

## Biztosítási Ügyfélértékelő a Budapest Életbiztosítás kiegészítő egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződésről

Kérjük, szíveskedjék figyelmesen elolvasni a „Budapest Életbiztosítás” kiegészítő egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés Általános és Különös Biztosítási Feltételeit, és az alábbi tájékoztatót, amelyek együttesen képezik az Ügyfélértékelőt.

### A biztosítási szerződés alanyai

Szerződő:	Budapest Bank Zrt. 1138 Budapest, Váci út 193. (a továbbiakban: Bank)
Biztosító:	ING Biztosító Zrt. 1068 Budapest, Dózsa György 84/b. (a továbbiakban: Biztosító)
Biztosított:	Az a 18-65 éves magánszemély, aki a Banknál fizetési számla, hitelkártya vagy befektetési kártya szerződéssel rendelkezik és a Biztosítotti Nyilatkozat megtételével csatlakozik a csoportos biztosítási szerződéshez.
Kedvezményezett:	A Biztosított, ha a szolgáltatás a Biztosított életében válik esedékessé. A Biztosított halála esetén a Biztosítotti Nyilatkozatban megnevezett személy(ek), vagy jelölés hiányában a Biztosított örököse(i).

### A biztosítási események és a biztosítási szolgáltatások

	E2 csomag	E5 csomag	E10 csomag	E2+ csomag	E5+ csomag	E10+ csomag
<b>Haláleset</b>	2.000.000 Ft	5.000.000 Ft	10.000.000 Ft	2.000.000 Ft	5.000.000 Ft	10.000.000 Ft
<b>Rokkantság (össz-szervezeti egészségkárosodás)</b>	–	–	–	1.000.000 Ft	2.500.000 Ft	5.000.000 Ft
<b>Kritikus betegségek</b>	–	–	–	1.000.000 Ft	2.500.000 Ft	5.000.000 Ft

Kritikus betegségnek minősül a rosszindulatú daganat, szívinfarktus, agyi érkatasztrófa, AIDS diagnosztizálása; továbbá koszorúérműtét, szervátültetés végrehajtása; valamint veseelégtelenség fellépése.

### A biztosítási szolgáltatás havi díja és díjfizetése

Életkor csatlakozáskor	E2 csomag	E5 csomag	E10 csomag	E2+ csomag	E5+ csomag	E10+ csomag
<b>18 – 30 év</b>	600 Ft	1.350 Ft	2.400 Ft	1.200 Ft	2.700 Ft	4.800 Ft
<b>31 – 40 év</b>	800 Ft	1.800 Ft	3.200 Ft	1.600 Ft	3.600 Ft	6.400 Ft
<b>41 – 50 év</b>	1.200 Ft	2.700 Ft	4.800 Ft	2.400 Ft	5.400 Ft	9.600 Ft
<b>51 – 60 év</b>	2.000 Ft	4.500 Ft	8.000 Ft	4.000 Ft	9.000 Ft	16.000 Ft
<b>61 – 65 év</b>	3.000 Ft	6.750 Ft	12.000 Ft	6.000 Ft	13.500 Ft	24.000 Ft

<b>Díjfizetés</b>	Módja:	Csoportos beszedési megbízás
	Rendszeressége:	Havi
	Díj esedékessége:	A biztosítás első díja a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozást követő naptári hónap 8. napján, majd minden további díj a naptári hónap 8. napján esedékes.

### A szolgáltatással kapcsolatos egyéb tudnivalók

Kockázatviselés kezdete:	A Biztosítotti Nyilatkozat megtételét követő nap 0 óra.
Biztosítás időtartama:	A kockázatviselés azon naptári év december 31-ig tart, amelyik évben a Biztosított betölti a 65. életévét.
Biztosítás felmondása a Biztosított által:	A Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásról szóló visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal indoklás és díjfizetési kötelezettség nélkül. 30 napon túl a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármely naptári hónap végére, 15 napos értesítési határidővel.
Biztosítás megszűnése:	Díj nemfizetése esetén az esedékességtől számított 60. napon, továbbá az Általános és Különös Biztosítási Feltételek 6. pontja szerint.
A Biztosító teljesítésének határideje:	Az elbíráláshoz szükséges valamennyi okmányának a Biztosító székhelyére való beérkezése után 30 naptári napon belül.
Legfontosabb kizárások, mentesülések:	A Biztosító nem teljesít kifizetést, ha <ul style="list-style-type: none"> <li>a kockázatviselés első 2 évében bekövetkezett biztosítási esemény egy már meglévő betegség következménye;</li> <li>a kockázatviselés kezdetétől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében hal meg a Biztosított;</li> <li>az egészségbiztosítási esemény a Biztosított szándékos magatartása, súlyos bűncselekménye, öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete, súlyos gondatlanság miatt következett be;</li> <li>a biztosítási esemény nem szervezett légi forgalom keretében történő repülőtevékenység (pl. ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés) során történt.</li> </ul> A további kizárásokat és mentesüléseket az Általános és Különös Biztosítási Feltételek 9., 10., és 22. pontjai tartalmazzák.
Biztosítási esemény bejelentése:	A Biztosított /Kedvezményezett köteles a biztosítási eseményt a bekövetkezését követő 15 napon belül bejelenteni a Biztosítónak az alábbi címen, illetve telefonszámon: ING Biztosító Zrt., Életbiztosítási Szolgáltatások Cím: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B. Telefon: 06-40-464-464 (ING TeleCenter)
Panasztétel lehetősége:	<b>A biztosítási szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje: 2 év</b> Az Általános és Különös Biztosítási Feltételek 13. pontja szerint.

### Függő Biztosításközvetítő adatai

Biztosításközvetítő neve, MNB nyilvántartási száma, székhelye:	Budapest Hitel- és Fejlesztési Bank Zrt. 205031620728, 1138 Budapest, Váci út 193.
Biztosító, aki részére a biztosításközvetítő tevékenységet végzi, székhely állama:	ING Biztosító Zrt. Magyarország
Biztosításközvetítő felügyeleti hatósága:	Magyar Nemzeti Bank (MNB)

## „Budapest Életbiztosítás” kiegészítő egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés Általános és Különös Biztosítási Feltételei

hatályos 2014. március 21. napjától

A jelen szabályzatban foglalt Általános Biztosítási Feltételek a Különös Biztosítási Feltételekkel együtt érvényesek (a továbbiakban együttesen: Biztosítási Feltételek) – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az ING Biztosító Zrt. (1068 Budapest, Dózsa György út 84/b., a továbbiakban: Biztosító) és a Budapest Bank Zrt. (1138 Budapest, Váci út 193.) között **2014. március 21. napján** létrejött „Budapest Életbiztosítás” kiegészítő egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés (továbbiakban: Csoportos Biztosítás) alapján 2014. március 21. napján vagy azt követően a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozó Biztosítottak biztosított jogviszonyára.

Az Általános Biztosítási Feltételben, illetve az adott biztosítási fedezetre vonatkozó Különös Biztosítási Feltételben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban Ptk.) rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

**Minden olyan szokás és gyakorlat, amelynek alkalmazásában a szerződés alanyai, azaz a Szerződő, a Biztosított és a Biztosító a korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, a jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejött biztosított jogviszonyokban nem irányadóak, további alkalmazásukat a szerződő felek kizárják. Ezen túlmenően, az életbiztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak a biztosított jogviszony részévé, alkalmazásukat a szerződő felek szintén kizárják üzleti kapcsolatukban.**

### Általános Biztosítási Feltételek

#### 1. A biztosítási szerződés alanyai

*Szerződő:* Budapest Bank Zrt. (a továbbiakban: Bank),

*Biztosított:* az a természetes személy lehet, akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási jogviszony létrejön. Biztosítottá válik az a 18 és 65 év közötti személy, aki a Banknál fizetési számla, hitelkártya vagy befektetési kártya (együtt: Fizető Számla) szerződéssel rendelkezik és a Csoportos Biztosításhoz írásbeli, vagy szóbeli – a Bank vagy megbízottja telefonos ügyfélszolgálatára részére tett, a telefonos ügyfélszolgálat által rögzített – Biztosított Nyilatkozattal csatlakozik, és ezzel vállalja a rá eső biztosítási díj Biztosító részére történő megfizetését. Egy Biztosított a Csoportos Biztosításhoz csak egy Fizető Számla szerződésen keresztül csatlakozhat és tarthat igényt biztosítási szolgáltatásra, valamint abba szerződőként nem léphet be. Biztosított csak olyan személy lehet, aki a csatlakozáskor a hatályos TB jogszabályok szerint rokkantsági – vagy rehabilitációs ellátásban nem részesül. A Biztosított életkorának kiszámítása: Biztosított Nyilatkozat megtételének évéből kivonva a Biztosított születési évét.

*Kedvezményezett:* a Biztosító teljesítésére jogosult személy, aki lehet

- a Biztosított, ha a szolgáltatás a Biztosított életében válik esedékessé,
- a Biztosított örököse, ha a szolgáltatás a Biztosított halála miatt válik esedékessé, feltéve, hogy a Biztosított halála esetére az írásbeli Biztosított Nyilatkozatban nem neveztek meg eltérő Kedvezményezettet,
- a Biztosított halála esetére a Biztosított által aláírt Biztosított Nyilatkozatban megnevezett személy vagy személyek.

A Biztosított a Bankhoz címzett és a **biztosítási esemény bekövetkezéséig** a Bank székhelyére beérkezett írásbeli nyilatkozattal a halála esetére a Biztosított Nyilatkozatban megnevezett kedvezményezett jelölést bármikor visszavonhatja vagy a kijelölt Kedvezményezett helyett más Kedvezményezettet nevezhet meg.

A Kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a Biztosított halála esetére megnevezett Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal. Ebben az esetben új Kedvezményezettet kell kijelölni. Ennek hiányában a Biztosított örökösét kell Kedvezményezettnek tekinteni.

*Biztosító:* ING Biztosító Zrt.

#### 2. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

2.1 A Biztosított a Különös Biztosítási Feltételek 23. pontjában szereplő életbiztosítási csomagok közül választhat. A Biztosító az alábbi biztosítási kockázatokra nyújt szolgáltatást:

Életbiztosítási alapszolgáltatás:

- A Biztosított bármely okból bekövetkező halála

Kiegészítő egészségbiztosítási szolgáltatások

- A Biztosított teljes és végleges össz-szervezeti egészségkárosodása (rokkantsága)
- Meghatározott betegségek diagnosztizálása, illetve műtéti beavatkozások elvégzése (kritikus betegségek)

2.2 A Bank és a Biztosított köteles a Biztosító Biztosítotti Nyilatkozatban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő írásbeli válaszokkal a közlési kötelezettségének eleget tenni, így különösen nyilatkozni azzal kapcsolatban, hogy a biztosítottá válás 1. pont szerinti feltételeinek a leendő Biztosított megfelel-e. A valóságnak nem megfelelő válaszok, illetve nyilatkozatok esetén a Bankra és a Biztosítottakra egyaránt vonatkoznak a Ptk.-ban foglalt, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó előírások, melyek következtében a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége adott esetben nem áll be.

### 3. A biztosítás tartama

A Csoportos Biztosítás határozatlan tartamra jött létre. Azon belül az egyes Biztosítottak biztosítási jogviszonyának biztosítási tartama biztosítási időszakokra oszlik. A biztosítási időszak egy naptári hónap.

**A Biztosított a Csoportos Biztosítási szerződésbe nem jogosult szerződőként belépni.**

### 4. A kockázatviselés kezdete

A Biztosító **kockázatviselése a Biztosított Biztosítotti Nyilatkozatának megtételét követő nap 0.00 órától kezdődik.** Új befektetési kártya vagy hitelkártya igénylésénél **azzal a feltétellel** kezdődik meg a Biztosító kockázatviselése a fenti időpontban, hogy a Biztosított **új befektetési kártya-igénylését illetve hitelkártya-igénylését a Bank utóbb elfogadja** és az erre vonatkozó **szerződés a Bank és a Biztosított között érvényesen létrejön.** Új befektetési kártya vagy hitelkártya igénylés elutasítása és/vagy az erre vonatkozó a Bank és a Biztosított közötti szerződés megkötésének bármilyen okból történő elmaradása esetén a biztosítási jogviszony nem jön létre és a Biztosító kockázatviselése sem kezdődik meg.

### 5. A biztosítási díj

5.1 A biztosítás havi díjú. **A biztosítás díjának megfizetésére kizárólag csoportos beszedési megbízásra szóló felhatalmazás megadása útján van lehetőség.** Ennek érdekében a Biztosított a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásával egyidejűleg köteles csoportos beszedési megbízásra szóló felhatalmazást adni a Biztosító, mint jogosult javára a Banknál vezetett Fizető Számlája terhére a Bankon keresztül. **A Bank a biztosítás díjával a Biztosított csoportos beszedési megbízása alapján esedékességgkor megterheli a Biztosított Banknál vezetett Fizető Számláját, és a díjat a Biztosítónak a Banknál vezetett bankszámláján jóváírja.**

5.2 Fizető Számla és/vagy a biztosítás díjának beszedésére szolgáló csoportos beszedési felhatalmazás hiányában a 6. pontban foglaltak szerint a Biztosított biztosítási jogviszonya és azzal a Biztosító adott Biztosított vonatkozásában fennálló kockázatviselése a díj nem fizetésre vonatkozó szabályok szerint megszűnik.

5.3 A kockázatviselés kezdete és a kockázatviselés kezdete hónapjának utolsó napja közötti tört (biztosítási) időszakra vonatkozóan a Biztosítottnak nincs díjfizetési kötelezettsége. Ezt követően a biztosítás havi díja előre, annak az időszakra a nyolcadik napján esedékes, amelyre vonatkozik. A biztosítás **első havi díja a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozást követő naptári hónap 8. napján, majd minden további díj a naptári hónap 8. napján esedékes.**

**A Biztosított köteles a Fizető számláján minden naptári hónap 8. napján akkora összeget rendelkezésre tartani, amely elegendő fedezetet nyújt a csoportos beszedési megbízás teljesítésére.**

Amennyiben a Bank a csoportos beszedési megbízásra szóló felhatalmazás birtokában az esedékes díjat az adott naptári hónap 8. napján nem tudja beszedni a Fizető Számláról, úgy az azt követő hónap 8. napján ismételtlen megpróbálja. Sikertelen beszedés esetén a Biztosító kockázatviselése a 6. pontban foglaltak szerint megszűnik.

5.4 A biztosítási díj annak a hónapnak a végéig terheli a Biztosítottat, és fizetendő, amelyben a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnik.

5.5 A Biztosító kockázatviselésének 6.1.f pont szerinti megszűnése esetén a Biztosított a biztosítási díjat csak a Kockázati életbiztosítási fedezetre vonatkozóan köteles megfizetni a biztosítási esemény elbírálását követő hónaptól.

### 6. Az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése

6.1 A Biztosító kockázatviselése a Biztosítottra vonatkozóan megszűnik

- a. azon naptári év december 31-én, amelyik évben a Biztosított eléri 65. életévét,
- b. a Biztosított halálával a halál időpontjában,
- c. a biztosítási díj esedékességétől számított 60. napon, amennyiben a biztosítási díj eddig az időpontig nem kerül kifizetésre,
- d. a Biztosított 7.1 és 7.2 pontok szerinti felmondása esetén,

e. 6.3 pontban meghatározott érdekmúlás esetén a csoportos beszedési megbízással már nem teljesíthető biztosítási díj esedékességét követő 60. napon,

**f. ha a Biztosító Rokkantságra szóló kiegészítő biztosításra vagy Kritikus betegségre szóló kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázatviselése közül bármelyik megszűnik, úgy a másik kockázatra vonatkozó kockázatviselés is megszűnik, és a Biztosító kockázatviselése a továbbiakban csak a Kockázati életbiztosításra (halálesetre) vonatkozik,**

**g. a Kritikus betegségre szóló kiegészítő biztosítási fedezet a Különös Biztosítási Feltételek 22.3. pontban meghatározottak szerint.**

6.2. Amennyiben a Biztosított Fizető Számla szerződése, amire tekintettel a Csoportos Biztosításhoz csatlakozott, megszűnik, úgy a Biztosított köteles újabb csoportos beszedési megbízást adni a Banknál vezetett másik Fizető Számlájára terhére.

6.3 Ha a Biztosított nem rendelkezik másik Fizető Számlával, úgy a Biztosított biztosítási jogviszonya és ezzel a Biztosítónak a Biztosított vonatkozásában fennálló kockázatviselése a Fizető Számla szerződés megszűnése miatt a 6.1. e) pontban meghatározott időben megszűnik. (érdekmúlás esete).

6.4 Amennyiben, a Biztosított rendelkezik a Banknál vezetett másik Fizető Számlával, azonban nem gondoskodik újabb csoportos beszedési megbízás megadásáról és ennek következtében a biztosítás díja az esedékességtől számított 60. napig nem kerül megfizetésre, úgy a Biztosított biztosítási jogviszonya és ezzel a Biztosítónak a Biztosított vonatkozásában fennálló kockázatviselése a fenti 6.1.c) pont alapján az ott meghatározott időpontban megszűnik.

## 7. Felmondás

7.1 A Biztosított a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásról szóló visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, biztosítási jogviszonyát indoklás és díjfizetési kötelezettség nélkül, azonnali hatállyal felmondhatja (a továbbiakban: Csatlakozást Követő Felmondás). A Biztosított nem mondhat le az őt megillető ezen felmondási jogáról. A felmondás jogát akkor kell határidőben érvényesítettnek tekinteni, ha a felmondást tartalmazó írásbeli nyilatkozatát a Biztosított a 30 napos határidő lejárta előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon a Bank által megadott címre elküldi. A határidőn túl elküldött felmondás Rendes Felmondásnak minősül. A Csatlakozást Követő Felmondás esetén a Biztosító a Biztosított által már megfizetett díjat a Biztosított részére a felmondás kézhezvételétől számított 30 napon belül visszafizeti a Biztosított Fizető Számlájára. Csatlakozást Követő Felmondás esetén a Biztosító kockázatviselése annak a napnak 24 órájaka szűnik meg, amikor a Biztosított felmondását a Bank kézhez kapta.

7.2 A Biztosított a 7.1. pont szerinti 30 napos időszakot követően biztosítási jogviszonyát a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor felmondhatja (a továbbiakban: Rendes Felmondás). Rendes Felmondás esetén a Biztosított biztosítási jogviszonya és ezzel a Biztosító kockázatviselése az alábbi időpontokban szűnik meg:

Amennyiben a Biztosított Rendes Felmondásról szóló írásbeli nyilatkozata

- a hónap 15. napjáig megérkezik a Bankhoz, akkor az írásbeli nyilatkozat Bankhoz való beérkezése hónapjának utolsó napján 24 órákor;
- a hónap 15. napját követően érkezik meg a Bankhoz, akkor az írásbeli nyilatkozat Bankhoz való beérkezését követő hónap utolsó napján 24 órákor.

A Biztosított mindkét esetben kockázatviselésének tényleges megszűnéséig illeti meg a biztosítási díj.

## 8. A Biztosító teljesítése

8.1 A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén jelen Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint köteles a szolgáltatás teljesítésére, amennyiben a Biztosítási Feltételek szerint a szolgáltatási kötelezettsége fennáll.

**8.2 A biztosítási esemény bekövetkezését a Biztosítottnak/Kedvezményezettnek 15 napon belül írásban kell bejelenteni a Biztosítónál,** a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, ha (i) a fenti határidőt nem tartják be, (ii) a szükséges felvilágosítást nem adják meg, vagy (iii) a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé és ezek bármelyike miatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenül válnak.

8.3 A Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott **biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez és elbírálásához a következő dokumentumok bemutatása szükséges, amelyet a Biztosító bármikor egyoldalúan módosíthat, amelyről a módosítás hatályba lépését megelőzően 30 nappal írásban értesíti a Szerződőt, a Szerződő pedig Biztosítottat olyan módon hogy a módosításra vonatkozó figyelemfelhívást és a módosítás lényegének összefoglalását, valamint a dokumentumok jelen pontban meghatározottak szerinti listáját a honlapján közzéteszi:**

a. Biztosítási esemény bekövetkezésekor minden esetben:

- A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és a bejelentő és a Kedvezményezett által aláírt igénybejelentő nyomtatvány.
- Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása.

- A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány feltéve, hogy a Kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg.
  - Kiskorú- és gondnokolt kedvezményezett esetén törvényes képviselő nyilatkozata, a gyámot vagy a gondnokot kirendelő határozat és/vagy jogerős bírósági ítélet másolata.
  - A Kedvezményezett aláírásával ellátott eredeti nyilatkozat a biztosítási összeg rendeltetési helyéről (bank-számlaszám, vagy lakcím), ahová a biztosítási összeg kifizethető.
  - Kifizetésnél a Pénzmosási törvény szerinti azonosító adatokat tartalmazó irat (személyi igazolvány, vagy útlevél, vagy kártya formátumú vezetői engedély és lakcímkártya) másolata vagy személyes bemutatása.
  - Teljes orvosi dokumentáció: diagnózis és felállításának időpontját igazoló iratok, orvosi szakvélemény/lelet, zárójelentés, kórházi igazolás, elszámolási nyilatkozat, korábbi orvosi iratok, műtéti leírás, ambuláns (járóbeteg ellátási) lap, röntgen lelet, ápolási dokumentáció, teljes kórházi kórlap, szövettani lelet, kontroll eredmények. Valamennyi dokumentum eredeti példánya szükséges.
  - Baleset, közlekedési baleset esetén: a baleset körülményeinek rövid leírása; rendőrségi határozat vagy bírósági végzés másolata; munkahelyi baleset esetén a munkabaleseti jegyzőkönyv másolata. A szolgáltatási igény elbírálásához a büntetőeljárásban vagy a szabálysértési eljárásban meghatározott jogerős határozatot csak abban az esetben kéri be a Biztosító, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.
- b. Halál esetén:
- Halotti anyakönyvi kivonat másolata.
  - Halottvizsgálati bizonyítvány másolata.
  - Boncjegyzőkönyv másolata.
  - Haláleseti vagy baleset utáni orvosi jelentés másolata.
- c. Rokkantság, baleseti rokkantság esetén:
- A biztosítási eseményből eredő egészségkárosodás mértékét megállapító szakértői/szakhatósági orvosi bizottság<sup>1</sup> szakvéleményének másolata.
  - Megváltozott munkaképességűek ellátására vonatkozó határozat (másolat).
  - Teljes orvosi dokumentáció másolata.
- d. Betegség esetén:
- Rosszindulatú daganatos megbetegedés esetén: eredeti kórházi zárójelentés, sebészeti műtéti leírás, onkológiai szakvélemény, szövettani lelet másolata.
  - Szívinfarktus esetén: eredeti kórházi zárójelentés, EKG görbe, a szívenzim értékek típusos emelkedését igazoló orvosi dokumentumok, szívtultrahang vizsgálat lelete.
  - Agyi érkatasztrófa esetén: eredeti kórházi zárójelentés, ideggyógyászati szakvélemény 60 napon túl fennálló, maradandó neurológiai károsodásról.
  - Koszorúér műtét esetén: eredeti kórházi zárójelentés, a műtétet megelőzően készített koszorúérfestés lelete (coronariographia).
  - Szervátültetés esetén: eredeti kórházi zárójelentés, műtéti leírás, transzplantációs gondozó jelentése, ha külföldön történt a műtét, a Biztosító előzetes hozzájárulásának másolata.
  - Veseelégtelenség fellépése esetén: eredeti kórházi zárójelentés, nefrológiai gondozó jelentése, dialízis osztály jelentése a legalább 60 napja tartó dialízis kezelésről.
  - AIDS diagnosztizálása esetén: eredeti kórházi zárójelentés, az AIDS definíciójában meghatározottakat igazoló vérvételi eredmények bemutatása, és az infektológus szakorvos igazolása (másolat) az AIDS fennállásáról.

A felsorolt okiratokon kívül a Biztosítottnak/Kedvezményezettnek joga van egyéb okiratokat, dokumentumokat is benyújtani a biztosítási esemény bekövetkezésének és a teljesítendő szolgáltatás mértékének igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint, annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

8.4 A Biztosító szükség esetén bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.

8.5 A külföldön bekövetkezett biztosítási esemény bejelentéséhez a Biztosító a biztosítási eseményt igazoló dokumentumok hivatalos magyar nyelvű fordítását kérheti.

8.6 Az előálló költségeket annak kell viselni, aki igényét a Biztosítóval szemben érvényesíti. Minden olyan adatszerezés és tudakozódás költségei, amelyek a halál okának, a Biztosított halálát okozó betegség időpontjának és lefolyásának, a halál közelebbi körülményeinek, vagy a Biztosított egészségi állapotának tisztázásához nem voltak szükségesek, a Biztosítót terhelik.

8.7 A Biztosító a biztosítási szolgáltatási összeget valamennyi a jelen Általános Biztosítási Feltételek 8.3. pontjában minden biztosítási esemény, továbbá az adott biztosítási esemény vonatkozásában meghatározott dokumentumok együttes megléte esetén fizeti ki, az utolsó dokumentum Biztosító székhelyére történő beérkezésétől számított 30 napon belül. A benyújtott dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője értékeli.

<sup>1</sup> Jelen Biztosítási Feltételek hatályba lépésekor a NEFMI 7/2012 rendelete alapján a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakértői bizottsága.

8.8 Amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (különösen az eljárást megszüntető határozat, vagy a jogerős bírósági határozat).

8.9 Amennyiben a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt illetően a biztosítási eseményt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el vagy elutasíthatja.

8.10 Az esedékes és meg nem fizetett díjakat a Biztosító a biztosítási szolgáltatás összegéből levonhatja.

8.11 A biztosítási eseményt az alábbi címen lehet bejelenteni:

#### **ING Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság**

##### **Életbiztosítási Szolgáltatások**

**1068 Budapest, Dózsa György út 84/B**

A Biztosító telefonszáma, melyen a biztosítási szolgáltatás iránti igény jelezhető:

**06-40-464-464 (ING TeleCenter)**

A biztosítás esemény bejelentését a 8.2. és a 8.3. pontokban írtak szerint kell megtenni, a Biztosító csak ezt követően tudja megkezdeni a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálását.

### **9. Mentésülés a teljesítési kötelezettség alól**

9.1 **A Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, amennyiben a Biztosított halálát a Kedvezményezett szándékosan okozta.**

9.2 **A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg abban az esetben, ha a Biztosított**

- a szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
- a kockázatviselés kezdetétől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében hal meg.

### **10. Kizárások**

10.1 A Biztosító kockázatviselése a **kockázatviselés kezdetétől számított 2 (két) éven belül nem terjed ki** a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségekkel, kóros állapotokkal, veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre, amennyiben arról a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett. Jelen pontban meghatározottakat a Biztosító csak a kockázatviselés kezdetét megelőző 2 (két) évre vonatkozóan vizsgálja.

10.2 A kiegészítő egészségbiztosítási fedezetek vonatkozásában **a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre**, ha a biztosítási eseményt a Biztosított, vagy a vele közös háztartásban élő hozzátartozója jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozta.

10.3 A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el a Különös Biztosítási Feltételek kiegészítő egészségbiztosítási fedezet vonatkozásában, különösen, ha

- a biztosítási esemény alkoholizmus és/vagy alkoholos befolyásoltság következtében történt,
- a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás következtében történt,
- a biztosítási esemény kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták.

A jelen 10.2.-10.3. pontban meghatározott rendelkezéseket a kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.

10.4 Jelen Biztosítási Feltételek alkalmazásában

(i) alkoholizmusnak minősül a szesztartalmú italok rendszeres, tartós, mértéktelen fogyasztása következtében kialakuló jellegzetes szomatikus-pszichés, kóros elváltozások együttese; amikor a testilelki megbetegedés kóros tényezőjeként az alkohol jelölhető meg.

(ii) alkoholos állapotnak tekintendő az 1,5 ezreléket meghaladó véralkohol koncentráció (0,70 mg/l-t meghaladó légalkohol-koncentráció), gépjárművezetés közben a 0,5 ezreléket meghaladó mértékű véralkohol koncentráció (0,25 mg/l-t meghaladó légalkohol-koncentráció)

10.5 **A Biztosító nem viseli a kockázatot, amennyiben a Biztosított halála, balesete, betegsége gépi erővel hajtott szárazföldi, vízi vagy légi járműben országos vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) során következett be.**

10.6 A Biztosító a teljes kockázatot viseli, ha a Biztosított halála, balesete, betegsége a szervezett légi utas- vagy áruforgalom keretében végrehajtott olyan légi úton vagy körrepülésen való részvétel következménye, amelyen a Biztosított a légi forgalomban engedélyezett légi jármű utasaként, személyzeteként, vagy az előbbi járműre vezetői engedéllyel rendelkező, hivatásszerűen tevékenykedő vezetőként vett részt.

**A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított halála, balesete, betegsége egyéb jellegű repülő tevékenység (különösen, de nem kizárólagosan az ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, egyéb sportrepülés, mezőgazdasági repülés stb.) során következik be.**

10.7 **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény – függetlenül annak bekövetkezési helyétől – közvetlenül összefüggésben áll:**

- harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel;
- felkelésekkel, lázadásokkal vagy zavargásokkal;
- munkahelyi rendbontással, tüntetéssel, felvonulással, sztrájkokkal, kivéve a hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított tüntetésen, felvonuláson, sztrájkon való jogszerű részvételt, ha a Biztosított a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségének eleget tett;
- radioaktív, illetve ionizáló sugárzással, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést.

Jelen feltételek alkalmazásában harci eseménynek minősül a háború, polgárháború, határviellongás, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény.

### 11. Együttműködési, kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettség

- a. A Biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani.
- b. A Biztosított balesete vagy megbetegedése esetén köteles tartózkodni minden olyan körülmény vagy tény elhallgatásától, eltitkolásától, melynek jelentősége lehet az egészségkárosodás mértékének megállapítása szempontjából.
- c. A Biztosított balesete vagy megbetegedése esetén a Biztosító adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni.
- d. Nem jelenti a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

A kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegése esetére az Általános Biztosítási Feltételek 10.2-10.3 pontjában meghatározottak az irányadók.

### 12. Elévülés

**12.1 A biztosítási jogviszonyból eredő biztosítási igények az esedékességtől számított két év alatt elévülnek.**

12.2 Az elévülési idő alatt ki nem fizetett szolgáltatást a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.

### 13. A panaszok bejelentése

A Biztosítottak esetleges panaszukkal az **ING Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság Ügyfélszolgálati Igazgatóságához** (cím: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, levelezési cím: 1364 Budapest, Pf.: 247, e-mail cím: biztosito.panasz@ing.hu, telefon: 06-40-464-464 (ING TeleCenter), faxeszám: 06-1-267-4833), illetve a **Magyar Nemzeti Bankhoz** (levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1534 Budapest BKKP Pf. 777, telefon: 06-1-4899-100, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnk.hu) fordulhatnak. A panasz Biztosító általi elutasítása esetén, illetve ha a Biztosított a Biztosító válaszával nem ért egyet a **Magyar Nemzeti Banknál** fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a **Pénzügyi Békéltető Testület** eljárását kezdeményezheti (levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1525 Budapest BKKP, Pf.: 172, telefon: 06-1-4899-100, e-mail cím: pbt@mnk.hu, ügyfélkapun keresztül: www.magyarorszag.hu).

### 14. Adatkezelés

14.1 **A Biztosított a biztosítási jogviszonyának tartama alatt köteles a Banknak a változást követő 5 munkanapon belül, a Bank pedig a Biztosítónak 30 napon belül bejelenteni a Csoportos Biztosításban,** Biztosított Nyilatkozatban közölt, vagy egyéb lényeges adatok változását. Lényeges adat az, amire a Biztosító a csatlakozás során rákérdez.

14.2 A Szerződő, a Biztosított és a Kedvezményezett által bármilyen formában megadott személyes adatot a Biztosító biztosítási titokként kezeli és dolgozza fel (részletes szabályok a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben /Bit./). A személyes adatokat a Biztosító a Csoportos Biztosítás létrehozásával, kezelésével és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárása, biztosítási szolgáltatási tevékenységének elősegítése, valamint a jogszabályokban meghatározott adatszolgáltatási kötelezettségének teljesítése érdekében használja fel.

14.3 A Biztosított Nyilatkozat aláírásával/megadásával a Biztosított beleegyezik abba, hogy az őt kezelő orvosok, kórházak és egyéb egészségügyi intézmények a Biztosító kérésére kárrendezés céljából információt bocsássanak rendelkezésre, ennek érdekében a Biztosított az őt kezelő orvosokat, kórházakat és egyéb egészségügyi intézményeket a szükséges mértékben felmenti az orvosi titoktartási kötelezettség alól.

14.4 A Biztosított a Biztosítotti Nyilatkozat megtételével önkéntesen, határozottan és tájékozottan kinyilvánítja hozzájárulását ahhoz, hogy a Biztosító a megadott személyes adatait a Csoportos Biztosítási szerződéshez való csatlakozás alapján létrejövő biztosítotti jogviszony létrejöttével, nyilvántartásával és a szolgáltatás teljesítésével összefüggő célból feldolgozza, nyilvántartsa és kezelje, valamint felhasználja statisztikai célokra, amely adatokra a biztosítási titokvédelem vonatkozik.

14.5 A **Biztosító feladatai ellátásához jogosult kezelni** a Csoportos Biztosítási szerződés és a biztosítotti jogviszony létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes minden lényeges tényt és körülményt, továbbá a Biztosított és a Kedvezményezett által megadott személyes és egészségügyi adatot.

#### **A biztosítási titok és titoktartási kötelezettség**

14.6 **A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül** – ha törvény másként nem rendelkezik – **titoktartási kötelezettség terheli a Biztosítót, és a biztosításközvetítő tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.** Az adatokat a Biztosító alkalmazottai kezelik. Az egészségi állapottal összefüggő adatokat kárrendezés céljából a Biztosító vezető orvosa és az ezen tevékenységet a Biztosító részére végző orvosok is, valamint a viszontbiztosító megkaphatják.

14.7 Biztosítási titok (biztosítási titkot képező adat) csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a Biztosító, és a biztosításközvetítő ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy a biztosítási törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

#### **Az adatkezelés jogalapja, célja és időtartama**

14.8 A biztosító és a biztosításközvetítő a Biztosított (Szerződő, Kedvezményezett) azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az itt meghatározott adatkezelés jogalapját a Bit. teremti meg. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet. A Biztosított egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító az előbbieken meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. Fentiekől eltérő célból végzett adatkezelést a Biztosító, a biztosításközvetítő csak a Biztosított (Kedvezményezett) előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az Biztosítottat (Kedvezményezettet) nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

A 14.6, 14.7 és a jelen pontban meghatározottak szerint a biztosításközvetítő jogosult az Biztosított (Kedvezményezett) biztosítási titkát megismerni és azt kezelni.

A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A Biztosító, és a biztosításközvetítő köteles törölni minden olyan, Biztosítottjával (Kedvezményezettel), volt Biztosítottjával (Kedvezményezettel) vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

#### **Nem áll fenn a titoktartási kötelezettség**

14.9 A Biztosító **titoktartási kötelezettsége a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény alapján azonban nem áll fenn** (a biztosítási törvényben meghatározott feltételek mellett) az alábbi hatóságok vonatkozásában: feladatkörében eljáró Felügyelet; nyomozóhatóság, ügyészség, továbbá az általuk kirendelt szakértő; bíróság, a bíróság által kirendelt szakértő, önálló bírósági végrehajtó; közjegyző, továbbá az általa kirendelt szakértő; adóhatóság; nemzetbiztonsági szolgálat; Gazdasági Versenyhivatal, gyámhatóság, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108 § (2) bekezdésben foglalt egészségügyi hatóság; a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szerv; kötvény-nyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó hivatal, a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa; továbbá a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (a továbbiakban Hatóság). A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) estén a kockázatvállaló biztosítókkal; állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződés állomány tekintetében az átvevő Biztosítóval, a kiszervezéshez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben.



Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény szerinti ellenőrzési eljárás során az összevont alapú felügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

#### Az adatok kezelése

14.10 A Biztosított (Szerződő, Kedvezményezett) kérelmezheti a Biztosítónál tájékoztatását személyes adatainak kezeléséről, személyes adatainak helyesbítését és a biztosítási törvényen alapuló adatkezelésen kívüli (a 14.9 pontban meghatározott célon túli adatkezelés esetén) személyes adatainak törlését vagy zárolását, illetve tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen. A Biztosító köteles a Biztosított (Szerződő, Kedvezményezett) kérésére a Biztosító által vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól tájékoztatást adni, valamint a Biztosított (Szerződő, Kedvezményezett) által kezdeményezett adathelyesbítést átvezetni. (részletes szabályok az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról 2011. évi CXII. törvényben /Info törvény/). A Biztosított jogosult a vele kapcsolatban elvégzett orvosi vizsgálat eredményeit az egészségügyi szolgáltatónál megismerni.

14.11 A Biztosító a személyes adatok kezelését a Hatóság által vezetett adatvédelmi nyilvántartásba bejelenti.

A Biztosított (Szerződő, Kedvezményezett) jogai megsértése esetén a Hatósághoz, valamint bírósághoz fordulhat.

#### 15. Egyéb rendelkezések

15.1 A Biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el székhelyére, ide nem értve a telefonon keresztül tett Biztosítotti Nyilatkozatot, és a Biztosított által a **jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott esetekben** a Banknál megtett egyéb nyilatkozatokat, melyeket a Bankkal való közlés pillanatában a Biztosítóval is közöltnek kell tekinteni.

15.2 A Biztosító által a Banknak, a Biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak a Biztosító által ismert utolsó címére levélben elküldött jognyilatkozata abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették.

15.3 A biztosító a kockázati életbiztosításra tekintettel tőke-, illetve hozamgaranciát nem vállal.

2014. január 1-jétől hatályos szabályok alapján Biztosított Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásával létrejött biztosítási jogviszony esetében adómentes az élet-, baleset- és betegségbiztosításból származó haláleseti, baleseti, betegségi szolgáltatási összeg.

Jelen tájékoztatás a Biztosítottat, Kedvezményezettet nem mentesíti az alól, hogy a mindenkor hatályos adótörvények rendelkezéseiről a tőlük elvárható módon maguk is tájékozódjanak.

Az adózással kapcsolatos szabályok a biztosítási szerződés tartama alatt megváltozhatnak. Az adójogszabályok változásáról a Biztosító a honlapján ([www.ing.hu/ado](http://www.ing.hu/ado)) keresztül ad tájékoztatást, írásos értesítést nem küld. A jogszabályi változásokat a Biztosított, Kedvezményezett kíséri figyelemmel.

15.4 A jelen biztosítás nem visszavásárolható és díjmentesen nem leszállítható. A biztosításra kötvénykölcson sem nyújtható.

### Különös Biztosítási Feltételek

a) A jelen különös biztosítási feltételek (továbbiakban: Különös Biztosítási Feltételek) vonatkoznak - ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az ING Biztosító Zrt. (1068 Budapest, Dózsa György út 84/b, a továbbiakban: Biztosító) és a Budapest Bank Zrt. (1138 Budapest, Váci út 193) között **2014. március 21. napján** létrejött „Budapest Életbiztosítás” kiegészítő egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés (továbbiakban: Csoportos Biztosítás) alapján 2014. március 21. napján vagy azt követően a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozó Biztosítottak biztosított jogviszonyára.

b) A jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltételek és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

#### A főbiztosítás szolgáltatása

#### Kockázati életbiztosítás

#### 16. Az alapbiztosítás szolgáltatása

16.1 A Biztosító a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 2.1. szerint választott biztosítási csomagban meghatározott halálesetre szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek, amennyiben a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt meghal. A jelen biztosítás a Biztosítottra vonatkozóan a halál időpontjával megszűnik.

16.2 Jelen biztosítás esetén a biztosítási esemény időpontja a haláleset bekövetkezésének időpontja.

16.3 **Amennyiben a Biztosított ugyanazon okból kifolyólag már részesedett a Kritikus betegségekre szóló biztosítás szolgáltatásában és a két biztosítási esemény egymáshoz képest 30 napon belül következett be, a Biztosító a jelen haláleseti biztosításra fizetendő összegből a Kritikus betegségekre szóló biztosításra már kifizetett összeget levonja.**

## Kiegészítő egészségbiztosítási szolgáltatások

### Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás

#### 17. A biztosítási szolgáltatás

17.1 Amennyiben a Biztosítottnál a biztosítási tartam alatt olyan össz-szervezeti egészségkárosodás (rokkantság) következik be, amelynek mértéke az ennek megállapítására jogosult szakértői bizottság\* szakvéleménye alapján

- a) meghaladja a 69%-ot (D vagy E rokkantsági kategória) vagy,
- b) 50-69% közötti (C1 vagy C2 rokkantsági kategória), és ez a mértékű egészségkárosodás a biztosítás tartama alatt bekövetkező balesetből ered, továbbá fennállnak a baleseti rokkantság 17.4 pontban meghatározott feltételei,

a Biztosító a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 2.1. szerint választott biztosítási csomagban meghatározott a biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére, és a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával a jelen Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítási fedezet és a Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítási fedezet a Biztosítottra vonatkozóan megszűnik.

17.2 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a jelen Különös Biztosítási Feltételek 17.1. pontjában meghatározott mértékű egészségkárosodás bekövetkezésének a szakértői bizottság szakvéleményében meghatározott időpontja, vagy ennek hiányában a szakvélemény elkészítéséhez lefolytatott vizsgálat időpontja.

17.3 Az az egészségkárosodás, amely a jelen kiegészítő biztosítás a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetén már fennállt, a jelen Különös Biztosítási Feltételek 17.1. pontjában meghatározott mértékű a biztosítási összeg kifizetésére jogosító egészségkárosodás megállapításakor nem vehető figyelembe.

17.4 Jelen feltételek szerint baleseti rokkantságnak minősül, az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosított akaratától függetlenül a kockázatviselés ideje alatt éri, és amellyel összefüggésben Biztosított **a balesettől számított egy éven belül** a 17.1. b) pontban meghatározott mértékű súlyos és maradandó egészségkárosodást szenved el. Jelen feltételek alkalmazásában **nem minősül baleseti rokkantságnak** az az egészségkárosodás, amely a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőző vagy fertőzéssel keletkezett betegség, a rovarcsípés, a fagyás, a kihűlés, a napszúrás, a nap általi égés, a hóguta, a szilárd, folyékony, légnemű anyagok bevétele miatti szándékos mérgezés, illetve sérülés, a Biztosított elme vagy tudatzavarával összefüggésben bekövetkező esemény, vagy orvosi műhiba bekövetkezéséből ered. **Nem minősül baleseti rokkantságnak** a Biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett esemény, továbbá a Biztosított öngyilkossági kísérlete miatt kialakult rokkantsága sem.

### Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás

#### 18. A biztosítási szolgáltatás

18.1 A Biztosító a Kedvezményezett részére a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 2.1. szerint választott biztosítási csomagban meghatározott biztosítási összeget fizeti ki, amennyiben a Biztosítottal a biztosítás tartamán belül az alábbi biztosítási események valamelyike történik:

- rosszindulatú daganatban való megbetegedése,
- szívinfarktus diagnosztizálása,
- agyi érkatasztrófa diagnosztizálása,
- koszorúérműtét végrehajtása,
- szervátültetés végrehajtása,
- veseelégtelenség fellépése,
- AIDS-ben való megbetegedés diagnosztizálása, feltéve hogy a Biztosítottnál a kockázatviselés kezdete előtt nem diagnosztizáltak HIV fertőzöttséget.

**A Biztosító jelen kiegészítő biztosítás alapján ugyanazon Biztosított esetében a biztosítási összegnek megfelelő szolgáltatást legfeljebb egyszer nyújtja, azaz a szolgáltatások nem adódnak össze.** Ennek megfelelően a Biztosító a Biztosított vonatkozásában csak egyszer szolgáltat amennyiben a Biztosított esetében egyszerre több, a fentebb felsorolt betegségek együttesen, vagy külön-külön lépnek fel.

\* Jelen Biztosítási Feltételek hatályba lépésekor a NEFMI 7/2012 rendelete alapján a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakértői bizottsága.

18.2 A fenti biztosítási eseményekkel összefüggésben fizetendő biztosítási összeg kifizetésével, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjára a jelen Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítási fedezet és a Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítási fedezet a Biztosítottra vonatkozóan megszűnik.

## 19. Betegségdefiníciók

19.1 **Rosszindulatú daganat** a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan növekedése és szövetek közötti terjedése. A rosszindulatú daganat meghatározás magában foglalja az egyéb szervi daganatok mellett:

- a nyirokszövet rosszindulatú daganatait (Hodgkin- és Non-Hodgkin-lymphoma),
- a vérrákot (leukémia) a krónikus lymphoid leukémia kivételével,
- a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatát (melanoma malignum).

### A jelen biztosítás nem terjed ki:

- a helyi, a környezetét nem elárasztó, úgynevezett lokális daganatokra (carcinoma in situ);
- a melanoma malignumon kívüli bármilyen bőrrákra;
- a körülírt, nem a környezetébe törő olyan daganatokra, melyek a korai rosszindulatúvá válás jeleit mutatják;
- HIV fertőzés mellett fellépő bármely daganatra.

19.2 A **szívinfarktus** a szívizomzat egy részének minden réteget érintő – transmurális – elhalása, amelyet a megfelelő terület hirtelen kialakuló vérellátási elégtelensége okoz. A diagnózis megállapításához az alábbi feltételek közül legalább háromnak teljesülnie kell:

- jellegzetes panasz,
- nekroenzim emelkedés,
- specifikus EKG eltérés,
- szív ultrahang (hypo- vagy akinesis),
- pozitív coronarographia.

19.3 **Agyi érkatasztrófa** az olyan hirtelen fellépő idegrendszeri történés, agyi trombózis, agyvérzés, koponyán kívüli embóliaforrásból eredő agyi embólia, amelynek akut tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak. Az akut idegrendszeri tünetek meghatározása magába foglalja a következőket: agyideg bénulása, beszédképesség elvesztése, végtagi bénulás, érzéskiesés, járásképtelenség. **A biztosítás nem terjed ki** az idegrendszeri történést követően kialakuló hangulatváltozásra, koncentráció- és memóriazavarra, fejfájásra, aluszékonyságra, fáradékonyságra, szédülésre, a balesetből eredő koponyaűri vérzésekre, illetve az átmeneti (24 óránál rövidebb ideig tartó), maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarokra.

19.4 **Koszorúérműtét** az a nyitott mellkasban végzett operáció, melynek célja a koszorúér szűkületének, illetve elzáródásának megszüntetése lábszár vénából, illetve mellkasból vett ér pótlással. **A biztosítás nem terjed ki** a nem nagysebészeti megoldásokra, melyek közül ma ismert a ballon katéterrel végzett tágítás, illetve a koszorúér kerítésének biztosítása céljából behelyezett bármely típusú stent (sztent) műtét.

19.5 **Szervátültetés** az a szív-, szív-tüdő-, máj-, illetve veseátültetés, ahol a Biztosított mint szervet kapó (recipiens) szerepel. **A biztosítás a szervet adóra (donor) nem terjed ki. A biztosítás csontvelő-, illetve hasnyálmirigy-átültetésre nem terjed ki.**

19.6 A **veseelégtelenség** mindkét vese működésének tartós, krónikus, visszafordíthatatlanul beszűkült, végállapotot jelző funkcióját jelenti, mely dialízis kezelést tesz szükségessé.

19.7 **AIDS**-nek minősül az, ha a HIV fertőzött vérében a CD4+ (limfociták) sejtek száma tartósan 200/μl alatt marad és opportunista – az emberben meglévő, egyébként ártalmatlan kórokozók okozta – fertőzés járul hozzá. **A biztosítás nem terjed ki** az AIDS-ben való megbetegedésre, amennyiben a Biztosítottnál a kockázatviselés kezdete előtt már HIV fertőzöttséget diagnosztizáltak.

## 20. A biztosítási esemény bekövetkezése

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az egyes biztosítási események esetén a következő:

- rosszindulatú daganatban való megbetegedés esetén a betegség diagnosztizálásának időpontja;
- szívinfarktus, agyi érkatasztrófa esetén a betegség bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja;
- koszorúérműtét, szervátültetés esetén a műtét időpontja;
- veseelégtelenség fellépése esetén a dialízis kezelés megkezdése utáni 60 nap letelte;
- AIDS-ben való megbetegedés esetén a betegség definíciójának megfelelő betegség diagnosztizálás időpontja.

## 21. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

21.1 A Kedvezményezett az igényt a biztosítási esemény bekövetkezését követő **90 napon belül köteles írásban bejelenteni** a Biztosítónak.

21.2 Szervátültetés esetén, ha a műtetre nem Magyarország területén kerül sor a Biztosító előzetes hozzájárulása szükséges.

21.3 A szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat az Általános Biztosítási Feltétel 8. pontja tartalmazza.

## 22. Kizárások

22.1 A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:

a. ha a Biztosítottnál a Biztosítás tartamán belül, a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napon belül rosszindulatú daganatot, AIDS-ben való megbetegedést, szívinfarktust, agyi érkatasztrófát diagnosztizáltak, illetve koszorúérműtét, szervátültetés végrehajtására került sor vagy veseelégtelenség lépett fel,

b. ha igazolható, hogy a Biztosított megbetegedése műtétje, öngyilkossággal vagy öngyilkossági kísérlettel összefüggésben következik be.

22.2 A kockázatviselésből kizárt további kockázatokat az Általános Biztosítási Feltételek 10. pontja tartalmazza.

22.3 A Biztosítottnak a biztosítás tartamán belül, a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 90 nap eltelte előtt rosszindulatú daganat, AIDS-ben való megbetegedés, szívinfarktus, agyi érkatasztrófa diagnosztizálása, illetve koszorúérműtét, szervátültetés vagy veseelégtelenség fellépése esetén jelen biztosítási fedezet a Biztosítottra vonatkozóan megszűnik. A megszűnés időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja.

Ebben az esetben a Biztosító kockázatviselése csökkentett biztosítási díjjal kizárólag a Kockázati életbiztosítási fedezet vonatkozásában marad fenn.

## 23. Választható életbiztosítási csomagok által fedezett biztosítási események és biztosítási összegek

	E2 csomag	E5 csomag	E10 csomag	E2+ csomag	E5+ csomag	E10+ csomag
Kockázati életbiztosítás	2.000.000 Ft	5.000.000 Ft	10.000.000 Ft	2.000.000 Ft	5.000.000 Ft	10.000.000 Ft
Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás	-	-	-	1.000.000 Ft	2.500.000 Ft	5.000.000 Ft
Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás	-	-	-	1.000.000 Ft	2.500.000 Ft	5.000.000 Ft

23.1 A Biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt biztosítási csomagot válthat a Bankhoz írásban vagy telefonon keresztül megtett nyilatkozatával. Az új biztosítási csomag az igény Bankhoz történő bejelentését követő hónap első napjától érvényes, az új biztosítási csomagra vonatkozó díj a bejelentést követő hónap 8. napján, majd minden további díj a naptári hónap 8. napján esedékes.

23.2 Az eredetinel magasabb biztosítási összegű csomagra történő váltás esetén a biztosítási összeg növekményére vonatkozóan, továbbá az eredetinel több kiegészítő biztosítási szolgáltatást tartalmazó csomagra történő váltás esetén az újonnan felvett biztosítási szolgáltatásokra vonatkozóan a Biztosító kockázatviselésének kezdete az új biztosítási csomag érvényességének kezdete.

Budapest, 2014. március 21.