



Feltétel

Jövőkulcs Classic

Nyugdíjbiztosítás

Érvényes 2021. január 1-jétől

Ügyféltájékoztató

Tisztelt Partnerünk!

Kérjük, hogy biztosítási ajánlatának megtétele előtt figyelmesen olvassa el jelen tájékoztatónkat és „Jövőkulcs Classic” termékünk szerződési feltételeit (*Feltételek*).

Biztosító:

- neve: UNIQA Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság (továbbiakban: a „Biztosító”)
- székhelye: 1134 Budapest, Róbert Károly körút 70–74.
- tevékenysége: biztosítási tevékenység.

Jelentés fizetőképességről és pénzügyi helyzetéről

A jelentés a Biztosító honlapján (www.uniqa.hu) érhető el.

A Biztosító a jelen ügyféltájékoztatóban és a hozzá kapcsolódó biztosítási feltételekben meghatározott biztosítási termék esetén:

- nem nyújt tanácsadást, ha a biztosítási értékesítés online (a Biztosító honlapján keresztül) felületen történik;
- tanácsadást nyújt, ha a biztosítási értékesítés függő biztosításközvetítő ügynök közreműködésével történik.

Amennyiben a jelen ügyféltájékoztatóban és a hozzá kapcsolódó Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási terméket az Ön részére független biztosításközvetítő alkuusz vagy függő biztosításközvetítő többes ügynök közvetíti, az alkuusz, a többes ügynök biztosításközvetítői (ügyfél)tájékoztatójában olvashat részletesen arról, hogy nyújtanak-e tanácsadást.

Közreműködőink javadalmazása

A Biztosító – biztosításközvetítőnek nem minősülő – közreműködői a biztosításértékesítési tevékenységüket munkaviszony keretében végzik, amely ellenértékéért a munkajogi jogviszonyokra jellemző javadalmazásban részesülnek.

Biztosítónk felügyeleti szerve a Magyar Nemzeti Bank, amelynek székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.; Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39. (1534 Budapest, BKKP Pf. 777), internetes oldal: www.mnb.hu/felugyelet

Ki értékesítheti a „Jövőkulcs Classic” terméket?

A terméket **biztosításközvetítők** értékesíthetik, akik lehetnek **függő vagy független** jogi státuszúak.

A **függő biztosításközvetítő**: minden esetben az UNIQA Biztosítótól kapja a megbízását a biztosítási termék vagy szolgáltatás értékesítésére.

Egyes függő biztosításközvetítők jogi státuszuk alapján kizárólagosan az UNIQA Biztosító termékeit vagy szolgáltatásait jogsultak értékesíteni (ügynök), míg mások több biztosító – egymással versengő – biztosítási termékeinek értékesítésére is jogsultak (többes ügynök).

A függő biztosításközvetítő által a közvetítői tevékenysége során esetlegesen okozott kárért a biztosítóintézet közvetlenül helyt állni köteles.

A **független biztosításközvetítő** (más néven **alkusz vagy bróker**) minden esetben az őt megbízó ügyfél megbízásából jár el és a biztosítók egymással versengő termékeit közvetíti.

Az alkuusz a biztosítási szerződés megkötésének előkészítése során köteles kielégítő mennyiségű, a piacon hozzáférhető biztosítást tárgyyszerűen elemezni, és egyértelmű, szakszerű tájékoztatást nyújtani az ügyfél igényeinek és szükségleteinek megfelelően. A biztosítási szerződés megkötése előtt az alkuusz köteles felmérni az ügyfél igényeit és szükségleteit, és ezeknek megfelelő szaktanácsot adni a biztosítási termékkel összefüggésben. Az alkuusz, a közvetítői tevékenysége során esetlegesen okozott kárért önállóan felel. Ez a felelőssége kiterjed a nevében (képviselésében) eljáró személyek tevékenységére is.

A biztosításközvetítői tevékenységre vonatkozó további hasznos információkról az alábbi linken olvashat:

<https://apps.mnb.hu/regisztr/>.

Milyen típusú biztosítás a „Jövőkulcs Classic nyugdíjbiztosítás”?

A „Jövőkulcs Classic” egy klasszikus (hagyományos) nyugdíjbiztosítás, melynél a szerződéskötéskor rögzített szolgáltatások nagyságát a biztosító garantálja. A kifizetések nagyságát jóváírt többlethozamok is növelhetik.

A megtakarítás értékét tovább gyarapíthatják az adójóváírások, mert a hatályos jogszabályokban szereplő feltételek teljesítése esetén a befizetések 20%-ával megegyező összegű, de személyenként legfeljebb 130 000 Ft adójóváírás vehető igénybe.

A részletek az adózási tájékoztatóban találhatóak.

Kik a biztosítási szerződés szereplői?

A biztosító a **szerződéssel** áll közvetlenül kapcsolatban, és a biztosítás díját is a szerződő fizeti. A **biztosított** az, akire vonatkozóan a **biztosító** a kockázatot vállalja. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szolgáltatást a **kedvezményezett(ek)nek** fizeti ki. Jelen terméknel a **szolgáltatások kedvezményezettje** – a haláleseti szolgáltatások kivételével – a **biztosított**.

A biztosítási szerződés szereplőiről további információk a Feltételek 1.1. fejezetében találhatóak.

Milyen időtávra köthető a „Jövőkulcs Classic”?

A szerződés olyan tartamra köthető, amely a biztosított szerződéskötéskor érvényes öregségi nyugdíjkorhatáráig tart. Ez – a hatályos rendelkezések szerint – a biztosított 65. születésnapja. A minimális tartam 10 év.

A biztosítási szerződés értelmezését segítő további fogalmak (így a biztosítási időszak, a kockázatviselés kezdete, a szerződés megszűnésének esetei) a Feltételek 1. fejezetében találhatóak.

Melyek a „Jövőkulcs Classic” nyugdíjbiztosítás szolgáltatásai?

A biztosító a következő biztosítási események bekövetkezésekor rendre az alábbi szolgáltatásokat fizeti ki a jogosultnak, és a biztosítási szerződés megszűnik:

A biztosított

- **öregségi nyugdíjkorhatárának elérésekor**: az alap-nyugdíjbiztosítás lejáratra érvényes biztosítási összegét,

- **öregségi nyugdíjkorhatára előtti nyugdíjba vonulásakor** az alap-nyugdíjbiztosítás visszavásárlási összegét,
- **40%-ot elérő mértékű egészségkárosodása esetén:** az alap-nyugdíjbiztosítás visszavásárlási összegét 5%-kal meghaladó összeget,
- a biztosított **halála esetén** a befizetett díjnak megfelelő összeget.

A szerződés biztosítási esemény miatti megszűnésekor a szolgáltatással együtt a **nyereségszámla** aktuális értéke, a szerződésen nyilvántartott **adójóváírás** aktuális értéke, és az esetleges **rendkívüli befizetések** aktuális értéke is kifizetésre kerül.

A biztosítási eseményekről és a szolgáltatásokról a Feltételek II. fejezetéből tájékozódhat.

A biztosítási szolgáltatás egy összegben és járadék formájában is igényelhető. Amennyiben a nyugdíjbiztosítási szerződés létrejöttétől számított 10 éven belül nyugdíjszolgáltatás válik esedékessé, úgy a szolgáltatás alapvetően csak a szerződés létrejöttétől számított legalább 10. év végéig vagy a biztosított haláláig tartó, nem csökkenő összegű járadékszolgáltatás keretében történhet. Ettől eltérni – vagyis 10 éven belül egyösszegű nyugdíjszolgáltatást igényelni – kizárólag abban az esetben lehetséges, ha a szerződés létrejöttétől számított 10. év végéig tartó időszakra kalkulált járadékszolgáltatás egy hónapra jutó várható összege nem éri el az érvényes adójogszabályi rendelkezésekben megállapított minimális járadékszolgáltatási összeget, vagy ha – az előbbi feltételnek nem megfelelő esetekben – a biztosított kifejezetten vállalja, hogy az egyösszegű szolgáltatás igénylése olyan szerződésmódosításnak minősül, amivel a szerződés már nem minősül nyugdíjbiztosításnak, így a korábban igénybe vett teljes adójóváírás is 20%-kal növelten visszafizetendővé válik. *A járadékszolgáltatás feltételeit a Feltételek 3. sz. melléklete tartalmazza.*

Az alapbiztosítás – a Feltételek 2.sz. mellékletében szereplő megkötésekkel – **kiegészítő biztosításokkal** bővíthető:

- A **baleseti rokkantságra** szóló kiegészítő biztosítás baleseti eredetű, maradandó egészségkárosodás esetén szolgáltatja a kiegészítő biztosításra választott biztosítási összeg rokkantság mértékével arányos részét.

A biztosítási eseményeket és a szolgáltatásokat a Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás különös feltételeinek I. fejezete tartalmazza.

- A **kritikus betegségekre szóló kiegészítő** biztosítás keretében három, egyre bővülő szolgáltatási csomag közül lehet választani. Az első csomag a felsorolt daganatos megbetegedésekre, a második ezen felül a keringési rendszerrel összefüggésben felsorolt betegségekre, műtétekre, a harmadik pedig mindezen felül további kritikus betegségekre terjed ki. Mindhárom csomag a bennük foglalt kritikus betegségek, műtétek bekövetkezése esetén nyújt pénzügyi szolgáltatást, ami a kiegészítő biztosításra választott biztosítási összeg érvényes nagyságával azonos.

A biztosítási eseményeket és a szolgáltatásokat a Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás különös feltételeinek I. fejezete tartalmazza.

- A **Med TopDoc kiegészítő betegségbiztosítás** rögzített keret erejéig – bizonyos **súlyos betegségek külföldi orvosi ellátásának**, gyógyításának teljes megszervezését, a beavatkozásokkal kapcsolatos költségek fedezését, valamint kísérő személy költségeinek térítését tartalmazza.

A biztosítási eseményekről, a kapcsolódó fogalmakról és a szolgáltatásokról a Med TopDoc kiegészítő betegségbiztosítás külön-

nös feltételeinek I.-V. fejezeteiből tájékozódhat. A második orvosi szakvéleményre vonatkozó az aktuális információk pedig honlapunkon illetve ügyfélszolgálatunkon érhetők el.

Mi a teendő a biztosítási esemény bekövetkezésekor?

A tartamon belüli biztosítási eseményt a bekövetkezéstől számított **8 napon belül írásban be kell jelenteni** a biztosítóknak.

A biztosító a bejelentés, felvilágosítások tartalmát ellenőrizheti, így különböző iratokat is bekérhet a szolgáltatás és egyéb kifizetések teljesítése előtt. A biztosító a szolgáltatást az összes szükséges irat beérkezését és a jogosultság, illetve a kifizetendő összeg végleges megállapítását követő 15 napon belül teljesíti.

A szolgáltatás teljesítésének további feltételeit és módját a Feltételek VI. fejezete tartalmazza, továbbá a kiegészítő biztosításokra vonatkozóan a Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás különös feltételeinek III. fejezete, a Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás különös feltételeinek III. fejezete, továbbá a Med TopDoc kiegészítő betegségbiztosítás különös feltételeinek VII. fejezete tartalmazza.

A szolgáltatás esetleges korlátozása

A biztosító egyes kiemelt kockázatokat (például ejtőernyős ugrás vagy sziklamászás közben bekövetkezett eseményeket) **kizár** a biztosítási események köréből. Ha a szerződő vagy a biztosított nem teljesíti a szerződésben vállalt közzéi kötelezettségeit (és még néhány egyéb, a Feltételekben meghatározott speciális esetben) a biztosító **mentesül** a szolgáltatás teljesítése alól.

A kizárásokról és mentesülésekről, illetve az ezekben az esetekben teljesíthető kifizetést részletesen a Feltételek VII. fejezete, a Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás különös feltételeinek IV. fejezete, a Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás különös feltételeinek IV. fejezete, továbbá a Med TopDoc kiegészítő betegségbiztosítás különös feltételeinek VI. fejezete tartalmazza.

Mi a biztosítási díj, és hogyan változhat?

A biztosító a szolgáltatás teljesítését a szerződő által rendszeresen fizetendő biztosítási **díj** ellenében vállalja. A biztosítás díját az ajánlattételkor választott biztosítási összeg és a biztosítás tartama határozza meg. A biztosítás díját csak a lejárat előtti utolsó biztosítási évfordulóig kell fizetni, az utolsó, nem teljes évre már nem.

A biztosítási díj többféle módon és gyakorisággal is fizethető. A rendszeres biztosítási díj fizethető átutalással, csoportos beszedési megbízással és postai csekk útján. (Csekkes díjfizetés esetén a biztosító pótdíjat számít fel.) A díjfizetés gyakorisága a tartam alatt – a biztosító hozzájárulásával – változtatható.

A szerződő a folyamatos díjon felül **rendkívüli díjfizetéseket** is teljesíthet.

Automatikus díjnövelés

A kezdeti biztosítási összeg és díj meghatározásakor a biztosító évente növekvő díjat vett figyelembe. Az alapbiztosítás folyamatos éves díja ennek következtében – a biztosítási összeg változatlanul tartása érdekében – **minden biztosítási évfordulón automatikusan 2%-kal nő**. A díjfizetési tartam utolsó két évében díjemelés nem történik.

Az automatikus díjnövelés mértékét meghaladó díjemelésre (értékkövetésre) nincs lehetőség.

A díjfizetést, továbbá a díjfizetés elmulasztásának következményeit a Feltételek III. fejezete és 2. sz. mellékletének II. fejezete, a Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás különös feltételeinek II. fejezete, a Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás különös feltételeinek II. fejezete, továbbá a Med TopDoc kiegészítő betegségbiztosítás különös feltételeinek IX. fejezete tartalmazza.

Milyen lehetőségek vannak, ha a szerződő nem tudja fizetni a díjat?

- **Díjmentesítés:** Legalább 1, díjjal fedezett év eltelte után a szerződés – a szerződő írásbeli kérésére – díjmentesítésre kerülhet. A díjmentesített szerződés további folyamatos díjfizetés nélkül érvényben marad, és az igénybevett adójóváírást sem kell visszafizetni. Rendkívüli befizetések továbbra is teljesíthetők, melyek után adójóváírás is igényelhető. A kiegészítő biztosítások az alapbiztosítás díjmentesítésével megszűnnek.
- **Visszavásárlás:** A szerződő írásbeli bejelentése alapján a biztosító az aktuális visszavásárlási összeget fizeti ki **a biztosítottnak**. A visszavásárlással a szerződés megszűnik és nem állítható vissza.
A szerződés – vagy akár csak egy rendkívüli befizetés-visszavásárlása az igénybevett adójóváírás 20%-kal növelt összegű visszafizetését eredményezi.

A szerződés maradékjogairól, a visszavásárlásról, részleges visszavásárlásról és díjmentesítésről a Feltételek V. fejezete és a 2. sz. melléklet III. fejezete tájékoztat.

Milyen egyéb tudnivalókat ajánlunk ügyfeleink figyelmébe?

- **A szerződő a kötvény kézhezvételétől számított 30 napon belül indoklás nélkül felmondhatja a szerződést.** Ez esetben a biztosító a Feltételek 18. pontja szerinti költség levonása után visszautalja a befizetett díjat.
- A Feltételekben és a szerződésben nem érintett kérdésekben a **hatályos magyar jogszabályok** az irányadók.
- A termék nyugdíjbiztosítás. A szerződéssel kapcsolatos esetleges adókötelezettségekről, kedvezményekről a személyi jövedelemadóról szóló (Szja) törvény rendelkezik. Nem magán-személy szerződő esetén a biztosítási díj, szolgáltatás és egyéb kifizetések elszámolhatóságáról a társasági adóról szóló törvény és a társadalombiztosításra vonatkozó jogszabályok további előírásokat is tartalmaznak.
Az adózással kapcsolatos jogszabályok a szerződés tartama alatt megváltozhatnak.
- A biztosított és a szerződő adatkezeléssel kapcsolatos nyilatkozatait az Ajánlati dokumentáció, az adatkezeléssel kapcsolatos rendelkezéseket pedig a biztosítási feltételek „Adatkezelés, Adatvédelem” című pontja tartalmazza.

Az egyéb tudnivalókkal a Feltételek VIII. fejezete foglalkozik.

Teljes Költség Mutató (TKM^{Ny})

Tisztelt Leendő Ügyfelünk!

Az Ön által megkötni kívánt nyugdíjbiztosítás egy klasszikus megtakarítási jellegű életbiztosítás.

Annak érdekében, hogy Ön a szerződéshez kapcsolódó költségekről átfogó képet kapjon, a biztosítók a teljes költségmutatót (TKM) egységesen alkalmazzák az életbiztosításoknak a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben (továbbiakban Bit.) meghatározott körére, továbbá a mutató értékéről Önt mint leendő szerződőt előzetesen tájékoztatják annak érdekében, hogy megalapozottabb döntést tudjon hozni. A TKM megegyezik a teljes költségmutató számításáról és közvételéről szóló 55/2015. MNB rendeletben (továbbiakban Rendelet) meghatározott teljes költségmutatóval.

A nyugdíjbiztosítások esetében a TKM számítás figyelembe veszi e termékcsoport jellegzetességét, – miszerint az jellemző módon nyugdíjba vonuláskor szolgáltat – annak érdekében, hogy pontosabb tájékoztatást nyújtson az ügyfelek számára. A megkülönböztethetőség érdekében a nyugdíjbiztosítások esetén a TKM helyett a TKM^{Ny} jelölést alkalmazzák a biztosítók.

Mi a TKM^{Ny}?

A TKM^{Ny} egy, az Ön tájékoztatását szolgáló, egyszerű mutató, amely egyetlen százalékos érték segítségével fejezi ki a típuspéldában bemutatott biztosítás költségeit, köztük a termékbe épített biztosítási kockázati fedezetek ellenértékét is.

A TKM^{Ny} megmutatja, hogy adott feltételezések mellett közelítőleg mekkora hozamvesztés érí Önt egy elméleti, költségmentes befektetés hozamához képest amiatt, hogy a hozamot az adott klasszikus nyugdíjbiztosítási terméken keresztül érte el.

Miben szolgálja az Ön érdekeit?

A TKM^{Ny} segítségével Ön egyszerűbben össze tudja hasonlítani a magyar életbiztosítási piacon kínált nyugdíjbiztosítások költség szintjeit.

A bemutatott típuspélda a következő:

A TKM^{Ny} a Rendeletben meghatározott alábbi feltételezésekkel kerül kiszámításra.

A biztosított kora és a biztosítás időtartama

- A biztosító folyamatos díjas szerződések esetén 45-50-55 éves biztosítottakkal, egyszeri díjas szerződések esetén 45-55-60 éves biztosítottakkal számol, a hozzájuk értelem szerűen tartozó 20-15-10, illetve 20-10-5 éves biztosítási időtartamokkal.
- A TKM^{Ny} kalkuláció azért készül különböző időtartamokra, hogy látható legyen, miként befolyásolják a különböző időtartamok a termék költségterhelését. Amennyiben a fenti tartamok közül valamelyikre nem történik számítás, az azt jelenti, hogy az adott tartam a konkrét termékre nem elérhető. Élethosszig szóló biztosítás esetén a fenti tartamok úgy értenődök, hogy az ügyfél a feltüntetett időpontban a szerződés visszavásárlását kéri.

A biztosítás díja és a díjfizetés módja

- A fenti életkorú biztosított
 - 4 500 000 Ft-ért (vagy annak megfelelő €/USD/CHF stb.) egyszeri díjas, vagy
 - 25 000 Ft kezdeti díjjal (vagy annak megfelelő €/USD/CHF stb.) rendszeres, havi díjfizetésű biztosítást köt, ahol a díjfizetés átutalással történik.

A nyugdíjbiztosításban foglalt élet- és/vagy balesetbiztosítási, illetve egészségbiztosítási szolgáltatások

- A TKM^{Ny} a biztosítási feltételek szerint kötelezően választandó minimális biztosítási fedezetek kockázati díját veszi figyelembe költségként.
- Jelen **Jövőkulcs Classic** biztosítás esetében a szerződésbe épített kötelező biztosítási kockázat jellemzői a következők: a biztosított elhalálása esetén a szerződésre befizetett díjnak megfelelő összeg kerül kifizetésre.

A TKM^{Ny} számítás a Rendeletnek megfelelően figyelembe veszi minden, a termékhez tartozó, a megtakarítás értékét csökkentő olyan költséget, ami azért merül fel, mert Ön a megtakarítást az adott klasszikus nyugdíjbiztosításon keresztül valósította meg. Nem veszi ugyanakkor figyelembe a díjhoz és a kifizetésekhez kapcsolódó esetleges adó- és járulékkerheket és/vagy kedvezményeket.

Jelen Jövőkulcs Classic nyugdíjbiztosítás TKM^{Ny} értékei:

10 évre	15 évre	20 évre
3,64%	2,95%	2,60%

* Jelen termék sajátosságai miatt a fentiekben ismertetett TKM^{Ny} számítási eljárástól a következő módon térünk el: a rendszeres díj a biztosítási feltételeknek megfelelő, évi 2,0% mértékű automatikus díjnövelés feltételezésével került figyelembe vételre. Az egyedi paraméterek miatt a termék TKM^{Ny} értéke közvetlenül nem hasonlítható össze az előírt feltételeknek megfelelő paramétereket alkalmazó TKM^{Ny} értékkel.

Figyelem!

Fontos tudnivaló, hogy a bemutatott TKM^{Ny} értékek a típuspélda adatain túlmenően azt is feltételezték, hogy a szerződés az adott tartam alatt mindvégig élő, nem kerül módosításra, a szerződésből pénzkivonás semmilyen formában nem történik és a megállapított díjak az adott tartam során időben, maradéktalanul megfizetésre kerülnek. A TKM^{Ny} értékek által bemutatott költség szint nem szükségszerűen azonos a megvásárolni kívánt konkrét szerződés költségeivel, hanem arról megközelítő tájékoztatást nyújt. **A szerződés egyedi jellemzőinek függvényében a konkrét szerződés költségei akár lényegesen is eltérhetnek a közölt TKM^{Ny} értéktől.**

A Magyar Nemzeti Bank honlapján megtalálható az összes, a Rendelet szerinti TKM^{Ny} számítási kötelezettség alá tartozó TKM^{Ny} érték.

Felhívjuk a figyelmet továbbá arra, hogy a TKM^{Ny} fontos, de nem az egyetlen lényeges pontja a klasszikus nyugdíjbiztosításokra vonatkozó ügyféltájékoztatásnak. Nem elhanyagolható szempont ugyanis a konkrét ajánlatban szereplő biztosítási fedezet jellege (élet-, baleset- vagy egészségbiztosítás) és nagysága. Hosszú távú megtakarításokról lévén szó, szempont lehet továbbá, hogy a tartam alatt esetleg megváltozó élethelyzetben a termék mennyire testre szabható (pl. milyen kiegészítő fedezettel bővíthető a biztosítás), mennyire hozzáférhető az adott szerződésben elhelyezett összeg, milyen további kényelmi megoldásokat kínál a társaság az ügyféligények kiszolgálására.

Köszönjük figyelmét és bízunk abban, hogy a TKM^{Ny} bemutatása is hozzájárul ahhoz, hogy különböző biztosítók által kínált nyugdíjbiztosítások költségszintje átlátható és összehasonlítható legyen, és így Ön még inkább megalapozott, informált döntést hozzon a biztosítási szolgáltatás megvásárlásakor.

2020. június 30.

Összefoglaló tájékoztató a nyugdíjbiztosításokra vonatkozó adójogszabályokról

az 1995. évi CXVII. személyi jövedelemadóról szóló törvény (Szja. tv.) alapján

Nyugdíjbiztosítás

A nyugdíjbiztosításban a következő biztosítási események szerepelhetnek: a biztosított **öregségi nyugdíjkorhatárának betöltése, nyugdíjba vonulása, egészségi állapotának 40%-os mértéket elérő csökkenése, illetve halála**. A szerződést a biztosított nyugdíjkorhatárához igazodóan kell megkötni.

A nyugdíjbiztosításra történő **teljesítésre** – a haláleseti szolgáltatást kivéve – a **biztosított jogosult**. A biztosító teljesítése a szolgáltatásokra történő kifizetés mellett a visszavásárlási összeg kifizetését is magában foglalja.

A nyugdíjbiztosítás **szolgáltatásai adómentesek**.

A szerződési feltételekben szereplő bizonyos lehetőségek – mint a nyugdíjbiztosítási díjból származó megtakarítások részleges vagy teljes visszavásárlása, illetve nyugdíjbiztosítási szolgáltatásnak a szerződés létrejöttétől számított 10 éven belül történő egyösszegű igénylése – általában csak korlátozottan, illetve negatív adókövetkezmények vállalásával igényelhetők.

Adójóváírás

A **magánszemély szerződő** által az adóévben nyugdíjbiztosításra fizetett díj – a folyamatos és rendkívüli befizetéseket is beleértve – a szerződő adóbevallásakor tett nyilatkozata alapján adójóváírásra jogosít: **a befizetések 20%-a, de személyenként évente legfeljebb 130 ezer forint** – a szerződő rendelkezése alapján, a személyi adójából – a szerződésen jóváírásra kerülhet, figyelemmel az Szja. tv. 44/C és 44/D §-aiban szereplő korlátozásokra is.

Jelen termék esetében a biztosítás teljes díjáról kiadhatja a biztosító az adójóváírás feltételül szolgáló igazolást, mivel a kockázati díjrész aránya a 10%-ot nem haladja meg.

A biztosító az adóhatóság által a szerződésen történő jóváírás céljából utalt összeget – annak szerződésre történő azonosítását követően – elkülönítetten, a rendkívüli befizetésekkel azonos módon kezeli, azzal az eltéréssel, hogy a befizetésből kezelési díj nem kerül levonásra.

Az adójóváírás elvesztése

A nyugdíjbiztosítási szerződés díjnemfizetés miatti megszüntetése, a szerződés módosítása, nyugdíjbiztosítási szolgáltatásnak a szerződés létrejöttétől számított 10 éven belül történő egyösszegű igénylése vagy egyes maradókéjgok – így a (részleges) visszavásárlás – alkalmazása olyan következménnyel járhat, hogy a biztosítás már nem minősül adójóváírásra jogosító nyugdíjbiztosításnak, és a már kiutalt adójóváírás növelt összegben történő visszafizetési kötelezettsége is felmerülhet. A biztosító kifizetésénél kamatadó fizetési kötelezettsége is felléphet.

Ez esetekben a biztosító a kifizetésből – a hatályos jogszabályok alapján – közvetlenül az adóhatóság részére utalja a korábbi adójóváírások 20%-kal növelt összegét. Amennyiben a kifizetés nem fedezi az adóhatóság részére utalandó összeget, a biztosító a szerződő által teljesítendő további kötelezettségről a szerződő részére igazolást ad. A szerződőnek éves Szja bevallásában kell szerepeltetnie a visszafizetési kötelezettséget, és a tartozást meg kell fizetnie.

Jelen tájékoztató nem teljes körű, csak az általános tudnivalók áttekintésére szorítkozik, az egyedi esetekre, részletekre vonatkozóan, kérjük, tanulmányozza a termékéhez kapcsolódó tájékoztatót, az eredeti törvényi előírásokat vagy kérje adószakértő tanácsát. A kizárólag a jelen tájékoztatóra történő hagyatkozásból származó felelősségét az UNIQA Biztosító Zrt. kizárja.

Az adózással kapcsolatos jogszabályok a szerződés tartama alatt megváltozhatnak, ami érintheti a már megkötött szerződéseket is!

2021. január

FOLYAMATOS DÍJAS KLASSZIKUS NYUGDÍJBIZTOSÍTÁS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEI

I. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK	2
I.1. A biztosítási szerződés alanyai	2
I.2. A biztosítási szerződés létrejötte	2
I.3. A szerződés hatályba lépése	3
I.4. A biztosító kockázatviselésének kezdete	3
I.5. A kockázatviselés és a szerződés megszűnése	3
I.6. Közlési és változásbejelentési kötelezettség	3
II. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS SZOLGÁLTATÁSOK	4
II.1. Nyugdíjszolgáltatás	4
II.2. Egészségkárosodási szolgáltatás	4
II.3. Haláleseti szolgáltatás	5
III. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ	5
III.1. A biztosítás díja	5
III.2. Automatikus díjnövelés	5
III.3. Értékkövetés	5
III.4. Rendkívüli díjfizetések	5
III.5. Adójóváírás	5
III.6. A díjfizetés elmulasztásának következményei	5
IV. A TÖBBLETHOZAM ÉS AZ ABBÓL TÖRTÉNŐ RÉSZESEDÉS	6
IV.1. Technikai kamatláb, díjtartalék, többlethozam	5
IV.2. A többlethozamból történő részesedés	6
V. MARADÉKJOGOK	6
V.1. A maradékjogok fogalma	6
V.2. Visszavásárlás	6
V.3. Részleges visszavásárlás	7
V.4. Díjmentesítés	7
VI. KIFIZETÉSEK TELJESÍTÉSE	7
VI.1. A szolgáltatás teljesítésének feltételei	7
VI.2. A kifizetéshez szükséges dokumentumok	7
VII. A KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG MEGSÉRTÉSE, MENTESÜLÉSEK, KIZÁRÁSOK	8
VII.1. A közlési és változás bejelentési kötelezettség megsértésének következményei	8
VII.2. Mentésülések	8
VII.3. Kizárások	8
VIII. VEGYES RENDELKEZÉSEK	8
VIII.1. Adatkezelés, Adatvédelem	8
VIII.2. Adózással kapcsolatos jogszabályok	13
VIII.3. Kötvénykölcson	13
VIII.4. A biztosítási kötvény elvesztése	13
VIII.5. A biztosító fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről szóló jelentés közzététele	13
VIII.6. Panaszok bejelentése	13
VIII.7. Szankciós korlátozási és kizárási záradék	14
1. SZ. MELLÉKLET: VISSZAVÁSÁRLÁSI ÉS DÍJMENTESÍTÉSI ÉRTÉKEK	15
2. SZ. MELLÉKLET: A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOKRA VONATKOZÓ ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK	19
3. SZ. MELLÉKLET: A JÁRADÉKSZOLGÁLTATÁS FELTÉTELEI	20
I. Általános tudnivalók	20
II. A járadék összegének megállapítása	20
III. A járadéktőke befektetési hozamának visszajuttatása	20
IV. A kifizetések teljesítése	20
V. Vegyes rendelkezések	20
Függelék a 3. sz. melléklethez	21
4. SZ. MELLÉKLET: BRUTTÓ ÉVES DÍJAK 100 000 FT LEJÁRATI BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGRE	22
BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁSRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI	23
KRITIKUS BETEGSÉGEKRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI	25
MED TOPDOC KIEGÉSZÍTŐ BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI	34

Jelen feltételek az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) – továbbiakban **biztosító** – azon biztosítási szerződéseire érvényesek, amelyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek.

Az itt nem szabályozott kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

I. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSSEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

I.1. A biztosítási szerződés alanyai

1. A **BIZTOSÍTÓ** a biztosítási *díj* ellenében a jelen szerződésben meghatározott kockázatokra fedezetet nyújtó és a biztosítási esemény bekövetkezése esetén szolgáltatást teljesítő intézmény.

2. A **SZERZŐDŐ** az a személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási *díj* fizetését vállalja. A szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy szerződő fogyasztónak minősül..

A szerződésre vonatkozó jognyilatkozatok megtétele a szerződő joga és kötelessége. A szerződés módosítására, az adatok változására vonatkozó nyilatkozatokat és bejelentéseket a biztosító valamely szervezeti egységéhez írásban kell eljuttatni.

A biztosító nyilatkozatait a szerződőnek juttatja el, melyek tartalmáról és a szerződést érintő valamennyi változásról, illetve változtatási szándékról a szerződő kötelessége a biztosítottat tájékoztatni.

3. A **BIZTOSÍTOTT** az a személy, akire a biztosító kockázatviselése vonatkozik.

Nem lehet biztosított az, akinek részére rokkantsági vagy baleseti rokkantsági nyugdíjat, járadékot vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg, illetve aki megváltozott munkaképessége miatt rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásra irányuló kérelmet nyújtott be.

A szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított **írásbeli hozzájárulása** is szükséges, ha a szerződést nem ő köti meg. A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja, a visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe belép.

A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis; ilyen esetben a kedvezményezettnek a biztosítottat vagy örökösét kell tekinteni, aki a szerződő félnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket.

A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a szerződés akkor, ha a biztosított a cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.

A **biztosított** a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal – a szerződő beleegyezésével – szerződőként **beléphet**; a belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges.

A belépéssel a szerződőt megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át. Ha a biztosított belép a szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős. A szerződésbe belépő biztosított köteles a szerződő félnek a szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni.

4. A **KEDVEZMÉNYEZETT** az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztékor a szolgáltatás igénybevételére jogosult.

A szerződő a kedvezményezettet a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja, vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg.

Ha a biztosított és a szerződő nem azonosak, mindezekhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

Kedvezményezettként több személy is megnevezhető.

A kedvezményezett jelölése, illetve annak megváltoztatása **akkor lép hatályba**, amikor a szerződő és biztosított **írásbeli nyilatkozata** a biztosítóhoz beérkezik.

Amennyiben a szerződésben kedvezményezettet nem neveztek meg, illetve a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghalt, és helyette más nem jelöltek meg, a kedvezményezett maga a biztosított, illetve a haláleseti szolgáltatásra a biztosított örököse.

A szerződő a biztosítotthoz vagy a kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállalhat arra, hogy a kedvezményezett kijelölését nem vonja vissza, illetve nem változtatja meg azon személyek hozzájárulása nélkül, akiknek részére a kötelezettségvállalást tette. A szerződő ilyen tartalmú nyilatkozatáról a biztosítót tájékoztatni kell.

Jelen biztosítás esetében a **haláleseti szolgáltatások kivételével az egyéb szolgáltatások kedvezményezettje minden esetben a biztosított.**

I.2. A biztosítási szerződés létrejötte

5. A biztosítási szerződés megkötését a szerződő írásbeli **AJÁNLATTAL** kezdeményezi. Az ajánlattevő ajánlatához annak megtételétől számított tizenöt napig, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, hatvan napig van kötve.

6. A biztosító az ajánlat elbírálásához és a szerződéskötéshez **egészségi nyilatkozat** kitöltését, egészségügyi kockázatfelmérés (**orvosi vizsgálat**) elvégzését, továbbá az ajánlat kockázatelbírálásához egyéb írásos nyilatkozat, dokumentum benyújtását is kérheti. Amennyiben orvosi vizsgálatra kerül sor, annak eredményét az egészségügyről szóló törvény alapján a biztosított az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

A kockázatelbírálási idő az ajánlat biztosítóhoz történő beérkezés napjától számított 15 nap, egészségügyi kockázatfelmérés (orvosi vizsgálat) esetén 60 nap. A biztosító az ajánlat elfogadásáról fedezetet igazoló dokumentumot, **KÖTVÉNYT** állít ki.

7. Ha a szerződő **FOGYASZTÓNAK** minősül, a szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlati dokumentációra annak beérkezésétől számított 15 napon belül – egészségügyi koc-

kázatfelmérés (orvosi vizsgálat) esetén 60 napon belül – nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették. Ebben az esetben a szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal, az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

8. A biztosító az ajánlatot **módosításokkal is elfogadhatja**. Ha a kötvény tartalma az ajánlattól eltér, és az eltérést a szerződő a kötvény kézhezvételét követő tizenöt napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Lényeges eltérés esetén a biztosító az eltérésre a szerződő figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívja. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.
9. A biztosító az ajánlatot, annak beérkezését követő **tizenöt napon belül**, – amennyiben az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérés (orvosi vizsgálat) szükséges, **hatvan napon belül** – indoklás nélkül **elutasíthatja**.
10. Amennyiben a kockázatbírálási idő [15 nap, egészségügyi kockázatfelmérés (orvosi vizsgálat) szükségessége esetén 60 nap] alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, az ajánlatot a biztosító csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az ajánlati lapon a figyelmet kifejezetten felhívta, és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

Amennyiben a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a biztosító általános szerződési feltételétől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az általános szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Amennyiben a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

11. A biztosítás technikai (a biztosítási évfordulókat meghatározó) **KEZDETE** a kötvényen ekként megjelölt nap.
A szerződés **LEJÁRATA** az a nap, melyen a biztosított – a szerződés létrejöttékor hatályos jogszabályok szerinti – reá irányadó **öregségi nyugdíjkorhatárt** betölti.
12. A **BIZTOSÍTÁSI ÉVFORDULÓ** a tartam éveiben a kötvényen a biztosítás kezdeteként megjelölt hónap és nap szerinti évforduló.
A **BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK** a biztosítási évfordulókhoz igazodó egy éves időtartam (**biztosítási év**), kivéve az utolsó – esetleg nem teljes – biztosítási évet, mely a biztosítási esemény bekövetkeztéig, azaz a biztosított öregségi nyugdíjkorhatárának betöltéséig tart.
13. A **TARTAM** a szerződés kezdete és lejáratá közötti időszak. **A szerződés tartama legalább 10 év.**

DÍJFIZETÉSI TARTAM: A díjfizetési kötelezettség a lejáratallal egybeeső, illetve – ha a lejárat nem biztosítási évfordulóra esik – a lejáratot megelőző biztosítási évfordulóig tart.

I.3. A szerződés hatályba lépése

14. A szerződés az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal jön létre. A szerződés hatályba lépésének feltétele, hogy a szerződő az első díjat legkésőbb a szerződés létrejöttéig megfizesse.

I.4. A biztosító kockázatviselésének kezdete

15. A biztosító kockázatviselésének kezdete a biztosítás technikai **KEZDETÉNEK** megfelelő nap.
16. A biztosító várakozási időt az alapbiztosításra vonatkozóan nem köt ki.

I.5. A kockázatviselés és a szerződés megszűnése

17. A biztosítási szerződés (és a biztosító kockázatviselése) az alábbi esetek bármelyikének bekövetkeztével **megszűnik**:
 - a biztosított halálával;
 - a szerződés lejáratával (11. pont);
 - a szerződés megszűnésével járó egyéb szolgáltatások teljesítésével (27. és 31. pont);
 - díj nemfizetés esetén (44. pont);
 - a szerződés felmondásával, visszavásárlásával (57. pont);
 - egyéb, a feltételekben (18. és 21. pont) meghatározott esetekben.

A szerződő – ha az első évi biztosítási díjat befizették – a szerződést írásban, harmincnapos felmondási idő mellett, a biztosítási időszak utolsó napjára felmondhatja. Az életbiztosítási szerződést – a biztosítási kockázat jelentős növekedésének esetét kivéve – a biztosító nem mondhatja fel.

18. A szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személynek jogában áll a szerződést az annak létrejöttéről szóló **kötvény kézhezvételétől számított 30 napon belül indoklás nélkül felmondani**.
Ez esetben a biztosító a szerződő írásbeli nyilatkozatának beérkezését követő 15 napon belül a biztosító az alábbi költségek levonásával a befizetett díjakat visszatéríti:
 - a szerződés kockázatbírálási, nyilvántartási és kötvényesítési költsége **10 000 Ft**, továbbá
 - az esetlegesen elvégzett orvosi vizsgálatok számlával igazolható költsége.A szerződő nem mondhat le érvényesen az őt megillető felmondási jogról.

I.6. Közlési és változásbejelentési kötelezettség

19. A szerződő köteles a **szerződéskötéskor** a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett. A biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

A szerződő és a biztosított a szerződés tartama alatt **5 munkanapon belül köteles írásban bejelenteni a lényeges körülmények megváltozását. Lényeges körülménynek minősül minden olyan információ, amire a biztosító a kockázatbírálás során rákérdezett, így különösen a biztosított foglalkozásának, szabadidős tevékenységének a vállalt kockázat (például balesetveszély) szempontjából történő megváltozása.**

20. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződőt és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

A biztosító a közölt adatokat ellenőrizheti, és e célból a biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, és orvosi vizsgálatot is előírhat.

21. **Ha 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 tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül a biztosító javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.**

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

22. A szerződő és a biztosított köteles **5 munkanapon belül** bejelenteni a szerződésben rögzített **adatainak** (különös tekintettel: lakcím, név) **megváltozását.**

II. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS SZOLGÁLTATÁSOK

23. **BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY**, ha a biztosított a kockázatviselés ideje alatt

- eléri a szerződés létrejöttkor hatályos jogszabályok szerint reá irányadó **öregségi nyugdíjkorhatárt**,
- a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló jogszabály szerinti **nyugdíjjogosultságát** megszerzi, és ténylegesen nyugdíjba vonul;
- egészségi állapota** legalább 40%-ot elérő mértékben **károsodik**;
- elhalálozik.**

Az **EGÉSZSÉGHÁROSODÁS** akkor minősül biztosítási eseménynek, ha az egészségkárosodás megállapítására vonatkozó kérelmet a kockázatviselés ideje alatt nyújtották be az illetékes társadalombiztosítási szervhez, és ha az azt megállapító határozat kiadása a kockázatviselés időszakára esik. **A biztosítási esemény időpontja** a határozat kiadásának kelte.

24. Az **alap-nyugdíjbiztosítás BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGE** a biztosítási szolgáltatások alapjául szolgáló, az ajánlat (5. pont) megtetelekor a szerződő által meghatározott összeg.

25. Az aktuális biztosítási összeg a tartam alatt csak a szerződés díjmentesítése (66. pont) következtében változik.

II.1. Nyugdíj szolgáltatás

II.1.1. Nyugdíjkorhatár betöltése

26. Amikor a biztosított eléri a szerződés létrejöttkor hatályos jogszabályok szerint reá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt, a biztosító nyugdíj szolgáltatásként
- az alap-nyugdíjbiztosítás aktuális biztosítási összegét (24. pont),
 - a nyereségszámla aktuális értékét (53. pont);
 - a szerződésen nyilvántartott adójóváírás aktuális értékét (43. pont),
 - a rendkívüli befizetések aktuális értékét (42. pont) fizeti ki a biztosított részére, és a szerződés megszűnik.

II.1.2. Nyugdíjjogosultság korhatár előtti megszerzése

27. Amennyiben a biztosított **nyugdíjjogosultságát a reá irányadó öregségi nyugdíjkorhatár elérése előtt megszerzi**, akkor a biztosító nyugdíj szolgáltatásként
- az alap-nyugdíjbiztosítás visszavásárlási összegét (59. pont),
 - a nyereségszámla aktuális értékét (53. pont),
 - a szerződésen nyilvántartott adójóváírás aktuális értékét (43. pont),
 - a rendkívüli befizetések aktuális értékét (42. pont) fizeti ki a biztosított részére, és a szerződés megszűnik.

II.1.3. A nyugdíj szolgáltatás kifizetése, járadék szolgáltatás

28. Ha a szerződés kezdetétől legalább 10 év eltelt, a nyugdíj szolgáltatás egyösszegű kifizetéssel és járadék formájában is igényelhető.

29. A biztosító az egyösszegű nyugdíj- és egészségkárosodási szolgáltatások (II.1.1., II.1.2. és II.2. fejezet) teljesítése előtt minden esetben felkínálja a jogosult részére a kifizetendő összeg 3. sz. melléklet szerinti járadékre váltásának lehetőségét. A biztosított tetszése szerint választhat a biztosító – a szolgáltatás esedékességekor rendelkezésre álló – egyéb járadék biztosításaiból is.

A járadékre váltás feltétele még, hogy a folyósítható járadék összege a jelen szerződésben, illetve a választani kívánt járadék biztosítás szerződési feltételeiben rögzített minimális szintet elérje.

30. Ha a szerződés kezdetétől még nem telt el 10 év, a nyugdíj szolgáltatás alapvetően csak a nyugdíjbiztosítási szerződés létrejöttétől számított 10. év végéig vagy a biztosított haláláig tartó, nem csökkenő összegű járadék formájában igényelhető, ha a folyósításra kerülő havi járadék összege a törvényben előírt minimális szintet eléri. A biztosított kifejezett kérésére az ilyen szolgáltatás egy összegben is igényelhető, **azonban ez olyan szerződésmódosításnak minősül, amivel a szerződés már nem minősül nyugdíjbiztosításnak, így a korábban igénybe vett teljes adójóváírás is 20%-kal növelten visszafizetendővé válik.**

II.2. Egészségkárosodási szolgáltatás

31. Amennyiben a biztosított egészségi állapota a kockázatviselés ideje alatt legalább 40%-ot elérő mértékben károsodik, a biztosító egészségkárosodási szolgáltatásként – az alap-nyugdíjbiztosítás visszavásárlási összegét (59. pont) 5%-kal meghaladó összeget,
– a nyereségszámla aktuális értékét (53. pont),
– a szerződésen nyilvántartott adójóváírás aktuális értékét (43. pont),
– a rendkívüli befizetések aktuális értékét (42. pont) fizeti ki a biztosított részére, és a szerződés megszűnik.

II.3. Haláleseti szolgáltatás

32. Amennyiben a biztosított a kockázatviselés ideje alatt elhalálozik, a biztosító haláleseti szolgáltatásként – a folyamatos díjas alapbiztosításra addig befizetett – díjfigyelési pótdíjakkal csökkentett – díjjal megegyező összeget;
– a nyereségszámla aktuális értékét (53. pont),
– a szerződésen nyilvántartott adójóváírás aktuális értékét (43. pont),
– a rendkívüli befizetések aktuális értékét (42. pont) fizeti ki a halálesetre megjelölt kedvezményezett(ek) részére, és a szerződés megszűnik.

III. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

III.1. A biztosítás díja

33. A biztosító a biztosítási szerződésben szereplő kötelezettségek teljesítését a biztosítási díj megfizetése ellenében vállalja. A biztosítás díját – a biztosító 4. sz. mellékletben is feltüntetett díjszabása alapján – a választott biztosítási összeg határozza meg. A díjat befolyásolhatja egyéb mellett a biztosított foglalkozása, munkahelyi és szabadidős tevékenysége, egészségi állapota is.
34. A biztosítás folyamatos (rendszeres) éves díjfigyelésű.
35. A szerződés első díját az ajánlattételkor kell megfizetni. A szerződés későbbi, folytatólagos díjai a további biztosítási évfordulókon, előre esedékesek.
36. A biztosító írásban (tett nyilatkozattal) hozzájárulhat az éves díj részletekben történő fizetéséhez. Részletfizetés esetén a díjak a megfelelő részletfizetési időszak első napján, előre esedékesek.
A biztosító a díjfigyelés módjától függő pótdíjat számíthat fel, melynek mértéke változhat. Az esetleges pótdíj mértékéről és változásról a biztosító előzetesen tájékoztatja a szerződőt.
37. A díjfigyelés ajánlattételkor megválasztott **gyakoriságát** a szerződő a **biztosítási évfordulókon** megváltoztathatja, amennyiben erre irányuló kérését az évforduló előtti 30. napig írásban jelzi a biztosítónak, és ha a biztosító ahhoz hozzájárul.
Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és a szerződés megszűnik, a biztosító az egész biztosítási időszakra (1 év) járó díj megfizetését követelheti, kivéve díjmentesített szerződés esetén. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosító az addig a napig járó díj

megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért. Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni.

III.2. Automatikus díjnövelés

38. Az alap-nyugdíjbiztosítás biztosítási összegéhez tartozó **kezdeti biztosítási díj meghatározásakor a biztosító évente**, a biztosítási évfordulókon – az utolsó két biztosítási évforduló kivételével – **2%-kal növekvő biztosítási díjat vesz figyelembe.**
39. A díj és a biztosítási összeg változásáról a biztosító az évfordulót megelőző 45. napig tájékoztatást küld.

III.3. Értékkövetés

40. A biztosítási díjnak az automatikus díjnövelés mértékét meghaladó emelésére nincs lehetőség.
(Az automatikus díjnövelés (38. pont) nem minősül értékkövetésnek.)

III.4. Rendkívüli díjfigyelések

41. A szerződő a szerződésre a folyamatos díjon felül **rendkívüli díjfigyeléseket is teljesíthet.**
A rendkívüli befizetés minimális összege 20 000 Ft.
42. A rendkívüli (eseti) befizetéseket a biztosító – befizetésenként – elkülönítetten kezeli és tartja nyilván. A befizetett összegből egyszeri **0,5%-os kezelési díj** kerül levonásra. **A rendkívüli befizetés aktuális értéke** kezdetben a kezelési díjjal csökkentett befizetés, mely a továbbiakban a biztosító által jóváírt hozammal nő (54. pont).

III.5. Adójóváírás

43. A nyugdíjbiztosítások után járó, az adóhatóság által a szerződésen történő jóváírás céljából utalt adójóváírás összegét a biztosító az alapbiztosítástól elkülönítetten, a rendkívüli befizetésekkel azonos módon kezeli, azzal az eltéréssel, hogy az adójóváírás összegéből kezelési díj nem kerül levonásra.

III.6. A díjfigyelés elmulasztásának következményei

44. Amennyiben az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett - a szerződőt a díjfigyelés teljesítésére a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő kitűzésével írásban felszólítja. A határidő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, illetve díjmentesítésre kerül (66. pont), kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.
45. A szerződés díjfigyelés miatti megszűnésekor a visszavásárlási összeg (V.2. fejezet) kerül kifizetésre, figyelemmel az adójogszabályokban szereplő korlátozásokra is (73. pont).

Ha a szerződés tartamából legalább 1, díjjal fedezett év már eltelt, a szerződés díjmentesítésre kerül (V.4. fejezet), ha a szerződő ehelyett nem kéri a szerződés megszüntetését és a visszavásárlási összeg kifizetését (V.2. fejezet).

46. Abban az esetben, ha a szerződés a folytatólagos díj meg nem fizetése következtében biztosítási szolgáltatás kifizetése nélkül szűnt meg, a szerződő – a biztosított életben léte esetén – a megszűnés napjától számított 6 hónapon belül írásban kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására, feltéve, hogy a korábban esedékessé vált biztosítási díjat megfizeti, és az esetlegesen kiutalt visszavásárlási összeget visszafizeti. A biztosító a biztosítási fedezet helyreállítását újabb kockázatelbírálás eredményétől is függővé teheti. A biztosító kockázatviselése (az eredeti tartalommal és összeggel) a fentiek szerinti fizetési kötelezettségek teljesítését követő nap 0. órájától kezdődik újra (REAKTIVÁLÁS).

IV. A TÖBBLETHOZAM ÉS AZ ABBÓL TÖRTÉNŐ RÉZSESEDÉS

IV.1. Technikai kamatláb, díjtartalék, többlethozam

47. A **TECHNIKAI KAMATLÁB** az a kamatláb, amelyet a biztosító a biztosítás díjának megállapításakor – mint a díjtartalék feltételezett és egyúttal a biztosító által garantált minimális befektetési hozamát – előre figyelembe vesz.

Jelen **alapbiztosítás** esetében – a díjfizetési tartamon belül – a technikai kamatláb **0,5%**.

A **rendkívüli befizetésekre és adójóváírásokra hozamgarancia** (technikai kamatláb) **nem vonatkozik**.

A technikai kamatláb a tartam során nem módosítható, kivéve, ha a technikai kamatlábak legnagyobb mértékéről szóló jogszabályban rögzített technikai kamatláb legnagyobb mértéke módosul.

48. A biztosító a várható jövőbeni kötelezettségei teljesítésére biztosításmatematikai elvek alapján, a számviteli szabályoknak megfelelő módon **DÍJTARTALÉKOT** képez, melyet szerződésenként, azon belül pedig az alapbiztosításra valamint az egyes rendkívüli befizetésekre és adójóváírásokra külön-külön tart nyilván.

49. Az alapbiztosítás esetében a díjtartalék a technikai kamatláb figyelembe vételével kerül meghatározásra, míg a rendkívüli befizetések és adójóváírások esetében megegyezik azok aktuális értékével.

50. A **TÖBBLETHOZAM** az a hozam, amit a biztosító az egyes naptári években – az alapbiztosítás esetében – a díjfizetési tartam alatt – a garantált technikai kamatláb felett, – a rendkívüli befizetések és adójóváírások esetében pedig a 0% felett, a jelen termék díjtartalékain elér. Az alapbiztosítás díjfizetési tartamának lejáratát követően az alapbiztosításon elért többlethozam a lejárat összeg befektetéséből származó 0% feletti hozam.

51. Az egyes szerződésekre (az alapbiztosításra, rendkívüli befizetésekre és adójóváírásokra) eső **többlethozam 0,3% feletti részének 90%-a** a fentiek alapján, a díjtartalékok figyelembevételével, biztosításmatematikai módszerrel kerül meghatározásra.

52. A többlethozamok meghatározása és a szerződésekhez rendelése a naptári évet követő január 1-jei hatállyal, legkésőbb január 31-éig történik meg.

IV.2. A többlethozamból történő részesedés

53. Az **alapbiztosítás** tartalékán elért többlethozam 0,3% feletti részének 90%-át a biztosító az alapbiztosításhoz tartozó **NYERESÉGSZÁMLÁN** veszi nyilvántartásba.

Ezzel egyidejűleg a nyereségszámla értéke a vonatkozó időszakban magán a **nyereségszámlán elért pozitív hozam 0,3% feletti részének 90%-ával** is növelésre kerül.

54. A nyilvántartott **rendkívüli befizetéseken és adójóváírásokon** elért többlethozam 0,3% feletti részének 90%-a ezek megelőző **értékéhez adódik hozzá**, így növelve azok aktuális értékét.

55. Biztosítási esemény vagy (részleges) visszavásárlás (*V.3. fejezet*) **esetén** az ezeket megelőző időszakokra vonatkozó, de esetleg még nyilvántartásba nem vett, illetve be nem számított többlethozamot a biztosító a szolgáltatás, illetve a (részleges) visszavásárlás aktuális értékének megállapításakor figyelembe veszi. Amennyiben a hozam végleges megállapítására még nem került sor, annak összegét a biztosító becsléssel állapítja meg.

V. MARADÉKJOGOK

V.1. A maradékjogok fogalma

56. A maradékjogok a biztosítási szerződésre vonatkozó azon jogok, melyek a díjfizetés elmaradása, illetőleg a szerződésnek a szolgáltatás kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmaradnak. A jelen szerződés esetében a maradékjogok a **visszavásárlás** és a **díjmentesítés**.

A maradékjogok érvényesítését a szerződő írásban, a biztosított hozzájárulásával kérheti.

V.2. Visszavásárlás

57. A szerződő a biztosítási tartamon belül írásban **felmondhatja** a szerződést.

58. A biztosító – az igény hiánytalan és egyértelmű írásbeli bejelentésének a biztosítóhoz történő beérkezését és a szükséges azonosítások elvégzését követően – a visszavásárlási összeget fizeti ki a **biztosítottnak**.

59. A visszavásárlási összeg nagysága az *1. sz. melléklet* alapján kerül meghatározásra.

Visszavásárlás esetén a **nyereségszámlán nyilvántartott összeg 50%-a** kerül kifizetésre, figyelemmel az *55. pontban* írottakra is.

60. Amennyiben a szerződés tartamából **nem telt el legalább egy, díjjal fedezett év**, a szerződés megszűnésekor nyereség nem kerül kifizetésre.

61. A **maradékjogok igénybevétele a nyugdíjbiztosításra vonatkozó – az igénybevételekor hatályos adójogszabályokban meghatározott módon a – kedvezmények elvesztésével, illetve a már kiutalt adójóváírások emelt összegben történő visszafizetésének kötelezettségével járhat.**

62. A visszavásárlással a szerződés **megszűnik**, és nem léptethető újból hatályba.

V.3. Részleges visszavásárlás

63. A szerződő bármikor kérheti az egyes **rendkívüli befizetések**ből származó összegek kifizetését az alapbiztosítás felmondása nélkül.

64. A **RÉSZLEGES VISSZAVÁSÁRLÁS** igénylésénél a szerződőnek pontosan meg kell jelölnie, hogy melyik befizetéséből származó összeg kifizetését kéri. Ez esetben a megjelölt befizetés teljes aktuális értéke kifizetésre kerül a **biztosított részére**, figyelemmel az 55. pontban írottakra is, részleges teljesítés az egyes rendkívüli befizetésekből nem kérhető.

65. A részleges visszavásárlás igénybevétele a nyugdíjbiztosításra vonatkozó – az igénybevételkor hatályos adó jogszabályokban meghatározott módon a – teljes biztosításra vonatkozó kedvezmények elvesztésével, illetve a már kiutalt adójóváírások emelt összegben történő visszafizetésének kötelezettségével járhat.

V.4. Díjmentesítés

66. Legalább **1, díjjal fedezett év eltelte után** a szerződés – a szerződő írásbeli kérésére – díjmentesítésre kerülhet. A díjmentesített szerződés további folyamatos díjfizetés nélkül marad érvényben, egyúttal az alap-nyugdíjbiztosítás aktuális biztosítási összege – a díjmentesítés hatályától függően, akár jelentős mértékben is (1. sz. melléklet) – lecsökken.

67. Díjmentes szerződés esetén **módosul a haláleseti szolgáltatás**:
– amennyiben a biztosított halálát baleset okozta, a 32. pont szerinti szolgáltatás,
– egyéb esetekben a folyamatos díjas alapbiztosításra befizetett díjak összege helyett a visszavásárlási összeg kerül kifizetésre.

68. Jelen feltételek szempontjából **BALESET** a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében a biztosított elhalálozik, testi sérülést vagy maradandó egészségkárosodást szenved.

69. A **többlethozamból történő részesedés** a díjmentesítés után is jóváírásra kerül, és **rendkívüli díjfizetések is teljesíthetők**.

70. Legalább **1, díjjal fedezett év eltelte után** a szerződés díjmentesítését – az első díjjal nem fedezett nap hatályával – a biztosító a szerződő kérése nélkül is elvégzi, amennyiben a szerződő nem teljesíti díjfizetési kötelezettségét, és nem kérte a szerződés megszüntetését a visszavásárlási összeg kifizetésével.

VI. KIFIZETÉSEK TELJESÍTÉSE

VI.1. A szolgáltatás teljesítésének feltételei

71. A biztosítási eseményt a bekövetkeztétől számított **8 napon belül** írásban be kell jelenteni a biztosítónak, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a be-

jelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését, beleértve a biztosított orvosi vizsgálatát is, amely elvégzéséhez a biztosító orvosszakértőt is kijelölhet.

72. A biztosító a bejelentett igények jogosságát az összes szükséges irat beérkezését követő **8 napon belül** elbírálja. A szolgáltatásokat és egyéb kifizetéseket a biztosító a jogosultság és a kifizetendő összeg megállapítását követő **15 napon belül teljesíti**.

73. **Amennyiben a szerződés megszűnése, illetve a részleges visszavásárlás a hatályos jogszabályok szerint az adójóváírásra való jogosultság elvesztésével és az adóhatóságnak történő fizetési kötelezettséggel jár, és azt a biztosítónak kell teljesítenie, úgy a biztosító az esetleges kifizetésből az adóhatóságnak utalandó összeget levonja, és az adóhatóságnak átutalja, a szerződő által teljesítendő esetleges további kötelezettségről pedig a szerződő részére igazolást ad.**

74. A biztosításból eredő igények az esedékességüktől – a teljesítés előkészítéséhez szükséges idő elteltétől – számított **2 év elteltével elévülnek**. Az elévülési időn belül a fel nem vett szolgáltatást a biztosító kamatmentes letétként külön díj felszámítása nélkül kezeli.

VI.2. A kifizetéshez szükséges dokumentumok

75. A biztosítási szolgáltatások igénybeviteléhez a szolgáltatásra jogosultnak az alábbi iratokat kell bemutatnia, illetve átadnia:
– a nyugdíjba vonulás igazolására a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv jogerős határozatát;
– az egészségkárosodási szolgáltatáshoz a társadalombiztosítási szerv által kiadott, a biztosítási eseményt igazoló határozatot és a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (vagy jogutódja) szakvéleményét; az egészségkárosodást előidéző betegség előzményeinek igazolását;
– elhalálozás esetén a halotti anyakönyvi kivonatot, a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítványt;
– baleset esetén a baleset helyének, idejének, körülményeinek, következményeinek leírását és az azt dokumentáló iratokat;
– a jogosultság (kedvezményezett minőség), továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás megállapításához szükséges egyéb okiratokat;
– a biztosítási kötvényt és – a biztosító kérésére – a díjfizetés igazolását.

76. A biztosító a biztosítási szolgáltatáshoz azon okiratok bemutatását kérheti, amelyek alkalmasak a biztosítási esemény bizonyítására. A biztosító a szolgáltatás teljesítésének esedékességét csak olyan okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges. A biztosítási esemény bekövetkezését a biztosító részére a szerződőnek, biztosítottak, kedvezményezettnek bizonyítania szükséges. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén annak bizonyítására azon okiratok, hatósági, bírósági határozatok, jegyzőkönyvek, tárgyi bizonyítékok alkalmasak, amelyek a biztosítási esemény jogalapját, valamint annak összecszerúségét bizonyítják. A felsoroltakon kívül a szerződőnek, biztosítottak, kedvezményezettnek joga van a biztosítási esemény egyéb módon történő

igazolására is igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint – annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

77. A biztosító köteles a pénzmosás és terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló hatályos törvényben előírtak betartására, és ezzel összefüggésben egyéb iratok, továbbá az adóügyi illetőséggel kapcsolatos nyilatkozatok megtételét kérheti.

78. A biztosítási esemény igazolásával kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.

VII. A KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG MEGSÉRTÉSE, MENTESÜLÉSEK, KIZÁRÁSOK

VII.1. A közlési és változás bejelentési kötelezettség megsértésének következményei

79. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás teljesítése alól, és – a biztosítási szerződés egyidejű megszűnése mellett a visszavásárlási összeget fizeti ki, kivéve ha

– bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosító a szerződéskötéskor, illetve a szerződés módosításakor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében; vagy

– a szerződés megkötésétől, módosításától, illetve a lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési határidő leteltétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

80. Ha a szerződés bármely okból a biztosítási szolgáltatás kifizetése nélkül szűnik meg, a biztosító – ellenkező kikötés hiányában – a visszavásárlási összeget fizeti ki.

VII.2. Mentesülések

81. A biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét. A visszavásárlási összeg ebben az esetben a biztosított örökösét illeti meg, és a kedvezményezett abból nem részesülhet.

82. A szerződés a biztosítási szolgáltatás kifizetése nélkül szűnik meg, és a biztosító a visszavásárlási összeget fizeti ki, ha a biztosított

– szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy

– a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkossága következtében halt meg.

83. Mentesül a biztosító a baleseti eseményekre meghatározott szolgáltatások teljesítése alól, ha a biztosítási eseményt okozó balesetet a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.

Súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak minősül különösen az a baleset, amely a biztosított

– súlyosan ittas (2,5 ezrelékes véralkohol szintet elérő) állapotával, vagy

– bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával vagy toxikus anyagok szedése miatti függőségével, vagy

– érvényes jogosítvány nélküli vagy ittaság melletti és egyéb közlekedési szabályt is megsértő gépjárművezetésével

okozati összefüggésben következett be.

VII.3. Kizárások

84. A biztosító kizárja kockázatviselési köréből azon eseményeket, amelyek bekövetkezése okozati összefüggésben áll az alábbiak valamelyikével

– HIV fertőzés;

– radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatása (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);

– különösen kockázatos hobbi, sporttevékenység, extrém sport (többek között barlangászat, bűvárkodás, szikla-, fal- és hegymászás, bungee jumping), valamint a motoros meghajtású szárazföldi-, vízi-, illetve motoros vagy motor nélküli légi járművek használatával járó sportágak űzése közben bekövetkezett eseményekkel;

– repülés (többek között ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés) közben bekövetkezett eseményekkel, kivéve, ha a repülés utasként, pilótaként, személyzetként való részvétel formájában történt a szervezett légi utasforgalomban;

– háborús, polgárháborús eseményekkel, terrorcselekményekkel, felkeléssel, lázadással, zavargással, tüntetéssel;

– a biztosított fegyveres szolgálat teljesítése közben, illetve a biztosított fegyverviselésének vagy -használatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett eseményekkel.

85. A biztosító a baleseti eseményekre vállalt kockázatviselési köréből a fentiekben túl azon eseményeket is kizárja, amelyek

– okozatiösszefüggésben állnak a biztosított elme- vagy tudatzavarásával, illetve öngyilkosságával vagy annak kísérletével;

– továbbá azon eseményeket, amelyek a biztosított súlyosan ittas (2,5 ezrelékes véralkohol szintet elérő) állapota miatt következtek be.

86. A biztosító a biztosításiszolgáltatás helyett a visszavásárlási összeget fizeti ki, ha a bejelentett esemény a szerződési feltételekben nevesített, a biztosító kockázatviselésének köréből kizárt események valamelyikével okozati összefüggésben következett be.

VIII. VEGYES RENDELKEZÉSEK

VIII.1. Adatkezelés, Adatvédelem

87. A Biztosító az átláthatóság elvének érvényesülése érdekében közérthető módon kívánja Ügyfeleit tájékoztatni a Biztosító adatkezeléséről és az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 számú, Általános Adatvédelmi Rendeletének („GDPR”) való megfeleléséről. A Biztosító ugyanakkor a jogi teljeskörűség érdekében honlapján, továbbá Ügyfélszolgálatán is közzéteszi a részletes Adatkezeléssel kapcsolatos dokumentumokat (ezen dokumentumok a függő biztosításközvetítő ügynökök biztosításközvetítői irodájában

is elérhetőek). A biztosításközvetítői irodák elérhetőségei a Biztosító honlapján megtalálhatóak.

A Biztosító az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény („**Info. Törvény**”), továbbá a GDPR alapján, figyelembe véve a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény („**Bit.**”) rendelkezéseit, az alábbi tájékoztatást nyújtja a természetes személy érintetteket (Szerződők, Biztosítottak, Kedvezményezettek, a Bit. szerinti egyéb Ügyfelek, a továbbiakban együttesen említve, mint: „**Érintett**”) részére.

88. Adatkezelő, -képviselője és az Adatvédelmi tisztviselő neve, elérhetősége

Adatkezelő: **UNIQA Biztosító Zrt.**

Az Adatkezelő képviselőjének, továbbá az adatvédelmi tisztviselőnek a neve és elérhetősége a Biztosító honlapján és az Ügyfélszolgálaton kifüggesztve található. Ezen információkról Ügyfeleink a függő biztosításközvetítő ügynök biztosításközvetítői irodájában is tájékozódhatnak.

89. Adattovábbítás címzettjei

Adatfeldolgozók: a Biztosító részéről adatfeldolgozóként a Biztosító számára a biztosítási szerződéssel kapcsolatban mindenkor kiszervezett tevékenységet végző személyek, adatfeldolgozók járhatnak el, akik az adatokat megismerhetik. Ezen adatfeldolgozók címzett körök szerint az alábbiak:

- belföldi és az Európai Gazdasági Térségről szóló Egyezményben részes tagállamban lévő viszontbiztosítók,
- elektronikus adatfeldolgozó szolgáltatók,
- informatikai (rendszerkarbantartó, üzemeltető) szolgáltatók,
- információbiztonsági és szoftverfejlesztési szolgáltatók,
- kárrendező és kárszakértő szolgáltatók,
- kárrendezés során eljáró magánnyomozók,
- kockázat elbírálásban és kárrendezés során eljáró orvosszakértők,
- kárrendezésben és díjbehajtásban résztvevő ügyvédek, ügyvédi irodák, követelés behajtók,
- vagyonkezelők, nyomdai szolgáltatók,
- a Bit. szerinti biztosításközvetítők.

A Biztosítónál adatfeldolgozást végző személyek hatályos listája a Biztosító honlapján található.

Amennyiben a termék jellegéből adódóan a szerződésben foglalt szolgáltatás teljesítése érdekében elengedhetetlen, a Biztosító a szerződés teljesítése céljából harmadik országba továbbítja az Érintett személyes adatait annak érdekében, hogy az Érintett külföldön részesülhessen egészségügyi ellátásban, vagy külföldön vehessen igénybe szolgáltatásokat. A Biztosító minden esetben az Érintett által igénybe vett szolgáltatás szerinti országban honos partnerek továbbítja az Érintett személyes adatait. Amennyiben a szerződés teljesítéséhez az elengedhetetlenül szükséges, a Biztosító 3. országba az alábbi címzett körök továbbíthat adatot:

- viszontbiztosítók,
- egészségügyi intézmények,
- egészségügyi szolgáltatást nyújtó szolgáltatók,
- nyomozóhatóság, ügyészség, bíróság.

90. Biztosítási titok megismerése

A Biztosító jogosult kezelni Ügyfeleinek biztosítási titoknak minősülő adatait. A biztosítási titok kezelésére vonatkozó

rendelkezéseket a Bit. 135-146. §-ai tartalmazzák, amely szövege elérhető a Magyarország Kormánya által meghatározott, elektronikus közszolgáltatásként működő, bárki számára térítésmentesen hozzáférhető honlapon (jelenleg: <http://njt.hu/>).

91. Az Ön mint Érintett jogai

Fontos számunkra, hogy Ön tisztában legyen az adatvédelem által biztosított Érintetti jogaival. Ennek érdekében az alábbiakban a teljesség igénye nélkül felsoroljuk, hogy milyen adatvédelmi jogokkal élhet a ránk bízott adataival kapcsolatban.

– Az Érintett hozzáférési joga

Elérhetőségeinken bármikor jogosult arra, hogy megfelelő tájékoztatást kapjon arról, hogy személyes adatainak kezelése folyamatban van-e, és ha igen, akkor Ön jogosult arra, hogy hozzáférjen az általunk tárolt személyes adataihoz, és azokról másolatot kérhet, illetve tájékoztatást kérhet arról, hogy miként kezeljük személyes adatait.

– A helyesbítéshez való jog

Ön jogosult arra, hogy kérésére a Biztosító indokolatlan késedelem nélkül helyesbítse, javítsa a pontatlan adatokat, illetve a hiányos adatok kiegészítését kérje.

– A törléshez való jog („az elfeledtetéshez való jog”)

Ön kérheti, hogy indokolatlan késedelem nélkül töröljünk bizonyos általunk tárolt személyes adatait, amennyiben:

- a) A továbbiakban már nincs szükségünk az adott adatokra;
- b) Ön visszavonja a bizonyos adatok kezelésére adott hozzájárulását;
- c) Ön tiltakozik a személyes adatok kezelése ellen;
- d) Ha jogszabály alapján előírt jogi kötelezettség teljesítéséhez törölni kell;
- e) Aggodalma merül fel az adatai általunk történő adatkezelésének jogalapja tekintetében.

– Az adatkezelés korlátozásához való jog

Amennyiben kérdése vagy aggodalma merül fel személyes adatai általunk történő kezelésének pontosságával, indokoltságával vagy jogszerűségével kapcsolatban, kérheti bizonyos adatkezelési tevékenységeink korlátozását. A korlátozást akkor is kérheti, ha nekünk már nincs szükségünk az Ön adataira, de Ön, mint Érintett igényli valamely jogi igényének előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez. Ön abban az esetben is kérheti a korlátozást, ha kétségbe vonja a jogos érdek alapján történő adatkezelés jogalapját.

A korlátozás ideje alatt adatkezelési műveletek nem végezhetőek, csak tárolni lehet az adatokat. A korlátozás feloldásáról a Biztosító előzetesen tájékoztatja majd.

– Az adathordozhatósághoz való jog

Ön bármikor kérheti, hogy a Biztosító a hozzájárulása alapján, vagy szerződéses jogalapon kezelt személyes adatait tagolt, széles körben használt, géppel olvasható formátumban bocsássa rendelkezésére. Ön továbbá jogosult arra, hogy ezeket az adatokat egy másik adatkezelőnek továbbítsa anélkül, hogy ezt akadályozná a Biztosító.

Amennyiben az egyébként technikailag megvalósítható, a Biztosító az Ön kérésére a személyes adatokat közvetlenül továbbítja.

– A hozzájárulás visszavonásához való jog

Amennyiben Ön hozzájárult a személyes adatainak használatához, kezeléséhez vagy megosztásához, a hozzájá-

mulását bármikor visszavonhatja, amennyiben nem a szolgáltatás nyújtásához szükséges adatokról van szó.

Ha a személyes adatok kezelése közvetlen üzletszerzés érdekében történik, Ön jogosult arra, hogy bármikor tiltakozzon a rá vonatkozó személyes adatok e célból történő kezelése ellen, ideértve a profilalkotást is, amennyiben az a közvetlen üzletszerzéshez kapcsolódik. Ha az Érintett tiltakozik a személyes adatok közvetlen üzletszerzés érdekében történő kezelése ellen, akkor a személyes adatok a továbbiakban e célból nem kezelhetők. Ön a direkt marketing megkeresésekhez adott hozzájárulását a fenti postai levelezési címre, vagy a lemondom@uniqa.hu email címre küldött levelével bármikor visszavonhatja. A visszavonó nyilatkozatban kérjük, tüntesse fel nevét és partnerkódját.

– Jogorvoslati jog

Ha Ön úgy ítéli meg, hogy a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok szerinti jogait megsértették, jogában áll a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál panaszt benyújtani. **A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság elérhetőségei:** Honlap: <http://naih.hu/>; Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11.; Postacím: 1363 Budapest, Pf. 9.; Telefon: +36-1-391-1400; Fax: +36-1-391-1410; E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu

A jogellenes adatkezelés esetén polgári pert indíthat a Biztosító ellen. A per az Ön választása szerint a lakóhelye szerinti törvényszék előtt is megindítható.

92. Biztosító elérhetősége adatkezelési ügyekben

A fenti jogait az adatvedelem@uniqa.hu email címre vagy az **UNIQA Biztosító Zrt., 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70 –74.** postai levelezési címre küldött levelében gyakorolhatja.

93. A jelen tájékoztató egyoldalú módosításának lehetősége

A Biztosító jogosult a fenti „Adatkezelés, Adatvédelem” című pontban szabályozott rendelkezéseket egyoldalúan módosítani. A módosításról a Biztosító az Érintettet legkésőbb a hatálybalépés napját megelőző munkanapon, az Ügyfélszolgálatán kifüggesztett módosított dokumentumok útján értesíti és a módosított rendelkezéseket a honlapján is közzéteszi. Az Érintett a módosítás tartalmáról a függő biztosításközvetítő ügynökök biztosításközvetítői irodájában is tájékozódhat.

94. A Biztosító az Érintett következő személyes adatait, az itt meghatározott célból, jogalapon, és időtartamban kezeli:

Adatkezelés megnevezése és célja	Adatkezelés jogalapja	A kezelt adatok köre	Adatok tárolásának időtartama
A Biztosító biztosítási csalás megelőzése, valamint azonosítása érdekében végzett adatkezelési tevékenység, valamint ennek folyamatos ellenőrzése (külön adatbázis).	GDPR 6. cikk (1) f) – a Biztosító biztosítási csalás megelőzéséhez, azonosításához fűződő jogos érdeke.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok.	GDPR 17. cikk (3) bek. e) pontja szerinti jogi igény érvényesítése.
A biztosítási szerződés megkötését megelőzően az Érintett ellenőrző ügyfeleinek esetleges korábbi díjhátralékait, valamint nagyobb összegű biztosítások esetén az ügyfél jövőbeni díjfizetési képességét (kockázatos ügyfelekkel való szerződéskötés megelőzése érdekében végzett tevékenység).	GDPR 6. cikk (1) f) – a Biztosító kockázatos ügyfelekkel való szerződéskötése megelőzéséhez fűződő jogos érdeke.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok.	A biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
Az ügyfél egészségi állapotából fakadó kockázatainak felmérése és értékelése, a kockázatokkal arányos biztosítási díj megállapítása.	Az érintett kifejezett hozzájárulása.	Természetes személyazonosító adatai, TAJ-szám, egészségügyi kérdőívre adott válaszok, egészségügyi adatok, egészségügyi adatokat alátámasztó leletek, orvosi diagnózisok és feljegyzések.	A létrejött szerződések esetén az egészségügyi adatok a biztosítási szerződés megkötésével és állományban-tartásával kapcsolatos adatokkal megegyező ideig kerülnek tárolásra.
Számveteli bizonylatok megőrzésére vonatkozó kötelezettség teljesítése.	GDPR 6. cikk (1) bek. c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése (Számvtv.169.§ szerinti jogi kötelezettség).	A számveteli bizonylatokhoz szükséges személyes adatok.	8 év
Direkt Marketing és hírlevél.	GDPR 6. cikk (1) a) – az Érintett hozzájárulása.	Érintett neve, címe, e-mail címe és telefonszáma.	A hozzájárulás visszavonásáig, illetve a Biztosító fennállásáig.
A szerződéssel kapcsolatos kérdésekkel, kérésekkel, vagy érintetti jogainak érvényesítése céljából bármely kommunikációs csatornán (honlapon lévő űrlap kitöltésével, írásban, telefonon vagy személyes ügyfélszolgálaton keresztül) a Biztosítóhoz forduló Érintettek azonosítása annak érdekében, hogy Biztosító kizárólag az arra jogosult személlyel és olyan adatot közöljön, melyre az azonosított fél jogosult.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés teljesítése.	Név, születési név, anyja neve, születési idő, azonosító okmány száma, e-mail cím, elektronikus felületen keresztüli ügyintézés esetén az azonosításhoz szükség felhasználonév és jelszó.	A biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
A technikai adminisztráció megkönnyítése, és a gyorsabb ügyfélszolgálat megvalósítása, a személyes adatok és biztosítási szerződéssel kapcsolatos információk megosztása az arra jogosult Érintettekkel.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés teljesítése.	Név, irányítószám, telefonszám, valamint a beazonosításhoz szükséges egyéb személyes adatok.	A kitöltött nyomtatványok/ egyéb dokumentumok, valamint az azokra adott válaszokban foglalt adatok a biztosítási szerződés megkötésével és állományban-tartásával kapcsolatos adatokkal megegyező ideig kerülnek eltárolásra.

Adatkezelés megnevezése és célja	Adatkezelés jogalapja	A kezelt adatok köre	Adatok tárolásának időtartama
Az ügyfél szerződésével kapcsolatos igényeinek, kéréseinek, kifogásainak, a szerződéssel kapcsolatos kérdéseinek, észrevételeinek, bejelentésének rendszerezése, a szerződésből eredő kárbejelentések, szolgáltatási igénybejelentések fogadása, illetve a telefonbeszélgetést követően, a később benyújtott panaszok és jogviták esetén a szerződésre vonatkozó korábbi telefonos beszélgetések hangfelvétel alapján történő rekonstrukciója.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés teljesítése.	Név, irányítószám, telefonszám, valamint a beazonosításhoz szükséges egyéb személyes adatok.	A Biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti. Ha a megkeresés eredményeként a Biztosító tudomására jutott adat a Biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés fentebb meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.
Az ügyfelek igényeire szabott egyedi, vagy új és meglévő termékeinek ismertetése, gazdasági reklámok, hírlevelek küldése.	GDPR 6. cikk (1) a) – az Érintett hozzájárulása.	Név, cím, telefonszám, e-mail cím, Érintett meglévő szerződéseire vonatkozó adatok (különösen szerződés típusa és díja), szerződés lejáratára.	Leiratkozásig, visszavonásig.
Veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében, a szolgáltatások jogszabálynak és szerződésnek megfelelő teljesítése és a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából.	GDPR 6. cikk (1) f) – a Biztosító jogos érdeke.	A szerződés megkötéséhez szükséges adatok kezelése.	A biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
Az elhunyt szerződő féllel, illetve biztosítóval kapcsolatba hozható adatok tekintetében az Érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.	GDPR 6. cikk (1) bek. c) – jogi kötelezettség teljesítése.	A szerződéssel kapcsolatos adatok kezelése.	Az örökös jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető, de legfeljebb nyolc évig.
Az egyes nyeresimányjártékokon, promóciókon történő részvétel esetén a játékszabályzatban külön tájékoztató kerül elhelyezésre az ott megvalósuló személyes adatok kezelésével kapcsolatban.			
A még nem véglegesített ajánlattal kapcsolatos adatkezelés. Az adatkezelés célja a szerződéskötési folyamat lezárása és a szerződés megkötése.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés megkötését megelőzően az Érintett kérésére történő lépések megtétele.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok. A biztosítási szerződés teljesítése szempontjából releváns egészségügyi kockázatok megállapítását szolgáló, a Biztosított által átadott, vagy a Biztosított felhatalmazása alapján harmadik személytől beszerzett egészségügyi adatok. A Biztosító kizárólag a biztosítási szerződés teljesítéséhez feltétlen szükséges, a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat kezeli („Egészségügyi adatkezelés”).	GDPR 17. cikk (3) bek. E) pontja-jogi igény érvényesítése
A biztosítási kockázatok felmérése és kezelése.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés megkötése és teljesítése.		A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt.
A biztosítási szerződésre vonatkozó ajánlat elutasítása.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés megkötését megelőzően az Érintett kérésére történő lépések megtétele.		A Biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezeli, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. Ebben a tekintetben az adatok megőrzésére a Ptk. elévülési szabályai az irányadók.
A FATCA szabályozásban meghatározott kötelezettségek (pl.: adattovábbítás) teljesítése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése. A jogi kötelezettséget a FATCA szabályozás, így többek között a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény keletkezteti.		A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően a Biztosító igényérvényesítése esetén az igényérvényesítési határidő leteltéig kezeli az adatokat.
A CRS szabályozásban meghatározott kötelezettségek (pl.: adóilletőség megállapítása) teljesítése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a CRS szabályozás, így többek között a pénzügyi számlákkal kapcsolatos információk automatikus cseréjéről szóló, illetékes hatóságok közötti többoldalú Megállapodás kihirdetéséről szóló 2015. évi CX. törvény, valamint az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény keletkezteti.		
A Biztosító pénzmosás megelőzésével kapcsolatos kötelezettségei (pl.: az ügyfél-átvilágítási intézkedések) teljesítése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a biztosítási jogviszony, valamint a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény keletkezteti.		

Adatkezelés megnevezése és célja	Adatkezelés jogalapja	A kezelt adatok köre	Adatok tárolásának időtartama
A Biztosító szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos kötelezettségeinek (pl.: kifizetés teljesítése) elvégzése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a biztosítási jogviszony, valamint az adózás rendjéről szóló 2017. évi CL. törvény keletkezteti.	Az Érintett adóazonosító jele.	A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően a Biztosító igényérvényesítése esetén az igényérvényesítési határidő leletéig kezeli az adatokat.
A biztosítási szerződés megkötése, módosítása valamint a biztosítási szerződés állományban tartása.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés megkötése és teljesítése.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok. Amennyiben az adott adatkezelési cél teljesítése érdekében szükséges, Egészségügyi adatkezelés.	A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt.
A Biztosító által honlapon keresztül üzemeltetett Befektetéskezelési szolgáltatás igénybe vétele	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés megkötését megelőzően az Érintett kérésére történő lépések megtétele.	Amennyiben az Érintett biztosítási szerződéséhez a Befektetéskezelési szolgáltatás elérhető és az Érintett ezt igénybe veszi, az Érintett neve, titulusa, Anyja neve, lakcíme, születési helye, ideje, mobiltelefonszáma, e-mail címe, kötvényszáma.	A Befektetéskezelési szolgáltatás igénybevételének hatálya alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően a Biztosító igényérvényesítése esetén az igényérvényesítési határidő leletéig kezeli az adatokat.
Az Érintett számára megfelelő biztosítási alapú befektetési termék értékesítése, beleértve az e célból történő profilalkotást.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése. A jogi kötelezettséget a Bit. 166/E. § keletkezteti.	Amennyiben az Érintett biztosítási alapú befektetési termékekre (ide tartozik többek között a befektetési egységhez kötött életbiztosítás, nyugdíjbiztosítás) vonatkozó szerződést kíván kötni, az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok.	A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően a Biztosító igényérvényesítése esetén az igényérvényesítési határidő leletéig kezeli az adatokat.
A biztosítási szolgáltatási igény elbírálása.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés megkötése és teljesítése.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok. Amennyiben az adott adatkezelési cél teljesítése érdekében szükséges, Egészségügyi adatkezelés.	A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően a Biztosító igényérvényesítése esetén az igényérvényesítési határidő leletéig kezeli az adatokat.
A biztosítási szerződés teljesítése, ideértve a biztosítási szolgáltatás teljesítését is.			
Az Érintett biztosítási szerződésből származó követeléseinek megítélése.			
A biztosítási szerződésből származó jogi igényekkel szembeni védekezés előterjesztése.			
A Biztosító biztosítási szerződésből eredő igényeinek érvényesítése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése. A jogi kötelezettséget a biztosítási szerződés, a Bit., továbbá a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény keletkezteti.		
A biztosítási szerződéses jogviszonnyal kapcsolatos bírósági, hatósági megkeresések megválaszolása.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése. A jogi kötelezettséget a biztosítási szerződés, a Bit., a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény, továbbá az adott jogterületre vonatkozó ágazati jogszabály keletkezteti.		
A biztosítási szerződés megszüntetése.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés megkötése és teljesítése.		
Biometrikus aláírás rögzítése, tárolása és felhasználása az elektronikus formában kötött biztosítási szerződés teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalása érdekében. Egyes biztosítási szerződések megkötése során az elektronikus formában kötött biztosítási szerződés megkötéséhez a Biztosító biometrikus aláírást rögzít. A rendszer lehetővé teszi, hogy az ügyfél az Biztosítóval kötött biztosítási szerződését biometrikus aláírással lássa el, amely fokozott biztonságú elektronikus aláírásként egyszerre teszi lehetővé az érintett azonosítását és részvételének igazolását biztosítási szerződés megkötésének folyamatában, továbbá garantálja a jognyilatkozat teljes bizonyító erejű magánokirati minőségét.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pont és 9. cikk (2) bekezdés f) pont együttesen – a Biztosító jogos érdeke. A Biztosító jogos érdekét a jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez, illetve védelméhez fűződő érdeke képezi.	Az érintett azonosítására szolgáló adatok (név, email cím, egyedi azonosító), aláírásképp, aláírás dinamikájával kapcsolatos információk, vagyis az érintett viselkedési jellemzőire vonatkozó biometrikus adatok (a tollvonás sebessége, a tollnyomás erőssége, a tollnak a levegőben elfoglalt pozíciója), az aláírandó dokumentum és annak lenyomata.	A biztosítási jogviszony fennállása alatt idején, valamint azon időtartam alatt kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

VIII.2. Adózással kapcsolatos jogszabályok

95. A szerződés nyugdíjbiztosítás és az Szja tv-ben a nyugdíjbiztosításokra meghatározott kedvezményekre jogosít mindaddig, míg a hatályos jogszabályokban szereplő egyéb – részletesebben az adózási ügyfélértékelésben ismertetett – feltételeknek is megfelel.

A szerződés díjához és az arra történő kifizetésekhez kapcsolódó esetleges adókedvezményről, adójóváírásról és adókötelezettségről a személyi jövedelemadóról szóló törvény (Szja. tv.) rendelkezik. Az adómentes szolgáltatások körét, továbbá az esetlegesen fellépő adó- és egyéb fizetési kötelezettséget az Szja tv. és Eho tv. határozza meg.

Nem magánszemély szerződő esetén a biztosítási díj, szolgáltatás és egyéb kifizetések elszámolhatóságáról a társasági adóról szóló törvény és a társadalombiztosításra vonatkozó jogszabályok további előírásokat is tartalmaznak.

Az adózással kapcsolatos további, részletesebb információt a termékhez tartozó adózási tájékoztatóban és honlapunkon, a www.uniqa.hu oldalon találhat.

Az adózással kapcsolatos jogszabályok a szerződés tartama alatt megváltozhatnak.

96. Ha a szerződéskötést követően a biztosítási szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltoznak, a biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő hatvan napon belül javaslatot tehet a biztosítási szerződés vagy az ahhoz kapcsolódó általános szerződési feltételek megváltozott szabályozásra tekintettel történő módosítására annak érdekében, hogy a szerződés tartalma az adókedvezmény vagy adójóváírás igénybevételére jogosító feltételeknek megfeleljen.

Ha a szerződő fél a módosító javaslatot az arról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított harminc napon belül nem utasítja el, a szerződés a módosító javaslatban meghatározott feltételekkel a jogszabályváltozás hatálybalépésének időpontjával módosul.

VIII.3. Kötvénykölcsön

97. A szerződésre kötvénykölcsön nem igényelhető.

VIII.4. A biztosítási kötvény elvesztése

98. A **biztosítási kötvény elvesztése** vagy megsemmisülése esetén a biztosító a szerződő (biztosított) kérésére a szerződés aktuális állapotának megfelelő új kötvényt állít ki, vagy az eredeti kötvény másolatát megküldi a szerződőnek. A biztosító kérheti az új kötvény kiállításával összefüggésben felmerült költségei megtérítését.

VIII.5. A biztosító fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről szóló jelentés közzététele

99. A biztosító a Bit. 108.§ (1) bekezdése alapján köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről. A jelentéssel összefüggő részletszabályokat a Kormány rendeletben állapítja meg. A biztosító a Bit. 108.§ (1) bekezdése szerinti, a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről szóló jelentését a honlapján közzéteszi.

VIII.6. Panaszok bejelentése

100. Az Ügyfél és a fogyasztói érdekképviseleti szervek (a továbbiakban együtt: Ügyfél) az UNIQA Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) továbbá az általa alkalmazott vagy megbízott ügynök vagy – adott termék kapcsán – általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy *magatartására, tevékenységére vagy mulasztására* vonatkozó panaszát **szóban** (személyesen, telefonon) vagy **írásban** (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő az alábbiak szerint:

a) **személyesen írásban vagy szóban** a Biztosító akadálymentesített Ügyfélszolgálatán (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) ügyfélfogadási időben, melyről a www.uniqa.hu honlapunkon tájékozódhat,

b) **elektronikus úton** (az info@uniqa.hu e-mail címen),

c) **telefonon** (a Biztosító Call Centerén keresztül az alábbi telefonszámokon: +36-1/20/30/70/544-5555) ügyfélszolgálati időben,

d) **telefax útján** (az alábbi telefax számon: +36-1-238-6060),

e) **levélben** (az alábbi címen: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.).

A panaszbeadványokon címzettként kérjük feltüntetni a *Panaszkezelés* megnevezést is. A **panaszkezelési eljárás részletes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat]** a www.uniqa.hu honlapunkon **nyújtunk tájékoztatást**, valamint a szabályzat szövege megtalálható a biztosító székhelyén működő Ügyfélszolgálaton is.

Amennyiben az eljáró biztosításközvetítő függő biztosításközvetítő többes ügynök, vagy független biztosításközvetítő alkusz, úgy ezek magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó esetleges panaszát a biztosításközvetítőnél terjesztheti elő.

Jogorvoslati fórumok:

I. A panasz teljes vagy részleges elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a **fogyasztónak minősülő Ügyfél** az alábbi testületekhez, illetve hatóságokhoz fordulhat amennyiben a panasz a biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival, megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos:

a) a **Pénzügyi Békéltető Testülethez** (továbbiakban: PBT, székhely: MNB 1054 Budapest, Szabadság tér 9., levelezési cím: 1525 Budapest Pf. 172, telefon: +36-80-203-776, internetes elérhetőség: www.mnb.hu/bekeltetes, e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu) vagy

b) amennyiben az elutasított panasz a Magyar Nemzeti Bankról (a továbbiakban: MNB) szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben (MNB tv.) meghatározott *fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására (a Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására)* irányul, úgy az Ügyfél az **MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjának** (székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 9., levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest, telefon:

06-80-203-776, internetes elérhetőség: www.mnb.hu/fogyasztovedelem, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu) **fogyasztóvédelmi eljárását** kezdeményezheti,

c) a Polgári Perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

Amennyiben a panasz elszámolással vagy szerződés módosulással kapcsolatos az Ügyfél a Pénzügyi Békéltető Testülethez (székhely: MNB 1054 Budapest, Szabadság tér 9., levelezési cím: **1539 Budapest Pf.: 670.**, telefon: +36-80-203-776, internetes elérhetőség: www.mnb.hu/bekeltetes, e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu) fordulhat.

A PBT és az MNB eljárás megindításának egyaránt feltétele az, hogy az Ügyfél a(z) MNB tv. rendelkezései értelmében fogyasztónak minősüljön, továbbá a jogorvoslat kezdeményezését megelőzően a biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését.

Az MNB tv. alkalmazásában **fogyasztó** az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy. A panaszkezelés szempontjából **nem minősül fogyasztónak** pl. a gazdasági társaság, a szövetkezet, a társasház, az ügyvédi iroda, vagy bármely más jogi személyiséggel rendelkező szervezet, továbbá a biztosításközvetítő, illetve a biztosító vagy biztosításközvetítő alkalmazásában álló/képviselésében eljáró személy.

A fogyasztónak minősülő ügyfél a Pénzügyi Békéltető Testület, illetve a Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ előtt megindítható eljárás alapjául szolgáló „Kérelem” nyomtatvány megküldését igényelheti a Biztosítótól. A nyomtatványt a Biztosító igazolható módon, költségmentesen az ügyfél kérésének megfelelően e-mailen vagy postai úton haladéktalanul megküldeni köteles. A Biztosító a nyomtatványokat elérhetővé teszi a honlapján és az ügyfélszolgálat részére nyitva álló helyiségeiben is.

II. Amennyiben az Ügyfél az MNB tv. rendelkezései értelmében nem minősül fogyasztónak, a biztosító panaszt elutasító döntésével szemben a Polgári Perrendtartás szerint hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróságnál kezdeményezhet polgári peres eljárást.

A Biztosító Felügyeleti szerve:

Magyar Nemzeti Bank

Székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.;

Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Levél cím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest

Internetes elérhetőség: www.mnb.hu

E-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu

Ügyfélszolgálati telefonszám: 36-80-203-776

Online vitarendezési platform:

Tájékoztatjuk ügyfeleinket, hogy az Európai Bizottság létrehozott egy online vitarendezési platformot, amely az Európai Unióban tartózkodási hellyel rendelkező fogyasztók (azok a természetes személyek, akik nem kereskedelmi, üzleti, hivatásbeli vagy szakmai célból járnak el) és az Európai Unióban letelepedett szolgáltatók közötti, **online szolgáltatási szerződésekből** eredő kötelezettségekkel kapcsolatban felmerülő jogviták, így az online megkötött szerződésekkel összefüggő pénzügyi fogyasztói jogviták bírósági eljárásán kívüli rendezésére irányul. A platform nem alkalmazható olyan vitákra, amelyek a nem internetes (offline) úton létrejött szerződésekre vonatkoznak, illetve nem fogyasztó részéről merülnek fel.

A fogyasztó az online vitarendezési platformon keresztül online kezdeményezheti a jogvita bírósági eljárásán kívüli rendezését a Pénzügyi Békéltető Testületnél:

<http://ec.europa.eu/odr>.

Amennyiben Ön az online vitarendezési platformon keresztül kíván bejelentést tenni, kérjük, hogy az alábbi email címet adja meg társaságunk elérhetőségeként: onlinevitarendezes@uniqa.hu. Felhívjuk a figyelmet arra, hogy jelen email cím kizárólag az online vitarendezéshez használható. A platform felhasználói útmutatói itt érhetőek el: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/userguide/> Internetes oldal: www.mnb.hu/felugyelet

VIII.7. Szankciós korlátozási és kizárási záradék

Jelen szerződés egyéb rendelkezéseitől függetlenül, jelen biztosítási szerződés abban az esetben jogosít szolgáltatásra vagy a Biztosító által teljesítendő bármely kifizetésre, amennyiben az nem ütközik az ENSZ Biztonsági Tanácsa által vagy az Európai Unió által alkalmazott gazdasági, kereskedelmi vagy pénzügyi szankcióba, és/vagy embargós rendelkezésébe, továbbá nem ellentétes bármely más, a jelen szerződő felekre alkalmazandó nemzeti jogszabállyal. Ez a rendelkezés irányadó az Amerikai Egyesült Államok vagy egyéb ország gazdasági, kereskedelmi vagy pénzügyi szankcióira és/vagy embargós rendelkezéseire is, amennyiben azok nem ellentétesek az Európai Unió vagy Magyarország jogszabályaival.

Visszavásárlási és díjmentesítési értékek

I. FOLYAMATOS DÍJAS ALAPBIZTOSÍTÁS*

A) Visszavásárlási összeg forintban, 100000 Ft biztosítási összegre

Eltelt évek***	Tartam**																		
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1	2042	1835	1663	1518	1394	1287	1193	1110	1037	972	913	856	804	758	715	677	641	609	578
2	7557	7649	8045	8489	7415	6493	5694	4998	4385	3844	3363	3156	2969	2800	2646	2505	2376	2257	2147
3	15747	14155	12830	11711	10754	9925	9202	8565	8000	7544	7361	6899	6483	6106	5763	5451	5164	4900	4657
4	24419	21950	19896	18161	16677	15392	14271	13283	12406	11657	11074	10381	9756	9190	8676	8205	7775	7378	7013
5	33267	29904	27106	24742	22720	20971	19443	18097	16903	15868	14987	14051	13205	12440	11743	11107	10524	9987	9493
6	42296	38019	34463	31458	28887	26663	24721	23009	21491	20168	19007	17819	16748	15777	14893	14087	13347	12667	12039
7	51508	46301	41969	38311	35180	32472	30106	28023	26174	24556	23119	21674	20371	19190	18116	17134	16234	15407	14644
8	64700	57069	49629	45303	41602	38400	35602	33138	30952	29035	27319	25612	24072	22677	21408	20248	19184	18206	17304
9	79199	68854	59775	52439	48155	44448	41211	38359	35829	33604	31608	29632	27851	26237	24768	23426	22196	21064	20020
10		81499	70794	62040	56452	50621	46934	43686	40808	38267	35985	33736	31707	29870	28198	26670	25270	23981	22792
11			82537	72406	65319	58539	52774	49123	45888	43024	40452	37923	35643	33578	31698	29981	28406	26958	25622
12				83394	74769	66969	60354	55888	51071	47878	45010	42197	39660	37361	35269	33359	31607	29995	28509
13					84664	75922	68398	63022	57584	52831	49662	46557	43758	41222	38914	36805	34872	33095	31454
14						85267	76917	70532	64437	59117	55391	51007	47939	45161	42632	40322	38204	36256	34459
15							85786	78426	71637	65719	61382	56566	52206	49180	46426	43910	41604	39482	37525
16								86584	79192	72643	67640	62379	57614	54171	50296	47571	45072	42774	40653
17									86984	79896	74170	68450	63268	59378	55166	51306	48611	46132	43845
18										87366	80977	74785	69173	64806	60246	56066	53038	49557	47100
19											87953	81389	75335	70459	65542	61031	57648	53894	50422
20												88158	81757	76340	71056	66207	62447	58411	54676
21													88342	82455	76793	71596	67436	63111	59107
22														88708	82759	77203	72619	67997	63717
23															88860	83033	78001	73075	68510
24																88997	83585	78346	73491
25																	89287	83816	78662
26																		89402	84027
27																			89508
28																			
29																			
30																			
31																			
32																			
33																			
34																			
35																			
36																			
37																			
38																			
39																			
40																			
41																			
42																			
43																			
44																			
45																			
46																			

* A visszavásárlási táblázat az automatikus díjmelés feltételezése mellett érvényes.

** A tartam alatt a díjfizetési tartam értendő.

*** Eltelt és díjjal fedezett biztosítási év.

A) Visszavásárlási összeg forintban, 100000 Ft biztosítási összegre

Eltelt évek***	Tartam**																		
	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
1	551	525	501	478	457	438	419	402	386	371	356	343	330	318	306	295	285	275	266
2	2045	1950	1862	1780	1703	1631	1563	1499	1439	1383	1329	1278	1230	1185	1142	1101	1062	1025	990
3	4432	4223	4029	3849	3680	3522	3375	3236	3105	2982	2866	2757	2653	2555	2462	2373	2290	2210	2134
4	6674	6361	6069	5798	5544	5307	5084	4875	4679	4494	4319	4154	3998	3850	3710	3577	3451	3330	3216
5	9035	8611	8216	7848	7505	7184	6883	6600	6334	6084	5847	5624	5413	5212	5023	4842	4671	4508	4353
6	11459	10921	10420	9954	9518	9111	8729	8371	8033	7716	7416	7133	6865	6611	6370	6142	5924	5718	5521
7	13938	13283	12674	12107	11577	11082	10617	10181	9771	9384	9020	8675	8349	8041	7748	7470	7206	6955	6715
8	16470	15696	14976	14306	13680	13094	12545	12030	11545	11088	10658	10250	9865	9501	9155	8826	8514	8218	7935
9	19055	18159	17327	16551	15827	15149	14514	13917	13356	12828	12330	11859	11413	10991	10591	10211	9850	9507	9180
10	21693	20673	19725	18842	18017	17246	16522	15843	15205	14603	14036	13499	12992	12512	12056	11624	11213	10822	10450
11	24385	23239	22173	21180	20253	19385	18572	17809	17091	16414	15776	15174	14604	14064	13552	13065	12604	12164	11746
12	27133	25857	24671	23566	22534	21568	20664	19814	19015	18262	17552	16882	16247	15647	15077	14536	14022	13533	13068
13	29936	28528	27219	26000	24861	23796	22797	21860	20978	20148	19364	18624	17924	17262	16633	16036	15469	14930	14416
14	32797	31254	29820	28483	27236	26068	24974	23947	22981	22071	21213	20402	19635	18909	18220	17567	16945	16355	15792
15	35715	34035	32473	31017	29658	28387	27195	26076	25024	24033	23098	22215	21380	20589	19839	19128	18451	17808	17195
16	38691	36872	35180	33603	32130	30752	29461	28249	27109	26035	25022	24065	23160	22303	21491	20720	19987	19290	18627
17	41728	39766	37941	36240	34652	33165	31772	30465	29235	28077	26984	25952	24976	24052	23176	22344	21554	20802	20086
18	44827	42718	40757	38930	37224	35628	34131	32726	31404	30160	28986	27877	26828	25835	24894	24000	23152	22344	21575
19	47988	45730	43631	41675	39848	38139	36537	35032	33617	32285	31028	29841	28718	27655	26647	25690	24781	23917	23094
20	51969	48803	46562	44475	42525	40701	38991	37385	35875	34452	33111	31843	30645	29510	28435	27414	26444	25521	24643
21	56109	52715	49553	47331	45256	43314	41494	39785	38178	36664	35235	33887	32611	31403	30258	29172	28139	27157	26223
22	60411	56783	53402	50949	48041	45980	44048	42233	40527	38919	37403	35971	34617	33334	32118	30965	29869	28826	27834
23	64879	61011	57403	54708	51606	48699	46652	44731	42923	41220	39614	38097	36662	35304	34016	32794	31633	30528	29477
24	69517	65401	61562	58609	55308	52214	49970	47278	45367	43567	41870	40266	38749	37313	35951	34659	33432	32265	31153
25	74326	69957	65881	62657	59151	55864	53413	50553	47860	45961	44170	42478	40878	39362	37926	36562	35267	34035	32863
26	79311	74683	70363	66854	63138	59653	56982	53950	51095	49025	46517	44735	43049	41453	39939	38503	37139	35842	34607
27	84476	79581	75011	71203	67272	63583	60683	57473	54451	52201	49545	47036	45263	43585	41994	40483	39048	37684	36385
28	89742	84656	79830	75707	71555	67659	64516	61125	57931	55491	52684	50032	48109	45760	44089	42503	40996	39563	38199
29		89833	84823	80370	75992	71882	68486	64909	61537	58899	55937	53137	51056	48576	46226	44563	42982	41480	40049
30			89916	85195	80586	76256	72595	68827	65274	62427	59306	56355	54108	51494	49015	47219	45009	43435	41937
31				90110	85339	80785	76846	72882	69144	66079	62794	59687	57266	54514	51905	49968	47641	45429	43862
32					90182	85472	81242	77078	73149	69856	66404	63137	60534	57641	54896	52813	50365	48038	46352
33						90249	85786	81417	77294	73762	70138	66707	63914	60876	57992	55755	53184	50739	48927
34							90413	85903	81580	77799	73999	70401	67409	64221	61196	58798	56100	53534	51591
35								90472	86012	81971	77990	74220	71021	67680	64509	61943	59115	56425	54344
36									90526	86280	82115	78169	74753	71256	67935	65194	62232	59414	57190
37										90666	86377	82250	78608	74950	71477	68552	65453	62504	60131
38											90714	86466	82589	78767	75136	72021	68781	65698	63168
39												90759	86699	82709	78917	75603	72219	68997	66305
40														90880	86779	82821	79301	75769	72406
41															90920	86854	83118	79435	75926
42																90958	87057	83219	79561
43																	91063	87124	83313
44																		91097	87187
45																			91129
46																			91221

* A visszavásárlási táblázat az automatikus díjmelés feltételezése mellett érvényes.

** A tartam alatt a díjfizetési tartam értendő.

*** Eltelt és díjjal fedezett biztosítási év.

A biztosítás első évében, illetve egy teljes évi biztosítási díj befizetése előtt a visszavásárlási összeg az addig befizetett biztosítási díjak 20%-a.

A nyereségszámla visszavásárlási értéke: az aktuális érték 50%-a.

B) Díjmentesítés utáni biztosítás összeg* forintban, 100000 Ft kezdeti biztosítási összegre

Eltelt évek***	Tartam**																		
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1	4285	3308	2489	1872	1734	1612	1503	1407	1320	1242	1171	1098	1032	971	915	864	817	773	732
2	15733	13719	12024	10509	9269	8187	7235	6391	5638	4965	4359	4098	3860	3641	3440	3255	3082	2922	2773
3	27126	24109	21566	19327	17449	15805	14352	13060	11902	10860	9918	9330	8794	8303	7850	7431	7042	6681	6343
4	38412	34435	31077	28142	25648	23458	21519	19788	18234	16830	15557	14646	13813	13050	12346	11695	11091	10528	10002
5	49537	44649	40516	36916	33832	31119	28711	26557	24618	22862	21264	20034	18909	17875	16923	16041	15222	14458	13745
6	60441	54700	49838	45611	41969	38759	35903	33343	31033	28937	27025	25484	24071	22771	21572	20462	19429	18467	17566
7	71067	64534	58996	54186	50021	46343	43066	40121	37458	35036	32822	30981	29289	27728	26286	24949	23706	22547	21461
8	81359	74098	67939	62596	57949	53839	50168	46864	43869	41139	38638	36508	34547	32735	31056	29497	28046	26691	25423
9	91024	83341	76619	70793	65712	61208	57177	53541	50239	47222	44451	42048	39831	37778	35871	34096	32441	30894	29446
10		91994	84989	78732	73263	68409	64057	60121	56538	53258	50238	47580	45121	42840	40717	38735	36883	35148	33522
11			92801	86371	80561	75401	70768	66569	62737	59219	55974	53082	50400	47905	45578	43401	41361	39446	37647
12				93478	87567	82145	77271	72849	68802	65077	61631	58529	55645	52954	50437	48078	45862	43776	41811
13					94063	88603	83530	78921	74697	70799	67183	63895	60832	57966	55277	52750	50370	48125	46004
14						94570	89509	84752	80387	76351	72596	69154	65935	62917	60077	57399	54869	52477	50212
15							95014	90307	85838	81698	77840	74274	70929	67782	64813	62004	59343	56818	54421
16								95405	91018	86809	82878	79224	75785	72537	69461	66544	63770	61130	58615
17									95753	91653	87683	83973	80472	77153	73998	70994	68130	65393	62778
18										96064	92225	88491	84958	81601	78396	75332	72398	69588	66890
19											96344	92751	89218	85850	82627	79531	76554	73689	70932
20												96600	93224	89876	86661	83564	80570	77677	74879
21													96831	93652	90474	87401	84421	81526	78712
22														97039	94042	91019	88078	85209	82406
23															97229	94397	91519	88700	85935
24																97402	94721	91978	89273
25																	97560	95020	92400
26																		97705	95295
27																			97839
28																			
29																			
30																			
31																			
32																			
33																			
34																			
35																			
36																			
37																			
38																			
39																			
40																			
41																			
42																			
43																			
44																			
45																			
46																			

* A díjmentesítési táblázat az automatikus díjemelés feltételezése mellett érvényes.

B) Díjmentesítés utáni biztosítás összeg* forintban, 100000 Ft kezdeti biztosítási összegre

Eltelt évek***	Tartam**																		
	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
1	693	658	625	593	564	537	511	487	465	443	423	405	387	370	354	339	325	312	299
2	2633	2502	2380	2265	2157	2055	1959	1869	1784	1704	1629	1558	1490	1427	1367	1311	1257	1206	1158
3	6028	5732	5455	5194	4948	4717	4499	4294	4101	3918	3746	3583	3430	3285	3148	3018	2895	2779	2668
4	9510	9049	8616	8208	7823	7461	7119	6796	6492	6204	5933	5676	5433	5204	4987	4782	4588	4404	4229
5	13077	12449	11860	11304	10780	10285	9817	9376	8958	8563	8190	7837	7503	7187	6888	6605	6337	6082	5841
6	16722	15930	15184	14480	13816	13188	12594	12032	11499	10996	10519	10067	9639	9234	8850	8487	8143	7817	7507
7	20443	19486	18584	17733	16929	16168	15447	14763	14115	13501	12919	12367	11844	11347	10877	10431	10008	9607	9227
8	24233	23112	22056	21058	20114	19220	18373	17568	16804	16079	15390	14736	14116	13527	12968	12437	11934	11456	11003
9	28085	26804	25595	24451	23369	22343	21369	20444	19564	18728	17932	17176	16457	15774	15124	14507	13921	13365	12836
10	31995	30555	29195	27909	26689	25532	24433	23388	22393	21446	20543	19683	18865	18087	17346	16641	15971	15334	14728
11	35954	34360	32852	31424	30070	28784	27560	26396	25287	24230	23221	22258	21341	20466	19633	18840	18084	17364	16680
12	39958	38211	36558	34993	33506	32093	30747	29465	28243	27076	25962	24898	23882	22911	21985	21102	20260	19457	18692
13	43999	42103	40308	38608	36992	35454	33989	32591	31257	29983	28765	27600	26485	25419	24400	23427	22498	21611	20765
14	48065	46028	44096	42263	40521	38862	37280	35770	34326	32945	31625	30360	29149	27989	26878	25815	24798	23826	22898
15	52143	49976	47915	45954	44089	42312	40616	38995	37445	35960	34538	33176	31869	30617	29415	28263	27159	26103	25092
16	56219	53933	51753	49673	47688	45796	43990	42262	40608	39023	37502	36043	34643	33299	32008	30769	29580	28439	27346
17	60278	57886	55598	53408	51314	49311	47397	45566	43811	42127	40511	38958	37466	36033	34655	33330	32056	30832	29657
18	64302	61819	59435	57148	54953	52849	50832	48899	47047	45269	43560	41917	40336	38814	37350	35942	34586	33280	32025
19	68275	65715	63251	60879	58595	56399	54287	52259	50312	48443	46645	44914	43246	41640	40092	38601	37165	35780	34447
20	72174	69558	67028	64585	62226	59949	57753	55638	53601	51643	49759	47944	46194	44506	42877	41306	39790	38328	36918
21	75979	73326	70750	68251	65830	63485	61217	59024	56907	54865	52898	51002	49172	47406	45699	44051	42459	40921	39436
22	79669	76998	74396	71860	69392	66993	64665	62407	60219	58102	56057	54082	52177	50335	48554	46832	45166	43555	41998
23	83219	80555	77945	75392	72896	70459	68084	65773	63526	61344	59229	57182	55203	53289	51438	49645	47908	46227	44599
24	86606	83973	81379	78826	76321	73864	71458	69107	66813	64579	62404	60293	58245	56263	54344	52484	50681	48932	47237
25	89803	87227	84673	82145	79649	77190	74770	72395	70068	67793	65571	63405	61299	59252	57268	55345	53478	51666	49907
26	92790	90293	87804	85324	82860	80417	78003	75621	73276	70973	68716	66508	64352	62250	60206	58222	56295	54423	52603
27	95548	93152	90748	88341	85931	83527	81136	78766	76420	74104	71825	69587	67393	65247	63152	61111	59127	57199	55322
28	97962	95783	93487	91172	88841	86498	84152	81811	79482	77172	74885	72630	70411	68231	66096	64008	61971	59988	58058
29		98076	96001	93799	91567	89309	87029	84738	82444	80157	77880	75622	73390	71190	69025	66900	64820	62788	60807
30			98182	96204	94089	91935	89746	87527	85289	83040	80792	78548	76318	74109	71928	69778	67664	65592	63566
31				98281	96392	94361	92280	90156	87994	85806	83601	81390	79179	76977	74790	72627	70492	68390	66327
32					98372	96569	94615	92603	90541	88434	86294	84131	81956	79776	77600	75436	73292	71171	69081
33						98458	96733	94852	92907	90903	88848	86753	84631	82491	80341	78191	76049	73923	71817
34							98538	96888	95076	93192	91244	89238	87187	85103	82997	80877	78752	76631	74523
35								98613	97032	95285	93460	91565	89606	87597	85550	83477	81385	79285	77185
36									98683	97168	95483	93713	91867	89954	87986	85974	83933	81868	79791
37										98749	97296	95668	93951	92154	90283	88353	86376	84365	82327
38											98811	97417	95844	94177	92425	90595	88702	86758	84776
39												98869	97530	96009	94390	92681	90891	89033	87121
40													98924	97638	96166	94592	92924	91171	89348
41														98976	97739	96314	94783	93155	91438
42															99025	97835	96454	94964	93374
43																99072	97926	96588	95136
44																	99116	98012	96714
45																		99157	98093
46																			99197

* A díjmentesítési táblázat az automatikus díjmelés feltételezése mellett érvényes.

II. RENDKÍVÜLI BEFIZETÉSEK

A rendkívüli befizetések aktuális értékét a visszavásárlás és díjmentesítés nem csökkenti.

III. ADÓJÓVÁÍRÁS

Az adójóváírás számla aktuális értékét a visszavásárlás és díjmentesítés nem csökkenti.

A (részleges) visszavásárlási szolgáltatás során a biztosító által alkalmazott elvonásokon túl az addig jóváírt adókedvezményen visszafizetési kötelezettség keletkezik oly módon, hogy azt a szerződőnek 20%-kal növelten kell visszafizetnie. A biztosító a kifizetésből – a hatályos jogszabályok alapján – közvetlenül az adóhatóság részére utalja a korábbi jóváírások 20%-kal növelt összegét. Amennyiben a kifizetés nem fedezi az adóhatóság részére utalandó összeget, a biztosító a szerződő által teljesítendő további kötelezettségről a szerződő részére igazolást ad. A szerződőnek éves adóbevallásakor kell szerepeltetnie a visszafizetési kötelezettséget, és a tartozást meg kell fizetnie.

A kiegészítő biztosításokra vonatkozó általános feltételek

1. A jelen (alap)biztosítás mellé – külön díj ellenében – kiegészítő biztosítások köthetők.

A kiegészítő biztosítások csak az alapbiztosításhoz kapcsolódóan, azzal egyidejűleg köthetők meg és tarthatók fent.

I. ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

2. A kiegészítő biztosítások **SZERZŐDŐJE** az alapbiztosítás szerződőjével azonos.

3. A biztosítás **BIZTOSÍTOTTA** – az ajánlaton rögzített ellenkező megállapodás hiányában – az alapbiztosítás biztosítottjával azonos. Amennyiben a kiegészítő biztosításra – kiegészítő ajánlaton – az alapbiztosítástól eltérő biztosítottat jelöltek meg, ahhoz az alapbiztosítás biztosítottjának hozzájárulása is szükséges.

A kiegészítő biztosításnak nem lehet biztosítottja az a személy, akinek részére rokkantsági vagy baleseti rokkantsági ellátást állapítottak meg, akinek baleseti járadékot vagy rehabilitációs ellátást folyósítanak, illetve munkaképesség csökkenés vagy össz-szervezeti egészségkárosodás megállapítására irányuló kérelmet nyújtott be a mindenkor illetékes hatóságokhoz.

4. A biztosítási szolgáltatás **KEDVEZMÉNYEZETTJE** a biztosított.

5. A kiegészítő biztosítás **LÉTREJÖTTÉRE, KOCKÁZATVISELÉSÉNEK KEZDETÉRE** az alapbiztosítás feltételei vonatkoznak, de a biztosítónak jogában áll a jelen kiegészítő biztosításra tett ajánlatot – az alapbiztosítás létrejötte esetén is – indoklás nélkül elutasítani.

6. A kiegészítő biztosítás az alapbiztosítás tartamával **meg-egyező TARTAMRA** jön létre.

7. A **BIZTOSÍTÁSI ÉVFORDULÓ** és **BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK** azonos az alapbiztosítás biztosítási évfordulójával, illetve biztosítási időszakával.

8. A kiegészítő biztosítás (és a biztosító kockázatviselése) **megszűnik**

- az alapbiztosítás lejáratakor;
- az alapbiztosítás megszűnésével;
- az alapbiztosítás díjmentesítése esetén, illetve az alapbiztosítás feltételeiben szereplő egyéb esetekben;
- a kiegészítő biztosítás díjnemfizetése esetén;
- a kiegészítő biztosítás felmondása esetén.

A kiegészítő biztosítást a szerződő a biztosítási évfordulóval felmondhatja. A felmondást legalább 30 nappal az évforduló előtt, írásban kell megtenni.

II. A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK DÍJA

9. A biztosítás díját a választott biztosítási szolgáltatás határozza meg. A díjat befolyásolhatja egyebek mellett a biztosított életkora, foglalkozása, munkahelyi és szabadidős tevékenysége, egészségi állapota is. Az életkor a biztosítás technikai kezdetének naptári éve és a születés éve közötti különbségként kerül meghatározásra.

10. A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással egyidejűleg, azzal azonos módon és gyakorisággal kell megfizetni.

11. Az alapbiztosítás díjfizetési tartamának lejáratát követően a kiegészítő biztosításra is megszűnik a díjfizetési kötelezettség.

12. A díjfizetés elmulasztásának következményeire az alapbiztosítás feltételei vonatkoznak.

Amennyiben az alapbiztosítás a folytatólagos díj nemfizetése miatt megszűnik, illetve díjmentesítésre kerül, a kiegészítő biztosítás is megszüntetésre kerül. **A kiegészítő biztosítás az alapbiztosítás reaktiválása esetén sem reaktiválható.**

13. A kiegészítő biztosításra nem vonatkozik az alapbiztosítás automatikus díjemelése. Az értékkövetésre, azaz a szolgáltatási összegek évenkénti emelésére díjemelése vállalása mellett sincs mód.

III. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

14. **A kiegészítő biztosítás maradékjogokkal, azaz visszavásárlási és díjmentesítési lehetőséggel nem rendelkezik.**

15. **A kiegészítő biztosítás a befektetési hozamból való részesedésre nem jogosít.**

16. A kiegészítő biztosításra kötvénykölcsön nem igényelhető.

A járadékszolgáltatás feltételei

Jelen feltételek az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) – továbbiakban **biztosító** – klasszikus nyugdíjbiztosítási feltételeihez kapcsolódnak, és a szolgáltatások járadék formájában történő kifizetésének szabályait tartalmazzák. Az itt nem szabályozott kérdésekre a nyugdíjbiztosítás feltételeiben foglaltak vonatkoznak.

I. ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

1. A nyugdíjbiztosítási szerződés megszűnését követően a járadékszolgáltatást a biztosító technikailag önálló járadékszolgáltatási szerződés formájában kezeli.
2. **A járadékszolgáltatás tartama alatt a szerződői jogokkal is a nyugdíjbiztosítási szerződés biztosítottja rendelkezik.**
3. A biztosító a járadékfolyósítás kezdeti időpontjától a járadéktőke terhére **havi járadékot** fizet a **biztosított részére** a járadékszolgáltatási tartam lejáratáig, feltéve, hogy a biztosított életben van.
4. **Amennyiben a biztosított a járadékszolgáltatás tartamán belül elhalálozik**, a járadéktőke aktuális értéke kerül kifizetésre a megjelölt kedvezményezett, illetve ennek hiányában a biztosított örököse részére.
5. A járadékszolgáltatás **tartamát** a biztosított határozza meg. A folyósítás legfeljebb 25 éves határozott tartamra igényelhető. Amennyiben a nyugdíjbiztosítási szerződés kezdetétől még nem telt el 10 év, a járadékszolgáltatás választása kötelező, és **minimális tartama** úgy kerül megállapításra, hogy a nyugdíjbiztosítás kezdetétől az utolsó járadék-kifizetésig 10 év elteljen.
6. Az **első járadék-kifizetés** a járadéktőke megállapítását (7. pont) követő hónapban esedékes.

II. A JÁRADÉK ÖSSZEGÉNEK MEGÁLLAPÍTÁSA

7. A **JÁRADÉKTŐKE** kezdeti összege a nyugdíjbiztosítás szolgáltatási összegével **azonos**.
8. Az egyes járadékfolyósításokkor havonta kifizetésre kerülő összeg úgy kerül megállapításra, hogy a járadéktőke kezdeti összege elosztásra kerül a – járadékszolgáltatás tartamától (5. pont) és az első járadék-kifizetés időpontjától (6. pont) függő – járadék-kifizetések számával.
A fentiek szerint havonta felhasználandó összeg alkotja a kezdeti **BRUTTÓ HAVI JÁRADÉKOT**, mely a járadékfolyósítások során a járadéktőkét csökkenti.
9. A biztosító költségeinek és megtérülésének fedezetére a járadékszolgáltatás tartama alatt havi **kezelési díjat** számít fel, így a bruttó járadék kezelési díjjal csökkentett része (a kezdeti **NETTÓ HAVI JÁRADÉK**) kerül kifizetésre.
10. A kezelési díj mértékét a kezdeti **bruttó havi járadék** forintösszege határozza meg, mértékét a *Függelék I. pontja* tartalmazza.

III. A JÁRADÉKTŐKE BEFEKTETÉSI HOZAMÁNAK VISSZAJUTTATÁSA

11. A biztosító a járadéktőkét befekteti, és a járadéktőke egyes naptári években elért hozama 0,3% feletti részének 90%-át a rákövetkező év január 1-jei hatállyal, legkésőbb január 31-ig a járadéktőkén jóváírja.
A hozam a járadéktőke felhasználásának figyelembe vételével, biztosításmatematikai módszerrel kerül meghatározásra. Az **aktuális járadéktőke** a jóváírt hozammal növelt, és a felhasznált bruttó járadékokkal csökkentett összeggel egyezik meg.
12. A biztosító a járadéktőke hozamának jóváírásával egyidejűleg újraszámítja a folyósítható havi járadék összegét. Az **aktuális bruttó járadék** megállapítása úgy történik, hogy az aktuális járadéktőke összege elosztásra kerül a hátralevő járadék-kifizetések számával. Az emelt járadék február hónaptól kerül kifizetésre.
Amennyiben az utolsó járadékot is beszámítva a járadéktőke nem kerülne felhasználásra, a többletet a biztosító az utolsó járadékkal egyidejűleg kifizeti. Ugyancsak az utolsó járadékkal kerül kifizetésre az esetleg még be nem számított többlethozam. Amennyiben a hozam végleges megállapítására még nem került sor, annak összegét a biztosító becsléssel állapítja meg.
13. A bruttó járadék növelése **nem módosítja** a kezdeti járadék alapján megállapított **kezelési díj mértékét**.

IV. A KIFIZETÉSEK TELJESÍTÉSE

14. A biztosító a havi járadékot a **hónap első 5 munkanapján belül** folyósítja.
15. A biztosító a nettó járadék kifizetéséért Magyarországon belül külön utalási költséget nem számít fel.

V. VEGYES RENDELKEZÉSEK

16. A járadékfolyósítás csak olyan időtartamra kérhető, amely esetén a nettó havi járadék eléri a *Függelék II. pontjában* meghatározott forintösszeget.
Amennyiben a nyugdíjbiztosítási szerződés kezdetétől még nem telt el 10 év, és a nettó havi járadék a járadékszolgáltatás minimális tartama (5. pont) esetén sem éri el a *Függelék II. pontjában* szereplő összeget, a biztosító a nyugdíjbiztosítási szolgáltatást egy összegben teljesíti.
17. A biztosító – a biztosított költségére – jogosult évente egyszer meggyőződni a biztosított életben létéről.
18. A **járadékszolgáltatás megszüntetése** a folyósítás tartama alatt bármikor, de legkorábban a járadékszolgáltatás minimális tartamának (5. pont) letelte után kérhető. Ez esetben a biztosító az aktuális járadéktőkének a 99,5%-át fizeti ki egy összegben a biztosított részére, és a továbbiakra a járadékszolgáltatás megszűnik.
A kifizetés a nyugdíjbiztosítási feltételekben a kifizetések teljesítésére meghatározott eljárás szerint történik, figyelemmel a mindenkori adójogszabályokra is.
19. A járadékszolgáltatásra kötvénykölcsön nem igényelhető.

I. A kezelési díj mértéke a kezdeti bruttó havi járadék függvényében (10. pont)

A bruttó havi járadék összege, Ft (8. pont)	Kezelési díj a bruttó havi járadék (9. pont) százalékában
-9 999	5,00%
10 000–19 999	3,00%
20 000–34 999	2,00%
35 000–49 999	1,50%
50 000–99 999	0,99%
100 000–	0,50%

A megállapított kezelési díj mértéke a járadékszolgáltatás tartama alatt nem módosítható.

II. A járadékszolgáltatás havi összegének minimuma:

- a biztosított által kért járadékszolgáltatás esetén: **10 000 Ft.**
- amennyiben a járadék megállapításakor hatályos törvény szerint az egyösszegű kifizetés az adójóváírás visszafizetését eredményezné, a törvény által előírt minimális tartamra a minimális járadék a törvény által meghatározott, alacsonyabb összegben is megállapításra kerülhet.

Bruttó éves díjak 100 000 Ft lejáratú biztosítási összegre

Díjfizetési tartam	Bruttó éves díj 100 000 Ft lejáratú biztosítási összegre
10	10 456
11	9 417
12	8 552
13	7 821
14	7 195
15	6 653
16	6 179
17	5 760
18	5 389
19	5 057
20	4 758
21	4 458
22	4 187
23	3 942
24	3 718
25	3 514
26	3 327
27	3 155
28	2 996
29	2 849
30	2 712
31	2 585
32	2 467
33	2 357
34	2 253
35	2 157
36	2 066
37	1 980
38	1 900
39	1 824
40	1 752
41	1 685
42	1 621
43	1 560
44	1 502
45	1 448
46	1 395
47	1 346

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás különös feltételei

Termékkód: 873

Jelen biztosítási feltételek az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) azon szerződéseire érvényesek, melyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek. Jelen biztosítás csak a biztosító által meghatározott biztosítási szerződéshez (alpbiztosításhoz) kapcsolódóan köthető meg és tartható fent. A jelen feltételekben nem szabályozott kérdéseket és fogalmakat az alpbiztosítás feltételei – különösen annak a kiegészítő biztosításokra vonatkozó általános feltételei – tartalmazzák. Amennyiben az alpbiztosítás feltételei és a jelen feltételek eltérnek egymástól, akkor a jelen feltételekben rögzítettek a mérvadók.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY ÉS SZOLGÁLTATÁS

I.1. Biztosítási események

1. **BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYNEK** minősül – a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartamán belül bekövetkezett, és bejelentett – baleset, ha az a biztosított baleset bekövetkeztétől számított 2 éven belül megállapított maradandó egészségkárosodását okozza.

2. Jelen feltételek szempontjából **BALESET** a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében a biztosított elhalálozik, testi sérülést vagy maradandó egészségkárosodást szenved.

BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS (ROKKANTSÁG) a biztosított közvetlenül baleseti eredetű anatómiai elváltozással járó funkciókárosodása, végleges egészségkárosodása, testi vagy szellemi teljesítőképességének végleges csökkenése.

3. **A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.**

I.2. Biztosítási szolgáltatások

4. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a kiegészítő biztosítás baleset időpontjában érvényes **biztosítási összegének a megállapított maradandó egészségkárosodás mértékével megegyező százalékát** téríti.

5. A bekövetkezett maradandó egészségkárosodás százalékos mértéke a felsorolt testrészek és érzékszervek elvesztése vagy funkcióképtelensége esetén, az összes körülményt figyelembe vevő orvosi vizsgálat során, az alábbi táblázat iránymutató mértékei alapján kerül megállapításra:

Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Ízlelőképesség teljes elvesztése	5%
Egyik kar vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működőképtelensége	70%
Egyik kar könyökízület fölöttig való teljes elvesztése vagy teljes működőképtelensége	65%
Egyik kar könyökízület alattig való teljes elvesztése vagy teljes működőképtelensége	60%

Egyik kéz teljes elvesztése	55%
Egyik hüvelykujj elvesztése	20%
Egyik mutatóujj elvesztése	10%
Többi ujj elvesztése, egyenként	5%
Egyik láb combközép fölöttig való teljes elvesztése vagy teljes működőképtelensége	70%
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése vagy teljes működőképtelensége	60%
Egyik láb térdig történő elvesztése	50%
Egyik lábszár térd alattig történő elvesztése	45%
Egyik lábfej elvesztése	40%
Egyik nagyujj elvesztése	5%
Többi lábujj elvesztése, egyenként	2%

6. Testrészek vagy érzékszervek részleges elvesztése vagy funkciócsökkenése esetén a biztosító a táblázat megfelelően csökkentett értékeit veszi figyelembe.

A táblázatban nem szereplő esetekben a biztosító orvos szakértője állapítja meg, hogy a biztosított normál testi vagy szellemi teljesítőképessége milyen mértékben károsodott. A biztosító orvos szakértőjének megállapítása független minden más orvosi és társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvos szakértők, intézmények megállapításától, és az igény elbírálásánál a biztosító a saját orvosszakértőjének véleményét veszi alapul.

7. Amennyiben a baleset során olyan funkciók, testrészek károsodnak, melyek működőképessége már a baleset előtt csökkent volt, akkor a szolgáltatás meghatározásánál **az előzetes rokkantság százalékos mértéke levonásra kerül.**

8. Ha a kiegészítő biztosítás tartamán belül több biztosítási esemény következett be, vagy ugyanazon balesetből eredően, több szervet, testrészt érintő többszörös károsodás vagy funkciócsökkenés következett be, a megállapított egészségkárosodások (rokkantságok) százalékos mértékei összeadódnak, de **a biztosító szolgáltatása** – a kiegészítő biztosítás teljes tartamán belül összességében – **nem haladhatja meg a 100%-os egészségkárosodási mértéknek megfelelő szolgáltatási összeget.**

II. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

9. A biztosítás **DÍJÁT** a választott biztosítási összeg határozza meg. A díjat befolyásolhatja egyebek mellett a biztosított foglalkozása, munkahelyi és szabadidős tevékenysége, egészségi állapota is.

III. A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

10. A szolgáltatás teljesítésének feltételeire vonatkozóan az alpbiztosítás feltételeiben foglaltak kibővülnek a következőkkel:

11. A szolgáltatás teljesítéséhez a baleset helyének, idejének, körülményeinek, következményeinek leírása és az azt dokumentáló iratok benyújtása minden esetben szükséges. A biztosító kérheti a biztosított személyes vizsgálatát is.

12. A biztosító a maradandó egészségkárosodás (rokkantság) mértékét legkorábban a balesetet követő 30 nap elteltével, legkésőbb, illetve véglegesen a balesetet követő két év elteltével állapítja meg.

Ha a baleset következtében a biztosított 30 napon belül meghal, a szolgáltatás nem igényelhető. Ha a biztosított 30 nap után, de még azelőtt meghal, hogy a biztosító a maradandó egészségkárosodás mértékét megállapította volna, a szolgáltatást a rendelkezésre álló orvosi dokumentumok alapján határozza meg, és a kifizetést a biztosított örökösének teljesíti.

IV. A KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG MEGSÉRTÉSE, MENTESÜLÉSEK, KIZÁRÁSOK

13. A biztosító mentesülésére vonatkozóan az alapbiztosítás feltételeiben foglaltak kiegészülnek a következőkkel:

A szolgáltatás teljesítése alól akkor is mentesül a biztosító, ha a biztosítási eseményt okozó balesetet a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.

Súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak minősül különösen az a baleset, amely a biztosított

– súlyosan ittas (2,5 ezrelékes véralkohol szintet elérő) állapotával, vagy

– bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával, vagy toxikus anyagok szedése miatti függőségével, vagy

– érvényes jogosítvány nélküli vagy 0,8 ezrelékes véralkohol szintet elérő ittasság melletti, és egyéb közlekedési szabályt is megsértő gépjárművezetésével közvetlen okozati összefüggésben következett be.

14. A biztosító kockázatviselésének a szűkítésére és a kizárásokra vonatkozó, az alapbiztosítás feltételeiben foglalt rendelkezések az alábbiakkal egészülnek ki.

A biztosító kockázatviselése köréből – az alapbiztosítás feltételeiben foglaltak mellett – az alábbi eseményeket is kizárja:

– foglalkozási ártalom és annak következményei;

– szilárd, légnemű, folyékony anyagok szándékos bevétele, belégzése miatti sérülés;

– gyógyszeres kezeléssel, drogfogyasztással, kábító hatású szerek fogyasztásával, 0,8 ezreléket meghaladó alkoholos befolyásoltsági állapottal okozati összefüggésbe hozható esemény;

– gyógykezelés-, gyógyászati beavatkozás következményei (kivéve, ha a beavatkozás biztosítási esemény hatálya alá tartozó baleseti esemény miatt vált szükségessé);

– napszúrás, hőguta, napsugár általi égés, továbbá fagyás következménye, ha a balesettel nincs okozati összefüggésben;

– hasi, altesti sérv, megemelés, porckorong sérülés, sérvvesedés, nem baleseti eredetű vérzés, agyvérzés következménye, ha a balesettel nincsenek okozati összefüggésben.

Jelen biztosítási feltételek az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) azon szerződéseire érvényesek, melyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek. Jelen kiegészítő biztosítás csak a biztosító által meghatározott biztosítási szerződéshez (alapbiztosításhoz) kapcsolódóan köthető meg és tartható fent. A jelen feltételekben nem szabályozott kérdéseket és fogalmakat az alapbiztosítás feltételei – különösen annak a kiegészítő biztosításokra vonatkozó általános feltételei – tartalmazzák. Amennyiben az alapbiztosítás feltételei és a jelen feltételek eltérnek egymástól, akkor a jelen feltételekben rögzítettek a mérvadók.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS SZOLGÁLTATÁSOK

1. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEKET és az ezekhez tartozó BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOKAT a választott **szolgáltatási csomag** határozza meg. A jelen kiegészítő biztosítás 2. sz. *melléklete* szerinti három (K1, K2, K3) szolgáltatási csomag közül az ajánlattételkor kell egyet választani.

I.1. Biztosítási események

2. Jelen feltételek értelmében **biztosítási esemény** – a szerződő által választott csomag tartalmától függően – a biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt és a biztosítás területi hatályán belül bekövetkező, a jelen kiegészítő biztosítás 1. számú *mellékletében* meghatározott kritikus betegségben történő megbetegedése vagy az 1. számú *mellékletében* meghatározott műtét biztosítotton történő elvégzése.

3. A **biztosítási események** bekövetkezésének – biztosítási eseményenként eltérő – **időpontját** ugyancsak az 1. számú *melléklet* tartalmazza.

4. A jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a **biztosító kockázatviselése az Európai Unió területén belül diagnosztizált betegségekre és az Európai Unió területén belül elvégzett műtétekre terjed ki (területi hatály).**

I.2. Biztosítási szolgáltatások

5. A biztosító a 2. pontban meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki a biztosított részére.

6. A **biztosító a szolgáltatásokat az alábbi korlátozások figyelembevételével teljesíti.**

7. **Az egyes biztosítási események bekövetkezésének időpontjai között legalább 12 hónapnak kell eltelnie.** A biztosító nem teljesít szolgáltatást arra a biztosítási eseményre, mely az itt jelzett köztes időtartamok alatt következett be.

8. **Amennyiben a jelen kiegészítő biztosítás 3. sz. melléklete szerinti 1. csoportba sorolt – szolgáltatásra jogosító – biztosítási esemény következik be, a biztosító kockázatviselése a biztosítási esemény időpontjától megszűnik, és a kiegészítő biztosítás törésre kerül.**

9. **Amennyiben a jelen kiegészítő biztosítás 3. számú melléklete szerinti 2. csoportba sorolt – szolgáltatásra jogosító – biztosítási esemény következik be, a biztosító kockázatviselése a biztosítási eseménnyel érintett kritikus betegség, továbbá annak esetleges szövődményei vonatkozásában megszűnik.**

A nem érintett kritikus betegségekre a biztosító kockázatviselése továbbra is fennáll.

10. A szolgáltatás kifizetésének feltétele, hogy a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésének bejelentésekor életben legyen.

II. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

11. A biztosítás díja a választott szolgáltatási csomag és – az ajánlaton meghatározott – biztosítási összeg mellett a biztosított életkorától függ.

12. Amennyiben a jelen kiegészítő biztosítás díjtételeit meghatározó kockázati viszonyok megváltoznak – így többek között a szolgáltatások igénybevételi gyakorisága vagy értéke –, akkor az egyes biztosítási időszakok kezdetével a biztosítónak jogában áll a biztosítási díjat megfelelően módosítani. A díj módosításáról a biztosító a biztosítási időszakot meg előző 45. napig értesítést küld a szerződőnek. Amennyiben a szerződő 30 napon belül írásban elutasítja a díjnak a kockázati viszonyok megváltozásából fakadó módosítását, illetve nem az ennek megfelelően emelt díjat fizeti meg, a biztosító jogosult a szolgáltatásokat megfelelően csökkenteni, illetve módosítani vagy a kiegészítő biztosítást felmondani.

A díj módosítása, továbbá a biztosítót megillető felmondási jog vonatkozásában nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás.

III. A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

13. A szolgáltatás teljesítésének feltételeire vonatkozó, az alapbiztosítás feltételeiben foglalt rendelkezések kibővülnek a következőkkel:

14. A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a szolgáltatásra jogosultnak az **alábbi iratokat** kell bemutatnia, illetve átadnia:

- az egészségügyi ellátás, a gyógyulási időszak orvosi dokumentációját, a kórházi zárójelentést;
- baleseti eredet esetén a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi és egyéb igazolásokat, jegyzőkönyveket.

15. A biztosítónak az igény elbírálásához jogában áll az egészségügyi ellátással, megbetegedéssel orvosilag kapcsolatba hozható esetleges kórelőzmények vizsgálata céljából további orvosi dokumentációkat is bekérnie.

16. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához saját orvosszakértőt vehet igénybe. A biztosító orvosszakértőjének **megállapításai függetlenek** minden más orvosi, vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvosszakértők megállapításaitól, és az igény elbírálásánál a biztosító a saját orvosszakértőjének véleményét veszi alapul.

17. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy hiányosan nyújtják be, a biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el, illetve a szolgáltatási igényt elutasíthatja.

IV. A KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG MEGSÉRTÉSE, MENTESÜLÉSEK, KIZÁRÁSOK

18. A biztosító mentesülésére vonatkozó, az alapbiztosítás feltételeiben foglalt rendelkezések kiegészülnek a következőkkel:

Mentesül a biztosító a szolgáltatás teljesítése alól, ha a kapcsolódó biztosítási eseményt előidéző betegséget, balesetet, illetve egészségkárosodást a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.

Súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak minősül különösen az az esemény, amely a biztosított

- szándékosan elkövetett bűncselekményével;
- súlyosan ittas (2,5 ezrelékes véralkohol szintet elérő) állapotával, vagy
- bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával, vagy toxikus anyagok szedése miatti függőségével, vagy
- érvényes jogosítvány nélküli vagy alkoholos állapotban történő gépjárművezetésével közvetlen okozati összefüggésben következett be.

19. A biztosító kockázatviselésének a szűkítésére és a kizárásokra vonatkozó, az alapbiztosítás feltételeiben foglalt rendelkezések kiegészülnek a következőkkel:

- A biztosító a biztosítási események köréből kizárja**
- az ajánlat aláírásakor már fennálló bármely betegséggel vagy állapottal összefüggésben bekövetkező egészségromlást;
 - a biztosított elme- vagy tudatzavarával, illetve öngyilkosságával vagy annak kísérletével okozati összefüggésben bekövetkező eseményeket,
 - a valamely balesettel összefüggésbe nem hozható – ember vagy állat terjesztette – bakteriális-, vagy vírusfertőzéseket,
 - a versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett eseményeket,
 - a biztosított fegyveres szolgálatának teljesítése közben, illetve a biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett eseményeket.

20. Ha a biztosított jelen kiegészítő biztosítás hatálya alá tartozó valamely kritikus betegségét közvetlenül vagy közvetve valamely kizárt kockázat okozta vagy a biztosító mentesülésének valamely feltétele fennáll, a szolgáltatás nem kerül kifizetésre.

21. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a biztosító kockázatviselésének kezdetétől számított 180 napon belül kizárólag az ez idő alatt bekövetkezett balesetek és a heveny fertőző betegségek következményeire terjed ki.

V. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

22. A jelen kiegészítő biztosítást a biztosító – a 12. pontban foglalt kivétellel – rendes felmondással nem szüntetheti meg.

A kritikus betegségekre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítás kizárólag a jelen Mellékletben meghatározott és a leírásoknak teljes mértékben megfelelő kritikus betegségek bekövetkezésére nyújt fedezetet.

1. **Rosszindulatú daganatos betegség:** a szövettani atípiá jeleit mutató sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió), és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szervinváziójának lehetősége (metasztázis). Jelen kiegészítő feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejt-rendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak.

Jelen kiegészítő feltételek szempontjából nem minősülnek biztosítási eseménynek:

- a) a rákelőző (precarcinóma) állapotok,
 - b) a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatok,
 - c) a bőrrákok, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum),
 - d) a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganat.
- A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

2. **Agyi érkatasztrófa:** az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfal-szakadás, teljes vagy részleges érelzáródás trombózis vagy embólia következtében), melynek folytán a központi idegrendszernek az ér által ellátott területei elhalása, infarktusa és maradandó szervi, idegrendszeri károsodása (úgynevezett góctünet) alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa fellépését követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók.

– Az érkatasztrófa tényét, a maradandó neurológiai deficit tényét és a kettő közötti okozati összefüggés tényét a biztosító orvosa vagy az általa kijelölt konziliárius állapítja meg.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

3. **Aorta műtét:** olyan mellkasi vagy hasi műtétet jelent, mely az aorta aneurysmája, szűkülete, elzáródása vagy disszekciója miatt történt. Az aorta a mellkasi és a hasi aortát jelenti, mely nem foglalja magába annak ágait.

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

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

4. **Cardiomyopathia:** a szívizomzat szerkezeti és funkcionális károsodása. A diagnózist kardiológus vagy belgyógyász szakorvos állítja fel tartós balkamra-károsodás esetén írásban, szakorvosi leletbe foglalva, melynél az ejekciós frakció (EF) 25%-nál kisebb és – megfelelően beállított, stabilizált kezelés mellett – legalább 6 hónapon keresztül olyan súlyos

fizikális aktivitási korlátot jelent, mely megfelel a IV. stádiumú New York Heart-beosztásnak.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló szívizomzat-károsodásra.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

5. **Elsődleges kisvérköri hipertónia:** Az elsődleges pulmonáris hypertónia diagnózisának legalább három, egyidejűleg fennálló tényen kell alapulnia az alábbi négy közül. A szakorvos által felállított diagnózist vizsgálati eredményekkel kell alátámasztani, beleértve a szívkatéteres vizsgálatot is.

– Az artéria pulmonális nyomása legalább 30 Hgmm vagy annál nagyobb;

– Az EKG jobb kamra hipertrófiát mutat (RV1 + SV5 > 1.05 mV);

– Nyugalmi állapotban csökkent a vér oxigén koncentrációja;

– Szívultrahang jobb kamra tágulatot mutat (d > 30 mm).

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

6. **Koszorúér áthidalási (by-pass) műtét:** nyitott mellkasban végzett olyan operáció, amely egy vagy több koszorúér szűkületének, illetve elzáródásának megszüntetésére irányul a korábban angina pectoris tüneteit mutató betegnél.

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

7. **Szívbillentyű műtét:** nyitott mellkasi szívűműtét, 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 szívbillentyűkárosodás miatt szükségessé váló műtétekre.

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

8. **A szívizomelhalás (szívinfarktus):** a szívizomzat bizonyos részének elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége.

– Jelen kiegészítő feltételek szempontjából csak azok a kóros állapotok tekinthetők szívizomelhalásnak, ahol a sérült terület kiterjedése olyan mértékű, amely a szokásos EKG regisztrációs technikákkal is észlelhető kóros Q-hullám kialakulását okozza.

– Jelen feltételek szempontjából nem minősül szívizomelhalásnak a korai beavatkozást követően vagy spontán Q-hullám nélkül gyógyuló betegség (non-Q infarktus).

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

9. **Alzheimer-kór:** a memória és az intellektuális funkciók állandó és folyamatos leépülése, melyet a standardizált kérdőívek, illetve agyi vizsgálatok igazolnak. Az Alzheimer-kór diagnózisát neurológus vagy pszichiáter szakorvos állítja fel,

- írásban, szakorvosi leletbe foglalva. Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában Alzheimer-kórnak minősül a Biztosított mentális, ideg- rendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, hogy legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen az alábbi öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére.
- A jelen kiegészítő feltételek szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:
- Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége fürdőkádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba vagy zuhanyzóba való ki- és bejutás képességét), vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
 - Öltözködés képessége: képesség arra, hogy valaki biztonságosan ruháit felvegye, illetve levegye, az esetlegesen meglévő protéziseit, illetve egyéb segédeszközöket felcsatolja, illetve levegye;
 - Közlekedés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerek székbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;
 - Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéne céljából;
 - Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.
- A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a nem szervi eredetű megbetegedésekre, neurózisokra, pszichiátriai betegségekre, agyi keringési zavarra és alkoholfogyasztással összefüggésben kialakult agyi károsodásokra.
- A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- 10. Creutzfeldt-Jakob kór:** olyan gyógyíthatatlan agyi fertőzőes megbetegedés, mely a mozgást, illetve a mentális tevékenységet gyorsan károsítja. Ideggyógyász szakorvos a kórismét objektív idegrendszeri tünetek, súlyos, romló demencia és EEG alapján állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.
- A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- 11. Kóma:** olyan eszméletvesztést jelent, amely az alábbi együttes feltételeknek megfelel:
- külső vagy belső ingerekre nem reagál és státusza a Glasgow Kóma Skála szerint nem haladja meg a 4-es értéket,
 - legalább 30 napon keresztül fennáll,
 - a légzést intubációval és mechanikus lélegeztetéssel lehet csak fenntartani.
- A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a gyógyszer által kiváltott kómára, illetve alkohol vagy drog használatával kapcsolatban kialakult kómára, illetve tudatzavarra (túladozás, megvonás).
- A biztosítási esemény időpontja a kóma első megállapításától számított 30. nap.
- 12. Krónikus veseelégtelenség:** mindkét vese működésének visszafordíthatatlan csökkenése, amennyiben ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művese-kezelés vagy veseátültetés nélkül az élettel nem összeegyeztethető, és a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialízis-kezelésre szorul.
- A biztosítási esemény időpontja az első dialízistől számított 60. nap.
- 13. Motoneuron (mozgató idegsejt) károsodás:** A diagnózist ideggyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amennyiben a jelen pont második bekezdésében meghatározott feltétel fennáll, a következő betegségek megállapítása esetén: spinális muszkuláris atrófia, progresszív bulbáris bénulás, amiotrófiás laterálszklerózis vagy primer laterálszklerózis. A kortikospinális pályák, vagy az elülső szarv sejtek, vagy a bulbáris efferens neuronok progresszív károsodásának fennállása szükséges.
- Az idegrendszeri mozgató funkció tartós, folyamatos, legalább 3 hónapja fennálló objektíven (EMG-, ENG-vizsgálat által) bizonyított idegrendszeri eredetű károsodásának fennállása szükséges a diagnózis felállításához.
- A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- 14. Paralízis:** Két vagy több végtag működképességének teljes (100%-os) és végleges elvesztése baleset vagy betegség következtében, amennyiben sem akaratlagos, sem akaratától független mozgás nem észlelhető. A bénulásnak egyértelmű idegrendszeri okának kell lennie. Az ideggyógyász szakorvosnak írásban, szakorvosi leletbe foglalva nyilatkoznia kell arról, hogy a bénulás legalább 3 hónapja tart, végleges, javulásra nincs esély.
- A jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában végtagnak minősül:
- a teljes alsó végtag, mely magába foglalja a csípő-, térd-, boka- és lábízületeket.
 - A teljes felső végtag, mely magába foglalja a váll-, könyök-, csukló- és kézízületeket.
- A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a szándékos önkárosításra, részleges bénulásra, vírusfertőzés utáni vagy oltási szövődeményként jelentkező átmeneti bénulásra, vagy pszichés okok miatti bénulásra.
- A biztosítási esemény időpontja a bénulás első diagnosztizálásától számított harmadik hónap utolsó napja.
- 15. Parkinson kór:** egy progresszív neurológiai betegség, mely a motoros és nem motoros funkciók károsodását jelenti. Diagnózisát neurológus szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva. Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában Parkinson-kórnak minősül a Biztosított mentális, idegrendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, hogy legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen az alábbi öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére.
- A jelen kiegészítő feltételek szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:
- Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége fürdőkádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba vagy zuhanyzóba való ki- és bejutás képességét), vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
 - Öltözködés képessége: képesség arra, hogy valaki biztonságosan ruháit felvegye, illetve levegye, az esetlegesen meglévő protéziseit, illetve egyéb segédeszközöket felcsatolja, illetve levegye;
 - Közlekedés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerek székbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;
 - Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéne céljából;

- e) Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.
A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a Parkinson-szindrómára, drog vagy toxikus anyag okozta parkinsonizmusra. A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
16. **Sclerosis multiplex:** a központi idegrendszer fehérállományának göcos pusztulásával járó, szakaszosan lezajló betegség, amelynek eredményeképpen a biztosítottnál járás- vagy egyéb idegrendszeri zavarok (például látóideg-gyulladás, érzékszavarok, pszichés zavarok) alakulnak ki.
A Biztosító csak abban az esetben teljesít szolgáltatást, amennyiben az ideggyógyász szakorvos sclerosis multiplex fennállását a hosszmetzeti kép alapján írásban, szakorvosi leletbe foglalva diagnosztizálja, és az alábbi két kritérium együttes meglétét igazolja:
a) a mozgató és az érző idegek állandó funkcionális károsodását, mely folyamatosan legalább 6 hónapja tart, és
b) az alábbi vizsgálatok támasztják alá: lumbálpunkció, látás, illetve hallás – egyensúly kóros elváltozásai és az MRI által igazolt központi idegrendszeri károsodások.
A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
17. **Szervátültetés:** külső donortól származó vese, csontvelő, máj, szív, hasnyálmirigy és tüdő tényleges átültetése a biztosított testébe.
A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.
18. **Szisztémás szklerózis (Scleroderma, PSS):** olyan, egész szervezetet érintő kötőszöveti betegség, mely progresszív, átható (diffúz) kötőszöveti átépüléssel jár a bőrben, az érfalakban, és a zsigeri szervekben. A diagnózist reumatológus vagy immunológus szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva. A diagnózist felállításának feltétele a betegséget igazoló biopszia (szövettan), vérlet (szerológia), illetve hogy a betegség több szervre ráterjedjen, magában foglalva a szívet, tüdőt, veséket.
A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:
a) Lokális scleroderma (morphea)
b) Eosinophil fasciitis
c) CREST-szindróma
A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
19. **Végállapotú májelégtelenség:** a májműködés állandó és végleges károsodása, mely az alábbi három tünet együttes fennállását okozza:
a) tartós sárgaság (össz-szérum bilirubinérték > 200 $\mu\text{mol/l}$ legalább 3 hónapon keresztül, 3 ismételt alkalommal meghatározva 1 hónapos időközönként),
b) ascites (hasvízkór) 1000 ml felett,
c) máj eredetű encephalopathia (agyi funkciók károsodása, melyet neurológus szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva igazol).
A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló májelégtelenségre.
A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
20. **Végső stádiumú tüdőbetegség:** Végső stádiumú, idült légzési elégtelenséghez vezető tüdőbetegség megállapításának feltételei a következők:
a) FEV1 < 60% ismételten: legalább 3 alkalommal, 3 hónapos időközönként 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 végleges diagnózist tüdőgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.
A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
21. **A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermekbénulás):** a Poliomyelitis diagnózist az alábbi két feltétel együttes jelenléte támasztja alá.
– Azonosított Poliovírus a megbetegedés okozója,
– A végtagok vagy a légzőszervek izmainak legalább három hónapja folyamatosan fennálló bénulása.
A biztosítási esemény időpontja a bénulás első diagnosztizálásától számított harmadik hónap utolsó napja.
22. **Agyvelőgyulladás:** az agy állományának (agyfélteke, agytörzs vagy kisagy) súlyos gyulladást okozó vírusfertőzés, amely tartós neurológiai károsodáshoz vezet. A tartós neurológiai károsodásnak minimum 6 hétig folyamatosan fenn kell állnia, és a diagnózist neurológus szakvéleményével kell alátámasztani.
A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált agyvelőgyulladásra.
A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
23. **Aplasztikus anaemia:** egy krónikus csontvelőbetegség, mely súlyos vércépzési zavart jelent. A diagnózist hematológus szakorvos írásban igazolja, szakorvosi leletbe foglalva. Aplasztikus anaemiának minősül a csontvelő legalább 3 hónapja fennálló és legalább 25%-át érintő károsodás, feltéve, hogy az alábbi három tényezőből legalább kettő fennáll:
a) Az abszolút fehérvérsejt szám kevesebb, mint 500/mm³
b) A vérlemezkék száma kevesebb, mint 20 000/mm³
c) A reticulocyták száma kevesebb, mint 20 000/mm³
A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az időszakos vagy reverzibilis aplasztikus anaemiára.
A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
24. **Bakteriális agyhártyagyulladás:** bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladással járó folyamatainak keretében súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább hat hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerincspinalis nyert gerincvelőfolyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvosi véleményével kell alátámasztani.
A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált bakteriális agyhártyagyulladásra.
A biztosítási esemény időpontja a betegség diagnosztizálásának időpontja.
25. **Harmadfokú égés:** A jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában harmadfokú égésnek minősül a teljes mélységű, azaz

a bőr minden rétegére kiterjedő, a testfelület legalább 20%-át érintő elváltozás.

A diagnózist intenzív terápiás vagy sebész szakorvosnak kell írásban igazolnia, szakorvosi leletbe foglalva, részletes és pontos testtérképpel dokumentálva.

A biztosítási esemény időpontja a harmadfokú égés bekövetkezésének időpontja.

26. Heveny, súlyos májgyulladás: A heveny májgyulladás a máj heveny megbetegedése, melyet elsősorban különböző vírusfertőzések, de más károsító hatások is okozhatnak. Jelen Különös Feltételek vonatkozásában heveny súlyos májgyulladásnak minősül a következő feltételek együttes, legalább 2 héten keresztül történő fennállása:

- Hirtelen, nagyfokú romlás a májfunkciós laborparaméterekben (GOT, GPT, GGT közül legalább 2 > 1000 U/l),
- Súlyos sárgaság (összbilirubin > 200 umol/l).

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló májkárosodásra.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

27. Jóindulatú agydaganat: az agyban található, életveszélyt jelentő daganat, mely állandó idegrendszeri tünetet okoz az érző és a motoros idegműködésben, és legalább 6 hónapon keresztül fennáll. A daganat jelenléte megfelelő vizsgálatokkal, azaz CT-, MRI-vizsgálatokkal igazolandó. Az idegrendszeri tünet meghatározás a következőket foglalja magában: agyideg bénulása, beszédképesség elvesztése, végtagi bénulás, érzéskiesés, járásképtelenség. A biztosítás nem terjed ki a hangulatváltozásra, koncentráció- és memóriazavarra, fejfájásra, aluszékonyságra, fáradékonyságra, szédülésre, továbbá olyan kórformákra, mint agyi ciszta, granuloma, az agy ereiben (artéria és véna) kialakult elváltozások, haematoma, tályog, a gerincvelő, illetve az agy-alapi mirigy daganata.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

28. Némaság: a beszéd teljes, állandó és visszafordíthatatlan elvesztése, melyet a gége, a hallóideg vagy az agyi hallásközpont balesete vagy visszafordíthatatlan betegsége okozott. A diagnózist neurológus vagy fül-orr-gégész szakorvosnak kell írásban megerősítenie szakorvosi leletbe foglalva, igazolni a gégeműködés képtelenségét, valamint azt, hogy a beszédképesség elvesztése több mint 6 hónapja tart. A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a pszichiátriai okból, autizmus, illetve értelmi fogyatékoság következtében kialakult némaságra.

A biztosítási esemény időpontja a némaság első diagnosztizálásának időpontja.

29. Siketség: mindkét oldali fül hallásának baleseti eredetű vagy betegségből kifolyólag bekövetkező teljes, állandó és visszafordíthatatlan, azaz semmilyen eszközzel vagy műtéttel nem korrigálható elvesztése. A diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell írásban, szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie, melyet az audiometria és a hallásküszöb-vizsgálat alátámaszt.

Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában süketnek minősül az, akinek hallásküszöb-értéke a beszédfrekvenciákon mindkét fülön 60 dB felett van.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az időskori hallásvesztésre.

A biztosítási esemény időpontja a siketség első diagnosztizálásának időpontja.

30. Súlyos fejsérülés: az olyan baleseti eredetű koponyasérülés, mely az agyi funkciók károsodásával jár. Ezt ideggyógyász szakorvos állapítja meg írásban, szakorvosi leletbe foglalva, melyet MRI- és/vagy CT-vizsgálatok eredményével támaszt alá.

Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában súlyos fejsérülésnek minősül a Biztosított mentális, idegrendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, hogy legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen az alábbi öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére.

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

- a) Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége fürdőkádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba vagy zuhanyzóba való ki- és bejutás képességét), vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- b) Öltözködés képessége: képesség arra, hogy valaki biztonságosan ruháit felvegye, illetve levegye, az esetlegesen meglévő protéziseit, illetve egyéb segédeszközöket felszatelje, illetve levegye;
- c) Közlekedés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerek székbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;
- d) Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiénié céljából;
- e) Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a gerincvelő-sérülésre, illetve olyan agyi funkciózavarra, melyet nem baleset okozott.

A biztosítási esemény időpontja a súlyos fejsérülés bekövetkezésének időpontja.

31. Súlyos, műtéti beavatkozást igénylő Crohn-betegség: a Crohn-betegség a gyulladós bélbetegségek egyik típusa, amely a bélrendszer nyálkahártyájának gyulladásával jár, ezáltal súlyos hasmenéshez és hasi fájdalomhoz vezet. Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában súlyos Crohn-betegségnek minősül az olyan, biopsziával (szövettannal) igazolt Crohn-betegség, amely legalább két műtéti beavatkozást tesz szükségessé (a végbélsipoly műtétjének kivételével). A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amelyhez csatolni kell a szövettani vizsgálat eredményét. A biztosítási esemény időpontja a második műtét végrehajtásának időpontja.

32. Súlyos, vastagbél-eltávolítással kezelt colitis ulcerosa: a colitis ulcerosa a gyulladós bélbetegségek egyik fajtája, ami az emésztőrendszer, általában a vastagbél és a végbél nyálkahártya felületes rétegeit, és jellegzetesen a bélszakasz összefüggő területeit érintő krónikus gyulladással jár, jellegzetesen hasi fájdalom és hasmenés kíséri. A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.

Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában súlyos colitis ulcerosának minősül az olyan, biopsziával (szövetannal) igazolt colitis ulcerosa, amely a vastagbél teljes vagy részleges műtéti eltávolításával jár (totalis vagy subtotalis colectomia).

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

33. Szisztémás lupus erythematosus (SLE): a test több szervét érintő autoimmun betegség, amelynek tünetei időnként felerősödnek, időnként lecsökkennek. Az SLE diagnózisát reumatológus, immunológus, belgyógyász-nefrológus vagy ideggyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amennyiben az alábbi feltételek együttesen teljesülnek:

- típusos bőrjelenségek (pillangószárny erythaema, discoid bőrkiütés),
- sokízületi gyulladás,
- serositis,
- SLE által kiváltott vérképzőszervi és immunológiai kóros elváltozások,
- pozitív antinukleáris antitest kimutatása vérvizsgálat során,
- központi idegrendszeri károsodás,
- vesekárosodás.

A vesekárosodás megállapításának jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában feltétele a tartós fehérjevizelés fennállása napi 0,5 gramm feletti vizeletfehérje-ürítés esetén.

A központi idegrendszer tartós károsodása megállapításának jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában feltétele az idegrendszeri fizikális vizsgálat alapján, ideggyógyász szakorvos által írásban, szakorvosi lelet formájában igazolt objektív mozgató vagy érző idegkárosodás, mely legalább 3 hónapja fennáll. Görcsrohamok, fejfájások, kognitív (tudati) és pszichiátriai eltérések nem tekintendők a központi idegrendszer tartós károsodásának.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a discoid lupusra. A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

34. Vakság: mindkét szem látásának baleseti eredetű vagy betegségből kifolyólag bekövetkező teljes, állandó és visszafordíthatatlan, azaz semmilyen eszközzel vagy műtéttel nem korrigálható elvesztése. A diagnózist szemész vagy neurológus szakorvosnak kell írásban, szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie.

Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában vaknak minősül az, akinek

- látóélessége megfelelő korrekcióval mindkét szemén legfeljebb 5/70, vagy az egyik szemén legfeljebb 5/50, a másik szemén három méterről olvas ujjakat, vagy az egyik szemén legfeljebb 5/40, a másik szemén fényérzékelés nincs, vagy a másik szeme hiányzik,
- akinek közeli látásélessége rövidlátás esetén Csapody V., vagy annál rosszabb, vagy
- akinek látótere mindkét oldalon körkörösén húsz foknál szűkebb.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a szürkehályog okozta látáskárosodásra.

A biztosítási esemény időpontja a vakság első diagnosztizálásának időpontja.

35. Végtagelvesztés: egy végtag végleges elvesztése, balesetből vagy betegségből kifolyólag, boka, illetve csukló feletti magasságban elszenvedve.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a szándékos önkárosításra.

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

K1	K2	K3
Roszzindulatú daganatos betegség	Roszzindulatú daganatos betegség	Roszzindulatú daganatos betegség
	Agyi érkatasztrófa	Agyi érkatasztrófa
	Aorta műtét	Aorta műtét
	Cardiomyopathia	Cardiomyopathia
	Elsődleges kisvérköri hipertónia	Elsődleges kisvérköri hipertónia
	Koszorúér áthidalási (by-pass) műtét	Koszorúér áthidalási (by-pass) műtét
	Szívbillentyű műtét	Szívbillentyű műtét
	Szívizomelhalás (szívinfarktus)	Szívizomelhalás (szívinfarktus)
		A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermeكبénelás)
		Agyvelőgyulladás
		Alzheimer-kór
		Aplasztikus anaemia
		Bakteriális agyhártyagyulladás
		Creutzfeldt-Jakob kór
		Harmadfokú égés
		Heveny, súlyos májgyulladás
		Jóindulatú agydaganat
		Kóma
		Krónikus veseelégtelenség
		Motoneuron (mozgató idegsejt) károsodás
		Némaság
		Paralízis
		Parkinson kór
		Sclerosis multiplex
		Siketség
		Súlyos fejsérülés
		Súlyos, műtéti beavatkozást igénylő Crohn-betegség
		Súlyos, vastagbél-eltávolítással kezelt colitis ulcerosa
		Szervátültetés
		Szisztémás lupus erythematosus (SLE)
		Szisztémás szklerózis (Scleroderma, PSS)
		Vakság
		Végállapotú májelégtelenség
		Végső stádiumú tüdőbetegség
		Végtag elvesztés

A kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás betegcsoportjai

3. számú melléklet

(Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás feltételei 8–9. pont)

Termékkódok: 891, 892, 893

1. csoport
Rosszindulatú daganatos betegség
Agyi érkatasztrófa
Aorta műtét
Cardiomyopathia
Elsődleges kisvérköri hipertónia
Koszorúér áthidalási (by-pass) műtét
Szívbillentyű műtét
Szívizomelhalás (szívinfarktus)
Alzheimer-kór
Creutzfeldt-Jakob kór
Kóma
Krónikus veseelégtelenség
Motoneuron (mozgató idegsejt) károsodás
Paralízis
Parkinson kór
Sclerosis multiplex
Szervátültetés
Szisztémás szklerózis (Scleroderma, PSS)
Végállapotú májelégtelenség
Végző stádiumú tüdőbetegség

2. csoport
A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermekbénulás)
Agyvelőgyulladás
Aplasztikus anaemia
Bakteriális agyhártyagyulladás
Harmadfokú égés
Heveny, súlyos májgyulladás
Jóindulatú agydaganat
Némaság
Siketség
Súlyos fejsérülés
Súlyos, műtéti beavatkozást igénylő Crohn-betegség
Súlyos, vastagbél-eltávolítással kezelt colitis ulcerosa
Szisztémás lupus erythematosus (SLE)
Vakság
Végtag elvesztés

Jelen biztosítási feltételek az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) azon szerződéseire érvényesek, amelyek ezen feltételekre hivatkozással kötöttek. Jelen kiegészítő biztosítás csak a biztosító által meghatározott biztosítási szerződéshez (alapbiztosításhoz) kapcsolódóan köthető meg és tartható fent. A jelen feltételekben nem szabályozott kérdéseket és fogalmakat az alapbiztosítás feltételei – különösen annak a kiegészítő biztosításokra vonatkozó általános feltételei – tartalmazzák. Amennyiben az alapbiztosítás feltételei és a jelen feltételek eltérnek egymástól, akkor a jelen feltételekben rögzítettek a mérvadók.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEKHEZ KAPCSOLÓDÓ FOGALMAK

- 1. Alapbiztosítás:** az olyan, önállóan is megköthető biztosítási szerződés, melyhez jelen *kiegészítő biztosítás* kapcsolódik, és amelynek megkötése, hatályban tartása, valamint az alapbiztosítás vonatkozásában felmerülő díjfizetési kötelezettség feltételszerű teljesítése jelen *kiegészítő biztosítás* megkötésének és hatályban tartásának elengedhetetlen feltétele.
- 2. Alternatív gyógyászat:** olyan gyógyászati és egészségügyi rendszerek, gyakorlatok és termékek, amelyeket az orvosi szakma nem tekint a hagyományos gyógyászat vagy a szokásos orvosi kezelések részének, ideértve, de nem kizárólagosan a következőket: akupunktúra, aromaterápia, kiropaktika, homeopátiás gyógyászat, természetgyógyászat, ájurvéda, hagyományos kínai orvoslás és oszteopátia (csontkovácsolás).
- 3. Betegség:** a testnek, valamely szervrendszernek vagy valamely szerv szerkezetének vagy funkciójának olyan elváltozása vagy zavara, amely azonosítható, jellemző jelekkel és tünetekkel jár, vagy állandó anatómiai elváltozást eredményez. A diagnózist egy szakterületén tevékenységi engedéllyel rendelkező orvos kell, hogy megállapítsa.
 - 3.1.** Jelen *kiegészítő biztosítás* vonatkozásában egy *betegségnek* kell tekinteni az egy diagnózisból következő, valamint az egy okból vagy egymással összefüggő okokból kialakult összes *sérülést* és egészségromlást. Ha valamely egészségromlás oka megegyezik egy korábbi *betegség* okával, vagy azzal összefügg, akkor az új *betegség* a korábbi *betegség* folytatásának tekintendő, nem pedig önálló *betegségnek*.
- 4. Biztosítási összeg:** a jelen különös feltételek III. fejezetében definiált, a *kiegészítő biztosítás* által *fedezett betegségek* és *fedezett orvosi beavatkozások* vonatkozásában az 1. számú Függelékben megjelölt maximálisan fizethető összeg.
- 5. Biztosítási szolgáltatás:** a *biztosítottat* a *kiegészítő biztosítás* alapján megillető szolgáltatás.
- 6. Biztosított:** az ajánlatban biztosítottként megnevezett és a biztosítási kötvényben ekként felsorolt, az *alapbiztosítás* biztosítottjával azonos természetes személy, akinek jelen feltételek szerint definiált *belépési életkora* legalább 19, legfeljebb 64 év lehet.

- 7. Biztosított belépési életkora:** adott *biztosítotttra* vonatkozóan a *biztosítás* kezdetének éve és a *biztosított* születési évének különbsége.
- 8. Egészségi nyilatkozat:** a *kiegészítő biztosítás* megkötése előtt, az ajánlat megkötésekor a *biztosított* által kitöltött és aláírt azon nyomtatvány, amely a biztosító által végzett kockázatelbírálás alapját képezi. Kiskorúak esetén a nyomtatványt a szerződő vagy a *biztosított* törvényes képviselője tölti ki és írja alá.
- 9. Előzetes fedezetigazolás:** a *FURTHER* és/vagy a biztosító által kiadott írásbeli jóváhagyás, amely a megjelölt *kórházban* végzett *külföldi gyógykezelés* megkezdése előtt igazolja, hogy a *kiegészítő biztosítás* fedezetet nyújt a *káreseményekkel* kapcsolatos kezelésekre, szolgáltatásokra, ellátásokra vagy receptekre.
- 10. FURTHER:** az a vállalkozás (*FURTHER Underwriting International S.L.U.*, cím: Calle de Hortaleza, 104. Madrid 28004, Spanyolország), amely jelen *kiegészítő biztosítás* vonatkozásában a *második orvosi vélemény* és a *külföldi gyógykezelés megszervezése* elnevezésű egészségügyi szolgáltatásokat nyújtja.
- 11. Gyógyszer:** bármilyen készítmény vagy készítmény-kombináció, amelyet a *biztosítottnak* adnak, vagy amellyel a *biztosítottat* kezelik akár a *biztosított* fiziológiai funkcióinak helyreállítása, kijavítása vagy javítása érdekében, illetve amelynek segítségével felállítható az orvosi diagnózis. A *gyógyszert* kizárólag orvos írhatja fel és csak szakképzett gyógyszerész adhatja ki.
 - 11.1.** Amennyiben az orvosi rendelvényen a *gyógyszer* márkáját is feltüntették, úgy a recept ezzel azonos aktív hatóanyagú, erősségű és dóziszú generikus *gyógyszerre* is érvényes.
- 12. Helyreállító műtét:** olyan eljárás, amelyek célja valamely struktúra rekonstrukciója az elvesztett funkció helyreállítása érdekében.
- 13. Káresemény:** a *biztosítottnak* a *FURTHER*-hez eljuttatott, jelen különös biztosítási feltételek VI. fejezetében ismertetett *kárrendezési folyamat* során *fedezett betegségként* meghatározott vagy *fedezett orvosi beavatkozást* igénylő *betegségről* szóló értesítése, amely alapján a *biztosított* hozzájuthat a *kiegészítő biztosítás* szerinti *biztosítási szolgáltatásokhoz*.
- 14. Kiegészítő biztosítás:** jelen Különös Biztosítási Feltételek, az *alapbiztosítás* feltételei, valamint ezek mellékletei, záradékai alapján létrejött biztosítási szerződés.
- 15. Kizárás:** olyan meghatározott helyzet vagy körülmény, amelyre a *kiegészítő biztosítás* fedezete nem terjed ki, és amely vonatkozásában *káresemény* bekövetkeztekor a biztosító nem köteles szolgáltatást teljesíteni. A *kizárások* felsorolását a jelen feltételek V. fejezete tartalmazza.

16. **Kísérleti kezelés:** orvosi és műtéti felhasználásra, használatra szánt kezelések, eljárások, folyamatok, sorozatos kezelések, eszközök, gyógyszerek és gyógyszerészeti termékek, melyeket a nemzetközi orvosszakma által elismert különböző tudományos szervezetek még nem fogadtak el általánosan biztonságos, hatékony és megfelelő kezelésnek a *betegségek és sérülések* gyógyítására. Azok a módszerek is ide tartoznak, melyek vizsgálati, kutatási, tesztelési szakaszban, vagy a klinikai kipróbálás bármelyik stádiumában vannak.
17. **Kognitív zavarok:** a mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyvében (DSM-V) meghatározott zavarok, amelyek olyan jelentős mértékben korlátozzák egy adott személy kognitív funkcióit, hogy az kezelés nélkül képtelen a társadalomban megfelelő módon funkcionálni.
18. **Konzultáns kardiológus:** szív- és érrendszeri betegségek és megbetegedések diagnosztizálása és kezelésére szakosodott orvos, aki a magyar orvosok hivatalos nyilvántartásában kardiológus szakorvosként szerepel.
19. **Külföldi gyógykezelés:** olyan *orvosilag indokolt egészségügyi ellátás*, amelyet a *FURTHER* szervez meg Magyarországtól eltérő országban, és amelyre a jelen *kiegészítő biztosítás* fedezetet biztosít.
20. **Külföldi gyógykezelés megszervezése szolgáltatás:** olyan szolgáltatás, amelynek keretében a *FURTHER* egy jóváhagyott *káresemény* vonatkozásában mindent megszervez az adott személy orvosi kezelésével kapcsolatosan. Ez magában foglalja az eset felügyeletét, valamint az adott személy és jogosult kísérője utazásának és szállásának a megszervezésében nyújtott segítséget.
21. **Második orvosi vélemény szolgáltatás:** a fedezett megbetegedéssel kapcsolatos második orvosi szakvélemény. Egy jelentést takar, amelyet orvosszakértő állít ki a beteg orvosi papírjainak összegyűjtését és részletes felülvizsgálatát követően, második orvosi szakvéleményként.
22. **Meglévő betegség:** a *biztosított* olyan *betegsége* vagy orvosi kórállapota, amelyet a *kiegészítő biztosítás* kockázatviselésének kezdete előtti 10 évben feljegyeztek, diagnosztizáltak, kezeltek, vagy amelynek orvosilag feljegyzett tünetei vagy eredményei (jelei) jelentek meg ezen időszakban.
23. **Műtét:** minden olyan, diagnosztikai vagy terápiás céllal végzett sebészeti beavatkozás, amelyet a sebész bemetszés vagy más módon történő behatolás útján *kórházban* végez, és amely általában műtő használatához kötött.
24. **Nem invazív vagy a környezetet el nem árasztó (in situ) rák:** rosszindulatú daganat, mely nem terjed tovább a hámszövet azon sejtjeiről, ahol kialakult, és nem támadja meg a kötőszöveti vázat (stróma) vagy a környező szöveteket.
25. **Orvos:** olyan szakember, aki orvosi tevékenység végzésére törvényileg elismert szakképesítéssel rendelkezik.
26. **Orvosilag indokolt egészségügyi ellátás:** olyan egészségügyi szolgáltatások és ellátások:
26.1. amelyeket a *biztosított*nak írnak fel a *fedezett betegség* kezelésére vagy a *fedezett orvosi beavatkozás* lefolytatására azzal a céllal, hogy javítsák a *biztosított* egészségi állapotát, és
- 26.2. amelyeket szakmai orvosi kiadványok (például a *PubMed*) vagy tudományosan megalapozott amerikai, angol és/vagy európai terápiás irányelvek hatékony eszköznek ismernek el az egészség javítása területén, amennyiben a diagnózisnak megfelelő típusú, gyakoriságú és tartalmú kezelési tervek követnek (a jelen különös feltételek III. fejezetében definiált *rákos megbetegedések kezelése* esetén különösen az NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology című dokumentumban előírtak az irányadók);
- 26.3. amelyek a hasonló eredményeket elérő alternatív kezelésekkal (ideértve a kezelés hiányát) összehasonlítva költséghatékonyabbak, és
- 26.4. amelyek a *biztosított* és/vagy *orvosa* kényelmét szolgáló okokon túl egyéb okok miatt szükségesek.
Az a tény, hogy egy adott szolgáltatást vagy ellátást az *orvos* ajánlhat, felírhat, előírhat vagy jóváhagyhat, önmagában még nem jelenti azt, hogy az ilyen szolgáltatás vagy ellátás a jelen *kiegészítő biztosítás* szerint *orvosilag indokolt*.
27. **Protézis:** olyan eszköz, amely egy szervet vagy annak egy részét, vagy egy működésképtelen vagy rosszul működő testrész funkcióját részben vagy egészben helyettesíti.
28. **Sérülés:** a *biztosított* testi épségének fizikai sérülése.
29. **Területi hatály:** jelen *kiegészítő biztosítás* kizárólag a Magyarország területén kívül igénybe vett *külföldi gyógykezelés*hez kapcsolódó költségekre nyújt fedezetet.
30. **Utógondozás:** a *külföldi gyógykezelést* követő bármilyen egészségügyi ellátás, kezelés, *gyógyszer* vagy szűrővizsgálat, amelynek célja:
30.1. annak megállapítása, hogy a *biztosított*nál valamely *betegség* vagy kórállapot valószínűsíthetően a jövőben felmerül, vagy
30.2. valamely *betegség* vagy kórállapot jövőbeni bekövetkezésének vagy kiújulásának megelőzése akkor, amikor még klinikai és/vagy egyértelmű tünetek és/vagy eredmények (jelek) nem jelentek meg.

II. A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS TARTALMA

31. A jelen *kiegészítő biztosítás* fedezetet nyújt a *biztosított* számára a *kiegészítő biztosítás* által *fedezett betegségek* kezeléséhez és *fedezett orvosi beavatkozásokhoz* kapcsolódó szolgáltatásokra és orvosi költségekre az alábbi feltételek mind-egyikének maradéktalan teljesülése esetén:
31.1. a beavatkozás a kockázatviselés tartama alatt történik;
31.2. a *betegség* nem *meglévő betegség* vagy kórállapot;
31.3. a *betegséget* a *kiegészítő biztosítás* kockázatviselésének kezdete előtt, vagy a *kiegészítő biztosítás* kockázatviselésének kezdetétől számított 180 napon belül nem diagnosztizálták, nem kezelték, és orvosilag nem dokumentáltak kapcsolódó tüneteket vagy eredményeket (jeleket) a *biztosított*nál;
31.4. a kezelés *orvosilag indokolt*;
31.5. az orvosi költségek és a pénzbeli *biztosítási szolgáltatások* nem haladják meg az 1. számú Függelékben megjelölt *biztosítási összeget* és kereteket;
31.6. a kezelést a *FURTHER* szervezi a VI. fejezetben meghatározott *kárrendezési folyamattal* összhangban;

- 31.7. az orvosi költségek Magyarország területén kívül merülnek fel, ide nem értve a IV. fejezet 42.1 szakaszában meghatározottak szerint fedezett *gyógyszerek* költségeit;
- 31.8. a *kiegészítő biztosítás* a IV. fejezetben foglaltak szerinti fedezetet nyújt az orvosi diagnosztikai eljárás, kezelés, szolgáltatás, ellátás vagy orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszer kapcsán felmerült költségekre.

III. A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS ÁLTAL FEDEZETT BETEGSÉGEK ÉS ORVOSI BEAVATKOZÁSOK

A *kiegészítő biztosítás* a következő betegségekre és orvosi beavatkozásokra nyújt fedezetet:

32. **Rákos megbetegedés kezelése:** olyan rosszindulatú tumrok, köztük a leukémia, a szarkóma és a limfóma kezelése, amelyeket a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan növekedése, szóródása és a szövetekbe való behatolása jellemez; valamint olyan a környezetet el nem árasztó (in situ) rákok kezelése, amelyek nem terjednek tovább a hámszövetről, ahol kialakultak, és nem támadják meg a strómát vagy a környező szöveteket. A rákos megbetegedések kezeléséhez értendő még az olyan premalignus elváltozások kezelése, amelyek citológiai vagy szövettanilag középsúlyos vagy súlyos diszpláziának minősülnek.
33. **Szívkoszorúér áthidaló (by-pass) műtét (a szívizom vér-ellátásának helyreállítására):** *műtét* végrehajtása *konzultáns kardiológus* javaslatára egy vagy több szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának by-pass graft segítségével történő korrigálása céljából.
34. **Szívbillentyű cseréje vagy korrekciója:** egy vagy több szívbillentyű invazív cseréje vagy helyreállítása függetlenül attól, hogy azt nyitott mellkasi műtét, minimális invazív beavatkozással járó vagy kardiológiai katéteres kezelés keretében végzik el a *konzultáns kardiológus* javaslatára.
35. **Koponyaűrn belüli és specifikus gerincvelő-műtét:**
- 35.1. az agyat és egyéb koponyaűri struktúrát érintő *műtėti* beavatkozás;
- 35.2. a gerincvelőben (Medulla spinalis) található jóindulatú daganatok kezelése.
36. **Élő donoros szervátültetés:** a vizsgálatok során megfelelőnek bizonyult élő emberi donorból származó vese, májleibeny, tüdőleibeny, illetve hasnyálmirigy-rész *műtėti* úton történő átültetése.
37. **Csontvelő-átültetés:** csontvelő-sejtek transzplantációja csontvelő-átültetés vagy perifériás vér-összejt transzplantáció (PBSCT) útján:
- 37.1. a *biztosított* saját szervezetéből (autológ csontvelő-transzplantáció) vagy;
- 37.2. megfelelőnek bizonyult élő emberi donorból (allogén csontvelő-transzplantáció).

IV. A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS ÁLTAL FEDEZETT KÖLTSÉGEK (A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS)

38. Fedezett szolgáltatások a külföldi gyógykezelést megelőzően

- 38.1. *Második orvosi vélemény szolgáltatás:* a *biztosított* a káresemény bejelentésekor *második orvosi vélemény szolgáltatást* kérhet a FURTHER-től, amellyel megerősíthető a *fedezett betegség* diagnózisa vagy a *fedezett orvosi beavatkozás*, és megállapítható az optimális kezelési terv. A *második orvosi vélemény szolgáltatás* káreseményenként csak egyszer igényelhető.

39. Fedezett orvosi költségek a külföldi gyógykezelés alatt

- 39.1. a *kiegészítő biztosítás* a *külföldi gyógykezelés* során az *előzetes fedezetigazolásban* előírt feltételeknek megfelelő, a *fedezett betegség* orvosiilag indokolt kezelésével és az ott előírt *fedezett orvosi beavatkozásokkal* kapcsolatosan felmerülő alábbi orvosi költségeket fedezi (az 1. számú Függelékben meghatározott költségkeret erejéig):
- 39.2. *Kórházi* ellátás költségei, úgymint:
- 39.2.1. a *biztosított kórházi* szobában, kórteremben, *kórházi* részlegen, intenzív ápolási vagy megfigyelési osztályon történő elhelyezésének, étkeztetésének és általános ápolásának költsége a benn-tartózkodás ideje alatt;
- 39.2.2. egyéb *kórházi* szolgáltatások költsége, ideértve a *kórház* járóbeteg részlegei által nyújtott szolgáltatások (például az orvosi tolmács) költségét és a *biztosított* kísérője számára *biztosított* vendégágy költségét, feltéve, hogy a *kórház* ilyen szolgáltatással rendelkezik;
- 39.2.3. *műtő* és szolgáltatásainak használati költsége.
- 39.3. Egynapos sebészeti beavatkozásokat végző ambulanciákon vagy független egészségügyi központokban történő kezelés, *műtét*, orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszer költsége, de csak akkor, ha ezekre *kórházi* ellátás esetén a *kiegészítő biztosítás* fedezetet nyújtana.
- 39.4. *Orvos* által végzett vizsgálat, kezelés, egészségügyi ellátás vagy *műtét* költsége.
- 39.5. A *kórházi fekvőbeteg gyógykezelés* ideje alatti orvosi vizitek költsége.
- 39.6. A következő egészségügyi szolgáltatások, kezeléseik vagy orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszerek költsége:
- 39.6.1. érzéstelenítés és altatás, valamint az ezekhez használt szerek beadásának költségei, feltéve, hogy az érzéstelenítést és altatást szakképzett aneszteziológus végzi;
- 39.6.2. laboratóriumi és patológiai vizsgálatok, röntgenfelvételek kezelés előkészítéséhez, sugárterápia, radioaktív izotópos eljárások, kemoterápia, elektrokardiogram (EKG), szívultrahang, a gerincvelőről készült röntgenfelvétel (myelogram), elektroencefalogram (EEG), angiogram, komputer tomográfia (CT), valamint más hasonló tesztek és kezeléseik, melyek a *fedezett betegségek* kezeléséhez, illetve a *fedezett orvosi beavatkozásokhoz* szükségesek, feltéve, hogy ezeket *orvos* végzi vagy orvosi felügyelet mellett végzi;
- 39.6.3. vérátömlesztés, valamint vérplazma és vérsavó beadása;

- 39.6.4. oxigén használata, valamint intravénás oldatok és injekciók alkalmazása.
- 39.6.5. sugárterápia: nagy energiájú sugárzás alkalmazása a tumorok méretének csökkentésére és a daganatos sejtek elpusztítására. A röntgensugarak, gamma sugarak, továbbá a töltéssel rendelkező részecskék olyan sugártípusok, amelyeket a rák kezelésben alkalmaznak vagy testen kívüli eszköz segítségével (külső sugárkezelés), vagy a testen, a daganatos sejtek közelében elhelyezett radioaktív anyagok segítségével (belső sugárkezelés, brachyterápia).
- 39.6.6. a jelen *kiegészítő biztosítás* alapján megszervezett és finanszírozott *helyreállító műtét* sérült vagy orvosi eljárás keretében eltávolított struktúra helyreállítása vagy újbóli felépítése érdekében.
- 39.6.7. a jelen *kiegészítő biztosítás* alapján megszervezett és finanszírozott orvosi eljárásokhoz közvetlenül kapcsolódó komplikációk vagy mellékhatások kezelése,
- 39.6.7.1. amely azonnali *kórházi* vagy klinikai orvosi ellátást igényel, és
- 39.6.7.2. amely még azelőtt szükséges, hogy a *biztosítottat* orvosi vélemény alapján Magyarországra történő visszatérésre alkalmas állapotúnak nyilvánítsanak a *külföldi gyógykezelés* befejezését követően.
- 39.7. Orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszerek költsége a *fedezett betegségek* kezelésének vagy a *fedezett orvosi beavatkozás* miatt szükségessé vált *kórházi fekvőbeteg gyógykezelésnek* a tartama alatt. A gyógykezelés posztoperatív szakaszára előírt *gyógyszerek* költsége a *biztosított külföldi gyógykezelésének* végét követő 30 napra megtérítésre kerül, feltéve, hogy a *gyógyszereket* a Magyarországra történő visszaérkezés előtt szerezték be.
- 39.8. Mentőautóval vagy légimentővel történő szállítás költsége, ha azt orvos írja elő, és a *FURTHER* előzőleg jóváhagyja.
- 39.9. Az élő szervdonor számára a beültetendő szerv eltávolításához kapcsolódóan nyújtott szolgáltatások költsége, úgymint:
- 39.9.1. a megfelelő donor megtalálása érdekében a *biztosított* családtagjai körében elvégzett elemzések és vizsgálatok költsége;
- 39.9.2. a donornak nyújtott *kórházi* szolgáltatások költsége, ideértve a donor *kórházi* szobában, kórteremben vagy részlegesen történő elhelyezésének és étkeztetésének költségét, az általános ápolási költségeket, a *kórházi* személyzet szokásos szolgáltatásainak költségét, a laboratóriumi tesztek költségét és a *kórház* egyéb eszközei, berendezései használatának költségét (kivéve azoknak a személyes használatú eszközöknek a költségét, melyek nem szükségesek a szerv- vagy szöveteltávolítás lebonyolításához);
- 39.9.3. a *biztosítottba* átültetendő donorszerv vagy -szövet eltávolítása érdekében végzett *műtét* és egészségügyi szolgáltatások költsége.
- 39.10. A *biztosítottba* történő szövetátültetéshez kapcsolódóan a csontvelő kultúrákhoz szükséges anyagok és szolgáltatások költsége. A *kiegészítő biztosítás* kizárólag

az *előzetes fedezetigazolás* kiadásának napját követően felmerülő kiadásokra biztosít fedezetet.

40. Fedezett nem orvosi jellegű költségek a külföldi gyógykezelés alatt

40.1. A *kiegészítő biztosítás* a *FURTHER* azon utazással, szállással kapcsolatos intézkedéseit érintően felmerült alábbi nem egészségügyi kiadásokat fedezi (az 1. számú Függelékben meghatározott költségkeret erejéig), amelyek célja, hogy a *biztosított* számára az *előzetes fedezetigazolásban* meghatározott feltételek szerint hozzáférhetővé váljon a szükséges orvosi eljárás.

40.2. Utazási költségek

40.2.1. A *biztosított* és egy kísérője (vagy ha a kezelt *biztosított* kiskorú, két kísérője), valamint transzplantáció esetén az élő donor Magyarországon kívülre történő utazásának költsége, amennyiben az utazás kizárólagos célja az *előzetes fedezetigazolásban* a *FURTHER* és a biztosító által jóváhagyott *külföldi gyógykezelés*. Az utazás teljes lebonyolítását kizárólag a *FURTHER* végezheti, a *biztosított* vagy a nevében eljáró harmadik fél által szervezett utazás költségeit a biztosító nem téríti meg.

40.2.2. A *FURTHER* felel az utazás időpontjának a jóváhagyott kezelési időtervhez igazodó megválasztásáért. Az utazás időpontjáról a *biztosítottat* legálább 10 nappal az indulás előtt tájékoztatják annak érdekében, hogy elegendő időt biztosítsanak személyes ügyei elintézésére.

40.2.3. Amennyiben a *biztosított* megváltoztatja a *FURTHER* által megadott utazási időpontot, a *biztosítottnak* kárpótolnia kell a biztosítót és/vagy a *FURTHER*-t minden, az új utazási időpont megszervezésével és biztosításával kapcsolatos költségért, kivéve, ha orvosi szempontból a *FURTHER* is szükségesnek tartja az utazás átszervezését.

40.2.4. A *kiegészítő biztosítás* által fedezett utazási költségek a következőket tartalmazzák:

40.2.4.1. A *biztosított* állandó lakcíméről a kijelölt reptérre vagy nemzetközi vasútállomásra történő utazás.

40.2.4.2. Másodosztályú vasúti jegy vagy turistaosztályra szóló repülőjegy a kezelés helyszínére, valamint a kijelölt szállodába történő utazás.

40.2.4.3. A kijelölt szállodából vagy *kórházból* a kijelölt reptérre vagy nemzetközi vasútállomásra történő utazás.

40.2.4.4. Másodosztályú vasúti jegy vagy turistaosztályra szóló repülőjegy a *biztosított* állandó lakhelye szerinti városba.

40.2.5. A *kiegészítő biztosítás* nem nyújt fedezetet a szálloda és a *kórház* vagy a kezelést végző orvos közötti rendszeres utazásokra a *külföldi gyógykezelés* ideje alatt.

40.3. Szállásköltségek

40.3.1. A *biztosított*, egy kísérője (vagy ha a kezelt *biztosított* kiskorú, két kísérője), valamint transzplantáció esetén az élő donor Magyarországon kívüli tartózkodása idején igénybe vett szállás költségei, amennyiben az utazás kizárólagos célja az *előzetes fedezetigazolásban* a *FURTHER* és a biz-

tosító által jóváhagyott *külföldi gyógykezelés*. A szállásfoglalás teljes lebonyolítását kizárólag a *FURTHER* végezheti, a *biztosított* vagy a nevében eljáró harmadik fél által foglalt szállás költségeit a *FURTHER* és biztosító nem téríti meg.

40.3.2. A *FURTHER* felel a jóváhagyott kezelési időtervhez igazodó szállásfoglalásért. A foglalás időpontjáról legalább 10 nappal az indulás előtt tájékoztatják a *biztosítottat* annak érdekében, hogy elegendő időt biztosítsanak személyes ügyei elintézésére.

40.3.3. A *FURTHER* határozza meg a kezelés befejezéséhez igazodóan a visszautazás időpontját, feltéve, hogy a kezelőorvos a *biztosítottat* már utazásra alkalmasnak nyilvánította.

40.3.4. Amennyiben a *biztosított* megváltoztatja a *FURTHER* által lefoglalt és közölt utazási időpontot, a *biztosítottnak* kárpótolnia kell a biztosítót és/vagy a *FURTHER-t* minden, az új szállásfoglalási időpont átszervezésével és biztosításával kapcsolatos költségért, kivéve, ha orvosi szempontból a *FURTHER* is szükségesnek tartja az utazás átszervezését.

40.3.5. A *kiegészítő biztosítás* által fedezett szállásköltségek a következőket tartalmazzák:

40.3.5.1. Kétágyas vagy franciaágyas szoba egy magas színvonalú, három- vagy négycsillagos szállodában, reggelivel. (A szálloda a szabad helyektől függően a *kórház* vagy a kezelőorvos 10 km-es körzetében kerül kiválasztásra).

40.3.6. Az étkezéseket (a reggeli kivételével) és az egyéb szállodai költségeket a *kiegészítő biztosítás* nem fedezi. A *biztosított* nem kérhet magasabb színvonalú szállodai szolgáltatást saját költségére.

40.4. Hazaszállítási költségek

40.4.1. Amennyiben a *biztosított* (illetve szervátültetés esetén az élő donor) elhalálozik, míg a *kiegészítő biztosítás* alapján szervezett *külföldi gyógykezelés* során Magyarországon kívül tartózkodik, a biztosító fedezi az elhunyt földi maradványainak Magyarországra történő hazaszállítását.

40.4.2. A fedezet kizárólag azon szolgáltatásokra és elátásokra terjed ki, amelyek az elhunyt holttestének felkészítéséhez és Magyarországra történő szállításához szükségesek, ideértve:

40.4.2.1. a nemzetközi hazaszállítást szervező temetkezési vállalat által nyújtott szolgáltatásokat, köztük a balzsamozási eljárást és az összes adminisztratív intézkedés költségeit;

40.4.2.2. a minimális követelményeknek megfelelő koporsót;

40.4.2.3. az elhunyt földi maradványainak a repülőtértől a magyarországi temetkezési helyre történő szállítását.

41. Pénzbeli juttatások a külföldi gyógykezelés alatt

41.1. Kórházi napi térítés

41.1.1. A *biztosítottat*, a *FURTHER* vagy a biztosító által az *előzetes fedezetigazolásban* – a *kiegészítő biztosítás* által fedezett betegségek *külföldi gyógykezelése* és a *fedezett orvosi beavatkozások* céljából – jóváhagyott és a *kiegészítő biztosítás* szerint

fizetett *kórházi* benntartózkodás minden teljes 24 órájára napi költségtérítés illeti meg az 1. számú Függelékben rögzített limit mértékéig.

42. Fedezett orvosi költségek a külföldi gyógykezelésről történő hazatérést követően

42.1. Gyógyszerek költségei

42.1.1. A *FURTHER* vagy a biztosító által az *előzetes fedezetigazolásban* jóváhagyott, a *külföldi gyógykezelés* után szükségessé váló, Magyarországon vásárolt *gyógyszerek* költségei feltéve, hogy a *gyógyszerek*

42.1.1.1. *műtét* vagy

42.1.1.2. legalább 4 éjszakás bennfekvést szükségessé tevő *kórházi fekvőbeteg gyógykezelés*, vagy

42.1.1.3. legalább 7 napig tartó járóbeteg-*gyógykezelés* miatt váltak szükségessé.

42.1.2. Az e szolgáltatás igénybevételére jogosító fedezet csak az alábbiakra terjed ki:

42.1.2.1. a *gyógyszert* a *biztosítottat* kezelő nemzetközi orvos/orvosok a *FURTHER*-ön keresztül javasolta/javasolták a folytatólagos kezelés szükséges részeként;

42.1.2.2. a *gyógyszert* Magyarországon az illetékes egészségügyi szakhatóság vagy szervezet engedélyezte és hagyta jóvá, és felírása valamint beadása szabályozott;

42.1.2.3. a *gyógyszer* Magyarországon csak orvosi rendelvényre kapható;

42.1.2.4. a *gyógyszer* Magyarországon megvásárolható;

42.1.2.5. a *gyógyszer* legfeljebb 2 hónapra elegendő dózisokban kerül felírásra.

42.1.3. A 42.1 pontban rögzített vásárlást közvetlenül a *biztosított* bonyolítja le és fizeti meg. A biztosító a vonatkozó vény másolata, eredeti számla és fizetési igazolás biztosítóhoz való beküldése után téríti meg a *biztosított* e körben felmerülő költségeit.

42.1.4. Amennyiben a *gyógyszer* költségeit a társadalombiztosítás vagy a *biztosított* más biztosítása részben fedezi, a visszatérítésre irányuló kérelemben egyértelműen el kell különíteni a teljes mértékben, illetve részben a *biztosított* által fedezett költségeket.

42.2. Utógondozás

42.2.1. A *biztosított* kérésére a *FURTHER* utógondozást biztosíthat, amelyet az a *külföldi orvos* vagy orvoscsoport végez, amely a *biztosítottat* kezelte.

42.2.2. A *kiegészítő biztosítás* a *biztosított* *külföldi gyógykezelése* befejezését követő magyarországi visszatérését követő 180 napig fedezi az *utógondozást*, amennyiben a kezelést a *biztosítottat* kezelő, *külföldi orvos(ok)* írja (írják) elő és javasolja (javasolják) a *FURTHER-en* keresztül.

42.2.3. Amennyiben a *biztosított* ilyen irányú igényt nyújt be, a *FURTHER* megteszi az utazással és szállással kapcsolatos szükséges előkészületeket a *biztosított* és a kijelölt kísérő(k) számára a jelen feltételek 40.2 és 40.3 bekezdéseiben foglaltak szerint.

V. KIZÁRÁSOK

A biztosító kockázatviselése az *alapbiztosítás* feltételeinek kockázatkizárásokról, valamint a biztosító mentesüléséről szóló pontjaiban foglaltakon túl nem terjed ki az alábbiakban meghatározott költségekre és eseményekre:

43. Mentesül a biztosító a szolgáltatás teljesítése alól, ha a kapcsolódó biztosítási eseményt előidéző betegséget, balesetet, illetve egészségkárosodást a *biztosított* szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. Súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak minősül különösen az az esemény, amely a *biztosított* – szándékosan elkövetett bűncselekményével;
– súlyosan ittas (2,5 ezrelékes véralkohol szintet elérő) állapotával, vagy
– bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával, vagy toxikus anyagok szedése miatti függőségével,
– vagy érvényes jogosítvány nélküli vagy alkoholos állapotban történő gépjárművezetésével közvetlen okozati összefüggésben következett be.

44. Általános kizárások:

44.1. minden olyan költség, amely a III. fejezetben nem kifejezetten körülírt *fedezett betegségek* vagy *fedezett orvosi beavatkozások* kapcsán merül fel;

44.2. minden olyan költség, amely *fedezett betegségek* vagy *fedezett orvosi beavatkozások* kapcsán merül fel olyan *biztosított* esetében, aki a diagnózis felállításkor nem rendelkezett állandó tartózkodási hellyel Magyarországon;

44.3. minden olyan *betegség* vagy *sérülés* kapcsán felmerülő költség, mely háború, terrorcselekmény, szeizmikus földrengés, lázadás, felkelés, árvíz, vulkánkitörés, valamint a nukleáris reakció és egyéb rendkívüli vagy katasztrófának minősülő jelenség közvetlen vagy közvetett hatásaként jelentkezik, ideértve a hivatalosan bejelentett járványokat is;

44.4. minden olyan egészségügyi kiadás, amely alkoholizmussal, kábítószer-függőséggel és/vagy bódító hatású anyagok használatával kapcsolatban vált szükségessé túlzott alkoholfogyasztás és/vagy pszichoaktív, narkotikus vagy hallucinogén szerek használata miatt. Szintén kizárásra kerülnek a *kiegészítő biztosításból* a *biztosított* öngyilkossági kísérletének, valamint a saját magának szándékosan okozott sérüléseinek következményei, illetve az ebből eredő *betegségek*;

44.5. minden költség, amely a *biztosított* olyan *betegségek*ivel vagy állapotaival kapcsolatban merül fel, amelyeket szándékosan vagy csalárd módon idézett elő, vagy amelyek a *biztosított* súlyosan gondatlan magatartásának, illetve az általa elkövetett bűncselekménynek a következményei;

44.6. minden olyan *káresemény*, amellyel kapcsolatban a *káresemény FURTHER* által végzett vizsgálata előtt, alatt vagy után a *biztosított*:

44.6.1. nem követte a kezelést végző *orvos* tanácsát, előírásait vagy az általa meghatározott kezelési tervet, vagy

44.6.2. megtagadja az orvosi kezelést vagy nem veti magát alá a végleges diagnózis vagy kezelési

terv felállításához szükséges további diagnosztikai vizsgálatoknak vagy teszteknek;

44.7. minden költség, amely öröklött és veleszületett rendellenességgel kapcsolatban merül fel;

44.8. minden költség, amely a versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett eseményekkel kapcsolatban merül fel.

45. Orvosi, egészségügyi kizárások:

45.1. minden *meglévő betegség* kezelése;

45.2. minden olyan *betegség* kezelése, amelyet a kockázatviselés első 180 napja alatt diagnosztizáltak, kezeltek, vagy amelynek kapcsolódó, orvosiilag dokumentált tünetei vagy eredményei (jelei) ezen időszak alatt jelentek meg, kivéve a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesetek következményeit.

45.3. *kísérleti kezelés*, valamint minden olyan diagnosztikai, terápiás és/vagy műtéti beavatkozás, melyek biztonságosságát és megbízhatóságát a nemzetközi tudományos közösség széles körben nem fogadta el;

45.4. minden olyan orvosi beavatkozás, mely összefüggésben áll a *biztosított* AIDS (szerzett immunhiányos szindróma) vagy HIV (emberi immunhiány-előidéző vírus) fertőzöttségével vagy ezek kezelésével, vagy az ezekből következő bármilyen állapottal (ideértve a Kaposi szarkómát);

45.5. minden olyan egészségügyi szolgáltatás vagy ellátás, amely a *fedezett betegségek* kezeléséhez és a *fedezett orvosi beavatkozások* elvégzéséhez *orvosiilag nem indokolt*;

45.6. minden olyan, nem szervátültetéshez kapcsolódó alternatív gyógyászati kezelés, szolgáltatás, ellátás vagy orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszer, amely olyan *betegség* kapcsán merül fel, melyre a legmegfelelőbb gyógymód a jelen feltételek 36. vagy 37. pontja által fedezett transzplantáció;

45.7. minden olyan *betegség*, vagy kórállapot, melyet a jelen *kiegészítő biztosítás* alapján megszervezett és fizetett orvosi eljárások okoztak, kivéve, ha az érintett *betegség*, vagy kórállapot a III. fejezetben meghatározott *fedezett betegség*, vagy valamely ott meghatározott *fedezett orvosi beavatkozást* igényel;

45.8. hosszú távú mellékhatások kezelése, krónikus tünetek enyhítése, vagy rehabilitáció (ideértve többek között, de nem kizárólagosan a fizioterápiát, a mobilitási rehabilitációt, a nyelvi és beszédterápiát).

45.9. A *külföldi gyógykezelésről* történő hazatérést követően fedezett *gyógyszer* költségek (jelen különös feltételek 42.1. pontja) tekintetében az alábbi kizárások alkalmazandók:

45.9.1. a magyar társadalombiztosítás, illetve az egyéb biztosítás által fedezett *gyógyszer*költségeket;

45.9.2. a *gyógyszer* beadásának költségeit;

45.9.3. a nem Magyarországon vásárolt *gyógyszerek* költségeit;

45.9.4. a *gyógyszer* vásárlásáról kiállított számlát, amennyiben 180 nappal a vásárlás után nyújtják be a biztosítónak.

46. Nem fedezett költségek, kiadások:

- 46.1. minden olyan, diagnosztikai eljárással, kezeléssel, szolgáltatással, ellátással vagy orvosi rendelőre alkalmazott gyógyszerrel kapcsolatos vagy abból következő költség, amely Magyarországon merül fel, kivéve a 42.1 pontban szereplő *gyógyszerek* költségeit;
- 46.2. a világ bármely táján szükségessé váló, bármilyen diagnosztikai eljárással, kezeléssel, szolgáltatással, ellátással vagy orvosi recepttel kapcsolatos vagy ezekből eredő kiadások, amennyiben az adott *káresemény* bejelentésének napján a *biztosított* nem tekinthető állandó/jogszerű magyarországi lakosnak.
- 46.3. minden olyan költség, amely az *előzetes fedezet-igazolás* kibocsátása előtt merül fel;
- 46.4. minden olyan költség, amely az *előzetes fedezet-igazolásban* engedélyezett és megjelölt *kórháztól* eltérő *kórházban* merül fel;
- 46.5. minden olyan költség, amely a VI. fejezetben ismertetett *kárrendezési folyamat* be nem tartása esetén merül fel;
- 46.6. minden olyan költség, mely a *biztosított* felügyeletéhez, illetve őrzéséhez kapcsolódó szolgáltatások, üdülőhelyen, természetgyógyászati klinikán nyújtott szolgáltatások, otthoni ápolási szolgáltatások, szanatóriumi központ vagy ápolási intézmény (elfekvő osztály) által nyújtott szolgáltatások, haladók páciensek gondozása (hospice) vagy idősök otthonában nyújtott szolgáltatások kapcsán merül fel, még akkor is, ha ezek a szolgáltatások a *kiegészítő biztosítás* által *fedezett betegségek* vagy *orvosi beavatkozások* folytán válnak szükségessé;
- 46.7. mindenfajta *protézis* vagy egyéb ortopédiai eszköz, fűzők, kötszerek, mankók, művégtagok és szervek, parókák (még abban az esetben is, ha használatuk kemoterápiás kezelés következtében válik szükségessé), ortopéd cipők, műfogsorok, sérvkötők és egyéb hasonló felszerelések vagy eszközök megvásárlásának vagy bérelésének költsége, kivéve az emlőeltávolító *műtétet* követően szükségessé váló mellprotézisek, valamint a *kiegészítő biztosítás* alapján szervezett és fizetett *műtét* eredményeként szükségessé váló szívbillentyű protézisek költségét;
- 46.8. minden olyan költség, amely kerekesszékek, speciális ágyak, légkondicionáló vagy légtisztító berendezések, vagy az ezekhez hasonló felszerelések megvásárlása vagy bérlete kapcsán merül fel;
- 46.9. minden olyan gyógyszerészeti termék vagy gyógyszer költsége, melyet nem engedéllyel rendelkező gyógyszerésztől vásároltak, vagy amely orvosi rendelő nélkül beszerezhető;
- 46.10. minden, az *alternatív gyógyászat* igénybevételéhez kapcsolódó költség, ideértve a kifejezetten *orvos* által előírt kezelést is;
- 46.11. minden olyan költség, amely *kognitív zavarok*, *szénilitás* vagy *agykárosodás* miatt szükségessé vált orvosi felügyelet vagy zárt osztályra helyezés kapcsán merül fel, függetlenül ezek előrehaladottságának fokától;
- 46.12. az olyan tolmácsolási, telefonhasználati és egyéb költségek, melyek személyes célú használatból jel-

lemezhető vagy nem egészségügyi természetű tételek vonatkozásában merülnek fel, illetve amelyek rokonok, látogatók vagy kísérők részére nyújtott szolgáltatások kapcsán merülnek fel;

- 46.13. minden olyan költség, amely a *biztosított*, a *biztosított* rokonai, látogatói és kísérői kapcsán merül fel, kivéve azokat, amelyeket a *kiegészítő biztosítás* kifejezetten megenged;
 - 46.14. minden olyan egészségügyi költség, amely nem szokványos vagy nem indokolt mértékű;
 - 46.15. minden olyan költség, amely a kijelölt szálloda és a *kórház* vagy a kezelőorvos közötti rendszeres utazással kapcsolatban merül fel;
 - 46.16. a *biztosított*, kísérője vagy az élő donor által szervezett szállással vagy utazással kapcsolatos költségek.
- #### 47. Kizárt betegségek és orvosi beavatkozások
- 47.1. A *rákos megbetegedések kezelése* vonatkozásában:
 - 47.1.1. minden tumor, ami a szerzett immunhiányos szindróma (AIDS) jelenlétében alakult ki;
 - 47.1.2. minden olyan nem melanoma típusú bőrrák, amelynél szövettanilag nem igazolt, hogy az epidermiszen (a bőr külső rétegén) túl egyéb rétegekre is áttért.
 - 47.2. A *szívkoszorúér áthidaló (by-pass) műtét* vonatkozásában:
 - 47.2.1. minden olyan szívkoszorúér megbetegedés, melynek kezelése során a *by-pass műtét*től eltérő technikát alkalmaztak, így például az angioplasztikai *műtét* bármely típusát vagy a stentelést;
 - 47.3. Az *élő donoros szerv- és szövetátültetés* vonatkozásában:
 - 47.3.1. az olyan transzplantáció, amely alkoholizmus következtében kialakuló májbetegség miatt válik szükségessé;
 - 47.3.2. az olyan transzplantáció, amelyet saját szerv felhasználásával hajtanak végre;
 - 47.3.3. az olyan transzplantáció, melyben a *biztosított* egy harmadik (a *kiegészítő biztosításban* nem biztosított) fél donorjaként szerepel;
 - 47.3.4. szervátültetés halott donorból;
 - 47.3.5. bármely transzplantáció, amely összejt átültetést tartalmaz;
 - 47.3.6. az olyan transzplantáció, mely a donor szerv megvásárlása miatt válik lehetségessé.
 - 47.4. A *csontvelő-átültetés* vonatkozásában:
 - 47.4.1. a köldökzsinórból vett vér felhasználásával végzett vérképző-összejt transzplantáció (HCT).

VI. KÁRRENDEZÉSI FOLYAMAT

48. Ha a *biztosított*nál a III. fejezetben definiált valamely *fedezett betegséget* diagnosztizáltak vagy a *fedezett orvosi beavatkozások* valamelyikét javasolták, a *biztosított* vagy a *biztosított* nevében jogszerűen eljáró személy az alábbi folyamat szerint kell, hogy eljárjon.
49. A jelen pontban szabályozott *kárrendezési folyamat*nak való megfelelés előfeltétele annak, hogy a *biztosított* jogosult legyen a *kiegészítő biztosítás* által *fedezett betegségekkel* és or-

vosí beavatkozásokkal kapcsolatos bármilyen kezelésre, szolgáltatásra, ellátásra vagy orvosí rendelvényre alkalmazott gyógyszerre.

50. Kárbejelentés

- 50.1. A *biztosított* vagy a *biztosított* nevében jogszerűen eljáró személy köteles a lehető leghamarabb felvenni a kapcsolatot a biztosítóval, hogy bejelentse a potenciális káreseményt.
- 50.2. A *biztosított* tájékoztatást kap arról, hogy mi szükséges ahhoz, hogy maradéktalanul a *FURTHER* rendelkezésére tudja bocsátani a *káresemény* érvényességének vizsgálatához szükséges, vonatkozó diagnosztikai tesztekét és egészségügyi dokumentumokat.
- 50.3. Amennyiben a *biztosított* második orvosí vélemény szolgáltatást igényel, ezen szolgáltatást még a *kiegészítő biztosítás* szerinti *káresemény* fedezetének igazolása előtt teljesíteni kell.
- 50.4. A kárrendezési folyamat során minden kommunikáció magyar nyelven történik.

51. A biztosított kötelezettsége

- 51.1. A *biztosított* a *FURTHER*-rel történő együttműködése keretében az utóbbinak szabad betekintést enged a *biztosított* vagy a *káresemény* bejelentéséig a kezeléséért felelős orvos, kórház vagy egyéb egészségügyi létesítmény birtokában levő egészségügyi dokumentációba. A *káresemények* *kiegészítő biztosítás* szerinti fedezetének vizsgálata csak azt követően kezdődik meg, hogy minden szükséges információ beérkezett a *biztosítottól* és az illetékes orvosoktól, kórházaktól vagy egyéb egészségügyi létesítményektől.

52. A kárigény elbírálása és a külföldi kórház kiválasztása

- 52.1. A *FURTHER* által bekért, vonatkozó diagnosztikai vizsgálatok és kórtörténetek hiánytalan beérkezését követően megerősítésre kerül, hogy a *káreseményre* kiterjed-e a biztosítási fedezet. Amennyiben a *biztosított* úgy dönt, hogy igénybe veszi a *külföldi gyógykezelést*, megkapja a javasolt külföldi kórházak listáját.

53. Külföldi gyógykezelés: előzetes fedezetigazolás

- 53.1. Miután a *FURTHER* megkapta a *biztosított* nyilatkozatát arról, hogy elfogadja a kezelésre felajánlott kórházak listájáról kiválasztott kórházban biztosított külföldi gyógykezelést, a *külföldi gyógykezelés megszervezése* elnevezésű szolgáltatáson keresztül 10 munkanapon belül megkezdí a szükséges logisztikai és egészségügyi előkészületeket a *biztosított* megfelelő kórházi felvételére, továbbá egy *előzetes fedezetigazolás* bocsát ki, mely kizárólag a kiválasztott kórházra érvényes.
- 53.2. Az *előzetes fedezetigazolásban* megjelölttől eltérő kórházban felmerült költségekre a *kiegészítő biztosítás* nem nyújt fedezetet.
- 53.3. Az *előzetes fedezetigazolás* kibocsátása előtt felmerült költségekre a *kiegészítő biztosítás* nem nyújt fedezetet.
- 53.4. A javasolt kórházak listáját és az *előzetes fedezetigazolást* a *FURTHER* a *biztosított* kibocsátáskori egészségi állapota alapján állítja ki. Tekintettel arra, hogy a *biztosított* egészségi állapota változhat, ezek a dokumentumok a kibocsátásuktól számított három hónapig érvényesek.

- 53.5. Amennyiben a *biztosított* a kibocsátástól számított három hónapon belül nem választotta ki a kórházat az ajánlott kórházak listájáról vagy nem kezdte meg a kezelést az *előzetes fedezetigazolásban* jóváhagyott kórházban, a *biztosított* aktuális egészségi állapota alapján ezen dokumentumokból egy-egy új változat kerülhet kibocsátásra.

- 53.6. Mindaddig, amíg az *előzetes fedezetigazolásban* foglalt feltételek fennállnak, a biztosító a *kiegészítő biztosításban* foglalt szolgáltatások szerint közvetlenül átvállalja és megfizeti a jelen különös feltételek 39. szakaszában meghatározott egészségügyi költségeket, valamint a 40.2 és 40.3 pontokban részletezett szükséges utazási és szállásköltségeket a *kiegészítő biztosításban* meghatározott korlátozásokkal, kizárásokkal és feltételekkel.

54. Hazatérés külföldi gyógykezelésről

- 54.1. A kezelés *külföldi gyógykezelést* érintő szakasza akkor ér véget, amikor a *FURTHER* visszaigazolja, hogy a külföldi orvos(ok) több orvosilag indokolt kezelést nem írt(ak) elő.
- 54.2. A *külföldi gyógykezelés* befejezését követően a *FURTHER* megszervezi a *biztosított* és kísérője Magyarországra történő végleges visszatérését, és átadja a *biztosított*-nak a *külföldi gyógykezelésről* történő hazatérést követően felmerülő orvosí költségek jelen különös feltételek 42. pontja szerinti fedezésére vonatkozó irányelveket. Az irányelvek a külföldi orvos(ok) ajánlásain alapulnak.
- 54.3. Magyarországra történő visszatérését követően a *biztosított* az alábbiakra jogosult:
 - 54.3.1. a jelen különös feltételek 42.1 pontjában meghatározott gyógyszerköltségek visszatérítésére, és
 - 54.3.2. arra, hogy a *FURTHER*-től igényelheti a jelen különös feltételek 42.2 pontjában meghatározott utógondozás megszervezését a következő 180 napra.

55. Káresemények vizsgálata a külföldi gyógykezelésről történő hazatérést követően

- 55.1. Miután a *biztosított* a *külföldi gyógykezelést* követően jelen különös feltételek 54. pontja szerint véglegesen visszatér Magyarországra, egészségügyi állapotának alakulása függvényében új vizsgálat válhat szükségessé a további orvosilag indokolt kezelés megállapítása érdekében. Amennyiben a *kiegészítő biztosítás* még ekkor is hatályban van, a *biztosított* jogosult felvenni a kapcsolatot a *FURTHER*-rel és kérni ezen vizsgálat elvégzését.
- 55.2. Ezt követően a *FURTHER* újra tájékoztatja a *biztosított* arról, hogy mi szükséges ahhoz, hogy hiánytalanul a *FURTHER* rendelkezésére tudja bocsátani a vizsgálat elvégzéséhez szükséges, vonatkozó diagnosztikai tesztekét és egészségügyi dokumentumokat.
 - 55.2.1. Abban az esetben, ha a *FURTHER* (jelen különös feltételek 52. pontja szerinti) vizsgálata megállapítja, hogy a *kiegészítő biztosítás* fedezete alatt korábban kezelt betegség vagy fedezett orvosí beavatkozás következményeként további orvosilag indokolt kezelés szükséges, új *előzetes fedezetigazolást* állít ki a *biztosított* részére, és újra összeállítja az ajánlott kórházak és külföldi gyógykezelések listáját (jelen különös feltételek 52. és 53. pontjainak megfelelően) ugyanannak a *káreseménynek* folytatásaként.

- 55.2.2. Amennyiben a *FURTHER* megítélése szerint orvosilag indokolt, a vizsgálathoz szükség lehet új *második orvosi véleményre*.
- 55.2.3. Miután a *biztosított* ezen újabb *külföldi gyógykezelést* követően véglegesen visszatér Magyarországra, az *utógondozásra* a jelen különös feltételek 42.2 pontja szerint újabb 180 napos időszak áll rendelkezésére.
- 55.2.4. Amennyiben a *FURTHER* vizsgálata azt állapítja meg, hogy az új igény egy másik, a korábbi *káreseményhez* nem köthető *betegséggel* vagy orvosi eljárással kapcsolatos, akkor azt új, külön *káreseményként* kezeli, és a jelen különös feltételek VI. fejezetében meghatározott eljárás minden lépését követni kell.

56. Együttműködés

56.1. A *biztosított*, valamint a *biztosított* rokonai kötelesek hozzájárulni, hogy a *FURTHER*-t vagy a *biztosított* képviselő orvosok bármikor felkeressék a *biztosítottat*, és a *biztosító* által a *kárrendezési folyamat* szempontjából lényegesnek ítélt minden információt, felvilágosítást beszerezzenek, mely célból a *biztosított* ugyancsak felmenti az őt kezelő orvosokat az orvosi titoktartás alól.

56.1.1. Ezen kötelezettségek megsértése esetén a *biztosított* azonnali hatállyal elveszti a jogát a *kiegészítő biztosításból* eredő, adott *káreseményhez* kapcsolódó *biztosítási szolgáltatásra*.

VII. TARTAM

57. Jelen *kiegészítő biztosítás – az alpbiztosítástól eltérően – határozatlan tartamú* az alábbiak szerint: a 3. biztosítási időszak utolsó napját legkésőbb 60 nappal megelőzően a *biztosító* írásban jelzi a *kiegészítő biztosítás* meghosszabbításának lehetőségét további egy biztosítási időszakra. Amennyiben a szerződő a fenti időpontot megelőző 30 napig nem jelzi a megszüntetési igényét, jelen *kiegészítő biztosítás* újabb 1 évre meghosszabbodik. A továbbiakban amennyiben a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig sem a szerződő, sem a *biztosító* nem intéz a másik félhez ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, úgy jelen *kiegészítő biztosítás* további egy biztosítási időszakra folytatódik. A *kiegészítő biztosítás* az *alpbiztosítás* díjfizetési tartamának végén, de legkésőbb annak a biztosítási időszakra az utolsó napján megszűnik, amelyben a *biztosított* a 85. életévét betölti.

VIII. A DÍJFIZETÉS ELMULASZTÁSÁNAK KÖVETKEZMÉNYEI

58. Amennyiben a szerződő a *kiegészítő biztosítás* folytatólago díját az esedékességkor nem egyenlíti ki teljes mértékben, a *biztosító* – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított harmincnapos póthatáridő kitűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen eltelével a *kiegészítő biztosítás* az esedékesség napjára visszamenő hatállyal, kifizetés nélkül megszűnik kivéve, ha a *biztosító* a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti. Az első elmaradt díj esedékességétől számított

30 nap eltelte után a *biztosított* nem jogosult a *biztosítási szolgáltatások* igénybe vételére mindaddig, amíg az elmaradt díjakat nem egyenlíti ki.

59. A díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt *kiegészítő biztosítás* nem reaktiválható, azaz nem helyezhető újra érvénybe.

IX. DÍJMÓDOSÍTÁS

60. A *biztosító* fenntartja a jogot, hogy évente a biztosítási időszak kezdetével felülvizsgálja és módosítsa a biztosítási díjakat és a jelen különös feltételek 1. számú Függelékében feltüntetett térítési összeghatárokat.

61. A *biztosító* a következő tényezők alapján lehet jogosult a biztosítási díjakat és a térítési összeghatárokat módosítani: a szerződés pénzügyi és biztosításmatematikai fenntarthatósága érdekében végzett technikai és biztosításmatematikai számítások alapján, a fedezett orvosi beavatkozások költségnövekedésének elemzése alapján, a nyújtott szolgáltatások forintban mért piaci árainak változása alapján, a tapasztalt kárgyakoriság alapján, a fedezett orvosi beavatkozásokkal kapcsolatos technológiai innovációk elemzése alapján, a viszontbiztosítási díj módosítása alapján, a magyar fizetőeszköz euróhoz viszonyított értékének változása alapján, vagy bármely olyan egyéb fejlemény vagy körülmény alapján, mely befolyásolhatja a jelen *kiegészítő biztosítás* szerint nyújtott szolgáltatások költségét.

62. A devizaárfolyam jelentős változás esetén a *biztosító* jogosult a biztosítási díj biztosítási időszakon belüli módosítására.

63. A módosított díjról a *biztosító* annak érvénybe lépése előtt 60 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt.

64. A szerződőnek jogában áll az emelést a módosított díj érvénybe lépését megelőző 30. napig írásban visszautasítania. Amennyiben a szerződő visszautasítja a díjmódosítást, úgy a *kiegészítő biztosítás* a módosított biztosítási díj érvénybe lépését megelőző napon megszűnik.

X. A SZOLGÁLTATÁS ELLEHETETLENÜLÉSE

65. A *biztosító*nak a *kiegészítő biztosítás* rendkívüli felmondására ad okot, ha a *biztosító* és a *FURTHER* között a *biztosítás szolgáltatásainak nyújtására létrejött szolgáltatási szerződés bármilyen okból megszűnik*. Ebben az esetben a *biztosító* a *kiegészítő biztosítást* legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig, a biztosítási évfordulóra felmondhatja azzal, hogy a *biztosító* köteles a kockázatviseléssel nem fedezett időszakra vonatkozó biztosítási díjat a szerződőnek visszafizetni. A *kiegészítő biztosítás* megszűnéséről a *biztosító* írásban tájékoztatja a szerződőt.

66. A *biztosító* és a *FURTHER* között a *biztosítás szolgáltatásainak nyújtására létrejött szolgáltatási szerződés megszűnése* esetén a folyamatban lévő kárügyekre vonatkozóan a szolgáltatás – lehetőség szerint – a megszűnéstől számított 24 hónapon keresztül marad fenn.

XI. BIZTOSÍTÁSI FEDEZET ÉS A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS MEGSZŰNÉSE

67. A *kiegészítő biztosítás* kifizetés nélkül megszűnik az *alpbiztosítás* feltételeiben szereplő eseteken kívül az alábbi esetekben:
- 67.1. azon a biztosítási évfordulón, amikor a *biztosított* betölti a 85. életévét;
 - 67.2. a *biztosított* halálával;
 - 67.3. abban az esetben, amikor a *külföldi gyógykezelés megszervezése szolgáltatásra* teljesített összes biztosítói kifizetés meghaladja a *kiegészítő biztosítás* teljes tartamára érvényes, összesített térítési összeghatárt;
 - 67.4. az *alpbiztosítás* tartamának végén, akkor is, ha az *alpbiztosításra* tartamhosszabbítás történik;
 - 67.5. az *alpbiztosítás* lejáratakor;
 - 67.6. az *alpbiztosítás* bármely okú megszűnése esetén;
 - 67.7. az *alpbiztosítás* díjfizetési tartamának végén;
 - 67.8. az *alpbiztosítás* díjmentesítése esetén;
 - 67.9. az *alpbiztosítás* díjfizetésének szüneteltetése esetén;
 - 67.10. a *kiegészítő biztosítás* díjnemfizetése esetén a VIII. szakaszban foglaltak szerint;
 - 67.11. abban az esetben, ha szerződő a biztosítási évfordulóra felmondja a *kiegészítő biztosítást* a 71. pontban foglaltak szerint;
 - 67.12. abban az esetben, ha a biztosító a 65. pont alapján felmondja a *kiegészítő biztosítást*;
 - 67.13. abban az esetben, ha a szerződő a 64. pont alapján visszautasítja a díjmódosítást.

XII. MARADÉKJOGOK

68. A *kiegészítő biztosításban* nincsenek a díjfizetés elmaradása, illetőleg a *kiegészítő biztosításnak* szolgáltatás nyújtása nélküli megszűnése esetében fennmaradó maradékjogok (visszavásárlás, díjmentesítés), biztosítási kötvénykölcson nem igényelhető, és többelhozam-megosztásra nem kerül sor.

XIII. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

69. A *kiegészítő biztosítás* díjának és térítési összeghatárainak értékkövetésére a IX. pontban foglaltakon túlmenően nincs lehetőség.
70. A szerződő nem kérheti a díjfizetés szüneteltetését.
71. Jelen *kiegészítő biztosítást* a szerződő legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, a biztosítási évfordulóra felmondhatja.
72. Ha jelen *kiegészítő biztosítás* az *alpbiztosításnak* az *alpbiztosítás* feltételeiben meghatározott, a kötvény kézhezvételétől számított 30 napon belüli felmondása miatt szűnik meg, akkor a szerződő részére kifizetett felmondási összegből a biztosító levonhatja a *kiegészítő biztosítás* vonatkozásában a kockázatviselés idejére jutó díjrészt.
73. Az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből adódó károkért az egészségügyi szolgáltató, és nem a biztosító tartozik helytállni. A biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetlegesen elkövetett orvosi szakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, és közreműködik abban, hogy az egészségügyi szolgáltató a panaszt vizsgálja, és a kivizsgálás eredményéről a panaszost tájékoztassa.
74. A szerződő és a *biztosított* tudomásul veszik, hogy jelen ajánlat megtetelekor a szerződési feltételekben meghatározott ellátásszervező szolgáltató a *FURTHER*, amely a biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy a jelen *kiegészítő biztosítás* keretében az ellátás-szervezési tevékenységet a *biztosítottak* tekintetében elvégezze. A biztosítónak jogában áll az ellátásszervező egészségügyi szolgáltató személyét – a szerződő tájékoztatása mellett – a *kiegészítő biztosítás* tartamán belül bármikor megváltoztatni.

A Med TopDoc kiegészítő betegségbiztosítás feltételeihez

(Az egyes szolgáltatásokról további információk a Med TopDoc kiegészítő betegségbiztosítás feltételeiben található.)

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz rendelt térítési összeghatárok:

Szolgáltatások	Biztosítási összegek és limitek
Második orvosi vélemény szolgáltatás	korlátlan
Orvosi, utazási és szállásköltségek térítése	1 millió euró/év
	2 millió euró/tartam
Külföldi kórházi kezelés esetén költségtérítés	100 euró/nap (maximum 60 nap/eset)
Utókezelés belföldi gyógyszerköltsége	50 ezer euró/tartam

Érvényes 2019. szeptember 1-től visszavonásig.

UNIQA Biztosító Zrt.

1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.

Tel.: +36 1 5445-555, +36 20 5445-555, +36 30 5445-555, +36 70 5445-555

Levelezési cím: 1390 Budapest, 62. Pf. 197

E-mail: info@uniqa.hu · Internet: www.uniqa.hu