

A MetLife Europe d.a.c. Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítások (MET-825; MET-826) biztosítási szabályzata



Tartalom

Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések I. rész	4
I. A biztosítóra vonatkozó tájékoztató adatok	5
II. Panaszkezelés	6
III. A biztosítási titok és a személyes adatok kezelése	8
IV. A személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatás	12
V. Adózási tudnivalók magánszemélyek részére	12
VI. Tájékoztatás adóügyi illetőségről	13
VII. Késedelmi kamat	13
VIII. A technikai kamatláb megváltoztathatósága	14
IX. A biztosításközvetítő	14
X. Egyéb rendelkezések	15
Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések II. rész	16
I. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos fogalmak	17
II. A balesetbiztosítási és az egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatos fogalmak	19
III. A biztosítási szerződés alanyai	20
IV. A biztosítási szerződés megkötése, a kockázatviselés kezdete	21
V. A biztosítási szerződés létrejötte a biztosító ráutaló magatartásával	21
VI. A biztosítási szerződés megkötése távértékesítés útján	22
VII. A biztosítási szerződés megkötése elektronikus úton	22
VIII. A szerződéskötés különös szabályai	23
IX. Biztosítási érdek	23
X. Várakozási idő	23
XI. Belépés a szerződésbe	23
XII. Kedvezményezett kijelölése	24
XIII. A biztosítási szerződés megkötését követő tájékoztatás	24
XIV. A biztosítási szerződés tartama	25
XV. Közlési és változásbejelentési kötelezettség	25
XVI. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megszegésének következménye egészségbiztosítási szerződés esetén	25
XVII. A biztosító szolgáltatása	25
XVIII. A biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól, maradékjog	26
XIX. A biztosítási kockázat jelentős növekedése	26
XX. A biztosítás díja	26
XXI. Értékkövetés (indexálás)	27
XXII. A biztosítási szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződések megkötése és módosítása, kármentességi bónusz	27
XXIII. Díjfizetési kötelezettség a biztosítási szerződés megszűnése esetén	28
XXIV. A díjfizetési kötelezettség elmulasztásának következményei	28
XXV. A biztosítási szerződés ismételt hatályba léptetése	28
XXVI. A biztosítási esemény és a biztosítási esemény bekövetkezésére vonatkozó bejelentési kötelezettség	28
XXVII. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése	29
XXVIII. Kizárások	29
XXIX. A biztosítási szerződés felmondása	31
XXX. A biztosítási szerződés megszűnése	31

XXXI.	Jognyilatkozatok	31
XXXII.	Elévülés	32
XXXIII.	Irányadó jog, joghatóság kikötése	32
XXXIV.	A biztosítási szerződésre vonatkozó jogszabályi rendelkezésektől lényegesen eltérő feltételek	32
XXXV.	Egyéb rendelkezések	33

Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések II. rész - Mellékletek

1. számú melléklet:	Választható biztosítási csomagok és díjak	36
2. számú melléklet:	Csonttörések és égési sérülések táblázata	37
3. számú melléklet:	Műtéti beavatkozások táblázata	39
4. számú melléklet:	Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata	44
5. számú melléklet:	A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok	46

Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések

Junior Care csonttörés és égési sérülés esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-F10, MET-F11, MET-F12, MET-F13)	48
Junior Care kórházi ellátás esetén napi térítést nyújtó (MET-NA3, MET-NA4, MET-NA5, MET-NA6) és műtéti beavatkozás esetére szóló (MET-SA3, MET-SA4, MET-SA5, MET-SA6) biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések	50
Junior Care baleseti maradandó egészségkárosodás esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-R58, MET-R59, MET-R60, MET-R61)	52
Junior Care kritikus betegségekre szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-CJ1, MET-CJ2, MET-CJ3, MET-CJ4)	54
Függelék - A Junior Care Kritikus betegségekre szóló biztosítási szerződés alapján biztosítási eseménynek minősülő betegségek, egészségi állapotok, műtéti beavatkozások kategóriáinként, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és a biztosítási összeg mértéke	56
Junior Care asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-A08-23)	67

Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések I. rész

BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSEKRE IRÁNYADÓ ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK I. RÉSZ

A Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási biztosítási szabályzatában (a továbbiakban: biztosítási szabályzat) foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire (a továbbiakban együttesen mint: biztosítási szerződés vagy biztosítás) érvényesek, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a biztosítási szabályzatra hivatkozással kötötték.

I. A biztosítóra vonatkozó tájékoztató adatok

1. A MetLife, Inc. (NYSE: MET) („MetLife”) a világ egyik legnagyobb életbiztosító társasága. Az 1868-ban alapított MetLife leányvállalatain és társvállalatain keresztül világszerte kínál életbiztosítási és életjáradék programokat, alkalmazotti juttatásokat, valamint vagyongazdálkodási szolgáltatásokat. A mintegy 100 millió ügyfelet kiszolgáló és a FORTUNE 100® közül 90 céggel együttműködő MetLife közel 50 országban van jelen, és piacvezető szerepet tölt be az Egyesült Államokban, Japánban, Latin-Amerika, Ázsia, Európa és a Közel-Kelet országokban.

A MetLife csoport tagjaként, a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe a magyar életbiztosítási piacon is értékálló hozamokat nyújtó és hosszú távú pénzügyi biztonság megteremtésére alkalmas megoldásokat kínál. A MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe számára fontos, hogy ügyfeleinek az elvártnál jobb minőségű szolgáltatást nyújtson, amelyre a jól felkészült kollégái jelentik a garanciát. További információért látogassa meg a www.metlife.hu honlapot.

2. A MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe adatai

Név: MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

Jegyzett tőke: 10,7 milliárd forint

Székhely: 1138 Budapest, Népfürdő utca 22.

Székhely állama: Magyarország

Cégjegyzékszám: 01-17-000934

Adószám: 25363926-2-41

Nyilvántartja: a Fővárosi Törvényszék Cégbírósága

Jogi forma: fióktelep

Postai cím: 1138 Budapest, Népfürdő utca 22.

Telefonszám: +36 (1) 391 1300

Fax szám: +36 (1) 391 1660

E-mail cím: info@metlife.hu

Internetes honlap: www.metlife.hu

Panaszkezelő szervezeti egység: Ügyfélszolgálati Osztály

Ügyfélszolgálati osztály címe: 1138 Budapest, Népfürdő utca 22.

Ügyfélszolgálati osztály telefonszáma: +36 (1) 391 1300

Ügyfélszolgálati osztály fax száma: +36 (1) 391 1660

Ügyfélszolgálati osztály e-mail címe: info@metlife.hu

Hatáskörrel rendelkező felügyeleti hatóság: Magyar Nemzeti Bank (Székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 9., Tel.: +36 (1) 428 2600, Fax: +36 (1) 429 8000, E-mail: info@mnbb.hu, Levélcím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest, Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., Ügyfélszolgálati tel.: +36 (80) 203 776, Pénzügyi fogyasztóvédelem e-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu)

A biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén eljáró hatóság: Pénzügyi Békéltető Testület (Levélcím: Pénzügyi Békéltető Testület 1525 Budapest, Pf.: 172, Ügyfélszolgálat címe: 1013. Budapest, Krisztina krt. 39., Telefon: +36-80-203-776, E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu)

3. A MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe anyavállalatának adatai

Név: MetLife Europe d.a.c.

Székhely: 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2

Székhely állama: Írország

Nyilvántartási szám: 415123

Nyilvántartást végző hatóság: Central Bank of Ireland

Jogi forma: részvénytársaság

Tulajdonosok: MetLife EU Holding Company Limited, American Life Insurance Company, MetLife Holdings (Cyprus) Limited, International Technical and Advisory Services Limited (ITAS)

Hatáskörrel rendelkező felügyeleti hatóság: Ír Pénzügyi Szolgáltatások Hatóságának Központi Bankja (Székhely: Central Bank of Ireland, PO Box 559, Dame Street, Dublin 2, Írország)

A fizetőképességről és pénzügyi helyzetéről szóló éves jelentés: a MetLife Europe d.a.c. a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló éves jelentést (SFCR) minden év június 30. napjáig teszi közzé a www.metlife.hu honlapon.

II. Panaszkezelés

1. A biztosító biztosítja, hogy az ügyfél és a fogyasztói érdekképviseleti szervek (a továbbiakban együtt e pont alkalmazásában: ügyfél) a biztosító, 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) közölhesse.
2. A biztosító
 - a) a szóbeli panaszt valamennyi, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségben, annak nyitvatartási idejében, ennek hiányában a székhelyén minden munkanapon 8 órától 16 óráig, de legalább a hét egy munkanapján 7 és 21 óra között legalább tizenkét órán keresztül folyamatosan,
 - b) a telefonon közölt szóbeli panaszt minden munkanapon 8 órától 16 óráig, de legalább a hét egy munkanapján 7 és 21 óra között legalább tizenkét órán keresztül folyamatosan,
 - c) az írásbeli panaszt elektronikus eléréssel - üzemzavar esetén megfelelő más elérhetőséget biztosítva – folyamatosan fogadja.
3. A biztosító a szóbeli panasz ügyfelek részére nyitva álló helyiségben vagy annak hiányában székhelyén történő kezelése esetén biztosítja, hogy az ügyfeleknek lehetőségük legyen elektronikusán és telefonon keresztül is a személyes ügyintézés időpontjának előzetes lefoglalására. A személyes ügyintézés időpontja igénylésének napjától számított 5 munkanapon belül a biztosító személyes ügyfélfogadási időpontot biztosít az ügyfél számára.
4. Telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító biztosítja az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadást és ügyintézkést. A biztosító az ügyintézőjének - a biztosító felé indított hívás sikeres felépülésének időpontjától számított - öt percen belüli élőhangos bejelentkezése érdekében úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.

5. A biztosító a szóbeli panaszt – a 6. pontban meghatározott eltéréssel - azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha az ügyfél a panasz kezelésével nem ért egyet, a biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek - a 7. pontban foglaltakkal egyidejűleg - megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.
6. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek - a 7. pontban foglaltakkal egyidejűleg - megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.
7. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő 30 napon belül megküldi az ügyfélnek. A biztosító a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.
8. A panasz elutasítása esetén a biztosító válaszában írásban tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a pénzügyi közvetítőrendszer felügyeletével kapcsolatos feladatkörében eljáró 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, amennyiben a Pénzügyi Békéltető Testület eljárására vonatkozó szabályok alapján fogyasztónak minősül. A biztosítónak tájékoztatni kell a fogyasztót arról, hogy tett-e általános alávetési nyilatkozatot, meg kell adnia a Pénzügyi Békéltető Testület székhelyét, telefonos és internetes elérhetőségét, valamint levelezési címét, továbbá a fogyasztó külön kérésére meg kell küldenie a Pénzügyi Békéltető Testület által készített és a biztosító rendelkezésére bocsátott kérelem nyomtatványt.
9. A Magyar Nemzeti Bank és a Pénzügyi Békéltető Testület székhelye, levelezési címe, telefonos és internetes elérhetősége a biztosítási szabályzat I. 2. pontjában található.
10. A biztosító az ügyfelek panaszai hatékony, átlátható és gyors kezelésének eljárásáról, a panaszügyintézés módjáról, valamint a 11. pont szerinti nyilvántartás vezetésének szabályairól szabályzatot (a továbbiakban: panaszkezelési szabályzat) készít. A biztosító a panaszkezelési szabályzatban tájékoztatja az ügyfelet a panaszügyintézés helyéről, levelezési címéről, elektronikus levelezési címéről, telefonszámáról és telefaxszámáról. A biztosító a panaszkezelési szabályzatot a honlapján és az ügyfelek számára nyitva álló helyiségében, ennek hiányában a székhelyén közzéteszi.
11. A biztosító az ügyfelek panaszairól, valamint az azok rendezését, megoldását szolgáló intézkedésekről nyilvántartást vezet.
12. Az Európai Parlament és a Tanács 2013. május 21-i 524/2013/EU rendelete a fogyasztói jogviták online rendezéséről, valamint a 2006/2004/EK rendelet és a 2009/22/EK irányelv módosításáról (fogyasztói online vitarendezési irányelv) alapján az Európai Bizottság létrehozta az uniós szintű online vitarendezési platformot (platform), amely az alábbi internetes oldalon érhető el: <http://ec.europa.eu/odr>.

A platformon az Unióban tartózkodási hellyel rendelkező fogyasztók (magánszemélyek), az Unióban letelepedett kereskedőkkel szemben, online szolgáltatási szerződéssel kapcsolatos jogvitáik bírósági eljáráson kívüli rendezését kezdeményezhetik. Az online vitarendezési platform felhasználható a pénzügyi fogyasztói viták rendezéséhez.

A rendelet nem alkalmazandó a fogyasztók és kereskedők közötti azon vitákra, amelyek a nem internetes (offline) úton létrejött szerződések kapcsán, illetve kereskedők között merülnek fel.

A rendelet hatálya közvetlenül kiterjed a Magyarországon székhellyel rendelkező pénzügyi szolgáltatókra, így a biztosítóra is, amennyiben a fogyasztó és a biztosító között létrejött biztosítási szerződést a fogyasztó a biztosító, vagy biztosításközvetítő weboldalán (jellemzően biztosításközvetítő személyes közreműködése nélkül) elérhető, szerződéskötést lehetővé tévő alkalmazások igénybevételeivel kötötte meg.

A rendelet értelmében a fogyasztók a platform használatával online kezdeményezhetik a jogvita bírósági eljáráson kívüli rendezését. A jogvita peren kívüli rendezésére Magyarországon a Pénzügyi Békéltető Testület jogosult.

Az online vitarendezési platformról a Magyar Nemzeti Bank tájékoztatót adott ki, mely az alábbi internetes oldalon érhető el: <https://mnb.hu/bekeltetes/online-vitarendezesi-platform>.

III. A biztosítási titok és a személyes adatok kezelése

1. A biztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. 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.
2. Az 1. pontban meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.
3. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
4. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító az 1. pontban meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.
5. A biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
6. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
7. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
8. A Bit. alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.
9. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
10. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha
 - a) a biztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
 - b) a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
 - c) a biztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.
11. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn
 - a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
 - b) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,

-
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyongfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyongfelügyelővel, rendkívüli vagyongfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendelési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyongfelügyelővel, bírósággal,
 - d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
 - e) a 12. pontban foglalt esetekben az adóhatósággal,
 - f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
 - h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
 - i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
 - j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
 - k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
 - l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével,
 - m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvevő biztosítóval,
 - n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá - a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján - a károkozóval,
 - o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
 - p) fióktelep esetében - ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal - a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
 - q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
 - r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
 - s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval,

-
- t) a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel,
- u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal szemben, ha az a)-j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy adatkéréssel, illetve írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)-s) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.
12. A 11. e) pont alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
13. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben (a továbbiakban: Hpt.) meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját és az adatkérés célját.
14. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás 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 (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
15. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
16. A biztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
17. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
18. Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.
19. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Hpt. 164/B. § szerinti adattovábbítás.

-
20. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha
- a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
 - a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot.
21. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben,
- ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - ha - az adatalany hozzájárulásának hiányában - az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.
22. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.
23. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
 - a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
 - a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
24. A 23. pontban meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.
25. A biztosító („megkereső biztosító”) - a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében - a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz („megkeresett biztosító”) az e biztosító által - a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével - kezelt és a 27. pontban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.
26. A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított 15 napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak.
27. A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személyazonosító adatai,
 - a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok,
 - az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi - az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatok,

-
- d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok, és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.
28. A 25. pontban meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős a 25. pontban meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.
 29. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő 90 napig kezelheti.
 30. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés a 29. pontban meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.
 31. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.
 32. A megkereső biztosító a 25. pontban meghatározott megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a személyes adataihoz hozzáférést biztosít. Ha az ügyfél a személyes adataihoz hozzáférést kér és a megkereső biztosító – a fentiekben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek tényéről tájékoztatja a kérelmezőt.
 33. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a 25. pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
 34. A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

IV. A személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatás

1. A biztosító az ügyfél személyes adatait az Európai Parlament és a Tanács 2016. április 27-i (EU) 2016/679 rendelete a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet) rendelkezései alapján kezeli.
2. A biztosító Adatkezelési Tájékoztatója a biztosító www.metlife.hu honlapján található. Az ügyfél kérésére a biztosító az Adatkezelési Tájékoztató papíralapú példányát is rendelkezésre bocsátja.

V. Adózási tudnivalók magánszemélyek részére

1. Adómentes a magánszemély számára történő szolgáltatás, ha az haláleseti, baleseti, betegségi (egészségi), illetve a jogszabálynak megfelelő nyugdíjbiztosítási vagy járadékbiztosítási szolgáltatásnak minősül. Ezen kifizetésekhez kapcsolóan a magánszemélynek adókötelezettsége nincs.
2. Kamatjövedelem keletkezhet, ha a biztosító teljesítése nem minősül adómentesnek, egyéb jövedelemnek, vagy más adóköteles jövedelemnek (így kamatjövedelem keletkezhet a lejáratú szolgáltatásból, visszavásárlásból, részvisszavásárlásból). Kamatjövedelemnek minősül a biztosítói teljesítésnek az a része, amely meghaladja a befizetett biztosítási díj összegét azzal, hogy befizetett díjként nem vehető figyelembe a kockázati biztosítás díjaként teljesített összeg. A kamatjövedelem csökkenthető a kamatjövedelem 50%-ával, ha a szerződés létrejöttét követően egyszeri díjas szerződés esetén 3 év, rendszeres díjas szerződés esetén 6 év eltelt, illetve 100%-ával, ha a szerződés létrejöttét követően egyszeri díjas szerződés esetén 5 év, rendszeres díjas szerződések esetén 10 év eltelt. Ha a szerződésre rendkívüli (eseti) díj

befizetése történik, akkor az a kamatjövedelem elszámolása szempontjából a biztosítónál önálló, egyszeri díjas szerződésként kerül figyelembevételre. A kamatjövedelemből a biztosító által 15% személyi jövedelemadó kerül levonásra. E jövedelmet és a levont adót a magánszemélynek nem kell a bevallásban szerepeltetnie.

3. Más jövedelemként (a pótoltt jövedelemre vonatkozó szabályok szerint) adóköteles a felelősségbiztosítás alapján a magánszemély javára fizetett jövedelmet pótló kártérítés. A kifizetéskor a biztosító által levonásra kerül az adóköteles jövedelmet terhelő adóelőleg. E jövedelmet a magánszemély köteles az adóbevallásában szerepeltetni.
4. Egyéb jövedelemként adóköteles a határozatlan tartamú, kizárólag halál esetére szóló életbiztosítás visszavásárlási, részvisszavásárlási összegéből a magánszemély által megfizetett díj és a kifizető (munkáltató) által megfizetett adóköteles díj együttes összegét meghaladó rész, feltéve, hogy e szerződéshez kapcsolódóan bármely kifizető (munkáltató) adómentes díjat fizetett. A kifizetésből a törvény szerint megállapított adóalap (a kifizetés 87%-a) 15%-át személyi jövedelemadó-előlegként a biztosító levonja. A kifizetésről, az adóalapról és a levont adóelőlegről a biztosító igazolást állít ki a magánszemély részére. Ezen igazolás alapján a kifizetést a magánszemély az adóbevallás megfelelő sorában köteles bevallani, továbbá köteles az adóalap után 15,5%-os szociális hozzájárulási adót is bevallani és megfizetni.

Amennyiben bármely biztosítói teljesítésre nem magánszemély (például gazdálkodó) jogosult, akkor a biztosító a fentiekől eltérően adókötelezettséget nem állapít meg, a teljesítés tartalma alapján az érintett szolgáltatásra jogosult a rá vonatkozó jogszabályi előírások szerint köteles elszámolni a biztosítótól származó bevételét, illetve ahhoz kapcsolódó esetleges adókötelezettségeit.

5. A 2014. január 1-jétől, vagy azt követő időponttól létrejött, a hatályos törvényi követelményeknek megfelelő nyugdíjbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan a magánszemély szerződő a tárgyévi összevont adóalapja után fizetendő, más kedvezményekkel csökkentett személyi jövedelemadója terhére rendelkezhet akként, hogy az általa megfizetett biztosítási díj 20%-a, maximum 130 ezer forint átutalásra kerüljön a nyugdíjbiztosítási szerződésére. Részletes tájékoztató az érintettek számára a biztosítás megkötéskor kerül átadásra.
6. Az előbbieken ismertetett szabályok a jövőben változhatnak, ezért fontos, hogy az érintettek saját érdekében is kövessék a jogszabályváltozásokat, különösen a személyi jövedelemadóról szóló törvény, az egészségügyi hozzájárulásról szóló törvény, valamint az adózás rendjéről szóló törvény rendelkezéseinek esetleges változását. Az aktuális szabályokról a biztosító a honlapján folyamatos tájékoztatást nyújt.

VI. Tájékoztatás adóügyi illetőségről

1. A biztosító az Aktv. és a FATCA-törvény szerint előírt adóügyi illetőségvizsgálatot elvégzi, és ehhez az ügyfél szükséges adatait és nyilatkozatait kezeli. Amennyiben adóügyi szempontból a szerződő, illetve az a személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosult amerikai, vagy egyéb külföldi illetőségű személynek minősül, úgy az Aktv., illetve a FATCA-törvény értelmében a biztosító a saját, valamint a szerződés adatait az automatikus információcsere érdekében az adóhatóság részére továbbítja.
2. A biztosító a szerződő, illetve annak a személynek az adatait és nyilatkozata alapján, aki a biztosító szolgáltatására jogosult a szerződést jelentendő, vagy nem jelentendő számlának minősíti, továbbá a szerződéskötést követően a biztosító jogosult a számla átminősítésére az Aktv., illetve a FATCA-törvényben előírt esetekben. A biztosító az általa kötött szerződések vonatkozásában folyamatosan figyelemmel kíséri az illetőségvizsgálathoz szükséges adatok és a szerződések értékének Aktv., valamint FATCA-törvény szempontjából jelentős változását.

VII. Késedelmi kamat

1. A biztosító a biztosítási díj késedelmes megfizetése esetén jogosult a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) 6:48. § (1) bekezdésében meghatározott késedelmi kamatot felszámítani.

-
- Amennyiben a díjfizetésre köteles szerződő a behajtási költségátalányról szóló 2016. évi IX. törvény szerint vállalkozásnak, vagy szerződő hatóságnak minősül, úgy a biztosító a biztosítási díj késedelmes megfizetése esetén a késedelmi kamat mellett ugyanebben a törvényben meghatározott behajtási költségátalányra tarthat igényt.

VIII. A technikai kamatláb megváltoztathatósága

A biztosító az élet-, baleset- és egészségbiztosítások esetében jogosult a technikai kamatlábat a biztosítási szerződés tartama alatt megváltoztatni azzal a feltétellel, hogy a változtatásra csak akkor kerülhet sor, ha a technikai kamatlábak legnagyobb mértékéről szóló jogszabályban rögzített technikai kamatláb legnagyobb mértéke módosul. A módosítás mértéke nem haladhatja meg a jogszabály módosításban foglalt mértéket.

IX. A biztosításközvetítő

- A biztosításközvetítő az a természetes vagy jogi személy, aki javadalmazás ellenében biztosításközvetítői tevékenységet végez.
- A függő biztosításközvetítő az a biztosításközvetítő, aki biztosítóval fennálló jogviszony alapján
 - egy biztosító biztosítási termékeit vagy több biztosító egymással nem versengő biztosítási termékeit közvetíti (a továbbiakban: ügynök),
 - egyidejűleg több biztosító egymással versengő biztosítási termékeit közvetíti (a továbbiakban: többes ügynök).
- A független biztosításközvetítő az ügyfél megbízásából eljáró biztosításközvetítő (a továbbiakban: alkusz).
- A biztosításközvetítő az ügyféltől a biztosítónak járó biztosítási díjat, illetve a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget nem vehet át.
- A többes ügynök és az alkusz a biztosítási termék közvetítése során az ügyféltől díjat vagy díjelőleget nem vehet át, továbbá a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget nem vehet át.
- A függő biztosításközvetítő biztosításközvetítői tevékenysége ellátásáért a biztosítótól jutalékra jogosult.
- A független biztosításközvetítő a közvetítői tevékenységéért a megbízótól az erre irányuló megállapodás alapján közvetlenül részesül díjazásban, különösen abban az esetben, ha megbízása kizárólag szaknácadásra vagy olyan biztosítási szerződés közvetítésére vonatkozik, amelynek díja a biztosítótól származó közvetett díjazást nem vagy csak részben tartalmaz.
- Ha a független biztosításközvetítő - az általa nyújtott tájékoztatással összhangban - a megbízóval úgy állapodott meg, hogy a 7. pontban meghatározott közvetlen díjazásban a független közvetítő nem, vagy csak részben részesül, a biztosítási díj meghatározott részét képező közvetett díjazásban részesülhet attól a biztosítótól, amely a közvetítésével létrejött szerződésben a biztosítási kockázatot elvállalja.
- A kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy az - a 575/2013/EU európai parlamenti és tanácsi rendelet 4. cikk (1) bekezdés 1. és 2. pontjában meghatározott hitelintézettől vagy befektetési vállalkozástól eltérő - természetes vagy jogi személy, aki - az őt megbízó biztosító, többes ügynök vagy alkusz felelősségvállalása mellett - javadalmazás ellenében a főtevékenységéhez kapcsolódóan kiegészítő jelleggel végez kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet, amennyiben az alábbi feltételek mindegyike teljesül:
 - a személy fő szakmai tevékenysége nem a biztosítási értékesítés,
 - a közvetített biztosítási termék kiegészítője valamely szolgáltató által kínált terméknek vagy nyújtott szolgáltatásnak,
 - a közvetített biztosítási termék nem tartalmaz életbiztosítási vagy felelősségi kockázatot, kivéve, ha az ilyen életbiztosítási vagy felelősségi kockázat fedezete kiegészíti a személy által fő szakmai tevékenységként kínált terméket vagy nyújtott szolgáltatást,

d) a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget előzetesen nem vesz át.

X. Egyéb rendelkezések

A jelen biztosítási szabályzat az alábbi szabályzatokkal együtt érvényes:

- a) Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási szerződések biztosítási szabályzata (MET-825, MET-826);
Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések II. rész,
- b) Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási szerződések biztosítási szabályzata (MET-825, MET-826);
Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések.

Budapest, 2024. december 12.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések II. rész

BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSEKRE IRÁNYADÓ ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK II. RÉSZ

A Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási szerződések biztosítási szabályzatában (a továbbiakban: biztosítási szabályzat) foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire (a továbbiakban együttesen mint: biztosítási szerződés vagy biztosítás) érvényesek, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a jelen biztosítási szabályzatra hivatkozással kötötték.

I. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos fogalmak

1. Aktuális biztosítási díj

A biztosítási tartam adott időpontjában érvényes biztosítási díj. Az aktuális biztosítási díj összege a biztosítási tartam során a jelen biztosítási szabályzatban meghatározott értékkövetés, díjmódosítás és korfüggő díjszabás következtében változhat.

2. Aktuális biztosítási összeg

A biztosítási tartam adott időpontjában érvényes biztosítási összeg, amely a biztosítási esemény által kiváltott biztosítási szolgáltatás alapja.

3. Biztosítási ajánlat

A szerződőnek a biztosítási szerződés megkötésére irányuló írásbeli szándéknyilatkozata.

4. Biztosítási díj

A szerződő által a biztosító fedezetvállalásának ellenértékéért fizetett rendszeres díj.

5. Biztosítási esemény

A biztosított életével, egészségével kapcsolatos olyan esemény, amelyet a jelen biztosítási szabályzat, illetve a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat ekként határoz meg, és amely a biztosító szolgáltatását kiváltja.

6. Biztosítási év

A biztosítási szerződés hatálybalépésének napjától a következő év azonos napjáig, illetve minden azt követő év azonos napjáig terjedő időtartam. Amennyiben egy adott hónapban nincs olyan nap, amely a biztosítási szerződés hatálybalépésének napjával megegyezik, a biztosítási év kezdő napja a hiányzó napot követő nap. Amennyiben a jelen biztosítási szabályzat eltérően nem rendelkezik, úgy év alatt biztosítási évet kell érteni.

7. Biztosítási évforduló

A biztosítási év végének, egyben az új biztosítási év kezdetének a napja.

8. Biztosítási időszak

Egy év, amelynek kezdete a biztosítási szerződés hatálybalépésének napja, vége pedig a biztosítási időszak utolsó napja (fordulónap). A biztosítási időszak a fordulónapot követő napon újra kezdődik.

9. Biztosítás tartama

Egy év, amely a szerződő eltérő nyilatkozatának hiányában minden esetben újabb egy évvel meghosszabbodik.

10. Biztosítási összeg

A biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás alapjául szolgáló összeg, amelynek megfizetését, mint biztosítási szolgáltatást, a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen biztosítási szabályzatban, illetve a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzatban meghatározottak szerint vállalja.

11. Biztosítási titok

Minden olyan, minősített adatot nem tartalmazó, a biztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

-
12. **Biztosításközvetítő**
Az a természetes vagy jogi személy, aki javadalmazás ellenében biztosításközvetítői tevékenységet végez.
13. **Díjfizetési tartam**
A biztosítási tartamnak az a része, amelyre a biztosítási díj esedékes.
14. **Díjjal fedezett tartam**
A biztosítási tartamnak az a része, amelyre az esedékes díj megfizetésre került.
15. **Értékkövetés**
A biztosítási díjnak és a biztosítási összegnek az árszínvonal változásához évente egy alkalommal történő hozzáigazítása.
16. **Fogyasztó**
Az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy.
17. **Gazdálkodó szervezet**
A gazdasági társaság, az európai részvénytársaság, az egyesülés, az európai gazdasági egyesülés, az európai területi társulás, a szövetkezet, a lakásszövetkezet, az európai szövetkezet, a vízgazdálkodási társulat, az erdőbirtokossági társulat, a külföldi székhelyű vállalat magyarországi fióktelepe, az állami vállalat, az egyéb állami gazdálkodó szerv, az egyes jogi személyek vállalata, a közös vállalat, a végrehajtói iroda, a közjegyzői iroda, az ügyvédi iroda, a szabadalmi ügyvivői iroda, az önkéntes kölcsönös biztosító pénztár, a magánnyugdíjpénztár, az egyéni cég, továbbá az egyéni vállalkozó, emellett gazdálkodó tevékenységével összefüggő polgári jogi kapcsolataiban az állam, a helyi önkormányzat, a költségvetési szerv, jogszabály alapján a költségvetési szervek gazdálkodására vonatkozó szabályokat alkalmazó egyéb jogi személy, az egyesület, a köztestület, valamint az alapítvány.
18. **Hirdetmény**
A biztosítónak a biztosítási szerződésre vonatkozó közleménye, amelyet a biztosító a honlapján hoz nyilvánosságra.
19. **Késedelmi kamat**
A biztosítási díj késedelmes megfizetése esetén a biztosító által felszámított, a Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényben (a továbbiakban: Ptk.) meghatározott mértékű kamat.
20. **Kezdeti biztosítási díj**
A biztosítási szerződés létrejöttkor érvényes, az első biztosítási évre vonatkozó díj.
21. **Kezdeti biztosítási összeg**
A biztosítási szerződés létrejöttkor érvényes biztosítási összeg.
22. **Kötvény**
A biztosító által kibocsátott, a biztosítási szerződés létrejöttét és a biztosítási fedezetet igazoló okirat.
23. **Különleges adat**
A faji vagy etnikai származásra, politikai véleményre, vallási vagy világnézeti meggyőződésre vagy szakmai szervezeti tagságra utaló személyes adatok, valamint a természetes személyek egyedi azonosítását célzó genetikai és biometrikus adatok, az egészségügyi adatok és a természetes személyek szexuális életére vagy szexuális irányultságára vonatkozó személyes adatok.
24. **Rendszeres díj**
A biztosítási időszak első napján esedékes és a biztosítás tartama, illetve a díjfizetési tartam alatt folyótólalagosan fizetett díj.
25. **Személyes adat**
Azonosított vagy azonosítható természetes személyre („érintett”) vonatkozó bármely információ; azonosítható az a természetes személy, aki közvetlen vagy közvetett módon, különösen valamely azonosító, például név, szám, helymeghatározó adat, online azonosító vagy a természetes személy testi, fiziológiai,

genetikai, szellemi, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára vonatkozó egy vagy több tényező alapján azonosítható.

26. Területi és időbeli hatály

A területi hatály a világ összes országa, az időbeli hatály a kockázatviselés tartama, kivéve, ha a biztosítási szerződés szabályzata eltérően nem rendelkezik.

27. Ügyfél

A szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító számára szerződéses ajánlatot tett és a biztosító szolgáltatására jogosult más személy.

28. Ügymenet kiszervezése

A biztosító biztosítási vagy azzal közvetlenül összefüggő tevékenysége valamely részének végzésére más személy részére adott megbízás.

29. Vállalkozás

Az üzletszerű gazdasági tevékenységet folytató gazdálkodó szervezet.

II. A balesetbiztosítási és az egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatos fogalmak

1. Baleset

A biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amely szakorvos által igazolt testi sérüléssel jár. Nem minősül balesetnek a betegségből eredő testi sérülés, a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a kihűlés, a napszúrás, a Nap általi égés és a hőguta, az öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérletből eredő sérülés és az orvosi műhiba.

2. Betegség

Olyan egészségkárosodás, amelyet a biztosított a biztosítás hatálybalépését követően szenved el.

3. Csonttörés

A csont balesetből származó töréses sérülése, függetlenül attól, hogy a törés maradandó egészségkárosodást eredményez vagy sem. A fogak, foggyökerek, fogpótlások törései és sérülései nem tekinthetők csonttörésnek.

4. Égési sérülés

A bőr hőenergiával, illetve kémiai anyagokkal való érintkezéséből eredő sérülése, függetlenül attól, hogy a sérülés maradandó-e vagy sem.

5. Fekvőbeteg

Az a személy, aki fekvőbetegként, legalább 24 órán át folyamatos kórházi ellátásban részesül.

6. Hivatásos sportoló

Hivatásos sportoló az, aki jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat és rendelkezik hivatásos sportolói engedéllyel.

7. Kórház

Az az egészségügyi intézmény, amely megfelel az alábbi együttes feltételeknek:

- a) hatósági működési engedéllyel rendelkezik,
- b) elsősorban a kórházban történő kezeléssel, fekvőbetegek ellátásával foglalkozik,
- c) a betegápolást napi 24 órán át, szakképzett, engedéllyel rendelkező személyzettel látja el,
- d) biztosítja a diagnosztizálás és a magas szintű orvosi beavatkozások szervezett szolgáltatását.

Nem minősülnek kórháznak az alábbiak akkor sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek:

- a) szanatóriumok, rehabilitációs intézmények, rehabilitációs osztályok,
- b) pszichiátriai intézetek és osztályok, pszichiátriai betegek gyógy- és gondozóintézetei,
- c) gyógyfürdők, gyógyfürdőkórházak, gyógyüdülők,
- d) geriátriai (időskori) ellátók, szociális otthonok,
- e) alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények,
- f) hospice tevékenységet végző intézmények,

g) ápolási intézetek, egyéb „krónikus” fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek, illetve kórházak a)-f) pontokban meghatározott szolgáltatásokat nyújtó osztályai, osztályrészei, feltéve, hogy a biztosított ezen intézetekben, kórházakban az a)-f) pontokban meghatározott ellátásban részesült.

8. **Nyílt törés**

A csont olyan jellegű törése, amikor a tört csont a bőrreteget is átszakítja.

9. **Orvos**

A beteg adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző személy, aki a beteg gyógykezeléséért felelősséggel tartozik, és aki orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkezik.

10. **Patológias törés**

A csont betegség által gyengített területének törése.

11. **Stressz törés (fáradásos törés)**

A csont olyan jellegű törése, amikor a csont rendszeres túlterhelés miatt sérül.

12. **Teljes törés (komplett törés)**

A csont olyan jellegű törése, amikor a csont teljes vastagságában eltörik.

13. **Többszörös törés**

A csontnak több helyen való törése. A csont darabos törése esetén a csonttörés többszörös törésnek számít, ha több mint két szilánk van.

14. **Versenyző sportoló**

Versenyző sportoló az, aki verseny- és sportorvosi engedéllyel rendelkezik, valamint sportegyesületi tag.

III. **A biztosítási szerződés alanyai**

1. **Biztosító:** A biztosító a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c.

2. **Szerződő:** A szerződő az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, annak elfogadása esetén a biztosítási szerződést a biztosítóval megkötö, és a biztosítási díjak fizetésére kötelezettséget vállal. A jelen biztosítási szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződések szerződője ugyanazon személy lehet.

3. **Biztosított:** A biztosított az a természetes személy, akinek az életével, egészségével kapcsolatos eseményre a biztosítási szerződés létrejön. A biztosított olyan személy lehet, akinek az életkora a biztosítási szerződés megkötésekor - a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint - legfeljebb 17 év. A biztosító kockázatviselése egy adott biztosított esetében megszűnik a biztosított 25. életévének betöltését követő biztosítási évfordulón.

A biztosított belépési életkorát a biztosító úgy állapítja meg, hogy a biztosítási szerződés megkötésének évéből levonja a biztosított születésének az évét. A biztosított aktuális életkora a biztosítási szerződés első évében megegyezik a biztosított belépési életkorával, a biztosítási szerződés első évét követő években pedig úgy kerül megállapításra, hogy a biztosító az adott évből a biztosítási évfordulón levonja a biztosított születésének az évét. Az így megállapított aktuális életkor a következő biztosítási évfordulóig érvényes.

A jelen biztosítási szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződéseknek – a vonatkozó biztosítási díj megfizetése ellenében - több biztosítottja is lehet, feltéve, hogy a biztosítási ajánlat szerinti elsődleges biztosított a további biztosítottal vagy biztosítottakkal legalább egy közös szülővel rendelkezik.

4. **Kedvezményezett:** A kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító szolgáltatására jogosult. A kedvezményezett a biztosítási szerződésben megnevezett személy, ilyen személy hiányában, vagy ha a kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, a biztosított vagy örököse.

Kiskorú biztosított esetén a szolgáltatásra minden esetben a biztosított ajánlaton megnevezett törvényes képviselője.

18. életévét betöltött biztosított életben léte esetén a szolgáltatásra maga a biztosított jogosult akkor, ha a szerződő által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton más kedvezményezettet nem neveztek meg.

IV. A biztosítási szerződés megkötése, a kockázatviselés kezdete

1. A biztosítási szerződés a VI. pontban foglaltak kivételével a felek írásbeli megállapodásával jön létre.
2. A biztosítási szerződés megkötését a szerződő kezdeményezi azzal, hogy ajánlatot tesz a biztosító részére.
3. A szerződő ajánlatához nincs kötve, azt a kockázat elbírálására rendelkezésre álló határidő alatt visszavonhatja. Ez esetben a biztosító a szerződő által megfizetett díjat a szerződőnek kamatmentesen visszafizeti.
4. A biztosítónak az ajánlat elbírálására az ajánlatnak a biztosítóhoz történő beérkezésétől számított 15 nap áll a rendelkezésére (kockázatelbírálási határidő).
5. A kockázatelbírálás keretében a biztosító felméri a biztosítási szerződéssel kapcsolatos biztosítási kockázatot.
6. A kockázat elbírálása alapján a biztosító jogosult a szerződő ajánlatának elfogadására, módosított tartalommal történő elfogadására vagy elutasítására.
7. A biztosító az ajánlat elutasítását nem köteles megindokolni.
8. Amennyiben az ajánlat és a hozzá tartozó okiratok adatai hibásak vagy hiányosak, a biztosító - a kockázat elvállalásához szükséges mértékben - további adatokat vagy okiratokat kérhet. Amennyiben a biztosítás első díja a kockázatelbírálási határidőben a biztosítóhoz nem érkezik meg, a biztosító a díj megfizetésére a szerződőt felhívja. Amennyiben a biztosító a kockázatelbírálási határidő alatt a szerződőtől további adatokat vagy okiratokat kér, vagy a szerződőt a biztosítás első díjának megfizetésére felhívja, a kockázatelbírálási határidő a felhívástól számított további 15 nappal meghosszabbodik.
9. Amennyiben a biztosító az ajánlatot elfogadja, kötvényt állít ki, ezzel a biztosítási szerződés létrejön.
10. Amennyiben a kötvény tartalma a szerződő ajánlatától eltér és az eltérést a szerződő a kötvény kézhezvételét követő 15 napon belül nem kifogásolja, úgy a biztosítási szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a biztosítási szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.
11. **A biztosító kockázatviselése a biztosítási szerződés első díjának megfizetését követő nap 00:00 órájakor kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási szerződés utóbb létrejön. A biztosító a kockázatviselés kezdetét a kötvényen feltünteti. A kockázatviselés tartama megegyezik a biztosítási szerződés tartamával.**
12. A biztosítási szerződés a kockázatviselés kezdetének napján lép hatályba.

V. A biztosítási szerződés létrejötte a biztosító ráutaló magatartásával

1. Ha a szerződő fél fogyasztó, a biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 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. Ilyen esetben a biztosítási szerződés az ajánlat szerinti tartalommal, az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.
2. Ha a kockázatelbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosító az ajánlatot 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.

3. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött biztosítási szerződés lényeges kérdésben eltér a jelen biztosítási szabályzat, illetve a XXXV. 9. pontban meghatározott biztosítási szabályzatok rendelkezéseitől, úgy a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést a biztosítási szabályzat rendelkezéseinek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a biztosítási szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

VI. A biztosítási szerződés megkötése távértékesítés útján

1. Ha a szerződő által megkötni kívánt biztosítási szerződés a fogyasztó és a szolgáltató egyidejű fizikai jelenléte nélkül jön létre, arra a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény (a továbbiakban: távértékesítési törvény) rendelkezései irányadók.
2. A távértékesítési törvény 3. § (2) bekezdés ca) pont és 6. § alapján a fogyasztónak minősülő szerződő azonnali hatállyal, indoklás nélkül felmondhatja a biztosítási szerződést annak megkötésétől (a biztosítási szerződés hallgatolagos létrejötte esetén az ajánlattételtől) számított 14 napon belül, amennyiben a biztosítási szerződést a biztosító és a fogyasztónak minősülő szerződő kötötte meg egymással szervezett távértékesítés keretében olyan módon, hogy a biztosítási szerződés megkötése érdekében a biztosító kizárólag a távértékesítési törvény 2. § (1) bekezdés g) pont szerinti távközlő eszközt alkalmazott. Nem illeti meg a szerződőt a felmondási jog olyan biztosítások esetén, amelyek időtartama nem haladja meg az egy hónapot.
3. Életbiztosítási szerződésekre a VI. 2. pontban foglaltak azzal az eltéréssel alkalmazandók, hogy a felmondási jog gyakorlására nyitva álló határidő attól a naptól számított 30 nap, amikor a biztosító a fogyasztót a biztosítási szerződés létrejöttéről tájékoztatja.
4. A felmondást írásban a biztosító ügyfélszolgálati elérhetőségeinek bármelyikére kell megküldeni, vagy személyesen benyújtani. A felmondási jogot határidőben érvényesítettnek kell tekinteni, ha a szerződő az erre vonatkozó nyilatkozatát a távértékesítési törvény 6. § (1)-(8) bekezdéseiben meghatározott határidő lejárta előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon a biztosítónak elküldi.
5. A biztosítási szerződés azon a napon szűnik meg, amikor az írásbeli felmondó nyilatkozat a biztosítóhoz beérkezik. A felmondásra nyitva álló határidő lejárta előtt a biztosító a biztosítási szerződés alapján a szolgáltatás nyújtását csak a szerződő kifejezett hozzájárulását követően kezdheti meg.
6. Amennyiben a szerződő a felmondásra nyitva álló határidőn belüli kockázatviselési kezdettel köti meg a szerződést, úgy azt a biztosító egyben a szolgáltatás nyújtásának megkezdésére vonatkozó hozzájárulásnak is tekinti.
7. A távértékesítési törvény 8. § értelmében amennyiben a szerződő a fentiek szerinti felmondási jogát gyakorolja, a biztosító kizárólag a biztosítási szerződésnek megfelelően ténylegesen teljesített szolgáltatás, azaz a biztosítási szerződés megszűnésének időpontjáig viselt kockázat időarányos ellenértékét jogosult követelni. A szerződő által fizetendő összeg tehát a már teljesített szolgáltatásért (kockázatviselésért) – a biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás egészéhez viszonyítottan – arányosan járó összeg. A biztosítási szerződés megkötésével kapcsolatos szolgáltatások ellenértéke megtérítésének is csak a ténylegesen teljesített egyéb, a biztosítási szerződés tárgyát képező szolgáltatással arányos mértékben van helye. A biztosítási szerződés fentiek szerinti felmondása esetén a biztosító köteles a szerződő által esetlegesen már befizetett biztosítási díjnak a biztosítási szerződés megszűnéséig teljesített kockázatviselés arányos ellenértékét meghaladó részét a felmondásról szóló nyilatkozat kézhezvételét követően haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül a szerződő részére visszatéríteni. A szerződő köteles a biztosító által teljesített szolgáltatást a felmondásról szóló nyilatkozatának elküldését követően haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül a biztosító részére visszatéríteni.

VII. A biztosítási szerződés megkötése elektronikus úton

1. Elektronikus úton jön létre a biztosítási szerződés, ha a szerződő a biztosító által üzemeltetett elektronikus értékesítési felületek használatával, elektronikus úton teszi meg az ajánlatát.

2. A biztosítási ajánlat megtételéhez, illetve a biztosítási szerződés megkötéséhez az elektronikus értékesítési felületeken feltüntetett adatokat kell megadni, majd az ajánlatot az elektronikus értékesítési felületen kell beküldeni a biztosítónak. Az elektronikus értékesítési felületen a megadott adatokat az ajánlat beküldéséig lehet módosítani. Az ajánlattétel (szerződéskötés) lépései – amelyek biztosítási szerződésenként eltérhetnek – az elektronikus értékesítési felületeken láthatók.
3. A biztosítási szerződésre vonatkozó szerződéses feltételeket a biztosító még az ajánlat megtételét megelőzően a szerződő számára hozzáférhetővé teszi. A szerződéses feltételek megismeréséről és elfogadásáról a szerződőnek az ajánlat megtételét megelőzően nyilatkoznia kell.
4. A biztosítási ajánlat sikeres beküldéséről a biztosító elektronikus levélben értesíti a szerződőt. A biztosítási ajánlat elfogadása esetén a biztosító fokozott biztonságú elektronikus aláírással és időbélyegzővel ellátott kötvényt állít ki a biztosítási szerződésről.
A szerződés írásbeli szerződésnek minősül. A szerződés létrejöttének részletszabályait a jelen biztosítási szabályzat tartalmazza.
5. A biztosító a biztosítási szerződést rögzíti. A biztosítási szerződés adatait a szerződő a regisztrációja aktiválása után online is megtekintheti és módosításukat bármikor kezdeményezheti a „MyMetLife Ügyfélportál” elnevezésű online szerződéskezelő rendszerben vagy a biztosító ügyfélszolgálatán.

VIII. A szerződéskötés különös szabályai

1. A 18. életévét betöltött biztosított a biztosítási szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a biztosítási szerződés az adott biztosított vonatkozásában azonnali hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe belép.

IX. Biztosítási érdek

A biztosítási szerződés létrejöttéhez és módosításához a biztosítottnak (kiskorú biztosított esetében törvényes képviselőjének) írásbeli hozzájárulása szükséges, amennyiben a szerződést nem ő köti meg. A biztosított (kiskorú biztosított esetében a törvényes képviselő) a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosított (kiskorú biztosított esetében a törvényes képviselő) visszavonó nyilatkozatával azonnali hatállyal megszűnik. A biztosított (kiskorú biztosított esetében törvényes képviselője) hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis; ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosítottat vagy örökösét kell tekinteni, aki a szerződő félnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket.

X. Várakozási idő

1. A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő későbbi időponttól vállalja. A várakozási idő legfeljebb 180 nap lehet.
2. A várakozási idő tartamát a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat tartalmazza.
3. A várakozási idő nem vonatkozik az ezen időszak alatt bekövetkező baleset miatti szolgáltatásra való jogosultságra
4. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül bekövetkezik, a biztosító biztosítási szolgáltatást nem nyújt.

XI. Belépés a szerződésbe

1. Ha a biztosítási szerződést nem a biztosított kötötte, a biztosított a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a biztosítási szerződésbe beléphet; a belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át.

2. Ha a biztosított belép a biztosítási szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős. A biztosítási szerződésbe belépő biztosított köteles a szerződő félnek a biztosítási szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni.
3. Amennyiben több biztosított jogosult a szerződő helyébe lépni, a biztosító az elsőként beérkezett biztosított nyilatkozatot tekinti érvényesnek.

XII. Kedvezményezett kijelölése

1. A szerződő a biztosítási szerződés kedvezményezettjét 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.
2. A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal vagy jogutód nélkül megszűnik.
3. A szerződő a biztosítási szerződés egyes szolgáltatásaira eltérő kedvezményezetteket is jelölhet, amennyiben a jelen biztosítási szabályzat eltérően nem rendelkezik.
4. Azonos biztosítási szolgáltatásra több kedvezményezett is jelölhető a kedvezményezettekre jutó százalékos mérték egyidejű megjelölésével. Több kedvezményezett esetén a százalékos mértéket úgy kell meghatározni, hogy annak összege összesen 100% legyen.
5. Amennyiben kedvezményezettet nem jelöltek, vagy a kedvezményezett kijelölése nem volt érvényes, úgy a kedvezményezett a biztosított örököse; több örökös esetén a biztosító a biztosítási összeget az örökösök között egyenlő arányban fizeti ki.

XIII. A biztosítási szerződés megkötését követő tájékoztatás

1. A biztosító évente legalább egyszer írásban tájékoztatja a szerződőt a biztosítási szerződés szolgáltatási értékeiről.
2. Az értékkövetés érvényesítése során a biztosító tájékoztatja a szerződőt az értékkövetéssel érintett és nem érintett elemek vonatkozásában. A biztosító felhívja a figyelmet a biztosítási szerződés értékkövetéssel kapcsolatos rendelkezéseire, külön is kitérve az ügyfelet az értékkövetéssel kapcsolatban megillető jogokra.
3. A biztosító az 1-2. pontban meghatározott tájékoztatást a MyMetLife ügyfélportálon teszi elérhetővé azon szerződők részére, akik nyilatkoztak annak igénybeviteléről és nem papíralapú értesítési módot választottak.
4. A MyMetLife ügyfélportál használatának szabályait a biztosító honlapján közzéteszi.
5. A biztosító lehetővé teszi, hogy a szerződő mindenkor tájékozódhasson biztosítási szerződéséről. A tájékoztatást a biztosító az alábbi elérhetőségeken biztosítja:
 - a) a biztosító ügyfélszolgálatán hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől csütörtökig tartó munkanapokon 8:30 és 17:00 óra között, pénteki munkanapon 8:30 és 16:00 óra között,
 - b) a biztosító központi telefonszámán hétfői munkanapon 8:00 és 20:00 óra között, keddtől csütörtökig tartó munkanapokon 8:00 és 17:00 óra között, pénteki munkanapon 8:00 és 16:00 óra között,
 - c) a MyMetLife ügyfélportálon azon szerződők részére, akik nyilatkoztak annak igénybeviteléről.
6. Ha a szerződést nem a biztosított (kiskorú biztosított esetében törvényes képviselője) köti, a szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat (kiskorú biztosított esetében törvényes képviselőjét) köteles tájékoztatni.
7. A biztosító a jelen biztosítási szabályzatot, illetve a XXXV. 9. pontban meghatározott biztosítási szabályzatokat honlapján közzéteszi.

XIV. A biztosítási szerződés tartama

1. A biztosítási szerződés egy évre jön létre. Amennyiben a felek a biztosítási szerződést felmondással nem szüntetik meg vagy az egyéb módon nem szűnik meg, úgy a biztosítási szerződés újabb 1 évvel minden esetben meghosszabbodik legfeljebb annak a biztosítási évnek a végéig, amelyben az adott biztosított betölti a 25. életévét.

XV. Közlési és változásbejelentési kötelezettség

1. A szerződő fél 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 fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
2. A szerződő fél köteles a lényeges körülmények változását a biztosítónak írásban bejelenteni. Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire a biztosító kérdést tett fel, így különösen, de nem kizárólag a biztosított foglalkozása, munkaköre, sport- vagy szabadidős tevékenysége. Lényeges körülménynek minősülnek, egyebek között, a szerződő azon személyes adatai, amelyeket a szerződő a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény („Pmt.”) alapján történő ügyfél-átvilágítás során a biztosítónak megadott; ezen adatok változását a szerződő a változástól számított 5 munkanapon belül köteles bejelenteni.
3. A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
4. Ha a biztosítási szerződés több személyre vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.
5. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet 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.

XVI. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megszegésének következménye egészségbiztosítási szerződés esetén

1. Ha a biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első 5 évében gyakorolhatja.
2. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
3. Az 1-2. pont rendelkezéseit a biztosítási szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is megfelelően alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló öt éves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

XVII. A biztosító szolgáltatása

1. Balesetbiztosítás alapján a biztosító a biztosított baleset miatt bekövetkező egészségkárosodása vagy rokkantsága esetére a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg kifizetésére vállal kötelezettséget.
2. Egészségbiztosítás alapján a biztosító a biztosított megbetegedése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg kifizetésére, vagy egyéb szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.
3. A biztosítási események és a biztosítási szolgáltatások meghatározását a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat tartalmazza.

-
4. A „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat akként is rendelkezhet, hogy a biztosítási szolgáltatás a biztosítási összeg meghatározott százalékos mértéke.

XVIII. A biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól, maradékjog

1. A jelen biztosítási szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződéseknek visszavásárlási értéke nincs, ezért a szerződőt visszavásárlási összeg kifizetésére irányuló maradékjog nem illeti meg.
2. **Balesetbiztosítási szerződés esetén a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a szerződő, a biztosított, vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk, bármely munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk okozta.**

XIX. A biztosítási kockázat jelentős növekedése

1. Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a biztosítási szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a biztosítási szerződés módosítására, vagy a biztosítási szerződést 30 napra írásban felmondhatja.
2. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, úgy a biztosítási szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.
3. Ha a biztosítási szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító az 1-2. pontban meghatározott jogait a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.
4. Egészségbiztosítási szerződés esetén nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

XX. A biztosítás díja

1. A biztosítási díj kiszámítása a biztosító díjszabása alapján a biztosítás kezdeti és aktuális biztosítási összegének, valamint a díjfizetés gyakoriságának figyelembevételével történik. A biztosító ezen információkat az ajánlatból, esetlegesen a szerződőtől, illetve a biztosítottól bekért egyéb dokumentumokból szerzi meg.
2. A biztosítás első díja vagy díjrészlete a felek által meghatározott időpontban, ennek hiányában az ajánlat megtételekor, minden további díj vagy díjrészlet pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
3. A biztosítási díjat a biztosító a biztosítási szerződés megkötéséig díjelőlegnek tekinti és kamatmentes letétként kezeli.
4. Az ajánlat elutasítása esetén a biztosító a díjelőleget a szerződőnek visszafizeti.
5. A biztosítási díj a biztosítóhoz való beérkezéssel minősül megfizetettnek, kivéve, ha a megfizetett díj biztosítási szerződéssel való azonosítása nem lehetséges. Ez utóbbi esetben a díj a biztosítási szerződéssel való azonosítással minősül megfizetettnek.
6. A jelen biztosítási szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződések díját a szerződő egy összegben és azonos időpontban köteles megfizetni.
7. A biztosítási díj a biztosítás tartama alatt a biztosított életkora alapján nem emelkedik.
8. A díjfizetés módját a szerződő az ajánlat megtételekor választja meg.
9. A szerződő kérheti a díjfizetés módjának módosítását, amennyiben az esedékes díjat megfizette. A módosított díjfizetési mód a díj soron következő esedékességének időpontjától érvényes.

10. A biztosítási díj éves díj. A szerződő felek megállapodhatnak az éves biztosítási díj havi, negyedéves, vagy féléves részletekben történő megfizetésében, ez esetben a biztosító pótdíjat számít fel, amelynek mértékét minden biztosítási szerződés vonatkozásában évente állapítja meg.
11. A biztosító a pótdíj mértékét naptári évenként a soron következő biztosítási év első napjával jogosult módosítani a jelen biztosítási szabályzat XXI. pontjában meghatározottak szerinti, adott évi index mértékében, ha a működésével összefüggő költségek növekednek. E körbe tartozik a biztosítási díjak beszedésével, a szolgáltatások teljesítésével, az ügyfelek kiszolgálásával kapcsolatos költségek növekedése. A biztosító a pótdíj mértékének módosításáról és a módosítás okáról a szerződőt tájékoztatja.
12. A szerződő írásban, a biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőzően kérheti a díjfizetés gyakoriságának módosítását, amennyiben a biztosítási díjat a biztosítási évfordulóig megfizette. A módosított díjfizetési gyakoriság a biztosítási évfordulót követően érvényes.
13. Csoportos beszedési megbízás esetén a biztosító jogosult a szerződő bankszámláját a biztosítási díj esedékességéhez képest, az esedékesség hónapjában, más időpontban megterhelni.
14. A biztosító díjkezelési tájékoztatóját honlapján közzéteszi.
15. A biztosító a kifizetésre kerülő szolgáltatási összegből az esedékes, de meg nem fizetett díjat levonással érvényesíti.

XXI. Értékkövetés (indexálás)

1. A biztosító minden biztosítási évfordulót megelőzően feljánlja a szerződőnek, hogy a biztosítási összeget és a biztosítás rendszeres díját módosítsa.
2. A biztosító a szerződőt az értékkövetésről a biztosítási évfordulót legalább 60 nappal megelőzően írásban értesíti.
3. A szerződő, a biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőzően, az értékkövetés elfogadását a biztosítónak írásban megküldött, vagy a MyMetLife ügyfélportálon tett nyilatkozatával visszautasíthatja, ennek elmaradása esetén az értékkövetés elfogadottnak minősül, és a biztosítási évfordulót követően a szerződő az értékkövetéssel módosított díjat köteles fizetni.
4. Amennyiben a szerződő az értékkövetés elfogadását 3 egymást követő alkalommal visszautasítja, úgy a későbbiekben nem élhet az értékkövetés elfogadásával.
5. Az értékkövetés mértékét a biztosító úgy határozza meg, hogy az, a minden naptári év február 1. napján érvényes, a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, az előző naptári évre vonatkozó fogyasztói árindex mértékétől legfeljebb 5 százalékponttal térhet el.
6. Amennyiben a biztosítási évforduló május 2. és december 31. napja közé esik, úgy az értékkövetés mértéke a megelőző év inflációs rátájához igazodik. Amennyiben a biztosítási évforduló január 1. és május 1. napja közé esik, úgy az értékkövetés mértéke a megelőző év előtti év inflációs rátájához igazodik.
7. Az értékkövetés módja arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével arányosan nő.
8. Az értékkövetésről a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat eltérően rendelkezhet.

XXII. A biztosítási szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződések megkötése és módosítása, kármentességi bónusz

1. A szerződő a jelen biztosítási szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződés(ek) biztosítási évfordulóját legalább 60 nappal megelőzően ajánlatot tehet új biztosított bevonására, illetve a korábban választott biztosítási csomag(ok) módosítására.

Kármentességi bónusz-szolgáltatás

2. 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 és 24 díjjal fedezett biztosítási év elteltével, amennyiben a szerződés díjfizetés mellett hatályban van és a szerződés kezdetétől az adott évfordulóig eltelt időszakban a szerződésre nem történt kárkifizetés, a szerződő kármentességi bónusz-szolgáltatásra jogosult.

3. Az első kármentességi bónusz-szolgáltatás alapja a kockázatviselés kezdetétől a bónuszki fizetés évéig a biztosításra fizetett rendszeres éves díj átlagos nagyságának két tizenketted része. A további kármentességi bónusz-szolgáltatások alapja a legutóbbi bónuszjogosultság időpontjától az aktuális bónuszjogosultság időpontjáig fizetett rendszeres éves díj átlagos nagyságának két tizenketted része.
4. A szerződés megszűnésének évében is jogosult a szerződő kármentességi-bónusz szolgáltatásra. Ilyen esetben a szerződésben szereplő legfiatalabb biztosított 25. életévének betöltését követő biztosítási évfordulón a biztosító kifizeti a legutóbbi kármentességi bónusz-szolgáltatásra való jogosultság időpontjától előírt és befizetett díjaknak a két harminchatod részét.
5. A kármentességi bónusz-szolgáltatást a biztosító a szerződőnek banki átutalással vagy a lakcímére postai úton fizeti ki.

XXIII. Díjfizetési kötelezettség a biztosítási szerződés megszűnése esetén

1. A szerződés megszűnésének 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.

XXIV. A díjfizetési kötelezettség elmulasztásának következményei

1. Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, úgy a biztosító az esedékesség napjától számított 60. napon – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja.
2. A póthatáridő eredménytelen elteltével a biztosítási szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.

XXV. A biztosítási szerződés ismételt hatályba léptetése

1. Abban az esetben, ha a biztosítási szerződés a folytatólagos díj meg nem fizetése következtében szűnt meg, a szerződő fél a megszűnés napjától számított 180 napon belül írásban kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására.
2. A biztosító a biztosítási fedezetet a megszűnt szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, feltéve, hogy a korábban esedékessé vált biztosítási díjat megfizetik.
3. Ha a szerződő a kockázatviselés helyreállítását a díj meg nem fizetése következtében megszűnt biztosítási szerződés megszűnését követő 180 napon túl kéri, a biztosító a kérelmet új biztosítási szerződés megkötésére tett ajánlatnak tekinti.
4. Amennyiben a biztosítási szerződés a szerződő azonnali hatályú felmondása alapján megszűnik, a biztosító tájékoztatja a nagykorú biztosítottat arról, hogy a XXV. 1. és 2. pont szerint kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására, és ezzel egyidejűleg úgy nyilatkozhat, hogy az ismételt hatályba léptetett biztosítási szerződésbe lép.

XXVI. A biztosítási esemény és a biztosítási esemény bekövetkezésére vonatkozó bejelentési kötelezettség

1. A biztosítási események körét és a biztosítási szolgáltatást a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat tartalmazza.
2. A biztosítási eseményt, annak bekövetkezésétől számított 30 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni, és a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, valamint lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.
3. Az egyes biztosításokra vonatkozó biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez benyújtandó iratokat a jelen biztosítási szabályzat „A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok” című 5. számú melléklete tartalmazza.

4. A 3. pontban hivatkozott dokumentumok mellett a biztosító egyéb okiratok benyújtását is kérheti, illetve maga is beszerezhet okiratokat, amennyiben azok a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság elbírálásához szükségesek.
5. A 3. és 4. pontban meghatározott dokumentumok mellett a biztosítási szolgáltatásra jogosult egyéb okiratokat is benyújthat a biztosítónak, amennyiben, álláspontja szerint, azok a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság elbírálásához szükségesek.
6. Amennyiben a biztosítási szolgáltatási igény benyújtását megelőzően nem került sor ügyfél-átvilágításra, a kedvezményezett Pmt. előírásai szerinti ügyfél-átvilágításához szükséges okiratok vagy azok hitelesített másolatainak benyújtása szükséges.
7. Amennyiben a szükséges okiratok nem magyar nyelven készültek, azok hiteles magyar fordításának beszerzése, illetve a fordítás költsége a biztosítási szolgáltatásra jogosult személyt terheli.
8. A biztosító a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság elbírálásához szükséges okiratokról, illetve egyéb bizonyítékokról a biztosítási szolgáltatásra jogosultat tájékoztatja.
9. Amennyiben az okirat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a biztosítási szolgáltatásra jogosult személy kötelezettsége.
10. Az okiratok beszerzésével kapcsolatos költséget az köteles viselni, aki igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.
11. Amennyiben az igény elbírálásához orvosi vizsgálat szükséges, a biztosított köteles annak alávetni magát, ennek elmaradása esetén a biztosító a rendelkezésre álló dokumentumok alapján dönt.
12. A biztosító a biztosítási szolgáltatást a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához szükséges összes okirat benyújtását követő 30 napon belül teljesíti, amennyiben a teljesítésre köteles.
13. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben a biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenülé válik.

XXVII. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

1. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító az eredetivel megegyező kötvénymásodlatot állít ki, amennyiben ezt a szerződő kéri, és teljes bizonyító erejű magánokiratban nyilatkozik az eredeti kötvény elvesztéséről vagy megsemmisüléséről.
2. A másodlat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, amely tényt a biztosító a biztosítási kötvény másodlatán feltünteti.

XXVIII. Kizárások

1. **A biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek azt az eseményt, amely:**
 - a) **bármely olyan eseménnyel összefüggésben következett be, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és/vagy bármely HIV-vel kapcsolatos betegség, beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma) és/vagy annak bármi mutáns származéka vagy változata,**
 - b) **közvetve vagy közvetlenül összefüggésben áll harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel, lázadással, zavargással vagy terrorcselekménnyel, hadüzenettel vagy anélkül vívott harccal, határvillongással, felkeléssel, forradalommal, zendüléssel, a törvényes kormány elleni puccsal vagy puccskísérlettel, népi megmozdulással, nem engedélyezett tüntetéssel vagy be nem jelentett sztrájkjal, idegen ország korlátozott célú hadcselekményeivel, kommandó támadással.**

-
2. A biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek azt az eseményt, amely közvetve vagy közvetlenül, egészben vagy részben:
- a) a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően bekövetkezett balesettel vagy fennállott és diagnosztizált betegséggel összefüggésben következett be,
 - b) bármely idegi vagy elmebeli rendellenességgel összefüggésben következett be, függetlenül annak elnevezésétől vagy osztályozásától (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),
 - c) a biztosított motoros eszközökkel folytatott sport- és szabadidős tevékenységének következménye,
 - d) bármely extrém sportcselekménnyel összefüggésben következett be; extrém, azaz kiemelten veszélyes sporttevékenységnek minősül – különösen, de nem kizárólagosan - az autó- és motorsportverseny és -edzés, tesztúra, raliverseny, quad használata, roncsautó (auto-crash), sportbarlangászat, szikla- és hegymászás III. foktól, magashegyi expedíció, búvárkodás, jetski, a motorcsónakkal vontatott sporteszközök használata (ideértve az ejtőernyőt, a paplanernyőt és a vízisít is), vadvízi evezés, rafting, hydrospeed, wakeboard, wakekite, kitebuggy, tengeri kajak, kitesurf, szélcsatornás lebegés, légdeszka, bungee jumping és rocky jumping, canyoning, bázisugrás, ejtőernyőzés, vadászat, a harcművészetek, valamint a motor nélküli légi jármű, a segédmotoros vitorlázó repülőgép, a sárkányrepülő, a hőlégballon használata, műrepülés, az egyszemélyes, félkezes és nyílt tengeri vitorlázás, falmászás, valamint a harci és küzdősportok. Hegymászásnak minősül a hegyvidéken történő túrázás, ha annak során a biztosított a kijelölt turistaútról letér, vagy az útviszonyok speciális felszerelés használatát indokolják (pl. kötélbiztosítás, hágóvas, jégcsákány stb.). Hegymászásnak minősül továbbá a Klettersteig (via ferrata) típusú útvonalakon, valamint a 3500 méteres magasság felett végzett túrázás.
 - e) bármely légi jármű, repülő szerkezet vagy ejtőernyő pilótaként vagy utasként történő használata során következett be, kivéve, ha a biztosítási esemény 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,
 - f) föld alatti vagy víz alatti munkavégzés következménye,
 - g) robbanószerkekkel, robbanó szerkezetekkel való tevékenység következménye,
 - h) a biztosított fegyverviselésével okozati összefüggésben következett be,
 - i) az atommag szerkezetének módosulása, radioaktív sugárzás, vagy egyéb ionizáló sugárforrás miatt következett be, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
 - j) baleset esetén a biztosított ittas állapotával (1,5‰, vagy azt meghaladó véralkohol szint, közlekedési baleset esetén 0,8‰, vagy azt meghaladó véralkohol szint) okozati összefüggésben következett be,
 - k) azzal összefüggésben következett be, hogy a biztosított kábító, bódító szerek, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatt állt, vagy egyéb vegyi anyagot bódító szerként alkalmazott, kivéve, ha a fenti állapot egészségügyi intézményben dolgozó egészségügyi alkalmazott utasítása alapján, az utasítás pontos betartása mellett alakult ki,
 - l) azzal összefüggésben következett be, hogy a biztosított, munkavégzése során, a munkavédelmi szabályokat szándékosan vagy súlyosan gondatlanul megsértette,
 - m) a biztosított öncsonkításával, szándékos egészségkárosításával, vagy ezek kíséreltetével összefüggésben következett be, tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára.

XXIX. A biztosítási szerződés felmondása

1. A biztosítási szerződést a felek a jelen biztosítási szabályzatban foglalt egyes rendelkezéseken kívül az alábbiak szerint mondhatják fel.
2. A balesetbiztosítási szerződést a biztosító írásban, 30 napos felmondási idővel, a szerződő azonnali hatállyal felmondhatja.
3. Az egészségbiztosítási szerződést – a jelen biztosítási szabályzat V. 3. és XIX. 1. pontjában meghatározott eseteket kivéve - a biztosító rendes felmondással nem szüntetheti meg.
4. Az egészségbiztosítási szerződést a szerződő írásban, azonnali hatállyal felmondhatja.
5. A biztosítási szerződés megszűnéséig a biztosítási díj esedékes.
6. A biztosítási szerződés megszűnését követő időszakra megfizetett díjat a biztosító a szerződő részére visszafizeti.

XXX. A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a) bármelyik fél jogszerű felmondása esetén a jelen biztosítási szabályzatban meghatározott időpontban,
- b) a jelen biztosítási szabályzat XIX. 2., XXIV. 2. és XXXV. 5. pontjában foglaltak szerint,
- c) az adott biztosítottra vonatkozóan halála esetén a halál időpontjában,
- d) az adott biztosított vonatkozóan a 25. életéve betöltése esetén a biztosítási időszak utolsó napját követő nap 00:00 órájakor,
- e) a jelen biztosítási szabályzatban, illetve a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzatban meghatározott egyéb esetekben,
- f) amennyiben a kockázatviselés tartama alatt a biztosítási esemény bekövetkezése lehetetlenné vált.

XXXI. Jognyilatkozatok

1. A biztosítóhoz intézett nyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha azt írásban tették és az a biztosító székhelyére megérkezett.
2. A postán, faxon vagy elektronikus levélben elküldött, valamint a személyesen átadott papíralapú nyilatkozat írásbelinek minősül, amennyiben azt a biztosító postai címére, telefax számára, elektronikus levelezési címére küldték meg, illetve a biztosító székhelyén adták át.
3. A biztosítóhoz elektronikus levélben elküldött nyilatkozat abban az esetben hatályos, ha az elektronikus levelezési cím, amelyről a nyilatkozatot küldték, a küldő személyéhez kapcsolt, a biztosító által nyilvántartott elektronikus levelezési cím, és az elektronikus levélhez csatolták az ügyfél által aláírt szkennelt nyilatkozatot.
4. A biztosító jogosult a faxon vagy elektronikus levélben megküldött nyilatkozatokat, dokumentumokat eredetiben is bekérni.
5. A MyMetLife ügyfélportálon tett nyilatkozat írásbelinek minősül.
6. A biztosítóhoz a biztosító telefonszámán tett nyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha a nyilatkozatot a szerződő biztonsági kód (PIN kód) használatával tette.
7. A biztosító postai úton küldött küldeményeit az elküldést követő 5. munkanapon kézbesítettnek kell tekinteni, ideértve azt az esetet is, ha a küldemény a címzett – biztosító által nyilvántartott – címéről „ismeretlen helyre költözött” vagy „nem kereste” jelzéssel érkezik vissza.

8. Postai úton tértivevénnyel történő közlés esetében a biztosító által küldött küldeményt, ha annak átvételét a címzett megtagadta, úgy az átvétel megtagadásának napján, ha a küldeményt a címzett vagy annak képviselője aláírásával elismerte, úgy az átvétel napján kell kézbesítettnek tekinteni.
9. Az elektronikus úton küldött küldeményeket az elküldés napján kell kézbesítettnek tekinteni.
10. A biztosítóhoz címzett, távollévők között tett jognyilatkozat a biztosítóhoz való megérkezéssel, míg az elektronikus úton tett szerződési jognyilatkozat akkor válik hatályossá, amikor az a biztosító számára hozzáférhetővé válik.
11. A szerződő a biztosító részére megadott lakcímének, levelezési címének és elektronikus levelezési címének megváltozásáról a biztosítót a változást követő 5 munkanapon belül postai úton, vagy elektronikus levélben tájékoztatni köteles, ugyanez irányadó a biztosított, a társbiztosított és a kedvezményezett(ek) adataiban bekövetkező változásra.

XXXII. Elévülés

1. A biztosítási szerződésből eredő igények 5 év alatt évülnek el. Az elévülés akkor kezdődik, amikor a követelés esedékessé válik.
2. Amennyiben a biztosítási szolgáltatásra jogosult igényét az elévülési határidő elteltét követően az elévülés nyugvása vagy megszakítása következtében érvényesíti, a biztosító a biztosítási szolgáltatást kamatmentes letétként kezeli.

XXXIII. Irányadó jog, joghatóság kikötése

1. A biztosítási szerződésre, amennyiben a felek másként nem állapodnak meg, vagy jogszabály eltérően nem rendelkezik, a magyar jog szabályai az irányadók.
2. Amennyiben a szerződő fél a biztosítási szerződés létrejöttének időpontjában Magyarországon rendelkezik lakóhellyel, székhellyel vagy szokásos tartózkodási hellyel, úgy a szerződésből eredő jogviták rendezésére kizárólag a magyar bíróságok jogosultak.

XXXIV. A biztosítási szerződésre vonatkozó jogszabályi rendelkezésektől lényegesen eltérő feltételek

1. **A jelen biztosítási szabályzat eltér a Ptk. 6:443. § (3) bekezdés rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy a szerződő ajánlatához nincs kötve, azt a kockázat elbírálására rendelkezésre álló határidő alatt visszavonhatja.**
2. **A jelen biztosítási szabályzat eltér a Ptk. 6:361. § (4) bekezdés rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy:**
 - a) **a szerződő ajánlatának visszavonása esetén a biztosító a szerződő által megfizetett díjat a szerződőnek kamatmentesen visszafizeti,**
 - b) **biztosítási díjat a biztosító a biztosítási szerződés megkötéséig díjelőlegnek tekinti, és kamatmentes letétként kezeli,**
 - c) **amennyiben a biztosítási szolgáltatásra jogosult igényét az elévülési határidő elteltét követően az elévülés nyugvása vagy megszakítása következtében érvényesíti, a biztosító a biztosítási szolgáltatást kamatmentes letétként kezeli.**
3. **A jelen biztosítási szabályzat eltér Ptk. 6:449. § (2) bekezdés rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy a díjfizetés elmulasztása következtében megszűnt biztosítási szerződés esetén a szerződő fél a megszűnés napjától számított 180 napon belül írásban kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására, továbbá úgy rendelkezik, hogy a szerződő azonnali hatályú felmondása esetén a kockázatviselés helyreállítását a biztosított is kérheti, amennyiben kérelmével egy időben az ismételten hatályba léptetett szerződésbe való belépései szándékáról is nyilatkozik.**
4. **A jelen biztosítási szabályzat eltér a Ptk. 6:443. § (1) bekezdés rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy a biztosító az írásban létrejött biztosítási szerződés esetén is biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot állít ki.**

-
5. **A jelen biztosítási szabályzat eltér a Ptk. 6:7. § rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy a faxon vagy elektronikus levélben elküldött nyilatkozat is írásbelinek minősül, amennyiben azt a biztosító telefax számára, elektronikus levelezési címére küldték meg.**
 6. **A jelen biztosítási szabályzat eltér a Ptk. 6:483. § (1) bekezdésének és 6:466. § (1) bekezdésének rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy a szerződő a biztosítási szerződést azonnali hatállyal felmondhatja.**
 7. **A jelen biztosítási szabályzat eltér a Ptk. 6:63. § (5) bekezdés rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy nem válik a biztosítási szerződés tartalmává a felek esetleges korábbi szerződéses/üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.**

XXXV. Egyéb rendelkezések

1. Nem válik a biztosítási szerződés tartalmává a felek esetleges korábbi szerződéses/üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.
2. A felek között létrejött megállapodás a biztosítási szerződés valamennyi feltételét tartalmazza, az írásbeli szerződésbe nem foglalt korábbi megállapodások hatályukat veszítik.
3. A biztosító kizárólag azzal a feltétellel köt biztosítási szerződést, hogy a szerződő nem áll semmilyen:
 - a) az ENSZ határozataiban rögzített szankció, korlátozás vagy tilalom alatt, vagy
 - b) az EU vagy az USA által kihirdetett bármilyen kereskedelmi vagy gazdasági szankció, illetve törvényi, jogszabályi szankciós rendelkezés hatálya alatt, ideértve az EU pénzügyi szankciós rendeleteit és az U.S. Department of the Treasury, Office of Foreign Assets Control (OFAC) által kiadott egységes szankciós listát is.
4. A biztosítási szerződésben nem lehet érvényesen megjelölni olyan biztosítottat, kedvezményezettet, illetve szolgáltatásra/kifizetésre jogosult egyéb olyan személyt (a továbbiakban együttesen: kifizetésre jogosult), akik a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt állnak.
5. A biztosítási szerződés, illetve annak megfelelő része megszűnik, amennyiben a szerződő, illetve a kifizetésre jogosult a szerződés megkötését követően a fenti szankciók, korlátozások, vagy tilalmak hatálya alá kerül. Ilyen esetben a szerződés megszűnésének időpontja a szankció, a korlátozás, vagy a tilalom hatálybalépésének napja.
6. A biztosító nem teljesít szolgáltatást vagy egyéb kifizetést, amennyiben a kifizetésre jogosultak a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt állnak.
7. A biztosító a biztosítási alapú befektetési termékek kivételével a termékeit tanácsadás nélkül értékesíti.
8. Amennyiben a szerződő a biztosítási terméket egy csomag vagy ugyanazon megállapodás részeként olyan áru vagy szolgáltatás kiegészítőjeként vásárolja meg, amely nem biztosítás, úgy az áru vagy a szolgáltatás külön történő megvásárlásának lehetőségéről az eladó, illetve a szolgáltató köteles tájékoztatást adni.
9. A jelen biztosítási szabályzat az alábbi szabályzatokkal együtt érvényes:
 - a) Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási szerződések biztosítási szabályzata (MET-825, MET-826); Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések I. rész,
 - b) Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási szerződések biztosítási szabályzata (MET-825, MET-826); Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések.

10. A (viszont)biztosító(k) nem tekinthető(ek) fedezetet nyújtónak, és a (viszont)biztosító(k) nem felelős(ek) semmilyen követelés kifizetéséért vagy juttatás nyújtásáért a jelen szerződés alapján, amennyiben a fedezet nyújtása, a követelés kifizetése vagy a juttatás nyújtása a (viszont)biztosítót az ENSZ határozatai, az Európai Unió, az Egyesült Királyság vagy az Amerikai Egyesült Államok kereskedelmi vagy gazdasági szankciói, törvényei vagy rendelkezései szerinti szankcióknak, tilalmaknak vagy korlátozásoknak tenné ki.

Budapest, 2024. december 12.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

Melléletek:

- | | |
|--------------------|--|
| 1. számú melléklet | Választható biztosítási csomagok és díjak |
| 2. számú melléklet | Csonttörések és égési sérülések táblázata |
| 3. számú melléklet | Műtéti beavatkozások táblázata |
| 4. számú melléklet | Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata |
| 5. számú melléklet | A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok |

Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések II. rész

Mellékletek

1. számú melléklet: Választható biztosítási csomagok és díjak

Biztosított	Fedezet	Figyelmes	Gondoskodó	Szemünk fénye	Szuper szülő
Gyermek	Csonttörés*	100 000 Ft	200 000 Ft	300 000 Ft	400 000 Ft
	Égési sérülések*	100 000 Ft	200 000 Ft	300 000 Ft	400 000 Ft
	Baleseti és betegségi kórházi napi térítés	3 000 Ft	5 000 Ft	7 000 Ft	10 000 Ft
	Baleseti és betegségi műtéti térítés	80 000 Ft	150 000 Ft	200 000 Ft	300 000 Ft
	Baleseti rokkantság*	1 500 000 Ft	2 000 000 Ft	3 000 000 Ft	4 500 000 Ft
	Kritikus betegség	1 500 000 Ft	2 000 000 Ft	3 000 000 Ft	4 500 000 Ft
	Asszisztencia általános szolgáltatások	<ul style="list-style-type: none"> - 7/24 orvosi call center szolgáltatás - szakorvosi vizit megszervezése - nemzetközi második orvosi vélemény - konzultáció pszichológussal nehéz élethelyzet esetén (baleset, súlyos betegség vagy haláleset esetén) - magántanár huzamosabb (14 napnál hosszabb) kórházi ápolás esetére - magántanár huzamosabb (14 napnál hosszabb) otthoni ápolás esetére 			
	Asszisztencia többletszolgáltatások	-	betegszállítás baleset vagy betegség esetén (évi 100 000 Ft limitösszeggel)	betegszállítás baleset vagy betegség esetén (évi 100 000 Ft limitösszeggel)	képpalkotó diagnosztika (CT, MRI, UH, évi 100 000 Ft limitösszegig)

* Amennyiben a biztosítási esemény a mindenkor aktuális, a tanév rendjéről szóló hivatalos rendelet által meghatározott tanítási szünetben (az őszi, a téli és a tavaszi szünetben, illetve a tanév utolsó napját követő nap és a következő tanév első napja közötti nyári szünetben) következett be, úgy a biztosító a térítési összeg kétszeresét fizeti ki.

Budapest, 2024. december 12.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

2. számú melléklet: Csonttörések és égési sérülések táblázata

A baleseti sérülés jellege	Térítés összege a biztosítási összeg százalékában
CSONTTÖRÉSEK	
Medencetörések (farkcsont törés nélkül):	
– Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	100%
– Minden egyéb nyílt törés	50%
– Többszörös törések (legalább egy teljes törés)	30%
– Egyszerű zárt törések	20%
Combcson t vagy sarokcsont törései:	
– Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	50%
– Minden egyéb nyílt törés	40%
– Többszörös törések (legalább egy teljes törés)	30%
– Egyszerű zárt csonttörések	18%
A sípcsont, felkarcsont, orsócsont törései:	
– Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	40%
– Minden egyéb nyílt törés	30%
– Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	20%
– Egyszerű zárt csonttörések	15%
Felső vagy alsó állkapocs, külső boka, belső boka singcsont törései:	
– Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	30%
– Minden egyéb nyílt törés	20%
– Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	16%
– Egyszerű zárt törések	10%
Lapocka, kulcscsont, térdkalács, szegycsont, lábtő, lábközépcsontok, kéztő, kézközépcsont törései:	
– Nyílt törések	20%
– Zárt törések	13%
Gerinctörések (farkcsont törés kivételével):	
– Csigolyatestek kompressziós törése	20%
– Tövisnyúlvány, harántnyúlvány, ízületi nyúlvány törései	7%
Homlok, halánték, falcsont vagy nyakszirtecsont törései:	
– Csontszilánkok benyomódásával	30%
– Csontszilánkok benyomódása nélkül	10%
– Koponyaalapi törések	50%
Borda vagy bordák, arccsont, farkcsont vagy szárkapocscsont (kivéve boka) törései:	
– Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	16%
– Minden egyéb nyílt törés	12%
– Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	8%
– Egyszerű zárt csonttörések	5%
Kézujj és lábujj törések:	
– Nyílt törések	5%
– Zárt törések	3%
ÉGÉSI SÉRÜLÉSEK	
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület legalább 27%-át érintik	100%
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 18-26%-át érintik	60%

A baleseti sérülés jellege	Térítés összege a biztosítási összeg százalékában
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 9-17%-át érintik	30%
A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 4,5-8%-át érintik	16%

Budapest, 2024. december 12.

3. számú melléklet: Műtéti beavatkozások táblázata

Műtéti beavatkozás leírása

FEJ, NYAK

Pajzsmirigy (teljes vagy részleges) eltávolítása

Mellékpajzsmirigy eltávolítása

Száj daganatának műtéti ellátása

Fültőmirigy daganat

Teljes fültőmirigy eltávolítása

Thyreoglossus ciszta vagy tályog kimetszése

FÜL - ORR – GÉGE

Külső- vagy középfül műtét

Mandulaeltávolítás – adenoid vegetáció eltávolítása

Gége kiirtása

Hangszalagműtét

Hangszalag eltávolítása

Nyelvcsap eltávolítása

Külső hallójáratokból csontkinövés vagy csontdaganat eltávolítása

Teljes vagy részleges állkapocs eltávolítás

Gége-, garat-, nyelőcső eltávolítás

Egyensúlyozó ideg kimetszése

Kengyel eltávolítása

Dobhártya plasztika

Labirintus szerv eltávolítása

Ékcsonton keresztűli rostacsont eltávolítása

Koponyalékelés az üregek felől

MELLKAS, MELL

Mellkas megnyitása, mellkas plasztika

Tüdő vagy tüdőlebeny eltávolítása

Echinococcus ciszta eltávolítása a tüdőből

Tüdőbeékelődés eltávolítása

Nyelőcsőműtét

Szív- vagy aortaműtét

Egy- vagy kétoldali radikális melleltávolítás

Egy- vagy kétoldali egyszerű melleltávolítás

Mell részleges eltávolítása

Melldaganat vagy ciszta kimetszése

Légcsőmetszés

Mediasztinum daganat eltávolítása a szegycsont felvágásával

Mellhártya összenövésének felszabadítása

Légmellkezelés a mellkas megnyitásával

Diagnosztikus mellkas-feltárás

Hörgő- vagy légcső sztent behelyezése

Hörgőciszta vagy tályog eltávolítása

HAS

Has feltárása

Vakbélműtét

Hasi tályog becsövezése

Sérvek műtéti ellátása: bubonokéle, omphalokéle, merokéle, hidrokéle, cirsokéle, heresérv, hasfali sérv, műtét utáni sérv

Teljes vagy részleges gyomoreltávolítás, vagotómia, pylorus plasztika, nyombélfekély

Fekély perforációjának elvarrása

Béleltávolítás

Hasüregi daganat eltávolítása

Végbél eltávolítás hasi behatolással

Végbél előreesés műtéti ellátása hasi behatolással

A végbél záró izomzatának berepedésének műtéti ellátása, tályog vagy ciszta eltávolítása

Májtályog eltávolítása (has feltárásával)

Echinococcus ciszta eltávolítása a májból

Részleges májeltávolítás

Epehólyag eltávolítása

Hasnyálmirigyműtét

Lép eltávolítása

Polip eltávolítása bélből

Vastagbél-, vékonybél-, hólyag sztóma készítése Biztosítási feltételek

Bél anasztomózis

Teljes vastagbél eltávolítás

Záróizom plasztika, epevezeték beszájasztatása

UROLÓGIA

Vese eltávolítása

Daganat, kő, húgycső, húgyhólyag eltávolítása sebészi úton vagy endoszkóppal

Prostata eltávolítása hasi úton

Prostata eltávolítása a húgycsövön keresztül

Here vagy mellékhere eltávolítása

Húgycsőműtét

Hólyageltávolítás, szeméremcsont fölötti behatolással

Húgyhólyag teljes eltávolítása

Vese, húgycső, vesemedence plasztika

Vesekő, vagy húgycsőben/húgyvezetékben lévő kő zúzása

Ondózsínór vagy vezeték leköttése

Hólyag diverticulum eltávolítása

Barlangos test plasztika

Részleges húgyvezeték eltávolítás áthidalással
Teljes pénisz eltávolítás
Teljes prosztatata eltávolítás

NŐI NEMI SZERVEK

Teljes méheltávolítás
Részleges méheltávolítás
Petevezeték eltávolítása
Petefészek eltávolítása
Myoma eltávolítása
Bartholin-mirigy ciszta kimetszése vagy kivarrása
Méhnyak csonkolása
Hüvelyplasztika
Vulva teljes kimetszése
Méhkürtlplasztika
Petefészek ékrezekciója
Petefészek ciszta eltávolítása
Laparoszkópia - has tükrözése hasfalon keresztül
Hiszteroszkópia – méh tükrözése

ORTOPÉDIA

Hosszú csöves csontok korrekciós műtéti ellátása
Egyéb csontok korrekciós műtéti ellátása
Ízületi metszés, beleértve az ízületi szabadtest eltávolítását
Csontkinövés eltávolítása
Alagút szindróma műtéti ellátása
Meniszkusz eltávolítás arthroszkóppal
Patella (térdkalács) sebészeti eltávolítása
Ujjamputáció (bármely ujj)
Lábközépcsont, kézközépcsont amputációja
Amputáció a csuklótól vagy a lábtőcsontoktól felfelé
Kalapácsujj, ujj deformitás, lábközépcsont deformitás korrekciós műtétje
Inak vagy idegek összevarrása
Arthroszkópos térd vagy vállműtét
Csípő vagy egyéb hosszú csöves csont csontvése
Porckorong sérv műtéti ellátása
Achilles-ín szakadása
Közepes ízületek merevítése (pl. boka)
Könyök, térd, váll ízületbehatoló vagy supracondylaris töréseinek műtéti ellátása
Csípő, térd vagy váll teljes ízületi plasztikája
Gerinctörés sebészeti ellátása

VÉNÁK

Varicosus véna eltávolítása (visszerműtét)

– egy lábon
– mindkét lábon
Véna elvarrása sérülés után
Vénás thrombus eltávolítása

ÉRSEBÉSZET

Érplasztika (katéteres tágítás)
Hasi aortatágulat, csípőaorta vagy combaorta műtét
Hasi aortaműtét
Szívkoszorúér festés
Aorto-carotis vagy aorto- arteria subclavia áthidaló műtét
Artériás vérrög eltávolítása
Arteria carotis endarterektómia

IDEGSEBÉSZET

Agy vagy agyhártyák műtéti ellátása
Koponyatörés műtéti ellátása
Koponyaplasztika
Diagnosztikus vagy tüneti koponyalékelés
Agyi aneurizma eltávolítása
Agy vagy agyhártyák műtéti ellátása
Meningeoma eltávolítása
Koponyalékelés
Rosszindulatú agyi érelváltozás műtéti ellátása
Hallóideg műtét
Hangszalag eltávolítása
Gerincvelő daganatok
Idegyök kimetszése
Idegvarrat
Neurinóma kimetszése
Szimpatikus ideg átmetszése

SZEMÉSZET

Hátsó üvegtest műtét
Szürkehályog eltávolítása
Zöldhályog műtét
Szem eltávolítása
Szemhéj be- vagy kifordítása műtétilleg
Retinaleválás műtéti ellátása
Könnycsatorna kimetszése
Szivárványhártya eltávolítása vagy bemetszése
Szaruhártya bemetszése asztigmia miatt
Kancsalság műtéti ellátása
Könnytömlő kimetszése

Inhártyaplasztika

Szemlencse beültetése vagy eltávolítása

Kötőhártya átültetése

Lencse plasztika (első kamra bemetszése, másodlagos szürkehályogműtét)

PLASZTIKAI SEBÉSZET (HELYREÁLLÍTÓ SEBÉSZET)

Hegkimetszés

Bőrlebens kimetszése átültetésre

Többszörös ín- és idegvarrat

Arcideg dekompresziós műtét

Homlok vagy arccsont csontvésése

DIAGNOSZTIKUS BEAVATKOZÁSOK

Laparoszkópia

KÜLÖNLEGES MŰTÉTEK

Csontvelő átültetés

Budapest, 2024. december 12.

4. számú melléklet: Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata

I. Teljes maradandó egészségkárosodások

Testrészek egészségkárosodása	Térítés összege a biztosítási összeg százalékában
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	100%
A beszédképesség teljes elvesztése	100%
Az alsó állkapocs eltávolítása	100%
Mindkét kar vagy mindkét kéz teljes elvesztése	100%
Mindkét láb vagy mindkét lábfej teljes elvesztése	100%
Egy kar, illetve kéz és egy láb, illetve lábfej teljes elvesztése	100%

II. Részleges maradandó egészségkárosodások

Testrészek egészségkárosodása	A térítés irányadó összege a biztosítási összeg százalékában
Az egyik felső végtag vállízülettől való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	70%
Az egyik felső végtag könyökízület fölött való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	65%
Az egyik felső végtag könyökízület alatt való teljes elvesztése, vagy működésképtelensége, továbbá az egyik kéz teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	60%
Az egyik hüvelykujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	20%
Az egyik mutatóujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	10%
Bármely más ujj(ak) teljes elvesztése/elvesztésük, vagy teljes működésképtelensége/működésképtelenségük	5%
Az egyik alsó végtag combközép fölött való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	70%
Az egyik alsó végtag combközépig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége, kivéve térd teljes működésképtelensége	60%
A térd teljes működésképtelensége (ízületmerevség)	30%
Az egyik alsó végtag lábszár közepéig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	50%
Az egyik lábfej boka szintjében való teljes elvesztése, vagy a boka teljes működésképtelensége	30%
Az egyik nagylábujj teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	10%
Bármely más lábujj(ak) teljes elvesztése/elvesztésük, vagy működésképtelensége/működésképtelenségük	5%
Az egyik szem látóképességének teljes elvesztése	40%
Az egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	65%

Az egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Az egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	45%
A szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Az ízlelő képesség teljes elvesztése	5%

A jobb- és a baloldali felső végtag egészségkárosodása esetén a táblázatban meghatározott térítés összege azonos.

Budapest, 2024. december 12.

5. számú melléklet: A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok

Minden esetben szükséges	- a biztosító igénybejelentő nyomtatványa kitöltve és aláírva
Csonttörés és égési sérülés esetén	<ul style="list-style-type: none"> - a csonttörést vagy égési sérülést igazoló lelet másolata - a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló dokumentáció (zárójelentés) másolata, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával - a sérült testrészszel kapcsolatban a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentáció másolata, amennyiben ilyen készült - a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb irat vagy dokumentum, illetve vizsgálati eredmény - a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb irat vagy dokumentum, illetve vizsgálati eredmény
Kórházi ellátás és műtéti beavatkozás esetén	<ul style="list-style-type: none"> - a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló dokumentáció (zárójelentés) másolata, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, illetve műtét esetén a műtéti beavatkozás pontos leírását, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával - az ellátás alapját képező betegség vagy baleset diagnosztizálásával, illetve a korábbi kezelésekkal kapcsolatos orvosi dokumentáció másolata - a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb irat vagy dokumentum, illetve vizsgálati eredmény
Kritikus betegség esetén	<ul style="list-style-type: none"> - a biztosítási eseményt leíró és alátámasztó, szakorvos vagy intézmény által igazolt orvosi dokumentáció másolata (zárójelentések, vizsgálati és szövettani eredmények) - a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb irat vagy dokumentum, illetve vizsgálati eredmény
Ha a fentnevezett esetekhez hatósági eljárás kapcsolódik	<ul style="list-style-type: none"> - a tényállás megállapítására alkalmas hatósági okirat, rendőrségi határozat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárás során hozott egyéb határozat - véralkohol vizsgálati eredmény, toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény másolata - rendőrségi vagy munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata
Ha a biztosítási esemény külföldön történt	- a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami, vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítása

A biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető- vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem kötheti.

Budapest, 2024. december 12.

Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések

Junior Care csonttörés és égési sérülés esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-F10, MET-F11, MET-F12, MET-F13)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) csonttörés és égési sérülés esetére szóló biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-825, MET-826) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-825, MET-826) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosított balesettel összefüggésben bekövetkezett csonttörése vagy égési sérülése, feltéve, hogy a baleset a biztosítási szerződés hatálya alatt következett be.

II. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összegnek a csonttörés vagy égési sérülés egyes eseteire meghatározott, százalékos mértékét fizeti ki („térítés összege”).
2. A biztosítási eseménynek minősülő csonttörések és égési sérülések, valamint az azokra meghatározott térítés mértékét a Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-825, MET-826) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész, Csonttörések és égési sérülések című, 2. számú melléklete (a továbbiakban: 2. számú melléklet) tartalmazza.
3. Amennyiben a biztosítási esemény a mindenkor aktuális, a tanév rendjéről szóló hivatalos rendelet által meghatározott tanítási szünetben (az őszi, a téli és a tavaszi szünetben, illetve a tanév utolsó napját követő nap és a következő tanév első napja közötti nyári szünetben) következett be, úgy a biztosító a térítési összeg kétszeresét fizeti ki.
4. Az ugyanazon balesetből származó több csonttörés vagy égési sérülés esetén a csonttörésre vagy égési sérülésre meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a biztosítási összeget.
5. Ha a térítés mértéke nem éri el az 1%-ot, a biztosító kifizetést nem teljesít.
6. Amennyiben a biztosított olyan csonttörést vagy égési sérülést szenved, amely 2. sz. mellékletben nem került feltüntetésre, úgy a csonttörés vagy égési sérülés, annak jellege alapján, az ott meghatározott csonttöréssel vagy égési sérüléssel kerül összehasonlításra és az összehasonlítás alapján elbírálásra.
7. A térítés mértékét, szükség esetén, a biztosító orvosszakértője állapítja meg, aki döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.
8. A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogyan az orvosszakmai szempontból indokolt.

III. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

IV. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.

-
2. Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott érték-követés mértékével azonos mértékben növekszik.

V. Kizárások

A Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-825, MET-826) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) bármilyen betegség, egészségi rendellenesség, előrehaladott kórfolyamat,
- b) bármely betegsége visszavezethető csontgyengülés, patológiás csonttörések,
- c) a rendszeres túlterhelés eredményeként fellépő törések (stressz törések).

VI. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2024. december 12.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

Junior Care kórházi ellátás esetén napi térítést nyújtó (MET-NA3, MET-NA4, MET-NA5, MET-NA6) és műtéti beavatkozás esetére szóló (MET-SA3, MET-SA4, MET-SA5, MET-SA6) biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) kórházi ellátás esetén napi térítést nyújtó és műtéti beavatkozás esetére szóló biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a Junior Care Baleset- és Egészség-biztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-825, MET-826) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-825, MET-826) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével vállalja. A mandula, illetve az orrpolip eltávolítását célzó kórházi ellátás és műtéti beavatkozás esetében a várakozási idő 180 nap.

II. Biztosítási esemény

Biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett bal esetével vagy betegségével összefüggésben történő kórházi ellátása.

Biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett bal esetével vagy betegségével összefüggésben történő műtéti ellátása.

III. A biztosító szolgáltatása

Kórházi ellátás esetén

1. Amennyiben a biztosított fekvőbetegként 3 napot meghaladó folyamatos kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási összegnek a kórházban töltött napok számával szorzott összegét fizeti ki a kórházi ellátás 1. napjától a kórházi ellátás legfeljebb 180. napjáig („térítés összege”). A térítés összege tehát a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a kórházi ellátás napjainak számával, legfeljebb azonban 180 nappal, megszorított összege.
2. Ha a kórházi felvétel és elbocsátás napja között kevesebb, mint 3 ellátási nap telik el, a biztosító kórházi napi térítés címén nem nyújt szolgáltatást
3. A kórházi ellátás tartamának legalább 1 napos megszakítása esetén a biztosító a következő kórházi ellátás(ok)at a korábbi kórházi ellátás(ok)tól függetlenül, új kórházi ellátásként veszi figyelembe.

Műtéti ellátás esetén

4. Amennyiben a biztosított orvos által elvégzendő, a műtéti beavatkozások táblázatában felsorolt műtéti ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki („térítés összege”).
5. A műtéti beavatkozásokat a Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-825, MET-826) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész, Műtéti beavatkozások című, 3. számú melléklete (a továbbiakban: 3. számú melléklet) tartalmazza.
6. A biztosító biztosítási évente legfeljebb két műtéti beavatkozás esetére nyújt szolgáltatást.

-
7. Amennyiben a műtéti ellátás nem szerepel a 3. sz. mellékletben, úgy a műtéti ellátás, annak jellege alapján, az ott meghatározott műtéti ellátásokkal kerül összehasonlításra és az összehasonlítás alapján elbírálásra a biztosító orvosszakértője által, aki döntését más orvosszakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

IV. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

V. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott érték-követés mértékével azonos mértékben növekszik.

VI. Kizárások

A Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-825, MET-826) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) terhesség, szülés, vetélés, művi terhességmegszakítás, koraszülés, művi megtermékenyítéssel kapcsolatos vagy azt célzó kivizsgálások és kezelések,
- b) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a 3. sz. mellékletben szereplő helyreállító sebészeti beavatkozásokat,
- c) lézeres látásjavító műtétek és fogpótló sebészeti beavatkozások,
- d) orvosi rutinvizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincs egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
- e) alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
- f) bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól vagy orvosi rendelőtől eltérő egészségügyi intézményben végeznek,
- g) bármely olyan beavatkozás, amely nem minősül műtétnek, illetve olyan műtéti beavatkozás, amelyet nem orvos végzett,
- h) halasztott vagy orvosilag nem indokolt kórházi ápolás és/vagy sebészi beavatkozás, amelynek szükségessége a biztosító jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már megállapítható volt és amelynek szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett.

VII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2024. december 12.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

Junior Care baleseti maradandó egészségkárosodás esetére szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-R58, MET-R59, MET-R60, MET-R61)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) baleseti maradandó egészségkárosodás esetére szóló biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a Junior Care Baleset- és Egészség-biztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-825, MET-826) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-825, MET-826) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosítási esemény

1. A biztosítási esemény a biztosított, balesettel összefüggésben bekövetkező, teljes vagy részleges maradandó egészségkárosodása, feltéve, hogy a baleset a biztosítási szerződés hatálybelépését követően következett be.
2. Teljes maradandó egészségkárosodás a balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett, orvos által igazoltan kialakultnak és stabilnak tekinthető egészségkárosodás, amennyiben annak mértéke eléri a 100%-ot, továbbá 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennáll és ezen időszak végén is maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősül.
3. Teljes maradandó egészségkárosodásnak minősülnek a Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-825, MET-826) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész, Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás című, 4. számú mellékletében (a továbbiakban 4. számú melléklet) meghatározott egyes egészségkárosodások abban az esetben is, ha azok nem álltak fenn 12 egymást követő hónapban folyamatosan.
4. Részleges maradandó egészségkárosodás a balesettel összefüggésben, a baleset időpontjától számított 180 napon belül bekövetkezett, orvos által igazoltan kialakultnak és stabilnak tekinthető egészségkárosodás, amennyiben annak mértéke eléri az 1%-ot, és nem éri el a 100%-ot. A részleges maradandó egészségkárosodás eseteit a 4. sz. melléklet tartalmazza.
5. Amennyiben a biztosított olyan teljes vagy részleges maradandó egészségkárosodást szenved, amelyet a 4. sz. melléklet nem tartalmaz, úgy jellege alapján az egészségkárosodás a 4. sz. mellékletben meghatározott egészségkárosodásokkal kerül összehasonlításra és annak alapján elbírálásra.

II. A biztosító szolgáltatása

1. Teljes maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a biztosítási összegnek a 4. sz. melléklet I. pontjában meghatározott mértékét fizeti ki (térítés összege).
2. A biztosító a térítési összegből levonja azt az összeget, amelyet az ugyanazon balesetből származó ugyanazon egészségkárosodásra részleges maradandó egészségkárosodás esetén már kifizetett.
3. Részleges maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító a biztosítási összegnek a II. 4. pontban meghatározott mértékét fizeti ki (térítés összege).

4. A biztosítási összeg alapjául szolgáló mértéket a 4. sz. melléklet II. pontja tartalmazza (a biztosítási összeg mértékének alapjául szolgáló mérték). A részleges maradandó egészségkárosodás százalékos mértékét, a biztosító döntése alapján, a biztosító orvosszakértője állapítja meg. A térítés összege megegyezik a biztosítási összeg mértékének alapjául szolgáló mértéknek az orvosszakértő által megállapított százalékos értékével.
5. Amennyiben a biztosítási esemény a mindenkor aktuális, a tanév rendjéről szóló hivatalos rendelet által meghatározott tanítási szünetben (az őszi, a téli és a tavaszi szünetben, illetve a tanév utolsó napját követő nap és a következő tanév első napja közötti nyári szünetben) következett be, úgy a biztosító a térítési összeg kétszeresét fizeti ki.
6. Az ugyanazon balesetből származó több egészségkárosodásra meghatározott térítési összegek összeadásra kerülnek azzal, hogy a térítés teljes összege nem haladhatja meg a biztosítási összeget.
7. A biztosító az egészségkárosodás jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően szolgáltatást nem teljesít. Az egészségkárosodás mértékét és maradandóságát a baleset bekövetkezését követő 2 éven belül meg kell állapítani.
8. Amennyiben a biztosított egészségi állapota tovább romlik azon biztosítási esemény következményeként, amelynek alapján a biztosító már részbeni kifizetést teljesített, a biztosított - a baleset bekövetkezésétől számított 2 éven belül - további igényt érvényesíthet a biztosítóval szemben. Az igényt írásban, az egészségi állapotot igazoló egészségügyi dokumentációval együtt kell benyújtani a biztosítóhoz. A biztosító az egészségkárosodás mértékét felülvizsgálja, és annak eredményeként a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeg erejéig további szolgáltatást teljesíthet. A baleset bekövetkezésétől számított 2 éven túl további igény nem érvényesíthető.
9. A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogyan az orvosszakmai szempontból indokolt.

III. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

IV. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével azonos mértékben nő.

V. Kizárások

A Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-825, MET-826) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezők II. Rész rendelkezésein túl a biztosító – a maradandó egészségkárosodás mértékéig - kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek azt a maradandó egészségkárosodást, amely a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően bekövetkezett balesettel összefüggésben következett be.

VI. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2024. december 12.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

Junior Care kritikus betegségekre szóló biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-CJ1, MET-CJ2, MET-CJ3, MET-CJ4)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) kritikus betegségekre szóló biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a Junior Care Baleset- és Egészség-biztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-825, MET-826) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész és a Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-825, MET-826) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. Várakozási idő

A biztosító a nem baleseti eredetű biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével vállalja.

II. A biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a biztosítottnál a biztosítási szerződés hatálybalépését követően a különös rendelkezések függelékében (továbbiakban: Függelék) meghatározott betegség, egészségi állapot bekövetkezése, műtéti beavatkozás elvégzése.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Függelékben meghatározottak szerint kerül megállapításra.

III. A biztosító szolgáltatása

1. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összegnek a Függelékben meghatározott mértékét fizeti ki, feltéve, hogy a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában a biztosított életben van.

Többszörös szolgáltatás

2. A biztosító öt kategóriába sorolja a biztosítási eseménynek minősülő betegségeket, egészségi állapotokat és műtéti beavatkozásokat. A kategóriákba való besorolást a Függelék tartalmazza.
3. A biztosító a biztosítás tartama alatt az adott kategóriába sorolt betegségek, egészségi állapotok és műtéti beavatkozások vonatkozásában kategóriánként legfeljebb a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki biztosítási esemény bekövetkezése esetén, figyelembe véve a III. 7-13. pontokban meghatározott részki fizetés lehetőségét is.
4. A biztosító a biztosítás tartama alatt a biztosítási összegnek legfeljebb az 500%-át szolgáltatja.
5. Amennyiben a Függelékben meghatározott kategóriák bármelyikében az odasorolt betegségek, műtéti beavatkozások vonatkozásában biztosítási esemény bekövetkezése miatt a biztosító kifizette a biztosítási összeg 100%-át, úgy a biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító kockázatviselése az érintett kategóriára, azaz az adott kategória összes betegsége vonatkozásában megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjára visszamenő hatállyal.
6. A fennmaradt kategóriák betegségeire, műtéti beavatkozásaira a biztosító kockázatviselése mindaddig fennáll, amíg az egyes kategóriákban meghatározott betegségek, műtéti beavatkozások közül valamelyik bekövetkezik és a biztosító szolgáltatást teljesít, figyelembe véve a III. 7-13. pontokban meghatározott részki fizetés lehetőségét is.

Részfizetési szolgáltatás

7. A Függlékben meghatározott egyes betegségek és műtéti beavatkozások esetében a biztosító részfizetést vagy részfizetéseket teljesít az adott megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás súlyosságára tekintettel.
8. A részfizetésre jogosító biztosítási események meghatározását a Függlék tartalmazza.
9. A részfizetés keretében a biztosító a biztosítási összeget alapul véve annak 25% vagy 50%-át fizeti ki az adott megbetegedésnek, állapotnak, beavatkozásnak a Függlékben meghatározott súlyosságú diagnózis esetén.
10. Amennyiben egy adott megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás súlyossága alapján a Függlékben meghatározottak szerint több (kettő vagy három) biztosítási esemény kerül meghatározásra, úgy a biztosító csak az adott megbetegedés, egészségi állapot súlyosbodása esetén teljesít részfizetést.
11. A részfizetésekkel teljesített szolgáltatás összege az adott megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás tekintetében legfeljebb a biztosítási összeg 100%-a lehet.
12. Amennyiben egy adott kategóriában részfizetésre jogosító biztosítási eseményt követően az adott kategóriába tartozó másik megbetegedés, egészségi állapot, műtéti beavatkozás miatt újabb biztosítási esemény következik be, úgy a biztosító a második biztosítási eseményre tekintettel kifizeti a már teljesített részfizetés(ek) összegével csökkentett biztosítási összeget. A kategóriára összesen teljesített kifizetés ebben az esetben sem haladhatja meg a biztosítási összeg 100%-át.
13. A kategórián belüli, a 12. pont szerinti két biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjai között legalább 180 napnak el kell telnie. Amennyiben a kategórián belüli két, nem azonos megbetegedés, beavatkozás miatti biztosítási esemény között nem telik el 180 nap, a biztosító nem teljesít szolgáltatást, de a biztosítás változatlan feltételekkel érvényben marad.

IV. A biztosítás díja

A biztosítási díj változatlan mértékű díj, azaz a díj a biztosított életkora alapján nem emelkedik.

V. Értékkövetés

1. A biztosítási szerződés rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.
2. Az értékkövetés arányos, ami azt jelenti, hogy a biztosítási összeg és a díj a biztosító által ajánlott értékkövetés mértékével azonos mértékben növekszik.

VI. Kizárások

A Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-825, MET-826) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

- a) a biztosított mértéktelen alkoholfogyasztása, illetve alkoholbetegsége,
- b) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák,
- c) mérgező vagy maró anyagok akaratlagos bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst szándékos belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja.

VII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

FÜGGELÉK

A Junior Care kritikus betegségekre szóló biztosítási szerződés alapján biztosítási eseménynek minősülő betegségek, egészségi állapotok, műtéti beavatkozások kategóriáinként, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és a biztosítási összeg mértéke

Betegségek, egészségi állapotok, műtéti beavatkozások kategóriái

A biztosító az alábbi 5 (öt) kategóriába sorolja be a biztosítási eseménynek minősülő betegségeket, egészségi állapotokat és műtéti beavatkozásokat:

- I. kategória:** Súlyos rosszindulatú daganatos betegség
- II. kategória:** Súlyos szív- és érrendszeri betegségek
- III. kategória:** Főbb szerveket és életfunkciókat érintő súlyos betegségek
- IV. kategória:** Súlyos idegrendszeri betegségek
- V. kategória:** Egyéb súlyos betegségek

Egy kategóriára tekintettel a biztosító legfeljebb a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki.

I. kategória: Súlyos rosszindulatú daganatos betegség

Rosszindulatú daganat (1)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szövettani lelet kiadásának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- a) In situ rosszindulatú elváltozások, a szövettanilag premalignus (daganatot megelőző állapot, vagyis olyan állapot, melyből rosszindulatú daganat alakul(hat) ki) vagy noninvazív, a szöveti határokat figyelembe vevő, a környezetét nem elárasztó daganatok, ideszámítva az in situ mell-daganatokat és a CIN-1; CIN-2; CIN-3 osztályú méhnyaki diszpláziákat;
- b) Hiperkeratózisosok, bazalióma és pikkelyes bőrrákok, áttét nélküli melanómák, ha a tumor vastagsága (Breslow-féle osztályozás szerint) 1,5 mm alatt van, vagy a Clark szerinti osztályozás szerint 3 szint alatti;
- c) A TNM osztályozás szerint szövettanilag igazolt T1a vagy T1b típusú prosztatatarákok vagy más stádium besorolás esetén a TNM-mel azonos vagy alacsonyabb besorolású prosztatatarákok, a pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1N0M0 besorolású papilláris mikrokarcinómája, a hólyag papilláris mikrokarcinómája, RAI 3 stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus limfoid leukémia;
- d) AIDS megbetegedés, illetve HIV fertőzöttség mellett megjelenő bármely rosszindulatú daganat.

II. kategória: Súlyos szív- és érrendszeri betegségek

Krónikus, szerzett szívbetegségek (2)

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A szerzett krónikus szívbetegség olyan betegséget jelent, amely a szív szöveti (szívbillentyűk, endokardium, szívizom vagy szívburok) működésének maradandó károsodását vagy morfológiai elváltozását eredményezi. Biztosítási eseménynek minősül az olyan szívkárosodás, amely esetében az azt kiváltó betegséget a biztosítás kezdetét követően diagnosztizálták.

A kárigény benyújtása akkor lehetséges, ha:

- igazolható az adott kiváltó betegség gyógyultnak nyilvánítása után legalább 6 hónappal még fennálló, NYHA II. vagy NYHA III. fokozatú kardiológiai szövődmény;
- vagy a kiváltó betegség adekvát kezelése ellenére, 6 hónapon túl is megállapítható olyan kardiológiai utókép, amely az NYHA klasszifikációja szerint II. vagy III. fokozatú.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A szerzett krónikus szívbetegség olyan betegséget jelent, amely a szív szöveti (szívbillentyűk, endokardium, szívizom vagy szívburok) működésének maradandó károsodását vagy morfológiai elváltozását eredményezi. Biztosítási eseménynek minősül az olyan szívkárosodás, amely esetében az azt kiváltó betegséget a biztosítás kezdetét követően diagnosztizálták.

A kárigény benyújtása akkor lehetséges, ha:

- igazolható az adott kiváltó betegség gyógyultnak nyilvánítása után legalább 6 hónappal még fennálló, legalább NYHA IV. fokozatú kardiológiai szövődmény;
- vagy a kiváltó betegség adekvát kezelése ellenére, 6 hónapon túl is megállapítható olyan kardiológiai utókép, amely az NYHA klasszifikációja szerint legalább IV. fokozatú osztályba sorolható.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

Nem biztosítási esemény

- a kizárólag alkohol- vagy drogfogyasztás következtében kialakult szívbetegség, egyéb kiváltó ok nélkül;
- a kizárólag veleszületett kamrai vagy pitvari sövényhiba következtében kialakult másodlagos szívbetegség, egyéb kiváltó ok nélkül.

Aorta műtét (3)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Nyitott mellkasban vagy hasban végzett nagyműtét, az aorta szűkületének, elzáródásának, az aorta aneurizma (verőértágulat) vagy az aorta dissectio (az aortafal belső rétegének berepedése, ami az aorta egész hosszában végigszaladhat) megszüntetése céljából. A jelen definíció szempontjából az aorta megfogalmazás a mellkasi és hasi aortát jelenti, az oldalágak nélkül.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, az endoszkópos vagy katéteres eljárásokra.

Szívbillentyű műtét (4)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Nyitott mellkasban végzett műtét a szívbillentyűk rendellenességének megoldására (szívbillentyűk helyreállítása vagy cseréje). A billentyűelégtelenség diagnózisát szívkatéteres és szívultrahang vizsgálattal kell igazolni és a műtét szükségességét kardiológus szakvéleményével kell alátámasztani.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a valvulotomiával, intraartériás műtétekkel vagy hasonló technikákkal elvégzett beavatkozásokra.

Reumás láz (5)

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül az a reumás láz, amely maradandó kardiológiai szövődményeket okoz, ezen szövődmények legalább 6 hónapon keresztül fennálltak és a megfelelő kezelés ellenére sem várható javulás. A reumás láz diagnóziását kardiológus szakorvos állítja fel a Jones-kritériumok mindegyikének teljesülése alapján.

A kárigény benyújtása akkor lehetséges, ha igazolható a NYHA besorolás II. vagy III. stádiuma szerinti kardiológiai szövődmény.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül az a reumás láz, amely maradandó kardiológiai szövődményeket okoz, ezen szövődmények legalább 6 hónapon keresztül fennálltak és a megfelelő kezelés ellenére sem várható javulás. A reumás láz diagnóziását kardiológus szakorvos állítja fel a Jones-kritériumok mindegyikének teljesülése alapján.

A kárigény benyújtása akkor lehetséges, ha igazolható a NYHA besorolás IV. stádiuma szerinti kardiológiai szövődmény.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek azon reumás láz megbetegedésből fakadó igény, amelynek esetében a biztosítási szerződés kezdete előtt már diagnosztizáltak bármilyen olyan betegséget, ami érintette a biztosított szívbillentyűit.

III. kategória: Főbb szerveket és életfunkciókat érintő súlyos betegségek

Veseelégtelenség (6)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Krónikus veseelégtelenség a krónikus vesebetegségek, illetve urológiai betegségek miatti vesepusztulás következtében kialakult olyan súlyos, IV. stádiumú, terminális veseműködési elégtelenség, amelynek következtében a beteg folyamatos vesefunkció-pótló kezelést (krónikus dialízis: peritonealis – hasüregi – dialízis, vagy haemodialízis, azaz művesekezelés) igényel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a rendszeres dialízis kezelés megkezdésének időpontja.

Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt vagy tudomással kellett bírnia:

- krónikus glomerulonephritis,
- policisztás vese,
- VUR következtében kialakult nephropathia,
- autoimmun nephropathia,
- húgyúti fejlődési rendellenesség talaján kialakuló krónikus pyelonephritis,
- öröklődő familiaris vesebetegségek,
- vesefejlődési rendellenességek,

- egyéb vesebetegség (Schönlein-Henoch szindróma),
- hipertónia,
- diabetes mellitus.

Szervátültetés (7)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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

A szervátültetés tekintetében biztosítási eseménynek tekinti továbbá a biztosító, ha a biztosított felkerül a hivatalosan elismert transzplantációs várólistára a fenti szervek vonatkozásában.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek szerinti műtét időpontja, vagy a biztosított transzplantációs listára kerülésének időpontja.

Nem minősül szervátültetésnek bármely más szerv, szervrész, szövet vagy sejt transzplantációja.

1-es típusú cukorbetegség /inzulinfüggő diabétesz/ (8)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az 1-es típusú cukorbetegség (inzulinfüggő diabétesz) olyan anyagcsere-rendellenesség, amelyet kórosan, krónikusan emelkedett vércukorszint és abszolút inzulinhiány jellemez.

A diagnózist diabetológus szakorvosnak kell felállítania, amelyben megerősítésre kerül az olyan 1-es típusú diabetes mellitus, amely súlyossága alapján legalább 3 hónapja fennálló rendszeres inzulinkezelést igényel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

Vírushepatitis /Hepatitis B, C, D, E/ (9)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Hepatitis vírus okozta, középsúlyostól a súlyosig terjedő jelentős májállomány elhalás, amely rohamosan vezet a máj működésének elégtelenségéhez. A kárigény benyújtása idején a biztosítottnál a fertőzés tényét igazolni kell.

A szolgáltatás feltétele, hogy a szakorvos által rögzített diagnózis tartalmazza a következő kritériumokat: a májenzimek adott életkori normálértékekhez viszonyított min. 4-szeres emelkedése (GPT, GOT), mely emelkedett értékeknek a kezelést követően is legalább 3 hónapon keresztül fenn kell állniuk és a vírus jelenléte még 6 hónappal az interferonkezelés befejezése után is igazolható.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Nem biztosítási esemény a Hepatitis A okozta megbetegedés.

Nagyfokú égési sérülés (10)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Égési sérülés a hőforrás (tűz, forró felület, gőz vagy maró anyag), illetve elektromos áram által kiváltott élő szöveti sérülés. Biztosítási esemény, ha a biztosított testfelületén baleset következtében

- 26%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű II. fokú, illetve
- 16%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű III. fokú, illetve

– 6%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű IV. fokú égési sérülést szenved.

Az állapot, s egyben a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az égési sérülés bekövetkezésének időpontja, amelyet szakorvos véleménye igazol.

Nem minősül biztosítási eseménynek a napsugárzás vagy bármilyen más sugárzás (például röntgen, radioaktivitás, lézer, mikrohullám) által okozott sérülés és egyéb hőhatás (pl.: hóguta) okozta károsodás.

Cisztás fibrózis (11)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A cisztás fibrózis egy olyan öröklött, genetikai betegség, amely több szervrendszert - különösen a légzőrendszert - is érint. Tünetei között szerepel többek között a krónikus légúti betegség, a hasnyálmirigy elégtelenség, a verejték magas elektrolit koncentrációja.

A szolgáltatás feltétele a pozitív molekuláris-genetikai teszteredmény vagy az úgynevezett verejtékteszt alapján meghatározott 60 mmol/l értéket meghaladó verejték-klorid koncentráció.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

IV. kategória: Súlyos idegrendszeri betegségek

Jóindulatú agydaganat (12)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A jóindulatú agydaganat az agyi szövetekből kiinduló szövetszaporulat, melynek diagnózisát neurológus vagy idegsebész szakorvos állítja fel MRI (Mágneses rezonancia), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény alapján. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- a) Életfontosságú funkciókat veszélyeztet
- b) Agykárosodást okoz
- c) Maradandó neurológiai károsodást okoz

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a következőkre: ciszták, granulomák, érendellenesség, vérömleny, agyalapi mirigy és gerincvelő daganatai.

Kóma (13)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Kómának minősülő állapot, amikor az eszméletvesztés legalább 96 óráig folyamatosan fennáll. A diagnózis alátámasztásához MRI (Mágneses rezonancia vizsgálat), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény szükséges, illetve az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges.

- a) Legalább 96 óráig nincs válasz a külső ingerekre;
- b) Az életfontosságú funkciók műszeres fenntartása szükséges.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

A biztosítás nem terjed ki a mesterségesen létrehozott kómára, illetve az alkohol és drogfüggőség közvetlen következtében kialakult eszméletvesztésre.

Végtagbénulás (14)

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Egy (1) teljes végtag teljes (100%) és visszafordíthatatlan bénulása betegség vagy baleset következtében. A teljes végtag teljes és visszafordíthatatlan bénulását, neurológus szakorvos diagnózisa állapítja meg.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Legalább két (2) teljes végtag teljes (100%) és visszafordíthatatlan bénulása betegség vagy baleset következtében. A két teljes végtag teljes és visszafordíthatatlan bénulását neurológus szakorvos diagnózisa állapítja meg.

Jelen biztosítás értelmében 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 kézizületeket.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja:

- baleset esetén a baleset időpontja,
- betegség esetén a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt, vagy tudomással kellett volna bírnia:

- szklerózis multiplex,
- egyéb agyi vagy gerincvelőt érintő megbetegedés,
- egyéb idegrendszeri betegség,
- pszichológiai kórállapotok (pseudoparalysis).

Agyvelőgyulladás (15)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

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

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórokozó laboratóriumi vizsgálattal történő azonosításának időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált agyvelőgyulladás.

Agyhártyagyulladás (16)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Olyan fertőzés, amely az agyhártyák vagy a gerincvelő membránjainak gyulladással (meningitis) folyamatosan keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább 6 hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerinccsapolással nyert gerincvelő-folyadékban azonosított kórokozó jelenlétével és neurológus szakorvosi véleményével kell alátámasztani.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórokozó laboratóriumi vizsgálattal történő azonosításának időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált agyhártyagyulladás.

Gyermekbénulás (17)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A Poliomyelitis diagnózisát az alábbi két feltétel együttes jelenléte támasztja alá:

- a) Azonosított poliovírus a megbetegedés okozója,
- b) A végtagok vagy a légzőszervek izmainak legalább 3 hónapja folyamatosan fennálló bénulása.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a poliovírus fertőzés laboratóriumi vizsgálattal történő diagnosztizálásának időpontja.

A biztosítás nem terjed azon esetekre, ahol az oltási rend alapján meghatározott kötelező gyermekbénulás elleni védőoltásokat a biztosított nem kapta meg.

Tetanusz (18)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Tetanusznak minősül a Clostridium tetani baktérium által okozott akut és súlyos fertőzőes betegség (merevgörcs). Jelen biztosítás akkor tekinti a tetanusz fertőzést biztosítási eseménynek, ha az legalább 4 hétig tartó kórházi kezelést igénylő légzési gyengeséget okoz, melyet szakorvos állapít meg.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

A biztosítás nem terjed azon esetekre, ahol az oltási rend alapján meghatározott kötelező tetanusz elleni védőoltásokat a biztosított nem kapta meg.

Epilepszia (19)

A biztosítási összeg 25%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az agyműködés átmeneti, rohamokban megnyilvánuló rendellenessége. A kárigény csak az ún. „nagy rohamokra” terjed ki, és akkor nyújtható be, ha a rohamok az igazolt és megfelelőnek tartott kezelés ellenére több mint 1 éve tartanak.

A biztosítási védelem a „nagy rohamokra” az alábbiak szerint terjed ki:

- A „nagy roham” egynél többszöri havi gyakoriságú ismétlődő roham, a vázizmok összességére kiterjedő tonusos-clonusos görcsrel társuló eszméletvesztéssel.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Az agyműködés átmeneti, rohamokban megnyilvánuló rendellenessége. A kárigény csak az ún. „nagy rohamokra” terjed ki, és akkor nyújtható be, ha a rohamok az igazolt és megfelelőnek tartott kezelés ellenére több mint 1 éve tartanak.

A biztosítási védelem a „nagy rohamokra” az alábbiak szerint terjed ki:

- A „nagy roham” egynél többszöri heti gyakoriságú ismétlődő roham, a vázizmok összességére kiterjedő tonusos-clonusos görcsrel társuló eszméletvesztéssel.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt, vagy tudomással kellett volna bírnia:

- traumás agysérülések,
- agyműtétek,
- agydaganat,
- szülés alatti hypoxia,
- encephalitis.

V. kategória: Egyéb súlyos betegségek

Súlyos látáskárosodás (20)

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül az a súlyos látáskárosodás, amikor mindkét szem látóképessége baleset vagy betegség következtében visszafordíthatatlanul megromlik az alábbiak szerint:

- az egészségesebb szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/50,
- az egyik szem látótere megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) körkörösén húsz foknál szűkebb,
- egyik szem hiányzik vagy nincs fényérzékelése.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül mindkét szem látóképességének teljes és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében az alábbiak szerint:

- mindkét szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/70,
- az egyik szem látóélessége megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) legfeljebb 5/50, a másik szem hiányzik vagy nincs fényérzékelése,
- mindkét szem látótere megfelelő korrekcióval (eszköz vagy műtét) körkörösén húsz foknál szűkebb.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az adott látáskárosodás diagnosztizálásának időpontja; a diagnózist szemész vagy neurológus szakorvosnak kell szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie.

A biztosítás nem terjed ki a szürkehályog okozta látáskárosodásra.

Súlyos halláskárosodás (21)

A biztosítási összeg 25%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül az a halláskárosodás, amikor az egyik fül hallóképessége baleset vagy betegség következtében teljesen és visszafordíthatatlanul elveszik. A teljes hallóképesség elvesztése a hallás minden frekvenciatartományában a legalább 80 decibeles halláscsökkenést jelenti. A diagnózist audiometriás és hallásküszöb vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvosnak kell megállapítania.

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül az a súlyos halláskárosodás, amikor mindkét fül hallóképessége baleset vagy betegség következtében súlyosan és visszafordíthatatlanul megromlik. A súlyos hallóképesség csökkenés a hallás minden frekvenciatartományában a legalább 70 és 80 decibel közötti értékű hallás-

csökkenést jelenti a kevésbé károsodott fülön. A diagnózist audiometriás és hallásküszöb vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvosnak kell megállapítania.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Biztosítási eseménynek minősül mindkét fül hallóképességének teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében. A teljes hallóképesség elvesztése mindkét fülön a hallás minden frekvenciatartományában a legalább 80 decibeles halláscsökkenést jelenti. A diagnózist audiometriás és hallásküszöb vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvosnak kell megállapítania.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az adott halláskárosodás bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Beszédképesség elvesztése (22)

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

A beszédképesség teljes, állandó és visszafordíthatatlan elvesztése, melyet a gége, a hallóideg vagy az agyi hallásközpont balesete vagy visszafordíthatatlan betegsége okozott. A beszédképtelenségnek folyamatosan 6 hónapig fenn kell állnia, és a diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell alátámasztania.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

Nem terjed ki a biztosítás a pszichiátriai betegségekkel összefüggésben kialakult beszédképtelenségre.

Csontvelő elégtelenség /aplasztikus anémia/ (23)

A biztosítási összeg 50%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Krónikus, tartós csontvelő elégtelenség, amely anémiában (vérszegénységben), neutropéniában (csökkent neutrofil fehérvérsejt szám) és thrombocitopéniában (csökkent thrombocitaszám) nyilvánul meg, és kezelése az alábbi beavatkozást igényli:

- rendszeres, legalább 1 hónapon keresztül folytatott immunszuppresszív (immunrendszert gátló) kezelés

A diagnózist hematológus által készített szakvéleménnyel kell alátámasztani.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Krónikus, tartós csontvelő elégtelenség, amely anémiában (vérszegénységben), neutropéniában (csökkent neutrofil fehérvérsejt szám) és thrombocitopéniában (csökkent thrombocitaszám) nyilvánul meg, és kezelése az alábbiak közül legalább egy beavatkozást igényel:

- többszöri (min. 2x) transzfúzió valamely vérkészítménnyel, min. 2 hónapon keresztül;
- csontvelő-transzplantáció.

A diagnózist hematológus által készített szakvéleménnyel kell alátámasztani.

Bármelyik biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek egy másik betegség kezelésének következményeként kialakult aplasztikus vérszegénység, továbbá kizárásra kerül a kockázatviselés kezdetét követő első 2 évben bekövetkező, egyidejűleg krónikus általános vérszegénységből eredő aplasztikus vérszegénység.

HIV-fertőzés vérátömlesztés következtében (24)

A HIV (Human Immunodeficiency Vírus, azaz emberi immunhiány-előidéző vírus) egy embert fertőző vírus, az AIDS nevű betegség kórokozója. A HIV-fertőzést, illetve az AIDS betegséget a pozitív HIV ELISA antitestvizsgálat, illetve a pozitív HIV-megerősítő teszt (Western Blot vagy PCR teszt) igazolja.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Jelen megbetegedés tekintetében a biztosító annyiban tekint el a biztosítási szerződésre irányadó általános rendelkezésekben foglalt kizárásától, amennyiben a HIV-fertőzés vérátömlesztéshez (transzfúzióhoz) köthető és az alábbi feltételek mindegyike együttesen fennáll:

- a) a vérátömlesztés orvosilag szükséges volt és a kezelés részeként tekinthető, és
- b) a vérátömlesztés a kockázatviselés kezdetét követően történt, és
- c) a fertőzés megtörténtét a vért kiadó intézmény elismerte, és a HIV-fertőzés okát jelentő vért azonosította.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki:

- a szexuális úton vagy intravénás drog használata során bekövetkező HIV-fertőzésre,
- ha a fertőzött/megbetegedett biztosítottnál korábban hemofiliát diagnosztizáltak.

Munkavégzés során szerzett HIV-fertőzés (25)

A HIV (Human Immunodeficiency Vírus, azaz emberi immunhiány-előidéző vírus) egy embert fertőző vírus, az AIDS nevű betegség kórokozója. A HIV-fertőzést, illetve az AIDS betegséget a pozitív HIV ELISA antitestvizsgálat, illetve a pozitív HIV-megerősítő teszt (Western Blot vagy PCR teszt) igazolja.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Jelen megbetegedés tekintetében a biztosító annyiban tekint el a biztosítási szerződésre irányadó általános rendelkezésekben foglalt kizárásától, amennyiben munkavégzés során következett be a HIV-fertőzés és az alábbi feltételek mindegyike együttesen fennáll:

- a) a fertőzés a biztosítás hatályba lépését követően a normál munkavégzéssel kapcsolatban alakult ki a meghatározott, vérrel vagy más testfolyadékkal kapcsolatba kerülő munkakörök esetében;
- b) a megfertőződés időpontját követő 6 hónapon belül a vírus elleni antigének a vérből kimutathatók;
- c) a fenti eseményeket követően 5 napon belül negatív eredményt igazoló HIV teszt készült;
- d) a megfertőződést követően legalább 12 hónapon keresztül a HIV vagy a HIV antitestek jelenléte igazolt a biztosított szervezetében;
- e) a megfertőződéshez köthető esemény jelentésre került a megfelelő hatóság irányába, az eset kivizsgálásra került az elfogadott módszerek alkalmazásával és a vizsgálat eredményét a megfelelő iratban (határozat, végzés, etc.) dokumentálták.
- f) Érintett munkakörök: orvos vagy fogorvos; ápoló; egészségügyi laboratóriumi asszisztens vagy dolgozó; betegszállítást végző egészségügyi személyzet (ideértve a betegszállító jármű vezetőjét is); radiológiai asszisztens; mentőegység teljes személyzete; szülésznő; tűzoltó; rendőr; büntetésvégrehajtásban dolgozó személyzet.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki:

- a szexuális úton vagy intravénás drog használata során bekövetkező HIV-fertőzésre,
- ha a fertőzött/megbetegedett biztosítottnál korábban hemofiliát diagnosztizáltak.

Közlekedési baleset miatti elsősegélynyújtás vagy fizikai támadás alkalmával szerzett HIV- fertőzés (26)

A HIV (Human Immunodeficiency Vírus, azaz emberi immunhiány-előidéző vírus) egy embert fertőző vírus, az AIDS nevű betegség kórokozója. A HIV-fertőzést, illetve az AIDS betegséget a pozitív HIV ELISA antitestvizsgálat, illetve a pozitív HIV-megerősítő teszt (Western Blot vagy PCR teszt) igazolja.

A biztosítási összeg 100%-ának kifizetését az alábbi biztosítási esemény bekövetkezése váltja ki:

Jelen megbetegedés tekintetében a biztosító annyiban tekint el a biztosítási szerződésre irányadó általános rendelkezésekben foglalt kizárásától, amennyiben a HIV-fertőzés közlekedési baleset miatti elsősegélynyújtás vagy fizikai támadás alkalmával következett be és az alábbi feltételek mindegyike együttesen fennáll:

- a) a fizikai támadás vagy közlekedési baleset jelentésre került a megfelelő hatóság irányába, az eset kivizsgálásra került az elfogadott módszerek alkalmazásával és a vizsgálat eredményét a megfelelő iratban (határozat, végzés, etc.) dokumentálták;
- b) a megfertőződés időpontját követő 6 hónapon belül a vírus elleni antigének a vérből kimutathatók;
- c) a fenti eseményeket követően 5 napon belül negatív eredményt igazoló HIV teszt készült;
- d) a megfertőződést követően legalább 12 hónapon keresztül a HIV vagy a HIV antitestek jelenléte igazolt a biztosított szervezetében.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis fentiek szerinti felállításának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki:

- a szexuális úton vagy intravénás drog használata során bekövetkező HIV-fertőzésre,
- ha a fertőzött/megbetegedett biztosítottnál korábban hemofiliát diagnosztizáltak.

Budapest, 2024. december 12.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

Junior Care asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések (MET-A08-23)

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) asszisztencia biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a Junior Care Baleset- és Egészség-biztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-825, MET-826) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész, és a Junior Care Baleset- és Egészségbiztosítási Szerződések Biztosítási Szabályzata (MET-825, MET-826) Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosítási szolgáltatást a biztosított veheti igénybe. Kiskorú biztosított esetén az asszisztencia szolgáltatási igények kezelését a vele egy háztartásban élő hozzátartozója jogosult lebonyolítani. A biztosított és a vele egy háztartásban élő hozzátartozója a továbbiakban ügyfélként kerül meghatározásra.

II. Az asszisztencia szolgáltató

1. Az asszisztencia szolgáltatásokat a Teladoc Hungary Tanácsadó és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság (székhelye: 1092 Budapest, Köztelek utca 6., telefonszáma: +36 1 461 1515), (a továbbiakban: asszisztencia szolgáltató) nyújtja.
2. A biztosító fenntartja a jogot az asszisztencia szolgáltatást nyújtó személyének módosítására.

III. Az asszisztencia szolgáltatások igénybevételének feltételei

1. Az asszisztencia szolgáltató az év minden napján, 24 órában, a +36 1 461 1507 telefonszámon fogadja az ügyfél hívását, amely rögzítésre kerül.
2. Az ügyfél telefonhívását követően az asszisztencia szolgáltató az ügyfél neve, születési helye és ideje, valamint a biztosítási szerződés kötvényszáma alapján azonosítja az ügyfelet és ellenőrzi a jogosultságot a kívánt szolgáltatás igénybevételére.
3. Általános asszisztencia szolgáltatások minden választható Junior Care csomag esetén:
 - a) 7/24 telefonos orvosi tanácsadási szolgáltatás,
 - b) szakorvosi vizsgálat és konzultáció ajánlásával és megszervezésével kapcsolatos szolgáltatás,
 - c) nemzetközi második orvosi szakvélemény beszerzésével kapcsolatos szolgáltatás,
 - d) pszichológussal történő konzultáció megszervezésével kapcsolatos szolgáltatás baleset vagy súlyos betegség esetén,
 - e) magántanár biztosításával kapcsolatos szolgáltatás huzamosabb kórházi ápolás esetén,
 - f) magántanár biztosításával kapcsolatos szolgáltatás huzamosabb otthoni ápolás esetén.
4. Asszisztencia többlétszolgáltatás a Junior Care Gondoskodó csomag választása esetén:
 - a) betegszállítás szolgáltatás baleset vagy betegség esetén.
5. Asszisztencia többlétszolgáltatások a Junior Care Szemünk fénye és Szuper szülő csomag választása esetén:
 - a) betegszállítás szolgáltatás baleset vagy betegség esetén,

-
- b) képalkotó diagnosztika szolgáltatás (CT, MRI, UH).
6. A 3., 4. és 5. pontban megnevezett asszisztencia szolgáltatások részletes feltételeit a különös rendelkezések következő fejezetei tartalmazzák.

IV. Várakozási idő

A biztosító egyes szolgáltatásait csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével nyújtja. A várakozási idő fennállását az adott asszisztencia szolgáltatás leírása tartalmazza.

V. 7/24 telefonos orvosi tanácsadási szolgáltatás

1. Az asszisztencia szolgáltató az év minden napján, 24 órában, a +36 1 461 1507 telefonszámon fogadja az ügyfél hívását, amely rögzítésre kerül.
2. Jelen szolgáltatással kapcsolatban nincs várakozási idő, az a kockázatviselés első napjától igénybe vehető.
3. Az asszisztencia szolgáltató a következőkről ad tájékoztatást:
 - a) betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
 - b) gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásairól, helyettesíthetőségéről, áráról,
 - c) orvosi-, gyermekorvosi-, fogorvosi ügyeletekről,
 - d) ügyeletes gyógyszertárakról,
 - e) egészségügyi intézmények elérhetőségéről.
4. Az asszisztencia szolgáltató által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek. Az asszisztencia szolgáltató erre a tényre az ügyfél figyelmét a telefonbeszélgetés előtt szóban is felhívja
5. Orvosszakmai kérdés esetén az asszisztencia szolgáltató az ügyfél hívását orvosnak továbbítja, aki megválaszolja az ügyfél kérdéseit.
6. Egyéb asszisztencia szolgáltatási igény bejelentése esetében az asszisztencia szolgáltató a különös rendelkezések további fejezeteiben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja.

VI. Szakorvosi vizsgálat és konzultáció ajánlásával és megszervezésével kapcsolatos szolgáltatás

1. Amennyiben a biztosított a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett balesete vagy előzmény nélkül kialakult betegsége miatt szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra szorul, úgy az asszisztencia szolgáltató segítséget nyújt abban, hogy megtalálja a biztosított szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltatót, ahol az igényelt szakorvosi ellátás vagy konzultáció térítéses szolgáltatásként igénybe vehető. Az asszisztencia szolgáltató az ügyfél kérése esetén a szakorvosi vizsgálat vagy a konzultáció megszervezését is vállalja.
2. Jelen szolgáltatás esetében nincs várakozási idő, az a kockázatviselés első napjától igénybe vehető.
3. Az asszisztencia szolgáltató által megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját az ügyfél fizeti.
4. A szakorvosi vizsgálat vagy a konzultáció megszervezésének határideje az ügyfél igényének előterjesztésétől számított 10 munkanap.
5. Amennyiben a megrendelt szolgáltatást a megszervezett időpontban az ügyfél nem kívánja igénybe venni, és erről a szolgáltatás időpontját megelőzően legalább 1 munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy a szolgáltatás ismételt megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.

VII. Nemzetközi második orvosi szakvélemény beszerzésével kapcsolatos szolgáltatás

1. A biztosított balesetével vagy súlyos betegségével kapcsolatban magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, nemzetközileg elismert, általában külföldi szakorvos által készített orvosi távszakvélemény („második orvosi vélemény”) elkészítése kezdeményezhető, feltéve, hogy a baleset, illetve a súlyos betegség a biztosítási szerződés hatálybalépését követően következett be vagy alakult ki, és a súlyos betegség nem áll összefüggésben olyan betegséggel, amely a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően fennállt. A szakvélemény célja, hogy a biztosított betegségének gyógyítását támogassa.
2. A biztosító szolgáltatást csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével nyújtja, kivéve, ha a második orvosi szakvélemény szolgáltatásra balesettel összefüggésben bekövetkezett betegség vagy egészségi állapottal kapcsolatban kerül sor.
3. A második orvosi vélemény az alábbi betegségek esetén igényelhető:
 - a) az életet fenyegető rosszindulatú daganatos megbetegedés,
 - b) szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészeti beavatkozást szükségessé tevő kórképeket,
 - c) szervátültetések,
 - d) neurológiai és idegsebészeti betegségek,
 - e) az idegrendszer degeneratív betegségei,
 - f) a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és állapotok,
 - g) az életet fenyegető egyéb betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.
4. A 3. pontban nem meghatározott betegségek, állapotok esetén az asszisztencia szolgáltató a második orvosi vélemény nyújtása tekintetében mérlegelési jogkörrel rendelkezik.
5. A második orvosi vélemény örökletes vagy veleszületett betegségek, illetve rendellenességek esetén nem vehető igénybe.
6. A második orvosi vélemény igénybevételének a további feltételei vannak:
 - a) az asszisztencia szolgáltató által megküldött kérdőív kitöltése,
 - b) jogi nyilatkozat aláírása, és mindezek megküldése az asszisztencia szolgáltató részére.
7. Az igény beérkezését követően az asszisztencia szolgáltató esetfelelős orvost jelöl ki, akinek feladata a következő:
 - a) az ügyféltől dokumentáció bekérése és ezek összesítése,
 - b) második orvosi vélemény iránti igény jogosságának orvos-szakmai szempontú mérlegelése,
 - c) második orvosi véleményt adó orvos kiválasztása, részére a dokumentáció megküldése, illetve az eset kezelése folyamán a kapcsolattartás,
 - d) a második orvosi vélemény végső formájának összeállítása.
8. Az asszisztencia szolgáltató a második orvosi véleményt az ügyféllel egyeztetett formátumban, módon és címen, de mindenképpen írásban, postán vagy elektronikusan küldi meg az ügyfél részére.
9. Az asszisztencia szolgáltató a második orvosi vélemény átadása után további konzultációt biztosít az ügyfél számára, amennyiben erre igényt tart.
10. A biztosító mentesül a második orvosi vélemény beszerzésének kötelezettsége alól, amennyiben az ügyfelet a második orvosi vélemény tárgyát képező betegség tekintetében Magyarországon orvos nem vizsgálta meg, így betegségéről nem áll rendelkezésre dokumentáció.

11. A második orvosi vélemény igénylésekor az ügyfélnek a csatolnia kell az esetről készült orvosi/kórházi leleteket, laboratóriumi vizsgálati eredményeket, orvosi jelentéseket, szövetmintákat, és minden egyéb vizsgálati eredményt, melyek alátámasztják a kezdeti diagnózist, továbbá csatolnia kell az asszisztencia szolgáltató által kért további jelentéseket és vizsgálati eredményeket.
12. Az ügyfél kérésére és felhatalmazásával az asszisztencia szolgáltató kapcsolatba lép a kezelőorvossal, hogy megbeszélje vele az esetet, és bekérje tőle a megfelelő második orvosi véleményhez szükséges információt.
13. A második orvosi vélemény iránti kérelem benyújtása magyar nyelven történik. A második orvosi vélemény kiállítása magyar és angol nyelven történik, eltérés esetén az angol nyelvű szöveg irányadó.
14. A második orvosi vélemény az ügyfél által benyújtott adatok megbízhatóságától és pontosságától függ.
15. A második orvosi vélemény nem használható fel a biztosított kezelőorvosa döntésének helyettesítésére, tekintve, hogy bármely klinikai döntés meghozatalához személyes orvos-beteg találkozás és tényleges orvosi kivizsgálás szükséges.
16. Az asszisztencia szolgáltató nem vállal semmilyen felelősséget a nyújtott információ helytelen értelmezéséért vagy felhasználásáért. Ezen információ nem szolgálhat tudományos vagy jogi bizonyítékként.
17. A második orvosi vélemény elkészítésének költségeit – beleértve az esetlegesen szükséges szakfordítás díját – az asszisztencia szolgáltatás tartalmazza. Minden egyéb, pótlólagosan felmerülő orvosi vizsgálatokkal és kezelésekkal, orvosi jelentések megírásával kapcsolatos kiadást, költséget és díjat az ügyfél visel.
18. A második orvosi vélemény elkészítésének határideje 15 munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges összes dokumentum és lelet az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll.

VIII. Pszichológussal történő konzultáció megszervezésével kapcsolatos szolgáltatás baleset vagy súlyos betegség esetén

1. Ha a biztosított a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége vagy balesete következtében 14 napnál hosszabb folyamatos kórházi tartózkodásra, vagy közvetlen hozzátartozója (szülő, testvér) elvesztése miatt pszichológiai kezelésre szorul, úgy az asszisztencia szolgáltató a biztosított számára pszichológussal történő telefonos vagy személyes konzultációt szervez meg. A pszichológussal történő konzultáció díjmentes.
2. A biztosító a szolgáltatást csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével nyújtja, kivéve, ha a pszichológussal történő konzultáció balesettel összefüggő esemény miatt válik szükségessé.
3. Telefonos konzultáció biztosítási évente legfeljebb 5 alkalommal, személyes konzultáció legfeljebb 2 alkalommal vehető igénybe. Ugyanazon biztosítási éven belül telefonos és személyes konzultáció nem vehető igénybe.
4. A szolgáltatás lebonyolítása előtt az asszisztencia szolgáltató az alábbi dokumentumokat kérheti:
 - a) kórházi zárójelentés,
 - b) kórházi kezelés időtartamának igazolása.
5. A telefonos konzultáció megszervezésének határideje az ügyfél igényének előterjesztésétől számított 5 munkanap, a személyes konzultáció megszervezésének határideje 15 munkanap.
6. Amennyiben a megrendelt szolgáltatást a megszervezett időpontban a biztosított nem kívánja igénybe venni, és erről a szolgáltatás időpontját megelőzően legalább 1 munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy az igénybe nem vett szolgáltatás is egyszeri igénybevételnek minősül.

IX. Magántanár biztosításával kapcsolatos szolgáltatás huzamosabb kórházi ápolás esetén

1. A tanköteles korú biztosított a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége vagy balesete miatti, 14 napnál hosszabb folyamatos kórházi kezelését követően elmaradt tanulmányainak pótlása érdekében magántanárt vehet igénybe. Az asszisztencia szolgáltató az ügyfél kérésére segítséget nyújt abban, hogy a biztosított szükségleteinek megfelelő magántanárt megtalálják.
2. A biztosító a szolgáltatást csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével nyújtja, kivéve, ha az baleset miatti kórházi ápolással összefüggésben válik szükségessé.
3. A magántanári órák értéke biztosítási évenként legfeljebb 50 000 Ft, óránként legfeljebb 5 000 Ft lehet, naptári hetenként legfeljebb 3 alkalommal vehető igénybe a magántanár szolgáltatása.
4. Az asszisztencia szolgáltató vállalja, hogy a magántanár óradíját a meghatározott összeghatár erejéig közvetlenül a magántanárnak fizeti meg. Amennyiben az ügyfél a saját választása szerinti magántanárt szeretne igénybe venni, úgy az asszisztencia szolgáltató számla ellenében, utólag, banki átutalással megtéríti az ügyfél költségeit a meghatározott összeghatárig.
5. A szolgáltatás lebonyolítása előtt az asszisztencia szolgáltató az alábbi dokumentumokat kérheti:
 - a) kórházi zárójelentés,
 - b) kórházi kezelés időtartamának igazolása,
 - c) az ügyfél részére történő utólagos költségtérítés esetén a szolgáltatást nyújtó magántanár eredeti számlája, melyen vevőként az asszisztencia szolgáltató van feltüntetve,
 - d) annak igazolása, hogy a számlát kiállító magántanár (egyéni vállalkozó vagy jogi személy) az adott szolgáltatás nyújtásához szükséges szakképesítéssel és hatósági engedéllyel rendelkezik.
6. A szolgáltatás megszervezésének határideje 10 munkanap attól az időponttól számítva, amikor a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes dokumentum az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll.
7. Amennyiben a megszervezett szolgáltatást a megbeszélte időpontban a biztosított nem kívánja igénybe venni, és erről a szolgáltatás időpontját megelőzően legalább 1 munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy az igénybe nem vett szolgáltatás is egyszeri igénybevételnek minősül.

X. Magántanár biztosításával kapcsolatos szolgáltatás huzamosabb otthoni ápolás esetén

1. Amennyiben a tanköteles korú biztosított a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége vagy balesete miatti, 14 napnál hosszabb folyamatos kórházi kezelését követően 14 napot meghaladó otthoni ápolásra szorul, úgy elmaradt tanulmányainak pótlása érdekében magántanárt vehet igénybe. Az asszisztencia szolgáltató az ügyfél kérésére segítséget nyújt abban, hogy a biztosított szükségleteinek megfelelő magántanárt megtalálják.
2. A biztosító a szolgáltatást csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével nyújtja, kivéve, ha az baleset miatti kórházi és otthoni ápolással összefüggésben válik szükségessé.
3. A magántanári órák értéke biztosítási évenként legfeljebb 50 000 Ft, óránként legfeljebb 5 000 Ft lehet, naptári hetenként legfeljebb 3 alkalommal vehető igénybe a magántanár szolgáltatása.
4. Az asszisztencia szolgáltató vállalja, hogy a magántanár óradíját a meghatározott összeghatár erejéig közvetlenül a magántanárnak fizeti meg. Amennyiben az ügyfél a saját választása szerinti magántanárt szeretne igénybe venni, úgy az asszisztencia szolgáltató számla ellenében, utólag, banki átutalással megtéríti az ügyfél költségeit a meghatározott összeghatárig.
5. A szolgáltatás lebonyolítása előtt az asszisztencia szolgáltató az alábbi dokumentumokat kérheti:
 - a) kórházi zárójelentés,
 - b) kórházi kezelés időtartamának igazolása,

-
- c) az otthoni ápolás időtartamának orvosi igazolása,
 - d) az ügyfél részére történő utólagos költségtérítés esetén a szolgáltatást nyújtó magántanár eredeti számlája, melyen vevőként az asszisztencia szolgáltató van feltüntetve,
 - e) annak igazolása, hogy a számlát kiállító magántanár (egyéni vállalkozó vagy jogi személy) az adott szolgáltatás nyújtásához szükséges szakképesítéssel és hatósági engedéllyel rendelkezik.
6. A szolgáltatás megszervezésének határideje 10 munkanap attól az időponttól számítva, amikor a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes dokumentum az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll.
 7. Amennyiben a megszervezett szolgáltatást a megbeszélte időpontban a biztosított nem kívánja igénybe venni, és erről a szolgáltatás időpontját megelőzően legalább 1 munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy az igénybe nem vett szolgáltatás is egyszeri igénybevételnek minősül.

XI. Betegszállítás szolgáltatás baleset vagy betegség esetén

1. Amennyiben a biztosított a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult betegsége vagy balesete folytán a lakhelyéről szakorvoshoz vagy kórházba, illetve kórházból vagy szakorvostól a lakhelyére saját járművel vagy tömegközlekedéssel az egészségi állapota miatt kísérettel sem képes eljutni, úgy mentőszállításra jogosult. A mentőszállítást az asszisztencia szolgáltató szervezi meg a biztosított részére.
2. A biztosító a szolgáltatást csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével nyújtja, kivéve, ha az baleset miatti betegszállítással összefüggésben válik szükségessé.
3. A betegszállítás szolgáltatást biztosítási évenként legfeljebb 100 000 Ft értékben lehet igénybe venni.
4. A szolgáltatás lebonyolítása előtt az asszisztencia szolgáltató a mentőszállítás szükségességét igazoló orvosi dokumentumok (szakorvosi ellátást igazoló ambuláns lap, kórházi zárójelentés, szakorvosi beutaló) bemutatását kérheti az ügyféltől.
5. A szolgáltatás megszervezésének határideje 3 munkanap attól az időponttól számítva, amikor a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes dokumentum az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll.
6. Amennyiben a megszervezett szolgáltatást a megbeszélte időpontban a biztosított nem kívánja igénybe venni, és erről a szolgáltatás időpontját megelőzően legalább 1 munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy az igénybe nem vett szolgáltatás is egyszeri igénybevételnek minősül és a biztosítási év során a betegszállítás szolgáltatás kapcsán összesen rendelkezésre álló költségkeretet 20%-kal csökkenti.

XII. Képződi diagnosztika szolgáltatás (CT, MRI, UH)

1. Amennyiben a biztosítottnak a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult, szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított betegsége vagy balesete miatt CT, MRI vagy ultrahang vizsgálatra van szüksége, úgy az asszisztencia szolgáltató szervezésében igénybe vehet biztosítási évente
 - egy alkalommal ultrahang vizsgálatot, vagy
 - egy alkalommal egy testtáj CT vizsgálatát, vagy
 - egy alkalommal egy testtáj MRI vizsgálatát.
2. A szolgáltatás keretében az alábbi vizsgálatok érhetők el:
 - a) hasi, nyaki vagy lágyrész ultrahang vizsgálat,
 - b) natív és kontrasztanyagot CT vizsgálat bármely testtájáról,
 - c) natív és kontrasztanyagot MRI vizsgálat bármely testtájáról.

-
3. A biztosító a szolgáltatást csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével nyújtja, kivéve, ha az baleset miatt válik szükségessé.
 4. A képkötő diagnosztika szolgáltatást biztosítási évenként legfeljebb 100 000 Ft értékben lehet igénybe venni.
 5. A szolgáltatás lebonyolítása előtt az asszisztencia szolgáltató a képkötő vizsgálat szükségességét igazoló orvosi dokumentumok (szakorvosi ellátást igazoló ambuláns lap, kórházi zárójelentés, szakorvosi beutaló) bemutatását kérheti az ügyféltől.
 6. A szolgáltatás megszervezésének határideje 10 munkanap attól az időponttól számítva, amikor a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes dokumentum az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll.
 7. Amennyiben a megszervezett szolgáltatást a megbeszélt időpontban a biztosított nem kívánja igénybe venni, és erről a szolgáltatás időpontját megelőzően legalább 1 munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy az igénybe nem vett szolgáltatás is egyszeri igénybevételnek minősül.

XIII. A biztosítás díja

A biztosító évente egyszer, minden év május 1. napjával indexálhatja a biztosítási díjat. A biztosító az index mértékét a Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések II. részének XXI. fejezetében részletezett módon határozza meg. Az indexálás nem befolyásolja az asszisztencia szolgáltatások összeghatárait.

Budapest, 2024. december 12.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe