerződési Feltételekben foglalt, a biztosítóra vonatkozó szabályok az ellátásszervezőre is érvényesek. A közölt adatokat az ellátásszervező is jogosult ellenőrizni.

Fogalmak

2. **Egészségügyi szolgáltatás:** Az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenység.

Egészségügyi szolgáltató: A tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, vagy jogi személy.

Ellátásszervező: Az az egészségügyi szolgáltató, amely a biztosítóval kötött szerződés alapján a biztosítottaknak a jelen szerződési feltételek szerinti szolgáltatásokat nyújtja.

A biztosítóval szerződött ellátásszervező neve, címe, telefonszáma: Teladoc Hungary Kft.

1083 Budapest, Szigony utca 26-32.

Tel: 06-1-461-1555

Az ellátásszervezés szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésére rendelkezésre álló időszak:

munkanapokon 8.00-20.00 óra között

Vizsgálat: Az a tevékenység, amelynek célja a beteg egészségi állapotának felmérése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének megállapítása.

Szűrővizsgálat: Olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.

Előzménybetegség: A kockázatviselési időszak kezdetét megelőzően bekövetkezett, már kórismézett (diagnosztizált) vagy fennálló tünet, vagy még nem kórismézett (nem diagnosztizált) bármely tünet, sérülés, betegség, elváltozás vagy maradandó károsodás, továbbá olyan betegség, állapot vagy elváltozás, mely annak természetéből adódóan általános orvosszakmai irányelvek alapján a kockázatviselés kezdetét megelőzően alakult ki, és amelyekkel okozati összefüggésben a kockázatviselés ideje alatt a biztosított igényelt vagy igénybe vett egészségügyi szolgáltatást.

Krónikus betegség: Azon, általában lassan kifejlődő, hosszan tartó, orvos által minősített kórállapot, melyet a szakma szabályai szerint alkalmazott gyógyszeres vagy egyéb terápiával maradéktalanul meggyógyítani nem lehet, legfeljebb az akut periódusok előfordulása mellett tartós tünet- és panaszmentességet lehet elérni, de a betegségre jellemző egyes jelek a tünetmentes periódusban is detektálhatók pl. fizikális, labor, képalkotó eljárással.

Kontrollvizsgálat: A kontrollvizsgálat fogalma alatt a biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a kezelésnek a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.

A biztosított nyilatkozatában nem közölt, a kockázatelbírálás során a biztosító által tudomásul nem vett, de **a kockázatviselés kezdete előtt bizonyíthatóan fennálló előzménybetegségek esetén, a biztosító jogosult a szolgáltatási igényt elutasítani.**

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>3. Biztosítási esemény a biztosított olyan – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül bekövetkezett – balesete vagy valószínűsíthető betegsége, amelyből eredően a jelen szerződési feltételek szerint indokolt orvosi ellátásra van szüksége.</p> <p>Jelen szerződési feltételek alapján orvosi ellátásnak minősül az orvosszakmai szabályok betartásával, a jelen szerződési feltételekben meghatározott</p> <p>a) egészségügyi szakterületeken történő, orvosi szakképesítéssel rendelkező személy által elvégzett járóbeteg szakellátás, valamint</p> <p>b) diagnosztikai vizsgálat, melyet orvosi szakképesítéssel rendelkező személy, vagy javaslatára más erre feljogosult egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy végez.</p> <p>A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál rögzített kizárásokat alkalmazza.</p> <p>Az Orvosi Call Center szolgáltatás tekintetében biztosítási esemény, ha a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban a jelen szerződési feltételekben foglalt témakörökben kérdése merül fel, amelynek alapján tájékoztatást kér.</p> <p>Nem biztosítási esemény a biztosítottnak a betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is) vagy bekövetkezett</p>	<p>4. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett vagy általa előzetesen jóváhagyott – időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett szolgáltatásokat nyújtja a biztosítottnak.</p> <p>I. Járóbeteg szakellátás az alábbi szakterületeken:</p> <p>a) Belgyógyászat b) Bőrgyógyászat c) Csecsemő- és gyermekgyógyászat (kiskorú biztosított esetén) d) Diabetológia e) Endokrinológia f) Érsebészet g) Fül-orr-gégészet h) Gastroenterológia (ezen belül rectoscopy, colonoscopy, gastroscopy is) i) A biztosító nem teljesít szolgáltatást endoszkópos vizsgálatok esetén az altatás költségeire, továbbá a virtuális endoscopy és capsula endoscopy költségeire. j) Kardiológia (ezen belül nyugalmi EKG, terheléses EKG, holter EKG, szív ultrahang) k) Neurológia l) Nőgyógyászat</p> <p>A nőgyógyászati ellátás magába foglalja</p> <ul style="list-style-type: none"> – a panasz miatt szükséges nőgyógyászati vizsgálat során végzett cytológiai vizsgálatot is, évente egy alkalommal, továbbá – a nőgyógyászati (nem a várandósság alatt végzett) ultrahang vizsgálatot, továbbá

<p>balesetével kapcsolatos kontrollvizsgálata</p>	<ul style="list-style-type: none"> - a biztosított várandóssága esetén elvégzendő orvosi vizsgálatokat is, az alábbi feltételekkel: a várandósság alatt végzett hagyományos, hatályos szakmai protokoll szerint szükséges ultrahang vizsgálatok a jelen szerződési feltételek szerinti járóbeteg ellátásnak minősülnek, nem képalkotó diagnosztikai vizsgálatnak tekintendők. Várandósság alatt, terhesgondozás keretében végzett önálló laboratóriumi vizsgálat nem vehető igénybe. <p>m) -Ortopédia n) Sebészet o) Traumatológia p) Szemészet q) Tüdőgyógyászat r) Urológia</p> <p>A biztosító nem teljesít szolgáltatást urológiai ellátás keretein belül az andrológiai vizsgálat vagy ellátás esetén.</p> <p>s) a felsorolt szakterületeken továbbá: A járóbeteg ellátás kiterjed fájdalomcsillapító injekció egyszeri alkalommal történő, nem kúraszerű, kezelésnek nem minősülő beadására, amennyiben az orvosszakmai szempontból indokolt. A járóbeteg ellátás kiterjed továbbá a felsorolt szakellátásokon elvégzett ambuláns műtétek elvégzésére is.</p> <p>Ambuláns műtét: olyan sebészeti, illetve egyéb szakterületi kezelések, beavatkozások, amelyek helyi érzéstelenítés alkalmazásával elvégezhetők, és a beavatkozást követően a beteg még egyéjszakás fekvőbeteg intézeti ellátást sem igényel, a szükséges és elegendő megfigyelés után otthonába bocsátható, és a hatályos jogszabályok szerint az ellátás járóbeteg ellátás keretében történik.</p> <p>A biztosító a járóbeteg ellátásra szóló szolgáltatást a biztosítási fedezet tartama alatt legfeljebb az alábbi összeghatárig nyújtja:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) a biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselés kezdetét követő első 6 hónapban legfeljebb: 50 000 Ft; b) a biztosítási fedezet létrejöttét követő első biztosítási időszakban összesen és a további biztosítási időszakokban-legfeljebb: 100 000 Ft
--	---

II. **Labor diagnosztika** az alábbiak szerint:

- a) Teljes vérkép
- b) Vérsüllyedés
- c) Teljes vizelet
- d) Májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt))
- e) Vércsók (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid)
- f) Vércukor, vércukor terhelés (0-60-90-120 perces), kivéve inzulin
- g) Húgysav
- h) Vesefunkció (KN, Creatinin)
- i) Se vas, transferrin, TVK
- j) Ionok (Na, K, Ca)
- k) HbA1c
- l) Pajzsmirigy funkció (TSH, T3, T4, anti-TPO, anti-TG)
- m) CRP, APTI, INR, Magnézium, ferritin, vércsoport+ellenanyag.

A biztosító nem teljesít szolgáltatást a felsorolt laboratóriumi vizsgálatokon kívüli bármilyen más laboratóriumi vizsgálatra.

Várandósság alatt, terhesgondozás keretében végzett önálló laboratóriumi vizsgálat a jelen szerződési feltételek szerint nem vehető igénybe.

III. **Standard képalkotó diagnosztika:**

- a) Röntgen
- b) Ultrahang
- c) Mammográfia (ideértve 3D tomoszintézissel történő diagnosztika)
- d) Terheléses EKG, holter EKG, ABPM (24 órás vérnyomásmérés)

A biztosító a Labor- és standard képalkotó diagnosztikai ellátásra szóló szolgáltatást a biztosítási fedezet tartama alatt, egy biztosítási időszakban összesen legfeljebb az alábbi összeghatárig nyújtja: 50 000 Ft.

IV. **Fejlett diagnosztika:**

- a) CT
- b) MRI
- c) Pet CT
- d) Cardio CT
- e) endoscopos vizsgálatok (kivéve a virtuális és capsula endoscopia).

Amennyiben a diagnosztikai ellátás részét képezi az ahhoz kapcsolódó bódítás, akkor annak költségeire kiterjed a biztosító kockázatviselése.

Nem nyújt térítést a biztosító a diagnosztikai szolgáltatások igénybevételéhez kapcsolódó altatás és az ahhoz kapcsolódó további ellátások költségeire.

A biztosító nem teljesít szolgáltatást endoszkópos vizsgálatok esetén az altatás költségeire, továbbá a virtuális endoscopia és capsula endoscopia költségeire. Amennyiben az endoszkópos vizsgálatok esetén a biztosított költségére sor kerül altatásra, akkor az altatással kapcsolatos, és a szerződési feltételek szerint téríthető vizsgálatokra a biztosító szolgáltatást teljesít, a szerződési feltételekben foglalt korlátozások figyelembevételével.

A biztosító a felett diagnosztikai ellátásra szóló szolgáltatást a biztosítási fedezet tartama alatt, egy biztosítási időszakban legfeljebb az alábbi összeghatárig nyújtja: 150 000 Ft.

V. Szűrővizsgálat

A biztosító szolgáltatása kiterjed a jelen pontban szereplő, – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett – időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett, a biztosított által választható – **alábbi szűrővizsgálatokra.**

- a) nőgyógyászat (citológiai vizsgálat, hüvelyi ultrahang vizsgálat) vagy
- b) urológia vagy
- c) labor (vérkép, vizelet, vércukor, vérzsírok (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid), májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt)), vese funkció (KN, Creatinin) vagy
- d) hasi ultrahang.

A fent szereplő szűrővizsgálatok közül a jelen szerződési feltételek alapján két egymást követő biztosítási időszak alatt, (azaz az–1. és 2. biztosítási időszak alatt együttevve, a 3. és 4. biztosítási időszak alatt együttevve stb.)– a biztosított választása szerint –összesen legfeljebb egy vizsgálat, legfeljebb 50 000 Ft értékben vehető igénybe.

A szűrővizsgálat igénybevételére a fedezet tartamának kezdetét (a fedezet létrejöttét) követő 6 hónapban nincs lehetőség.

A fenti szolgáltatások abban az esetben vehetők igénybe, ha a biztosítási fedezet díjjal rendezett.

Kizárások

5. Nem biztosítási esemény ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az alábbi esetekben sem
- a) a kockázatviselési időszak kezdetét megelőzően bekövetkezett balesettel vagy betegséggel kapcsolatos ellátás
 - b) meddőséggel kapcsolatos beavatkozás és kezelés,
 - c) sürgősségi ellátás vagy vizsgálat,
 - d) nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos vizsgálat vagy ellátás,
 - e) több alkalomra kiterjedő injekciós kezelés, infúziós kúra,
 - f) szépészeti célú vizsgálat vagy beavatkozás,
 - g) szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, láttelep céljából történő vizsgálat vagy ellátás,
 - h) védőoltásokkal kapcsolatos ellátások,
 - i) nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-megszakítással, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos vizsgálatok vagy ellátások,
 - j) terhesgondozás keretében végzett 4D, 5D ultrahang (babamozsi), magzati szív ultrahang,
 - k) szaruhártyán végzett látásjavító korrekciós műtétek,
 - l) fogászati diagnosztika,
 - m) a biztosítottnak a betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is) vagy bekövetkezett balesetével kapcsolatos kontrollvizsgálata,
 - n) a jelen Szerződési Feltételekben fel nem sorolt szűrővizsgálatok,
 - o) szűrővizsgálatként történő ellátás esetén a nem szűrővizsgálati céllal, panaszok alapján igénybe vett ellátás,
 - p) szűrővizsgálatokként történő ellátás esetén az orvos által javasolt ellátás és kezelés,
 - q) fogászati szűrővizsgálat, állapotfelmérés, panoráma röntgen
 - r) járóbeteg szakellátás, labor diagnosztika, standard képalkotó diagnosztika és fejlett

	<p style="text-align: center;">diagnosztika esetén szűrővizsgálati céllal, nem panaszok alapján igénybe vett ellátás. :</p> <p>Közös szabályok, a teljesítés módja, ideje</p> <p>6. A szolgáltatások kizárólag az ellátásszervező által Magyarország területére szervezett ellátásokra vehetők igénybe.</p> <p>A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál meghatározott időpontban nyújtja a szolgáltatást.</p> <p>7. Az ellátásszervező – az ellátás megszervezését megelőzően – értesíti a biztosítottat, ha az igényelt ellátás, illetve az ellátás költségének figyelembevételével a szolgáltatások értéke meghaladná a jelen szerződési feltételek szerinti valamely limitet.</p> <p>A limit feletti egészségügyi szolgáltatásokat a biztosított saját költségére veheti igénybe. A limit feletti egészségügyi szolgáltatásokra a biztosító nem szervez ellátást.</p> <p>A jelen szerződési feltételekben szereplő szolgáltatásokra vonatkozó limitek emelkedhetnek, ha a biztosítási fedezet díja emelkedik.</p> <p>8. A biztosított a jelen biztosítási fedezet alapján pénzbeli szolgáltatásra nem jogosult.</p> <p>Az ellátásszervező a vele szerződött egészségügyi szolgáltatónál szervezi meg a biztosított ellátását. Amennyiben az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatók között nem található a biztosított által igényelt ellátás elvégzésére alkalmas szolgáltató, akkor az ellátásszervező más, vele szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatónál biztosít lehetőséget az ellátás igénybevételére.</p> <p>Szűrővizsgálatok tekintetében:</p> <p>9. Az ellátásszervező a biztosítottnak a szűrővizsgálat elvégzésére vonatkozó igénye bejelentését követő 30 napon belül szervezi meg a szűrővizsgálatot, továbbá értesíti a biztosítottat a szűrővizsgálat időpontjáról és helyszínéről. Az ellátásszervező a biztosított által meghatározott módon (e-mailben vagy telefonon) értesíti a biztosítottat.</p> <p>A szűrővizsgálat elvégzésének időpontjára a 30 napos határidő nem vonatkozik.</p>
--	--

A szűrővizsgálat igénybevételének helyét az ellátásszervező határozza meg, figyelembe véve a biztosított által megadott földrajzi elhelyezkedést.

Az utólagos térítés feltételei

10. Az utólagos térítési igény benyújtására kizárólag abban az esetben van lehetőség, ha az ellátást annak igénybevétele előtt az ellátásszervező jóváhagyta. Az utólagos térítési igény postai úton, online felületen vagy e-mailben nyújtható be az ellátásszervező részére. Az e-mailben küldött igényt az ellátásszervező operation@teladoc.hu címére kell eljuttatni.

11. Az utólagos térítés keretében az egészségügyi szolgáltató által kiállított számla alapján a biztosított fizeti ki a szolgáltatás költségét a szolgáltatónak. Az ellátásszervező – a biztosított által hozzá benyújtott számla alapján – a jelen szerződési feltételek szerint indokolt költséget – a biztosító nevében eljárva – megtéríti a biztosított részére, a kifizetéshez szükséges dokumentumok beérkezését követő 30 napon belül.

Az ellátásszervező csak magyarországi bankszámlaszámra vagy magyarországi postacímre teljesít kifizetést a biztosított részére.

12. Ha az utólagos térítésre a biztosított által szervezett vizsgálat esetén kerül sor, akkor az ellátásszervező megállapítja az ellátás indokolt költségét, azaz azt a költséget, amelyért az ellátást meg tudta volna szervezni. **Amennyiben a biztosított által benyújtott számla szerinti költség magasabb, az ellátásszervező az indokolt költséget meghaladó különbözetet nem téríti meg a biztosított részére.**

A szolgáltatás utólagos térítéssel vehető igénybe

- a) ha a biztosított az ellátásszervezővel szerződéses kapcsolatban nem álló szolgáltatónál veszi igénybe az ellátást, vagy
- b) ha a fedezetre az adott biztosítási időszakban igénybe vett szolgáltatások értéke eléri az éves limit 90%-át, akkor a további szolgáltatások a fennmaradó limit értékéig.

13. Az utólagos térítési igény benyújtásával együtt az alábbi dokumentumok beküldése szükséges:

- a) az igénybe vett egészségügyi szolgáltatásról kiállított, a biztosított nevére szóló eredeti vagy online felületen feltöltött számla,
- b) a szolgáltatás igénybevétele során keletkezett egészségügyi dokumentáció, valamint
- c) az igénybe vett vizsgálatra vonatkozó orvosi javaslat (kivéve szűrővizsgálatok)

Az utólagos térítésre vonatkozó igényt és a fenti dokumentumokat az ellátás igénybe vételét követő 30 napon belül kell beküldeni az ellátásszervező részére.

Az Orvosi Call Center szolgáltatás

14. A biztosító az orvosi Call Center szolgáltatás keretében arra vállal kötelezettséget, hogy a jelen feltételek alapján az ellátásszervező révén 24 órás orvosi Call Center szolgáltatást nyújt a biztosítottnak.

Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatásra a jelen szerződési feltételek érvényesek.

Az orvosi call center szolgáltatás éjjel-nappali orvosi tanácsadást jelent, mely a **06-1-461-1555** telefonszámon érhető el.

Az Orvosi Call Center szolgáltatás a www.allianz.hu weboldaltól is elérhető, ahol a szolgáltatásra jogosultak írásban is feltehetik kérdéseiket.

A szolgáltató a választ a kérdésfeltevést követően 24 órán belül a szolgáltatásra jogosult által megadott e-mail címre küldi meg.

15. Az Orvosi Call Center hívható az év minden napján, a nap 24 órájában, ahol szakképzett, gyakorló orvosok tájékoztatást adnak az alábbi kérdésekben:

- a) életmóddal, egészségmegőrzéssel, orvosi dokumentáció értelmezésével kapcsolatos kérdések;
- b) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, mellékhatásait, alkalmazhatóságát, helyettesíthetőségét, árát illetően;
- c) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről;
- d) tájékoztatás ügyeletes gyógyszertárakról;
- e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

	<p>16. Az Orvosi Call Center szolgáltatás során nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek, a személyes orvosi vizsgálatot nem helyettesítik.</p> <p>17. A biztosító az Orvosi Call Center szolgáltatást a biztosítási fedezet tartama alatt limit nélkül nyújtja.</p> <p>Kizárások</p> <p>18. Nem biztosítási esemény ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az alábbi esetekben sem</p> <p>a) a biztosított panaszai alapján diagnózis felállítása,</p> <p>b) az orvosi ellátás megszervezése.</p>
<p>Esedékesség</p> <p>19. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja – az Orvosi Call Center szolgáltatás tekintetében is – az a nap, amikor a biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon bejelenti.</p> <p>Amennyiben az ellátásszervezőnél bejelentett biztosítási esemény alapján megszervezett ellátás (vizsgálat) során további ellátás megszervezése válik szükségessé, akkor az új biztosítási eseménynek minősül. Az új biztosítási esemény esedékessége az a nap, amikor az újabb ellátás szükségessége felmerül.</p> <p>A limiteknek történő megfelelés szempontjából az ellátásszervező az ellátás tényleges időpontját veszi figyelembe. Amennyiben a bejelentéshez képest új biztosítási időszakban kerül sor az ellátásra, akkor az ellátás költsége az új biztosítási időszakban megállapított limitben kerül figyelembe vételre.</p>	
<p>A szolgáltatás iránti igény bejelentése</p> <p>20. A biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon vagy online, illetve az ellátásszervező kérésére a szolgáltatáshoz szükséges iratok megküldésével, ill. adatok megadásával írásban jelenti be. Online időpontfoglalás esetén a biztosított az ellátásszervező rendszerébe történő bejelentkezéssel, az ellátásszervező feltételei szerint foglalhat időpontot az egyes egészségügyi szolgáltatóknál az általa igényelt- ellátásra.</p> <p>A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az ellátásszervezőnél jelentse be a szolgáltatás iránti igényt és az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítsa magát.</p> <p>Az azonosításhoz szükséges adatok:</p> <ul style="list-style-type: none"> – az Allianz Gondoskodás Most szerződés szerződésszáma, – a biztosított neve, – a biztosított édesanyjának neve, – a biztosított születési ideje. <p>A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentése során az ellátásszervező minden esetben azonosítja a biztosítottat.</p>	

Az ellátásszervező által megszervezett egészségügyi ellátás igénybevétele során az egészségügyi szolgáltató azonosítja a biztosítottat. Ha a biztosított személye nem azonosítható, akkor az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségét az ellátás alkalmával a biztosított fizeti.

21. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratok bemutatását kérheti:
- orvosi beutaló az ellátásokra (kivéve nőgyógyászat, orr-fül-gégészet, sebészet, urológia, szemészet, továbbá szűrővizsgálat), a 4. pont IV. alpontjában foglalt szolgáltatások esetén szakorvosi (sebész, belgyógyász, ideggyógyász, onkológus) beutaló,
 - az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció,
 - ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviselőjében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása,
 - a biztosított nevére kiállított számla.

Az ellátásszervező jogosult a biztosítási esemény bekövetkezte kapcsán a benyújtott orvosi dokumentumok tartalmát ellenőrizni, a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét és a gyógytartamot felülvizsgálni. A felülvizsgálat eredményeképpen az ellátásszervező megtagadhatja az 4. pont I-IV. pontjaiban felsorolt szolgáltatások megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.

Az Orvosi Call Center szolgáltatásra vonatkozó igény bejelentése

22. Az Orvosi Call Center szolgáltatást a biztosított az ellátásszervező nem emelt díjas telefonszáma felhívásával vehető igénybe.
23. A szolgáltatás igénybe vételéhez a biztosított az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítja magát.

Az azonosításhoz szükséges adatok:

- a szerződés szerződésszáma,
- a biztosított neve,
- a biztosított édesanyjának neve,
- a biztosított születési ideje.

A szolgáltatás igénybevétele során a szolgáltató minden esetben azonosítja az ügyfelet.

24. A szolgáltató a bejövő telefonhívásokat rögzíti annak érdekében, hogy – a biztosítási szerződés alapján – a biztosítási szolgáltatást teljesítse, valamint a biztosító részére tájékoztatást nyújtson az általa elvégzett tevékenységről.

Az ellátásszervező jogosult ellenőrizni a biztosított jogosultságát.

Adatkezelés

25. A biztosító a szolgáltatás teljesítése érdekében ellátásszervezőt vesz igénybe, aki jogosult további alvállalkozókat is bevonni. Az ellátásszervező és alvállalkozói az egészségi adatok kezelése során önálló adatkezelőként járnak el.
26. A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésének feltétele, hogy a szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával tudomásul vette, hogy a jelen biztosítási fedezettel összefüggő célból az alábbiakban meghatározott adatait

(továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatokat a biztosító kezeli és – meghatározott gyakorisággal – az ellátásszervező részére a szolgáltatással, valamint annak megszervezésével összefüggésben továbbítja.

Amennyiben bármelyik biztosított nem veszi tudomásul a biztosító adatkezelésre vonatkozó rendelkezéseit, a biztosító az ajánlatot visszautasíthatja.

Az adatok köre:

- szerződésszám,
- biztosítási fedezet tartamának kezdete,
- szerződő és biztosított neve,
- biztosított neme,
- biztosított édesanyja neve,
- biztosított születési helye és ideje,
- biztosított partner kódja,
- biztosított címe,
- biztosított e-mail címe,
- biztosított mobiltelefonszáma.

27. A szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával tudomásul veszi, hogy
- a) az ellátásszervező a vele szerződött egészségügyi szolgáltató partnerek, számára továbbítja a biztosított alábbi adatait:
 - neve,
 - születési ideje,
 - címe,
 - mobiltelefonszáma, továbbá
 - személyes és különleges (azaz egészségi) adatai,
 - b) a biztosító a biztosított által feltett kérdéseket e-mailen továbbítja az ellátásszervező részére a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat az ellátásszervező a biztosított által megadott e-mail címre vagy postai címre küldi el,
 - c) a biztosító a szolgáltatáshoz szükséges egészségügyi adatok kezelése során önálló adatkezelőként a Teladoc Hungary Kft.-t, mint ellátásszervezőt bízza meg.

A biztosítottak az ajánlaton jogosultak megadni az e-mail címüket, a biztosítottak az e-mail cím megadásával továbbá tudomásul veszik, hogy azt a biztosító a szerződéssel kapcsolatos elektronikus kommunikációra használja.

28. A szerződő és a biztosított kérésére az ellátásszervező tájékoztatást ad azon egészségügyi szolgáltatók személyéről, akik a szolgáltatásban közreműködtek.
29. A szolgáltatás teljesítése érdekében a biztosító a biztosított által feltett kérdéseket továbbítja az ellátásszervező részére, és a kérdésekre adott válaszokat az ellátásszervező a biztosított által megadott e-mail címre vagy postai címre küldi meg.

Biztosított tudomásul veszi, hogy ha az ellátásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció ellátásszervező részére történő átadását megtagadja, az igénybe vett szolgáltatás díját saját maga köteles kifizetni.

A személyes adatok kezeléséről szóló tájékoztató az Általános Szerződési Feltételek és Ügyfél-tájékoztató című dokumentumtól elkülönült, Adatkezelési és ügyféltájékoztató, valamint szerződési feltételek kiegészítése című dokumentumban szerepel.

Az Orvosi Call Center szolgáltatás tekintetében:

30. A biztosított az ajánlat, illetve a fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával tudomásul veszi, hogy
- a biztosító kezeli és továbbítja az ajánlatban, illetve a fedezet létrejötte iránti nyilatkozatban megadott illetve a szerződési feltételekben meghatározott adatokat a biztosító szerződött partnere, a Teladoc Hungary Kft. mint szolgáltató részére, az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatással összefüggésben,
 - a biztosító a honlapján írásban feltett kérdéseket e-mailen továbbítja a szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat a szolgáltató, és az együttműködő partnerei a szerződő, illetve a biztosított által megadott e-mail címre küldik el,
 - a Teladoc Hungary Kft., mint szolgáltató az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás feltételei alapján a bejövő telefonhívásokat rögzíti annak érdekében, hogy a biztosítási szolgáltatást teljesítse és biztosító részére tájékoztatást nyújtson az általa elvégzett tevékenységről.

Egyéb szabályok

31. Tekintettel arra, hogy a biztosítási fedezet a fenti szolgáltatásokat foglalja magába, az Általános Szerződési Feltételek biztosítási összegre vonatkozó rendelkezései a fedezetre nem érvényesek, azaz
- nem a biztosítási összeg, nem annak többszöröse vagy meghatározott része kerül kifizetésre,**
 - a szolgáltatást, illetve az erre vonatkozó limiteket** a jelen szerződési feltételek tartalmazzák,
 - a biztosítási fedezet esetében **nincs mód a biztosítási szolgáltatás, valamint a szolgáltatásra vonatkozó limitek értékkelővel történő emelésére.**
32. A **biztosító nem vállal felelősséget** az orvosi Call Center szolgáltatás keretében nyújtott információ pontosságáért, megbízhatóságáért, azok téves felhasználásáért, illetve azok téves értelmezéséért, valamint a kért tájékoztatás elmaradásából, vagy késedelmes megküldéséből, illetve az orvosi vélemény helytelen vagy téves megállapításából eredő vagyoni és nem vagyoni károkról.
33. A biztosított az ajánlaton, vagy a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozaton aláírásával nyilatkozik arról, hogy hozzájárul az ellátásszervező révén nyújtott Orvosi Call Center szolgáltatás keretében a személyes adatok kezeléséhez.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

34. Az orvosi ellátásra szóló biztosítási egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:
- a biztosító a szolgáltatást **nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,**
 - a biztosítási időszakban igénybe vehető szolgáltatások-értéke korlátozott,**
 - a biztosítási szolgáltatások és a szolgáltatásra vonatkozó limitek, továbbá a kizárások módosításra kerültek
 - a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
 - ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviselőjében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az ellátásszervező erre vonatkozó irat bemutatását kérheti:
 - várandósság alatt, terhesgondozás keretében végzett önálló laboratóriumi vizsgálat a jelen szerződési feltételek szerint nem vehető igénybe,**

- g) a járóbeteg ellátás kiterjed egy fájdalomcsillapító injekció egyszeri alkalommal történő, nem kúraszerű, kezelésnek nem minősülő beadására, amennyiben az orvosszakmai szempontból indokolt,
- h) az Orvosi Call Center szolgáltatással bővült a fedezet.

Budapest, 2023. december 15.

A Második orvosi szakvéleményre szóló egészségbiztosítási fedezet

Fogalmak

1. **Második orvosi szakvélemény:** A biztosítottnak a biztosítási fedezet kockázatviselési kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező a jelen feltételekben meghatározott súlyos betegségére vonatkozó orvosi tárgyú kérdése alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves orvos-szakértő által készített orvosi távszakvélemény.

A biztosító egészségügyi szolgáltató partnere: Az az egészségügyi szolgáltató, amely a biztosítóval kötött szerződés alapján a biztosítottnak a jelen szerződési feltételek szerinti második orvosi szakvélemény szolgáltatásokat nyújtja (a továbbiakban: egészségügyi szolgáltató).

A biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató neve, címe, telefonszáma:

Teladoc Hungary Kft.

1083 Budapest, Szigony utca 26-32.

Tel: +36-(1)-461-1555

A második orvosi szakvélemény szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésére rendelkezésre álló időszak:
munkanapokon 8.00-20.00 óra között

Biztosítási esemény

2. A biztosítási esemény a biztosított olyan – a biztosítási fedezet kockázatviselési időszakában előzmény nélkül bekövetkezett – súlyos betegsége, melyre vonatkozóan a biztosított a jelen szerződési feltételek szerint, orvosszakmai szempontból indokolt **második orvosi szakvélemény** szolgáltatást igényel.

A jelen feltételekben ismertetett második orvosi szakvélemény szolgáltatást az egészségügyi szolgáltató az alábbi súlyos betegségek esetén nyújtja:

- az életet fenyegető daganatos megbetegedés (rosszindulatú daganat);
- szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészetet;
- szervátültetések;
- neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát;

Biztosítási szolgáltatás

6. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosított számára az egészségügyi szolgáltatója útján második orvosi szakvélemény szolgáltatást nyújt;
7. **A második orvosi szakvélemény szolgáltatás** keretében az egészségügyi szolgáltató elismert orvos-szakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával kiválasztja a szakorvos(oka)t a második orvosi vélemény elkészítése céljából. Az egészségügyi szolgáltató a biztosított kérésére rendelkezésre bocsátja a szakértők és kórházak elérhetőségét.
8. Az egészségügyi szolgáltató a távszakvéleményt a biztosított által számára rendelkezésre bocsátott

- az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció (sclerosis multiplex);
- a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;
- olyan megbetegedések, melyek kezelés nélkül közvetlen életveszéllyel járnak;
- olyan műtéti beavatkozások, melyek életet veszélyeztető szövődménnyel fenyegetnek.

A felsoroltakon kívüli súlyos betegségek esetén az egészségügyi szolgáltató második orvosi szakvélemény szolgáltatást nem nyújt.

A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál rögzített kizárásokat alkalmazza.

információk és orvosi dokumentáció alapján készített el. **A szolgáltatásnak nem része az orvosi vizsgálat vagy személyes orvos-beteg találkozás.**

Az egészségügyi szolgáltató minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki a biztosítottól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart a biztosítottal és kezelőorvosával.

A teljesítés módja, ideje

9. Az egészségügyi szolgáltató a biztosított kórelőzményéről és a kérdéseiről – amennyiben szükséges – angol nyelvű összefoglalót készít, melyet továbbít az általa kiválasztott szakértő(k)nek. Az egészségügyi szolgáltató a szakértő(k) véleményét tartalmazó orvosi jelentést a kórelőzményre vonatkozó valamennyi releváns információ rendelkezésre bocsátását követő 3 héten belül – a biztosított választása szerint e-mailben vagy postai úton – magyar nyelven megküldi a biztosítottnak, továbbá megküldi az orvosi szakvélemény angol nyelvű eredeti szövegét is, amennyiben az nem magyar nyelven készült. Eltérés esetén az angol nyelvű orvosi szakvéleményben foglaltak az irányadók.
10. **A biztosított a második orvosi szakvélemény szolgáltatás alapján pénzbeli szolgáltatásra nem jogosult.**

Kizárások

11. **Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító nem teljesít második orvosi szakvélemény szolgáltatást, ha a biztosított olyan betegséggel vagy a betegség következményével kapcsolatban igényel szolgáltatást, melyet a tárgyi biztosítási fedezet kockázatviselési időszaka kezdetének időpontjában már diagnosztizáltak.**

Esedékesség

12. A második orvosi szakvélemény szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a súlyos betegség diagnosztizálásra kerül.

A szolgáltatás iránti igény bejelentése

13. A második orvosi szakvélemény szolgáltatást a **biztosított az egészségügyi szolgáltató telefonszáma felhívásával igényelheti.**
14. Az igény szóban történő bejelentését követően az egészségügyi szolgáltató a biztosított részére a biztosított választása szerint e-mail üzenetben vagy postai úton a második orvosi vélemény igényléséhez szükséges adatlapot küld.

Az egészségügyi szolgáltató szolgáltatási kötelezettsége csak azután keletkezik, ha a hiánytalanul kitöltött és aláírt adatlapot és a biztosítási esemény igazolásához, valamint a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges egyéb dokumentumokat postai úton, vagy faxon megkapta. A második orvosi szakvéleményt az egészségügyi szolgáltató a biztosított választása szerint e-mail üzenetben vagy postai úton juttatja el a biztosított részére.

15. A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítja magát, valamint a szerződést.

Az azonosításhoz szükséges adatok:

- a szerződés szerződésszáma,
- a biztosított neve,
- a biztosított születési ideje.

A szolgáltatásra vonatkozó igény bejelentése során az egészségügyi szolgáltató minden esetben azonosítja a biztosítottat.

Amennyiben a biztosított a szolgáltatásra való jogosultságát nem tudja igazolni, az egészségügyi szolgáltató a szolgáltatás nyújtását megtagadhatja.

16. **Az egészségügyi szolgáltató a felé bejelentett második orvosi szakvélemény iránti igények kapcsán kizárólagos mérlegelési joggal bír abban a tekintetben, hogy a hozzá beterjesztett eset a rendelkezésre álló információ és dokumentumok alapján második orvosi szakvélemény elkészítésére alkalmas-e, melyről a biztosítottat köteles írásban, indokolással ellátott válaszban tájékoztatni.**

17. A biztosítási esemény igazolásához, a biztosító szolgáltatása iránti igény elbírálásához és a szolgáltatás teljesítéséhez – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl – az egészségügyi szolgáltató az alábbi orvosi iratok rendelkezésre bocsátását is kérheti:

- kórházi zárójelentés,
- ambuláns lap,
- bármely, a kezelőorvos vagy más orvos által írott kórtörténeti összefoglaló,
- bármely lelet, melyet korábbi vizsgálatok eredményét leíró orvos vagy intézmény készített,
- képalkotó vizsgálatok során készült felvételek filmen vagy digitális adathordozón,
- szövettani metszetek,
- fényképfelvételek.

Ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviselőjében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az egészségügyi szolgáltató erre vonatkozó irat bemutatását kérheti.

18. Az egészségügyi szolgáltató a szolgáltatás lebonyolítása során tudomására jutott személyes és különleges adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a biztosított kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel és továbbítja, és az orvosi szakvélemény megadására kiválasztott félen kívül harmadik fél részére nem adja tovább.

Adatkezelés

19. A biztosító a második orvosi szakvélemény szolgáltatás teljesítése érdekében külső szolgáltatót – Teladoc Hungary Kft. – vesz igénybe, aki jogosult további alvállalkozókat is bevonni. Az egészségügyi szolgáltató és a szolgáltatók az egészségi adatok kezelése során önálló adatkezelőként járnak el. A biztosított az ajánlat, illetve a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító és a biztosító szerződött partnere, a Teladoc Hungary Kft. az egészségügyi adatait nyilvántartsa, kezelje, a második orvosi szakvélemény szolgáltatással kapcsolatban és a kárrendezés során felhasználja, a szolgáltatás igénybevétele során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizze a hatályos adatvédelmi szabályoknak megfelelően.

20. A biztosított tudomásul veszi, hogy a fedezettel összefüggő célból a biztosító kezeli és meghatározott gyakorisággal az egészségügyi szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben továbbítja a szerződési feltételekben meghatározott adatokat.

A második orvosi szakvélemény szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésének feltétele, hogy a szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával tudomásul vette, hogy a jelen biztosítási fedezettel összefüggő célból az alábbiakban meghatározott adatait (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatokat a biztosító kezeli és – meghatározott gyakorisággal – az egészségügyi szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben továbbítja. Az adatok köre:

- szerződésszám,
- biztosítási fedezet tartamának kezdete,
- díj beérkezésének időpontja,
- szerződő és biztosított neve,
- biztosított neme,
- biztosított édesanyja neve,
- biztosított születési helye és ideje,
- biztosított partner kódja, címe,
- biztosított e-mail címe, mobiltelefonszáma.

21. A biztosító által megbízott egészségügyi szolgáltató jogosult további alvállalkozókat igénybe venni a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez, melynek során az együttműködő partnerei (ideértve a szakvéleményt adó orvosokat, egészségügyi intézményeket) számára továbbítja a biztosított alábbi adatait:

- neve,
- születési ideje,
- címe, továbbá
- személyes és különleges (azaz egészségi) adatai.

A biztosított tudomásul veszi, hogy ha a szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció egészségügyi szolgáltató részére történő továbbadását megtagadja, az egészségügyi szolgáltató a szolgáltatás nyújtását visszautasíthatja.

22. A szolgáltatás teljesítése érdekében az egészségügyi szolgáltató a biztosított által feltett kérdéseket e-mailen továbbítja a második orvosi szakvéleményt kiállítónak a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat az egészségügyi szolgáltató a biztosított által megadott e-mail címre vagy postai címre küldi meg.

A biztosított által a második orvosi szakvéleményhez benyújtott orvosi/egészségügyi adatok és a második orvosi szakvélemény a biztosító számára hozzá nem férhető, a biztosító abba betekintést nem nyerhet.

23. Amennyiben az egészségügyi szolgáltató úgy ítéli meg, hogy az orvosi szakvélemény megadására leginkább alkalmas orvos, egészségügyi intézmény az Európai Unió területén kívül található, úgy kizárólag a biztosított hozzájárulása alapján továbbíthatja a biztosított nevét, születési idejét, címét és az egészségi állapotára vonatkozó különleges adatait.

Egyéb szabályok

24. Tekintettel arra, hogy a biztosítási fedezet a fenti szolgáltatásokat foglalja magába, az Általános Szerződési Feltételek biztosítási összegre vonatkozó rendelkezései a fedezetre nem érvényesek, azaz

- a) **nem a biztosítási összeg, nem annak többszöröse vagy meghatározott része kerül kifizetésre,**
- b) a szolgáltatást a jelen szerződési feltételek tartalmazzák,
- c) a szerződőnek nincs módja a szolgáltatás mértékének a szerződés tartama alatt történő megváltoztatására,
- d) a biztosítási fedezet esetében nincs mód a biztosítási szolgáltatás értékkövetéssel történő emelésére.

25. A második orvosi szakvélemény szolgáltatás során nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek, a személyes orvosi vizsgálatot nem helyettesítik.

26. A **biztosító nem vállal felelősséget** a második orvosi szakvélemény szolgáltatás keretében nyújtott információ pontosságáért, megbízhatóságáért, azok téves felhasználásáért, illetve azok téves értelmezéséért, valamint a (kért) tájékoztatás elmaradásából, vagy késedelmes megküldéséből, illetve azok helytelen vagy téves megállapításából eredő vagyoni és nem vagyoni károkért.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

27. A biztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:

- a) a biztosító a szolgáltatást **nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,**
- b) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
- c) ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviselőjében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az egészségügyi szolgáltató erre vonatkozó irat bemutatását kérheti.

A Rákdiagnosztikára és orvosi betegvezetésre szóló biztosítási egészségbiztosítási fedezet

Általános információk

1. A **közlési és változásbejelentési kötelezettség** tekintetében az Általános Szerződési Feltételekben foglalt, a biztosítóra vonatkozó szabályok a szolgáltatóra is érvényesek. A közölt adatokat a szolgáltató is jogosult ellenőrizni.

Fogalmak

2. **Daganatos megbetegedés:** A szervezetben kialakuló olyan kóros növekedésforma, amelyben a génhibákat hordozó sejtek a daganatos átalakulásuk következtében – elveszítve a normális növekedési, osztódási kontrollra adott válaszkészséget – képesek a sejtosztódási folyamat szabályozó hatásainak érvényesülése nélküli, szabálytalan, korlátlan növekedésre/osztódásra.

A biztosító egészségügyi szolgáltató partnere (a továbbiakban szolgáltató): Az aki a biztosítóval kötött szerződés alapján a biztosítottnak a jelen szerződési feltételek szerinti szolgáltatásokat nyújtja.

A biztosítóval szerződött szolgáltató adatai:

ONKOMPLEX Rákdiagnosztika és Asszisztencia Kft.

Levelezési cím: ONKOMPLEX Kft., 1012 Budapest, Kuny Domokos utca 13–15.

Tel: +36 (1) 999-0483

Fax: +36 (1) 700-2370

E-mail allianz@onkomplex.hu

A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésére rendelkezésre álló időszak: munkanapokon 8.00-20.00 óra között.

A szolgáltató együttműködő partnere: A szolgáltatóval együttműködő további egészségügyi szolgáltató. A tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéniegészségügyi vállalkozó, vagy jogi személy.

Biztosítási esemény

3. A biztosítási esemény bekövetkezik, ha
a) a biztosított számára, daganatos betegség gyanúja miatt a háziorvos, az illetékes szakorvos, vagy magánorvos írásban további szakorvosi vagy diagnosztikus vizsgálatot rendel el. A további vizsgálat elrendelésére a kockázatviselési időszakban, a fedezetre vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül fellépett bármilyen daganat gyanú miatt kell, hogy sor kerüljön, amelyre a beteg

Biztosítási szolgáltatás

5. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezte esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött szolgáltató által szervezett és lebonyolított – szolgáltatásokat nyújtja a biztosítottnak.

A biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt első 4 hónapban:

Szóbeli tanácsadás

A biztosítási eseménynek a biztosítási fedezet létrejöttét követő első 4 hónapban

<p>állapota/panaszai mellett az adott terület szakorvosa által végzett fizikális-, vagy eszközös vizsgálat, illetve egyéb diagnosztikus vizsgálati eredmények (képalkotó-, vagy szűrővizsgálat, endoszkópos vizsgálat, szövettani-, vagy cytológiai vizsgálat, emelkedett labor paraméterek/tumor marker szintek) alapján lehet következtetni.</p> <p>b) bőrgyógyászati daganatok esetében a biztosítottnál a rosszindulatú daganatot bőrgyógyász szakorvos diagnosztizálta és a rosszindulatú betegség vonatkozásában további kivizsgálást javasol.</p> <p>Előzménynek tekintendő az ajánlattétel előtt már meglévő olyan betegség, vagy elváltozás, amelyre a biztosítási esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésbe hozható.</p> <p>4. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a 3. pontban meghatározott orvos általi további szakorvosi vagy képalkotó vizsgálat előírásának időpontja.</p>	<p>történő bekövetkezése esetén a szolgáltató szóbeli tanácsadás szolgáltatást nyújt a biztosítottnak. A szolgáltatás a szolgáltatónál, személyes konzultáció keretében vehető igénybe.</p> <p>A biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt 5. hónaptól:</p> <p>I. Indító konzultáció</p> <p>A biztosító a szolgáltató által megadott helyen és annak segítségével állapotfelmérő konzultációt tart a biztosítottal, melynek keretében belgyógyászati és/vagy onkológiai vizsgálatot végez.</p> <p>II. Komplex és vezetett daganat diagnosztika</p> <p>A biztosító a szolgáltató útján vállalja</p> <p>a) az adott daganat típusban szakmailag indokolt legkorszerűbb diagnosztikus vizsgálatok teljes körű megszervezését és elvégzését (ide értve az endoszkópos vizsgálatokat; patológiát; képalkotó diagnosztikát, úgymint pl. a PET-CT, MRI, CT stb.; valamint a személyre szabott genetikai és/vagy molekuláris diagnosztikai vizsgálatokat is), továbbá</p> <p>b) a jelen 5. pontban meghatározott vizsgálatok eredménye alapján a szolgáltató által meghatározott szakértői csoport véleményének és kezelési javaslatának elkészítését a következő tartalommal:</p> <ul style="list-style-type: none"> – a biztosított állapotához, klinikai profiljához optimálisnak tekintendő, a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában már törzkönyvezett terápiás lehetőségek, – a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában még csak klinikai kutatási programok keretei között elérhető kezelési lehetőségek felkutatása és szakmai véleményezése, – a közép- és hosszú távú kezelési és rehabilitációs stratégia kialakítása. <p>III. Orvosi betegvezetés</p> <p>Az orvosi betegvezetés keretében a biztosító a szolgáltató útján az alábbi szolgáltatásokat nyújtja.</p>
---	---

	<p>a) Szakszerű, folyamatos orvosi betegvezetés, melynek során a biztosított a teljes diagnosztizálási folyamat alatt rendszeres és részletes írásos és szóbeli tájékoztatást kap a szükséges vizsgálatokról, továbbá választ a felmerülő kérdéseire, valamint részletes tájékoztatást és életvezetési, gyakorlati tanácsokat.</p> <p>b) Koordinálja a biztosított állapota miatt szükséges magas szakmai színvonalú szakorvosi egyeztetéseket, megszervezi a szakmailag indokolt konzultációkat és/vagy vizsgálatokat, nyomon követi a biztosított állapotát, továbbá lehetővé teszi a betegvezetést végző orvos telefonos elérhetőségét munkanapokon 12 órában (8.00-20.00 óra között).</p> <p>c) Az orvos szakmailag indokolt diagnosztikus vizsgálatok megszervezését követően megszervezi a terápiás stratégia, illetve kezelési javaslat kialakításához szükséges szakterületi egyeztetéseket, továbbá lehetőséget ad a biztosítottak az adott terület sebész, sugárterapeuta és klinikai onkológus szakértőivel szakértőnként egy-egy átlagosan 45 perces konzultációra. A konzultáción a biztosított részletes tájékoztatást kaphat, felteheti kérdéseit a betegséggel, valamint az állapotával és a rendelkezésre álló kezelési lehetőségekkel kapcsolatosan.</p> <p>A biztosító – a szolgáltató útján – a jelen pontban meghatározott biztosítási szolgáltatás keretében a fentiekén túl összeállítja a szolgáltató szakértői véleményét és kezelési javaslatát.</p> <p>IV. Klinikai kutatási programban való részvétel elősegítése</p> <p>A biztosító a szolgáltatón keresztül az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:</p> <p>a) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában még csak klinikai kutatási fázisban elérhető kezelési lehetőségeket feltérképezi, ezekről orvosi szakmai véleményt nyújt és egy átlagosan 45 perces személyes szakértői konzultációs lehetőséget biztosít.</p> <p>b) Ezt követően – amennyiben a biztosított erre igényt tart, – megszervezi a biztosított klinikai kutatási programba történő bekerüléséhez szükséges első orvosi vizitot a következők szerint:</p>
--	---

- összeállítja a szükséges klinikai dokumentációt,
- felveszi a kapcsolatot a vizsgálati centrummal,
- megszervezi az első orvosi vizsgálati vizítet, továbbá
- a biztosított erre vonatkozó igénye esetén megszervezi a vizsgálatba való beválasztáshoz szükséges tolmácsot és/vagy kísérőt és a biztosított utazását, valamint szállását.

A b) pontban meghatározott biztosítási szolgáltatások keretében a biztosító kizárólag a szolgáltatások megszervezéséért felel, a felmerült költségeket nem viseli.

Az első orvosi vizsgálati vizit megszervezésére kizárólag akkor kerül sor, ha az adott klinikai vizsgálati centrum befogadó kapacitása és az általa megszabott követelmények ezt lehetővé teszik.

Kizárások

6. **Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást a műtétet, sebészeti beavatkozást igénylő mintavétel költségeire (különösen laparotomia, mediastinoscopia, VATS, agyi biopszia, vese eltávolítás, here eltávolítás, abrasio stb).**
7. **Az 5. IV. pontban a klinikai vizsgálatok szelektálása, monitorozása nem indokolt és a biztosító nem teljesít szolgáltatást a jóindulatú daganatok esetében, illetve azon rosszindulatú daganatok esetében, ahol nincs áttétképződés és a daganat "in toto" (teljes egészében történő) sebészeti eltávolítása definitív gyógyulást eredményez.**

Közös szabályok, a teljesítés módja, ideje

8. Az 5.pontban szereplő biztosítási szolgáltatásokat a biztosító összeghatár nélkül teljesíti.
9. Az 5. pont szerinti szolgáltatások kizárólag a szolgáltató közreműködésével vehetők igénybe.

	<p>A biztosító a szolgáltatásokat a szolgáltatóval egyeztetett időpontban nyújtja a biztosítottnak.</p> <p>10. A kivizsgálási folyamat csak akkor kezdődik, amikor a biztosított állapota ezt lehetővé teszi, és a daganat gyanúját felvető vizsgálati eredmény(ek) birtokában az előre közösen egyeztetett időpontban a biztosított megjelenik az orvosi konzultáción.</p> <p>A szükséges vizsgálatok a biztosított teljes együttműködése, a vizsgálatokon való pontos megjelenése és a vizsgálatokhoz, kivizsgálási folyamathoz való hozzájárulása esetén végezhetőek csak el.</p> <p>Amennyiben a biztosított egészségi állapota fekvőbeteg- vagy sürgősségi ellátást tesz indokolttá, akkor a beteg komplex kivizsgálására, a szükséges vizsgálatokra a fekvőbeteg- vagy sürgősségi ellátást követő időszakban kerül sor.</p> <p>Amennyiben a biztosított állapota nem teszi lehetővé egy-egy adott vizsgálat elvégzését, vagy a vizsgálati eredményt kétségesse teszi, akkor a szükséges vizsgálatokra akkor kerül sor, amikor a biztosított alkalmassá válik az adott vizsgálat elvégzésére.</p> <p>11. A biztosított a biztosítási fedezet alapján pénzügyi szolgáltatásra nem jogosult.</p> <p>12. A biztosítási szolgáltatás – kivéve az 5. IV. pontban meghatározott Klinikai kutatási programban való részvétel elősegítése szolgáltatást – kizárólag Magyarországon vehető igénybe.</p>
<p>A biztosított belépési kora</p> <p>13. A biztosított belépési kora a biztosítási fedezet létrejöttékor 18-70 év lehet.</p>	
<p>Esedékesség</p> <p>14. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkeztének napja.</p>	
<p>A szolgáltatás iránti igény bejelentése</p> <p>15. A biztosított a biztosítási eseményt a szolgáltatónál telefonon, illetve a szolgáltató kérésére a szolgáltatáshoz szükséges iratok megküldésével írásban jelenti be.</p>	

Szerződő és biztosított tudomásul veszi, hogy a biztosított – kifejezett kérésére, az általa megadott e-mail címre – a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatással kapcsolatban a személyes és különleges adatait tartalmazó válaszlevelet kaphat.

16. A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítja magát, valamint a Gondoskodás Most szerződés szerződőjét.

Az azonosításhoz szükséges adatok:

- a szerződés szerződésszáma,
- a szerződő neve,
- a biztosított neve,
- a biztosított édesanyjának neve,
- a biztosított születési ideje.

A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentése során a szolgáltató minden esetben azonosítja a biztosítottat.

A szolgáltató által megszervezett egészségügyi ellátás igénybevétele során a szolgáltató együttműködő partnere azonosítja a biztosítottat személyes adatai alapján. Ha a biztosított személye nem azonosítható, úgy a biztosítási szolgáltatás igénybe vételére nem jogosult.

17. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához a biztosító és/vagy a szolgáltató az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatását kérheti:

- a) orvosi-, szakorvosi beutaló vagy javaslat az 5. pontban szereplő ellátásokra,
- b) az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció
- c) a bejelentést megelőző 6 hónap teljes orvosi dokumentációja.

18. A biztosító és a szolgáltató jogosult a biztosítási esemény bekövetkezte kapcsán a benyújtott orvosi dokumentumok tartalmát ellenőrizni, a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét és a gyógytartamot felülvizsgálni. A felülvizsgálat eredményeképpen a szolgáltató megtagadhatja az 5. pont szerinti szolgáltatások nyújtását azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.

A biztosítási fedezet megváltoztatása

19. Az Általános Szerződési Feltételektől eltérően a szerződőnek a biztosítási fedezet tartama alatt nincs lehetősége a fedezet szolgáltatásának megváltoztatására.

20. A szerződés tartama alatt a fedezet biztosítottjára egyidejűleg több, a jelen szerződési feltételek szerinti biztosítási fedezet nem vonatkozhat.

A biztosítási fedezet díjának visszatérítése

21. A szolgáltató nem teljesítése esetén a biztosító a szolgáltatásra más partnert keres. Abban az esetben, ha a szolgáltatás nyújtása akadályba ütközik, és emiatt arra nem kerülhet sor, a biztosító a fedezet díját visszatéríti a szerződőnek.

A biztosítási fedezet megszűnése

22. Az Általános Szerződési Feltételekben foglalt megszűnési okokon kívül a biztosítási fedezet megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával is, amikor a biztosítási esemény bekövetkezik.

Adatkezelés

23. A biztosító a szolgáltatás teljesítése érdekében külső szolgáltatót vesz igénybe – az Onkomplex Rákdiaosztika és Asszisztencia Kft.-t, aki jogosult további alvállalkozókat is bevonni. Az Onkomplex Kft. és a szolgáltatók az egészségi adatok kezelése során önálló adatkezelőként járnak el.

A biztosított az ajánlat, illetve a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával tudomásul veszi, hogy a biztosítási szolgáltatás nyújtása során a biztosító szerződött partnere, az Onkomplex Rákdiaosztika és Asszisztencia Kft. mint szolgáltató a telefonbeszélgetéseket rögzíti, erről a tényről a biztosítottat a szolgáltatás igénybevétele előtt minden esetben tájékoztatja. A rögzített telefonbeszélgetéseket a biztosító, valamint szolgáltató a Bit. által meghatározott ideig kezeli, a kiszervezett tevékenység keretei között, és az Európai Parlament és a Tanács 2016/679/ rendelete (Általános Adatvédelmi Rendelet, GDPR) alapján továbbá az Információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Infotv.) alapján.

24. A szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával tudomásul vette, hogy a jelen biztosítási fedezettel összefüggő célból az alábbiakban meghatározott adatait (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatokat a biztosító kezeli és – meghatározott gyakorisággal – a szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben továbbítja. Az adatok köre:

- szerződésszám,
- biztosítási fedezet tartamának kezdete,
- szerződő és biztosított neve,
- biztosított neme,
- biztosított édesanyja neve,
- biztosított születési helye és ideje,
- biztosított címe,
- biztosított e-mail címe, mobiltelefonszáma.

A biztosított tudomásul veszi, hogy a szolgáltatás teljesítése érdekében a szolgáltató a vele szerződött együttműködő partnerek számára továbbítja az alábbi adatokat:

- a biztosított neve,
- biztosított édesanyja neve,
- születési ideje, továbbá
- a biztosított személyes és különleges (azaz egészségi) adatai.

A biztosított az ajánlat, illetve a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító és a szolgáltató az egészségügyi adatait nyilvántartsa, kezelje, a szolgáltatás és a kárrendezés során felhasználja, az igénybe vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizze, a hatályos adatvédelmi szabályoknak megfelelően.

25. Ha a biztosított a szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentációnak a szolgáltató, vagy annak alvállalkozói részére történő továbbadását megtagadja, úgy a biztosítási szolgáltatás igénybe vételére nem jogosult.

Egyéb szabályok

26. Tekintettel arra, hogy a biztosítási fedezet a fenti szolgáltatásokat foglalja magába, az Általános Szerződési Feltételek biztosítási összegre vonatkozó rendelkezései a fedezetre nem érvényesek, azaz

- a) nem a biztosítási összeg, nem annak többszöröse vagy meghatározott része kerül kifizetésre,**

- b) a szolgáltatást a jelen szerződési feltételek tartalmazzák,
- c) a szerződőnek nincs módja a szolgáltatás mértékének a szerződés tartama alatt történő megváltoztatására,
- d) a biztosítási fedezet esetében nincs mód a biztosítási szolgáltatás értékkövetéssel történő emelésére.

27. A biztosító nem vállal felelősséget a szolgáltatás keretében nyújtott információ pontosságáért, megbízhatóságáért, azok téves felhasználásáért, illetve azok téves értelmezéséért, valamint a (kért) tájékoztatás elmaradásából, vagy késedelmes megküldéséből, illetve azok helytelen vagy téves megállapításából eredő vagyoni és nem vagyoni károkért.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

28. A biztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:

- a) a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,**
- b) a biztosító szolgáltatása a fedezet tartamából eltelt idő szerint lépcsőzetes,
- c) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
a biztosított belépési kora 18-70 év lehet.

Budapest, 2023. december 15.