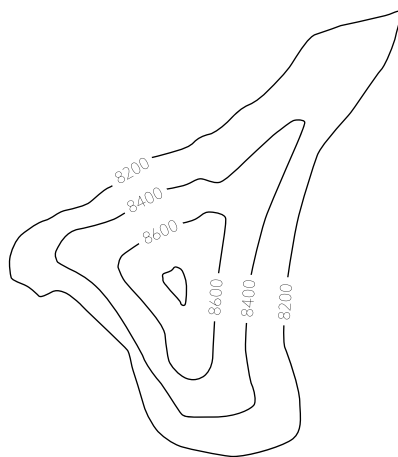




EVEREST PRO

Befektetési egységekhez kötött életbiztosítás

Általános Ügyféltájékoztató és Szerződési Feltételek

(GTC - 20180324)

TARTALOMJEGYZÉK

Általános Ügyfélértékelő és Szerződési Feltételek

A NOVIS Biztosító ügyfélértékelője.....	3
I. FEJEZET: BEVEZETŐ RENDELKEZÉSEK.....	8
1. cikk: A biztosítás tárgya	8
2. cikk: Fogalmak	8
II. FEJEZET: AZ ALAPBIZTOSÍTÁSRA VONATKOZÓ RENDELKEZÉSEK.....	10
3. cikk: A biztosítási esemény.....	10
4. cikk: A biztosító szolgáltatása.....	10
5. cikk: A biztosítási szerződés megkötése.....	11
6. cikk : Kockázatbírálás	12
7. cikk: A biztosítás tartama, a kockázatviselés kezdete és vége, a biztosítási szerződés megszűnése	13
8. cikk: Biztosítási díj, a biztosítási szerződés pénzneme	14
9. cikk: A rendszeres biztosítási díj NOVIS bónuszjogosultsága	14
10. cikk: A díjfizetési kötelezettség elmulasztásának jogkövetkezményei; reaktiválás.....	15
11. cikk: Az egyéni számla.....	15
12. cikk: Az egyéni számla aktuális értékének változása	16
13. cikk: Visszavásárlás	16
14. cikk: Részleges visszavásárlás	16
15. cikk: Díjszüneteltetés	17
16. cikk: Kötvénykölcson.....	18
17. cikk: NOVIS Díjtaralék és modellportfóliók.....	18
18. cikk: A felek jogai és kötelezettségei	20
19. cikk: Díjnövelés, díjsökkentés, a biztosítási összeg módosítása	22
20. cikk: Értékkövetés.....	22
21. cikk: Kedvezményezett.....	22
22. cikk: Kizárások.....	23
23. cikk: Mentésülés.....	23
III. FEJEZET: KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK KÜLÖNÖS SZABÁLYAI	24
24. cikk: A baleset fogalma	24
25. cikk: A Balesetbiztosításra meghatározott biztosítási események	24
26. cikk: A biztosító szolgáltatása	24
27. cikk: A Betegségek és műtétek biztosításra meghatározott biztosítási események.....	25
28. cikk: Rettegett betegségek.....	26
29. cikk: Műtéti térítés.....	30
30. cikk: Napi térítés kórházi tartózkodás és keresőképtelenség időtartamára	31
IV. FEJEZET: EGYÉB RENDELKEZÉSEK.....	32
31. cikk: Eljárás véleményeltérés esetén	32
32. cikk: Elektronikus kézbesítés.....	32
33. cikk: Személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók.....	32
34. cikk: Záró rendelkezések.....	35
AZ ÁLTALÁNOS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ ÉS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK MELLÉKLETEI	37
1. számú melléklet: Visszavásárlási értékek.....	37
2. számú melléklet: Kondíciós lista.....	38
Adózási tájékoztató	41
A TERMÉKMAPPÁBAN MEGTALÁLHATÓ TOVÁBBI DOKUMENTUMOK	
3. számú melléklet: Befektetési politika	
4. számú melléklet: Értékelési táblázatok	
A biztosított egészségi nyilatkozata	
Termékismertető	
Tájékoztató a teljes költségmutatóról	
Nyilatkozat az EVEREST PRO Életbiztosítási program megkötésekor elvégzett igényfelmérésről, a kapott tájékoztatásról és a dokumentációk átvételéről	

ÁLTALÁNOS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ ÉS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK AZ EVEREST PRO ÉLETBIZTOSÍTÁSI TERMÉKHEZ

Tisztelt Ügyfelünk!

Kérjük, hogy biztosítási ajánlatának megtétele előtt figyelmesen olvassa el a jelen Általános Ügyféltájékoztatót és Szerződési Feltételeket (a továbbiakban: ÁUSZF).

ÁLTALÁNOS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

Biztosítónk, a NOVIS Poistovňa a.s. (Námestie L'udovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, IČO /Cégjegyzékszám/: 47 251 301, DIČ/ Székhely szerinti adószám/: 202 388 5314, magyar adószám: 30375916-1-51, a Bratislava I. Járási Bíróság Cégjegyzéke, Sa rész, betét sz. 5851/B.), amely a biztosítási tevékenységet Magyarország területén a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. 41. § (1) bekezdése szerinti határon átnyúló szolgáltatásként végzi.

Az Ön további partnere a szerződéskötéssel és esetleges jövőbeni, biztosítással kapcsolatos ügyeinek intézésével kapcsolatban a QUANTIS Consulting Zrt., 1068 Budapest, Benczúr utca 44.

A biztosító felügyeleti szerve a Szlovák Nemzeti Bank (SK-813 25 Bratislava, Imricha Karvasa 1.; telefon: +421 2 5787 1111; e-mail: info@nbs.sk). A biztosító viszontbiztosítását egy öttagú viszontbiztosító konzorcium végzi, melyről részletesebb információk a biztosító weboldalán találhatók (www.novis.eu).

Az „EVEREST PRO” Életbiztosítás főbb jellemzői

Az EVEREST PRO Életbiztosítás olyan, a halálesetre és elérésre szóló vegyes életbiztosítások és a befektetési egységekhez kötött életbiztosítások jellemzőit ötvöző életbiztosítás, amely nyugdíjbiztosításként is megköthető.

A nem nyugdíjbiztosításként kötött EVEREST PRO Befektetési egységekhez kötött életbiztosítás a biztosított halála, vagy – határozott időre kötött szerződés esetén – a tartam végén a biztosított életben léte esetére nyújt biztosítási szolgáltatást.

A nyugdíjbiztosításként megkötött EVEREST PRO Befektetési egységekhez kötött életbiztosítás esetén a biztosítói teljesítést a biztosított halála, vagy a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló jogszabály szerinti nyugdíjszolgáltatásra való jogosultság megszerzése, vagy az egészségi állapot legalább 40%-os mértéket elérő károsodása váltja ki, a biztosító elérési szolgáltatása pedig a szerződés létrejöttkor érvényes öregségi nyugdíjkorhatár biztosított általi betöltésekor válik esedékessé.

A szerződő az allokációs arány meghatározásával a biztosítási díjat választása szerint a NOVIS Díjtartalékba, vagy egy választott modellportfólióba irányíthatja.

A NOVIS Díjtartalékban nyilvántartott biztosítási díjak az életbiztosítások matematikai tartalékainak befektetésére vonatkozó szigorú törvényi előírások alapján kerülnek befektetésre. A befektetési kockázatot teljes egészében a biztosító viseli. A Biztosító a NOVIS Díjtartalékban nyilvántartott biztosítási díjakra a teljes tartam alatt évente előre meghatározott mértékű hozam megfizetésére vállal kötelezettséget. A Biztosító mindig az adott év végén teszi közzé honlapján a következő évre meghatározott hozam mértékét. A 2018. évre meghirdetett hozam 4%.

A modellportfólióba befizetett díjakat a biztosító befektetési egységekre váltja át, és a befektetési politikájában meghatározott elvek szerint fekteti be. **A befektetési kockázatot teljes egészében a szerződő fél viseli. A biztosító a modellportfóliókba elhelyezett díjakra sem tőke-, sem hozamgaranciát nem vállal.**

A NOVIS Díjtartalék és a modellportfóliók közötti átjárhatóság, valamint a kockázati díjak és a költségek egységes érvényesíthetősége érdekében **a biztosító a NOVIS Díjtartalékba befizetett biztosítási díjakat úgy tartja nyilván, mintha abból a szerződő befektetési egységeket vásárolt volna.** Az egyéni számla a NOVIS Díjtartalékban és a szerződő által választott modellportfólióban nyilvántartott befektetési egységek egységes nyilvántartására szolgál. Az egyéni számla aktuális értéke megegyezik az egyéni számlán nyilvántartott befektetési egységek számának és a befektetési egység adott értékelési napra vonatkozó árfolyamának szorzatával. Ez az árfolyam a modellportfóliókat alkotó eszközalapok mögöttes befektetéseinek piaci értékének növekedésétől vagy csökkenésétől függően változik.

A szerződő a szerződés tartama alatt az allokációs arány megváltoztatásával befektetési egységeit bármikor áthelyezheti NOVIS Díjtartalékból az egyes modellportfóliókba, illetve a modellportfólióból más modellportfólióba vagy a NOVIS Díjtartalékba.

A biztosító – függetlenül attól, hogy a befizetett biztosítási díj a NOVIS Díjtartalékban vagy modellportfólióban került befektetésre – a kockázati díjakat és a költségeit az egyéni számlán nyilvántartott befektetési egységek levonása útján érvényesíti.

A befektetéssel összefüggő speciális fogalmakat, az ÁÜSZF 2. cikke, a modellportfóliók befektetési politikájának módosíthatóságára, a modellportfóliót alkotó eszközalapok létrehozására, lezárására, megszüntetésére, felfüggesztésére vonatkozó, továbbá a befektetés módosításához szükséges tudnivalókat az ÁÜSZF 11. és 17. cikke, a modellportfóliók befektetési politikáját az ÁÜSZF 3. számú melléklete tartalmazza.

Az EVEREST PRO Életbiztosítás tartama

A nem nyugdíjbiztosításként megkötött EVEREST PRO Befektetési egységekhez kötött életbiztosítás határozott tartamú, vagy élethosszig tartó lehet. A minimális tartam 6 teljes biztosítási év.

A nyugdíjbiztosításként megkötött EVEREST PRO Befektetési egységekhez kötött életbiztosítás tartama a biztosított szerződéskötéskor érvényes öregségi nyugdíjkorhatáráig tart. A minimális tartam 6 teljes biztosítási év.

A biztosítási szerződés szereplői

A biztosító a szerződővel áll közvetlenül kapcsolatban, és a biztosítás díját is a szerződő fizeti. A biztosított az, akire vonatkozóan a biztosító a kockázatot vállalja. **A biztosítási ajánlat elbírálásához egyes esetekben részletes egészségi nyilatkozat kitöltésére van szükség, de a biztosító az ajánlat elbírálását orvosi vizsgálat elvégzésétől is függővé teheti.**

A szerződő nem nyugdíjbiztosításként megkötött EVEREST PRO életbiztosítás esetén mind a haláleseti, mind az eléricsi szolgáltatás esetén kedvezményezettet jelölhet. Nyugdíjbiztosítás esetén a biztosító az eléricsi, a rokkantsági és a nyugdíjszolgáltatást a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítottnak, a haláleseti szolgáltatást a kedvezményezett(ek)nek fizeti ki.

Az EVEREST PRO Életbiztosítás szolgáltatása

Az EVEREST PRO Életbiztosítás az alapbiztosításból és a hozzá köthető kiegészítő biztosításokból áll. Az alapbiztosítás halálesetre és eléricsre szóló életbiztosításként, vagy nyugdíjbiztosításként köthető meg. Az alapbiztosításhoz az ÁÜSZF III. fejezetében ismertetett kiegészítő biztosítások köthetők.

a) A nem nyugdíjbiztosításként kötött EVEREST PRO Életbiztosítás szolgáltatása

Nem nyugdíjbiztosításként megkötött EVEREST PRO Életbiztosítás esetén, amennyiben a biztosított a határozott tartamra kötött szerződés tartamának lejáratakor életben van, a biztosító az egyéni számla lejárat napján fennálló aktuális értékét fizeti ki az eléricsi kedvezményezett – ennek hiányában a biztosított – részére.

A biztosított halála – mint biztosítási esemény – esetén a biztosító **a garantált haláleseti összeget**, továbbá a szerződésen nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékének, valamint a NOVIS Bónuszokból képzett befektetési egységek visszavásárlási értékének összegét fizeti ki a kedvezményezett(ek)nek. A haláleseti szolgáltatás kifizetésével a biztosítás megszűnik.

b) A nyugdíjbiztosításként megkötött EVEREST PRO Életbiztosítás szolgáltatásai:

A biztosított halála – mint biztosítási esemény – esetén a biztosító a garantált haláleseti összeget, továbbá a szerződésen nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékének, valamint a NOVIS Bónuszokból képzett befektetési egységek visszavásárlási értékének összegét fizeti ki a kedvezményezett(ek)nek. A haláleseti szolgáltatás kifizetésével a biztosítás megszűnik.

A rokkantsági szolgáltatás akkor kerül kifizetésre, ha a biztosított egészségi állapota – a társadalombiztosítási szerv határozata szerint – legalább 40%-os mértékben károsodik, kivéve, ha a nyugdíjbiztosítási szerződés létrejöttének

időpontjában a biztosított egészségkárosodása a 40%-os mértéket már elérte (függetlenül attól, hogy rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásra jogosult-e vagy sem). A rokkantsági szolgáltatás a szerződés **visszavásárlási értéke**. A kifizetés egy összegben és járadék formájában is történhet.

A biztosítottat nyugdíjszolgáltatás a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló jogszabály szerinti saját jogú nyugdíjszolgáltatásra való jogosultság megszerzése esetén illeti meg, ami alatt a tényleges nyugdíjas állapotot kell érteni, míg a nyugdíjkorhatára betöltése esetén elérési szolgáltatás illeti meg. **Az elérési szolgáltatás a szerződés aktuális értéke. A nyugdíjszolgáltatás a szerződés visszavásárlási értéke.** Amennyiben a biztosított a szerződés létrejöttét követő 10 éven belül válik az elérési vagy a nyugdíjszolgáltatásra jogosulttá, a kifizetés (a biztosító szolgáltatása) nem csökkenő összegű, a szerződés létrejöttétől számítva legalább 10 éves tartamú vagy élethosszig tartó járadék formájában történhet. Amennyiben a járadékszolgáltatás egy hónapra jutó várható összege nem éri el az Szja tv. által meghatározott értéket, a járadékszolgáltatás - a szerződés létrejöttétől számított 10. év letelte előtt - egy összegben is teljesíthető.

A biztosító által a biztosítási jogviszonyra tekintettel bármilyen jogcímen kifizetett összegre – így többek között a részleges és a teljes visszavásárlási összegre is – a szerződés egész tartama alatt a biztosított jogosult, kivéve a haláleseti szolgáltatást, melynek jogosultja(i) a kedvezményezett(ek).

c) Közös szabályok

A szerződésben a felek a szerződés létrejöttétől számított **6 hónapos várakozási időt kötnek ki**, az ezen időszakon belül bekövetkezett biztosítási eseményre a biztosító nem teljesít szolgáltatást, kivéve, ha a biztosítási esemény bal-eset miatt következett be. A tartamon belüli biztosítási eseményt a bekövetkezéstől számított 3 napon belül írásban be kell jelenteni a biztosítónak. A biztosító a bejelentés, felvilágosítások tartalmát ellenőrizheti, így különböző iratokat is bekérhet a szolgáltatás és egyéb kifizetések teljesítése előtt. A biztosító a szolgáltatást az összes szükséges irat beérkezését és a jogosultság, illetve a kifizetendő összeg végleges megállapítását követő 15 napon belül teljesíti.

A biztosítási eseményekről és a szolgáltatásokról az ÁÜSZF 3. és 4. cikkéből, valamint a III. fejezetéből is tájékozódhat, a garantált haláleseti szolgáltatás költsége pedig az ÁÜSZF 2. sz. mellékletét képező Kondíciós Listában található. A szolgáltatás teljesítésének további feltételeit és módját az ÁÜSZF 18. cikke foglalja össze.

A szolgáltatás esetleges korlátozása

A biztosító egyes kiemelt kockázatokat (például alkohol- vagy drogfogyasztással összefüggésben bekövetkezett eseményeket) kizár a biztosítási események köréből. Ha a szerződő vagy a biztosított nem teljesíti a szerződésben vállalt közlési kötelezettségeit (és még néhány egyéb, az ÁÜSZF-ben meghatározott speciális esetben) a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól.

A kizárásokról és mentesülésekről, illetve az ezekben az esetekben kifizethető összegekről részletesen az ÁÜSZF 22. és 23. cikke szól.

A biztosítási díj

A biztosító a szolgáltatás teljesítését a szerződő által rendszeresen fizetendő biztosítási díj ellenében vállalja. A rendszeres biztosítási díj többféle módon és gyakorisággal is fizethető. A biztosító a szerződő választása szerint értékkövetést alkalmazhat.

A szerződő meghatározott feltételek teljesülése esetén NOVIS Bónusz jóváírására jogosult.

A rendszeres díjból képzett megtakarításait a szerződő rendkívüli befizetéssel is növelheti. **A biztosító jogosult a rendszeres biztosítási díjat a rendkívüli befizetés terhére érvényesíteni. Ha ez nem lehetséges, és a szerződő felhívás után sem fizeti meg az elmaradt rendszeres díjat, a biztosítási szerződés díjmentes leszállításra kerül.**

A biztosító képviselőjében eljáró biztosításközvetítő az ügyféltől biztosítási díjat nem vehet át, és nem jogosult az ügyfélnek járó összeg kifizetésében közreműködni.

A díjfizetésről és módosításának lehetőségeiről, a bónuszokról, továbbá a díjfizetés elmulasztásának következményeiről az ÁÜSZF 8.-10., 15. és 19. cikkeiből tájékozódhat.

A szerződést terhelő levonások

A biztosító a szerződéssel összefüggő ráfordításai, a garantált haláleseti biztosítási összeg és a kiegészítő biztosítások kockázati díjainak fedezésére a szerződést különböző levonásokkal terheli, amelyeket a befektetési egységek darabszámából von el. Az egyes költség típusok a költséglevonások tekintetében térnek el egymástól, befektetési szempontból nem különböznek. A NOVIS Bónusz befektetési egységek a jóváírást követő 10 év elteltével helyezhetők át, illetve azokra külön visszavásárlási táblázat alkalmazandó. Nyugdíjbiztosítás esetén az adójóváírásból származó befektetési egységek terhére csak kezelési díj érvényesíthető, és ezen befektetési egységek biztosítási szolgáltatáshoz kapcsolódó visszavásárlási értéke mindig 100 %. A különböző típusú befektetési egységekről bővebben az ÁÜSZF 2. cikke szól, a szerződést terhelő levonások részletezését az ÁÜSZF 12. cikke, továbbá a Kondíciós Lista tartalmazza.

Díjszüneteltetés, visszavásárlás, részleges visszavásárlás

A szerződő díjfizetési nehézségek esetén az alábbi lehetőségekkel élhet:

- Ha átmeneti pénzügyi gondokkal küzd, **három díjjal fedezett év elteltével a díjfizetés szüneteltetését kérheti.**
- Kérheti biztosításának részleges vagy teljes visszavásárlását is, utóbbi esetben a szerződés megszűnik. Részleges visszavásárlás esetén a befektetések egy része, teljes visszavásárlás esetén pedig a teljes befektetés kerül visszaváltásra. Az egyéni számla visszavásárlási értéke a befektetési egységek aktuális árfolyamának, míg a NOVIS Bónusz befektetési egységek visszavásárlási értéke a szerződés tartamának, az eltelt éveknél és a befektetési egységek aktuális árfolyamának a függvénye. **A részleges vagy teljes visszavásárlás a szerződésre igényelt esetleges adójóváírás emelt összegben történő visszafizetési kötelezettségével jár.**
- A szerződő a a biztosítási szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával indoklás nélkül felmondhatja a szerződést. **Ebben az esetben a biztosító az esetleges orvosi vizsgálat költségeit és az időarányos kockázati díjakat a szerződő által befizetett biztosítási díjjal szemben jogosult beszámítással érvényesíteni.**

A díjszüneteltetésről az ÁÜSZF 15., a visszavásárlásról a 13., a részleges visszavásárlásról a 14. cikke, a 30 napon belüli felmondásról pedig a 7. cikke tájékoztat részletesebben.

Egyéb tudnivalók

- Az ÁÜSZF-ben és a szerződésben nem érintett kérdésekben a hatályos magyar polgári jog szabályai irányadók.
- A szerződéssel kapcsolatos esetleges adókötelezettségekről, kedvezményekről elsősorban a személyi jövedelemadóról szóló (Szja) törvény rendelkezik. **A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adózási szabályokat külön adózási tájékoztatónk foglalja össze, mely jelen ÁÜSZF részét képezi.**
- A biztosító jogosult a tudomására jutott, a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatásával összefüggő személyes, egészségi és üzleti adatok – törvényi előírásoknak megfelelő – teljes körű kezelésére. A biztosító köteles az adatokat biztosítási titokként kezelni. A biztosítási titokkal, a biztosító adatkezelésével és az adatok továbbíthatóságával kapcsolatos tudnivalókat az ÁÜSZF 6. és 32. cikke tartalmazza.
- Az ügyfelek adatait a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a biztosítási tevékenységről szóló, 2014. LXXXVIII. törvényben leírt esetekben – az ÁÜSZF 32. cikkében meghatározott szervezeteknek továbbíthatja. A szerződésre vonatkozó ajánlat aláírásával a szerződő és biztosított hozzájárulnak, hogy adataikat a biztosító külföldi biztosítóhoz, külföldi viszontbiztosítóhoz vagy külföldi adatkezelő szervezethez is továbbíthassa.
- A biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát személyesen, telefonon vagy írásban közölheti. Írásos bejelentését átadhatja személyesen ügyfélszolgálatunkon, megküldheti postai úton, telefaxon, illetve elektronikus levélben.
- Ha a szerződéskötést követően a biztosítási szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltoznak, a biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő hatvan napon belül javaslatot tehet a biztosítási szerződés vagy az ahhoz kapcsolódó általános szerződési feltételek megváltozott szabályozásra tekintettel történő módosítására annak érdekében, hogy a szerződés tartalma az adókedvezmény vagy adójóváírás igénybevételére jogosító feltételeknek megfeleljen. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot az arról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított harminc napon belül nem utasítja el, a szerződés a módosító javaslatban meghatározott feltételekkel a jogszabályváltozás hatálybalépésének időpontjával módosul. A biztosító a szerződő felet a biztosítási tevékenységről szóló törvényben támasztott követelményeknek megfelelően tájékoztatja a szerződés vagy a szerződési feltételek változásáról. A módosító javaslat szerződő általi elutasítása nem adhat alapot a szerződés biztosító általi felmondására.

A biztosító „Panaszkezelési szabályzata” elérhető és megtekinthető ügyfélszolgálati irodáiban és a biztosító honlapján:
<http://www.novis.eu/hu/panaszkezelesi-szabalyzat>
Online panaszbejelentés: <http://www.novis.eu/hu/panaszbejelentes> E-mail: panaszok@novis.eu
Ügyfélszolgálat: 1068 Budapest, Benczúr utca 44.
Telefonszám: 06-20-378-6709

Jogorvoslati lehetőségek:

a) Pénzügyi Békéltető Testület:

A biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén pénzügyi békéltető testületi eljárást kezdeményezhet. Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1525 Budapest, BKKP Pf. 172.
Telefonszám: 06-80/203776; E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu
Bővebben a <https://www.mnbb.hu/bekeltetes> honlapon kaphat tájékoztatást.

b) Fogyasztóvédelmi eljárás:

A 2013. évi CXCV törvény szerinti pénzügyi fogyasztói vitában fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet.
Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Pf. 777. Telefonszám: 06-80/203776;
E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu
Bővebben a <https://www.mnbb.hu/fogyasztovedelem> honlapon kaphat tájékoztatást.

c) Szlovák Nemzeti Bank:

Panaszával a Szlovák Nemzeti Bankhoz (SK-813 25 Bratislava, Imricha Karvasa 1.; telefon: +421 2 5787 1111; e-mail: info@nbs.sk) is fordulhat, mely a biztosító felügyeletét ellátó szerv.
További információk a www.nbs.sk honlapon érhetők el.

d) Bíróság:

Az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróság (<http://www.birosag.hu>).

SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK

I. FEJEZET BEVEZETŐ RENDELKEZÉSEK

Jelen EVEREST PRO GTC-20180324 kódjelű Általános Ügyféltájékoztató és Szerződési Feltételek (a továbbiakban: ÁÜSZF) a NOVIS Poistovňa a.s. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött „EVEREST PRO” Életbiztosítási szerződésre alkalmazandók, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték meg. A biztosító és a szerződő között az ÁÜSZF alapján létrejött szerződésre az itt nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései irányadók.

1. cikk: A biztosítás tárgya

1. Az EVEREST PRO Életbiztosítás olyan, a halálesetre és elérésre szóló vegyes életbiztosítások és a befektetési egységekhez kötött életbiztosítások jellemzőit ötvöző rendszeres díjas életbiztosítás, amely a szerződő választása szerint akár nyugdíjbiztosításként is megköthető.
2. Az alapbiztosítás halálesetre és elérésre szóló életbiztosításként, vagy nyugdíjbiztosításként köthető meg. Az ÁÜSZF III. fejezetében ismertetett kiegészítő biztosítások köthetők.
3. A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az alapbiztosításra, illetve a kiegészítő biztosításokra vonatkozó rendelkezésekben meghatározott biztosítási események bekövetkezte esetén az ott meghatározott biztosítási szolgáltatást teljesíti.

2. cikk: Fogalmak

1. **Az allokációs arány** a szerződő rendelkezésében megadott arány, mely meghatározza, hogy a biztosító a biztosítási díjat milyen arányban fektesse be a NOVIS Díjtartalékba, vagy egy választott modellportfólióba. A biztosító minden hónap első napján a modellportfólióban lévő befektetési egységek értékét a szerződő által meghatározott allokációs aráynak megfelelően helyreállítja.
2. **A befektetési egység** egy adott modellportfólió által megtestesített befektetési eszközökben, vagy a NOVIS Díjtartalékban történő egységnyi, arányos részesedést kifejező elméleti elszámolási egység.
3. **A modellportfóliókon belül az adott egységek árfolyama:** Egy adott modellportfólió befektetési egységeinek árfolyama a modellportfólió aktuális értékének (nettó eszközértékének) és a benne foglalt befektetési egységek aktuális darabszámának a hányadosa. A befizetett biztosítási díjakat a Biztosító az aktuális árfolyam alapján váltja át befektetési egységekre. A biztosító a szolgáltatás és kifizetések teljesítésekor, illetve a befektetési egységek terhére történő költségek elszámolásakor a befektetési egységek aktuális árfolyamát használva határozza meg azok aktuális értékét. Árfolyamérték a NOVIS Díjtartalék esetén: valamennyi EVEREST PRO Életbiztosítási szerződés összesített NOVIS Díjtartalékának aktuális értéke és valamennyi EVEREST PRO Életbiztosítási szerződés NOVIS Díjtartalékban nyilvántartott összes befektetési egységének a hányadosa. A biztosító minden értékelési napon meghatározza az adott értékelési napra vonatkozóan a befektetési egységek árfolyamát és azt a webhelyén (www.novis.eu) közzéteszi. A biztosító a befektetési egységek árfolyamát 5 tizedesjegyre kerekítve határozza meg.
4. **Befizetés napja** az a nap, amikor a biztosítási díj, a megfizetés módjára való tekintet nélkül, a biztosító – a biztosítási szerződés díjainak fogadása céljából rendszeresített – számlájára a biztosítási szerződéshez való rendelkezéshez szükséges azonosító adatokkal beérkezett.
5. **A biztosított belépési kora** a biztosítási szerződés hatálybalépése évének és a biztosított születési évének a különbözete. A biztosított belépési korának megállapítása a kockázati díjak meghatározását szolgálja.
6. **Biztosítási díj** minden olyan befizetés, melyet a szerződő a biztosítónak a biztosítási szerződés alapján teljesít.
7. **Biztosítási esemény** a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási szerződés hatálya alatt bekövetkezett azon esemény, amely kiváltja a biztosító szolgáltatási kötelezettségét.
8. **A biztosítási évforduló** a biztosítás technikai kezdetének napja.
9. **A biztosítási időszak** egy év, amely a biztosítási évfordulótól a következő biztosítási évfordulóig tart.
10. **A biztosítási összeg** az alapbiztosítás garantált haláleseti szolgáltatására, valamint a kiegészítő biztosításokra vonatkozóan a szerződő fél által meghatározott összeg, melynek kifizetését a biztosító külön kockázati díj ellenében vállalja.
11. **A biztosítási szolgáltatás** az a pénzösszeg, melyet a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezte esetén fizet.
12. **A biztosítás technikai kezdete** a szerződő – a Szerződési Feltételek 7. cikkének 2. és 3. pontjában foglaltak alapján történő - választása szerint vagy annak a hónapnak az első napja, amelyben a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tett, vagy az ajánlattétel hónapját követő hónap első napja.

- 13. A biztosított** az a természetes személy, akire a biztosító kockázatviselése a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási események tekintetében vonatkozik.
- 14. Biztosító** a NOVIS Poistovňa a.s. (Námestie L'udovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, IČO /Cégjegyzékszám/: 47 251 301, DIČ/ Székhely szerinti adószám/: 202 388 5314, magyar adószám: 30375916 - 1 - 51, a Bratislava I. Járási Bíróság Cégjegyzéke, Sa rész, betét sz. 5851/B.), amely a biztosítási tevékenységet Magyarország területén a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. 41. § (1) bekezdése szerinti határon átnyúló szolgáltatásként végzi. A biztosító felügyeletét a Szlovák Nemzeti Bank látja el.
- 15. Díjfizetési időszak** az a szerződő választása szerinti egy hónapos, negyedéves, féléves, vagy éves időszak, amelynek első napján az adott díjfizetési időszakra vonatkozó, választott díjfizetési gyakoriság szerinti rendszeres díj esedékes.
- 16. Az egyéni számla** az egyes biztosítási szerződésekhez rendelt nyilvántartás, mely a NOVIS Díjtartalékban nyilvántartott, és a szerződő által a választott a modellportfólióban vásárolt befektetési egységek nyilvántartására szolgál.
- 17. Az egyéni számla aktuális értéke** egy adott értékelési napon megegyezik az egyéni számlán nyilvántartott befektetési egységek számának és a befektetési egység adott értékelési napra vonatkozó árfolyamának szorzatával.
- 18. Az eszközalap** a biztosító által a biztosítási szerződés alapján képzett biztosítástechnikai tartalékok befektetése céljából létrehozott, önálló befektetési politikával rendelkező, a biztosító vagy az általa megbízott alapkezelő által elkülönítetten kezelt befektetési eszközállomány, amelyek a modellportfóliókat alkotják.
- 19. Értékelési nap** a modellportfóliókat alkotó eszközalapok tekintetében minden olyan magyarországi munkanap, amelyen a modellportfólió mögöttes befektetése megvásárolhatók és vissza is válthatók. A NOVIS Díjtartalék vonatkozásában az értékelési nap minden magyarországi munkanap.
- 20. Fogyasztó** az a természetes személy, aki szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül jár el.
- 21. Illikvid eszköz** a modellportfóliót alkotó eszközalap olyan eszköze, amelynek értéke nem állapítható meg, ideértve különösen, ha az értékelésre alkalmas piaci árfolyam-információk az eszköz forgalmazásának, kereskedésének vagy nyilvános árjegyzésének felfüggesztése miatt nem állnak maradéktalanul rendelkezésre.
- 22. Kedvezményezett** az a személy, aki a haláleset biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatásra jogosult.
- 23. Kockázati díj** az a díj, amelyet a biztosító a befektetési egységek elvonása útján az alapbiztosítás garantált haláleseti biztosítási összegére, valamint a kiegészítő biztosítások biztosítási összegére tekintettel a kockázatviselés ellenértékéeként von le a szerződő egyéni számlájáról.
- 24. A költségek** mértékét a Kondíciós Lista tartalmazza. A biztosító a befektetési egységek szerződő egyéni számlájáról történő elvonása útján az alábbi költségeket érvényesítheti:
 - a) Adminisztrációs díj:** a biztosítónak a biztosítási szerződések nyilvántartásával kapcsolatban felszámított költsége.
 - b) Forgalmazási díj:** A biztosítási szerződés fenntartásával kapcsolatban felmerülő, a biztosító ráfordításainak fedezetéül szolgáló költség, amelyet a biztosító a szerződés teljes tartama alatt, legfeljebb 15 évig érvényesít.
 - c) Kezelési díj:** a biztosítónak a biztosítási díj befektetésével kapcsolatban felmerült költsége, mely az egyéni számla aktuális értékének meghatározott százaléka.
- 25. NOVIS Díjtartalék** a szerződő egyéni számláján jóváírt azon összeg, melyből a szerződő nem vásárolt valamely modellportfólióban befektetési egységeket. A NOVIS Díjtartalék és a modellportfóliók közötti átjárhatóság, valamint a kockázati díjak és a költségek egységes érvényesíthetősége érdekében a biztosító a NOVIS Díjtartalékban jóváírt összegeket technikailag befektetési egységként tartja nyilván.
- 26. Polgári Törvénykönyv** a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. tv.
- 27. A rendszeres biztosítási díj** az a biztosítási díj, melyet a szerződő fél köteles a választott díjfizetési gyakoriság szerint a biztosítónak megfizetni. A rendszeres biztosítási díj legkisebb mértékét a Kondíciós Lista tartalmazza.
- 28. Rendkívüli befizetés:** A szerződő által a megegyezett rendszeres biztosítási díjon felül befizetett összeg.
- 29. A szerződő** az, aki a biztosítási szerződést a biztosítóval megköti, és aki a biztosítási díjat fizeti.
- 30. A társadalombiztosítási szerv** az a társadalombiztosításra vonatkozó mindenkor hatályos magyar jogszabályok által felhatalmazott közigazgatási szerv, amely jogosult a megváltozott munkaképességű személyek ellátásával kapcsolatos hatósági ügyekben eljárni.

II. FEJEZET

AZ ALAPBIZTOSÍTÁSRA VONATKOZÓ RENDELKEZÉSEK

3. cikk: A biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény nyugdíjbiztosításként megkötött EVEREST PRO esetén:
 - a) a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett bármely okú halála (**haláleseti szolgáltatás**);
 - b) a szerződés létrejöttékor irányadó öregségi nyugdíjkorhatár biztosított általi betöltése (**elérési szolgáltatás**);
 - c) a biztosított egészségi állapotának legalább 40 %-ot elérő maradandó károsodása, feltéve, hogy a nyugdíjbiztosítási szerződés létrejöttének időpontjában a biztosított egészségkárosodása a 40%-os mértéket nem éri el (függetlenül attól, hogy rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásra jogosult-e vagy sem) (**rokkantsági szolgáltatás**);
 - d) a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló jogszabály szerinti saját jogú nyugellátásra való jogosultság megszerzése (**nyugdíjszolgáltatás**), amely alatt a tényleges nyugdíjas állapot értendő.
2. Biztosítási esemény nem nyugdíjbiztosításként megkötött EVEREST PRO esetén:
 - a) a biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt bármely okból bekövetkező halála (haláleseti szolgáltatás);
 - b) határozott tartamú szerződés esetén biztosítási esemény az is, ha a biztosított a szerződés tartamának lejáratakor életben van (elérési szolgáltatás).

4. cikk: A biztosító szolgáltatása

a) Haláleseti szolgáltatás

1. A szerződő által ajánlattételkor választható legkisebb garantált haláleseti biztosítási összeg az első éves rendszeres díj kétszerese. A szerződő ennél magasabb, az első éves rendszeres díj egész számú többszörösének megfelelő összegű garantált haláleseti biztosítási összeget is választhat. A választott garantált haláleseti biztosítási összegnek megfelelő kockázati díj a biztosított belépési korának függvénye, mértékét a Kondíciós Lista tartalmazza. **A kockázati díj a szerződés tartama alatt változatlan marad, a garantált haláleseti biztosítási összeg azonban a biztosított életkorának előrehaladtával minden következő biztosítási időszakban csökken a Kondíciós Listában feltüntetett haláleseti kockázati díjak növekedésével fordított arányban.**
2. A biztosított halála esetén a biztosító a halál időpontjában érvényes **garantált haláleseti biztosítási összeget, továbbá a szerződésen nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékének, a Novis Bónuszokból képzett befektetési egységek visszavásárlási értékének, valamint nyugdíjbiztosítás esetén az adóról való rendelkezés keretében átutalt összegekből képzett befektetési egységek aktuális értékének összegét fizeti ki a kedvezményezett(ek)nek.** A haláleseti szolgáltatás kifizetésével a biztosítás megszűnik.

b) Elérési szolgáltatás

1. Nyugdíjbiztosítás esetén, amennyiben a biztosított a szerződés létrejöttékor irányadó öregségi nyugdíjkorhatár elérésekor életben van (elérési szolgáltatás), a biztosító az egyéni számla lejárat napján fennálló aktuális értékét teljesíti a biztosított részére. Az elérési szolgáltatás teljesítésével a biztosítás megszűnik.
2. Határozott tartamra kötött életbiztosítás esetén, amennyiben a biztosított a határozott tartam lejáratakor életben van, a biztosító az egyéni számla lejárat napján fennálló aktuális értékét teljesíti a biztosított részére. Az elérési szolgáltatás teljesítésével a biztosítás megszűnik.

c) Rokkantsági szolgáltatás

1. A biztosító rokkantsági szolgáltatást teljesít, ha a kockázatviselés tartama alatt a biztosított legalább 40 %-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodást szenved. A maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa állapítja meg a társadalombiztosítási szerv jogerős határozatának figyelembevételével.
2. A rokkantsági szolgáltatás az egészségkárosodás megállapításának napján az egyéni számlán nyilvántartott befektetési egységeknek a társadalombiztosítási szerv jogerős határozatának biztosítóhoz történő beérkezésének napján érvényes árfolyamon számított visszavásárlási értéke.
3. Ha a nyugdíjbiztosítási szerződés létrejöttének időpontjában a biztosított egészségkárosodása a 40%-os mértéket eléri (függetlenül attól, hogy rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásra jogosult-e vagy sem), az alapbiztosítás ebben az esetben az a)-b) és d) pontokban meghatározott biztosítási eseményekre korlátozódik, a biztosító rokkantsági szolgáltatást nem teljesít.
4. A rokkantsági szolgáltatás teljesítésével a szerződés megszűnik.

d) Nyugdíjszolgáltatás

1. Ha a biztosított a kockázatviselés tartama alatt a társadalombiztosításról szóló jogszabály szerint saját jogú nyugdíjszolgáltatásra szerez jogosultságot, a biztosító a jogosultság megszerzésének napján fennálló egyéni számla **viSSZavásárlási értékét** fizeti meg a biztosított részére. A nyugdíjszolgáltatás kifizetésével a biztosítás megszűnik.

e) A szolgáltatásra vonatkozó közös szabályok

1. A haláleseti szolgáltatást a biztosító egy összegben teljesíti a kedvezményezett(ek) részére.
2. A biztosító az elérési, rokkantsági, illetve a nyugdíjszolgáltatást a biztosított választása szerint az alábbi módokon teljesítheti a biztosított részére:
 - a) ha a szerződés létrejöttétől a biztosítóhoz benyújtott szolgáltatási igénybejelentésig eltelt legalább 10 év,
 - I. egyösszegű kifizetés,
 - II. járadékszolgáltatás,
 - III. a kettő kombinációja.
 - b) ha a szerződés létrejöttétől a biztosítóhoz benyújtott szolgáltatási igénybejelentésig nem telt el 10 év:
 - I. legalább a 10. év végéig folyósított, nem csökkenő összegű járadékszolgáltatás,
 - II. egyösszegű szolgáltatás, ha a járadékszolgáltatás egy hónapra jutó várható összege nem éri el az Szja törvényben meghatározott mértéket.
3. **A biztosító az elérési, a nyugdíj-, illetve a rokkantsági szolgáltatást kizárólag a biztosított kifejezett rendelkezése alapján nyújtja egy összegben.**

f) A járadékszolgáltatás szabályai

1. Járadékszolgáltatás folyósítása esetén a biztosító az egyéni számla terhére nem csökkenő összegű banktechnikai járadékot szolgáltat. A járadék összegének alapja a biztosító adott biztosítási eseményhez tartozó szolgáltatása. A biztosítási esemény bejelentését követően, ha a biztosított járadékszolgáltatásra tart igényt, a biztosító a biztosítási szolgáltatás összegét a NOVIS Díjtartalékban helyezi el a bejelentést követő értékelési napon érvényes árfolyamon, és technikailag befektetési egységek formájában tartja nyilván.
2. A biztosító a járadékszolgáltatást a biztosított által megjelölt, egész számú években meghatározott időszakra, de – a rokkantsági szolgáltatás esetét kivéve – legalább a szerződés létrejöttétől számított 10. év végéig nyújtja. A biztosító a járadék egy hónapra vonatkozó összegét úgy állapítja meg, hogy a biztosítási szolgáltatás NOVIS Díjtartalékban történő jóváírását követően az egyéni számla jóváírás napján fennálló aktuális értékét elosztja a járadékfizetési időtartam hónapjainak számával. A járadék folyósítása úgy történik, hogy a biztosító havonta az egyéni számlán nyilvántartott befektetési egységekből a havi járadék összegének megfelelő számú befektetési egységet vált vissza aktuális árfolyamon, és az így képződő járadékösszeget folyósítja.
3. A biztosító járadékszolgáltatása a biztosított halálával megszűnik, és a biztosító a járadékszolgáltatásra megállapított összegből még fennmaradó részt a biztosított örökösének teljesíti.
4. Amennyiben a járadékszolgáltatás utolsó részletének folyósításakor a járadékszolgáltatás alapjául szolgáló egyéni számla aktuális értéke magasabb, mint a teljesítendő járadék összege, az utolsó teljesítéssel együtt a biztosító a különbözetet is átutalja a jogosult részére.
5. A járadékszolgáltatás folyósítása alatt a biztosító az egyéni számla aktuális értékével szemben kizárólag kezelési díjat és adminisztrációs díjat jogosult érvényesíteni a Kondíciós Listában meghatározott mértékben.
6. A járadékszolgáltatást a biztosító havi gyakorisággal, a biztosított által megjelölt bankszámlára történő utalással teljesíti. Ha a szerződés létrejöttétől számított 10. év eltelt, vagy rokkantsági szolgáltatás folyósítása történik, a biztosított bármikor rendelkezhet úgy, hogy a járadékszolgáltatásra megállapított összegből még fennmaradó részt egy összegben kívánja igénybe venni. Ebben az esetben az egy összegű kifizetés után további járadékszolgáltatásra nem lesz jogosult.

5. cikk: A biztosítási szerződés megkötése

1. **A szerződésben biztosított az lehet, aki a szerződés létrejöttékor 18. életévét betöltötte, és nyugdíjbiztosítás esetén a rá vonatkozó öregségi nyugdíjkorhatárnál legalább 6 teljes biztosítási évvel fiatalabb. Nem nyugdíjbiztosításként megkötött EVEREST PRO Életbiztosítás esetén a biztosított belépési korának nincs felső határa.**
2. A biztosítóval való szerződés megkötésére vonatkozó ajánlatot a szerződő teszi írásban, a biztosító által rendszerezett ajánlati lapon. A szerződő ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig kötve van (ajánlati kötöttség). **Amennyiben az ajánlat elbírálásához a szerződő által az ajánlati nyomtatványon tett egyszerűsített egészségi nyilatkozat alapján egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, az ajánlati kötöttség időtartama 60 nap.**

A biztosítási szerződés akkor jön létre, ha a biztosító elfogadó nyilatkozata az ajánlati kötöttség időtartamán belül a szerződőhöz megérkezik, mégpedig az ajánlat szerződő általi aláírásának napjára visszamenő hatállyal.

3. Az egészségügyi kockázatfelmérés a részletes egészségi nyilatkozat kitöltésével, továbbá szükség szerint az annak alapján bekért orvosi dokumentumok vizsgálatával, vagy a biztosított orvosi vizsgálatával valósul meg. Az orvosi vizsgálat költségei a biztosítót terhelik. **Ha a biztosítási szerződés nem jön létre, vagy a szerződő ÁÜSZF 7. cikk 9. pontja szerinti rendkívüli felmondása következtében megszűnik, a biztosító követelheti az orvosi vizsgálat költségeinek megtérítését, vagy azt a biztosító jogosult a szerződő részére visszafizetendő összegbe beszámítani.**
4. Ha a szerződő fogyasztó, a biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra annak beérkezését követő 15 napon – vagy ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, 60 napon – belül (kockázatelbírálási idő) nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és díjszabásnak megfelelően tették. Ebben az esetben a biztosítási szerződés az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a biztosító részére történő átadására visszamenő hatállyal – a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.
5. A biztosító minden esetben köteles kötvényt kiállítani, mely biztosítási fedezetet igazoló dokumentumnak minősül.
6. **Ha a kötvény a szerződő fél ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő fél a dokumentum kézhezvételét követően késedelem nélkül nem kifogásolja, 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 szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.**
7. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér az ÁÜSZF rendelkezéseitől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az ÁÜSZF-nek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el, vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított tizenöt napon belül a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.
8. A biztosító az ajánlatot a kockázatelbírálási idő alatt jogosult indokolás nélkül visszautasítani. Ha a kockázatelbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, az ajánlatot a biztosító csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az ajánlati lapon a figyelmet kifejezetten felhívta, és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.
9. A biztosító a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül írásban tájékoztatja a szerződőt a biztosítási szerződés létrejöttéről.

6. cikk: Kockázatelbírálás

1. A biztosított a biztosítási ajánlaton vagy a szerződésmódosítási nyilatkozaton tett külön nyilatkozattal hozzájárulását adja az egészségi állapotával kapcsolatos kockázatfelméréshez, melynek keretében felhatalmazza a biztosítót, hogy az egészségi állapotára vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszeresse és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 138. § (1) és (6)-(7) bekezdésében, valamint a 141. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal a biztosított felmenti az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól. A biztosító az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.
2. Az alapbiztosítás garantált haláleseti biztosítási összegének, valamint a kiegészítő biztosítások biztosítási összegének kockázati díját a biztosító – a 3-5. pontban meghatározott kivételekkel – a Kondíciós Lista szerint, a biztosított belépési kora alapján állapítja meg.
3. A biztosító a biztosított által közölt, valamint a jelen cikk 1. pontjában hivatkozott felhatalmazás alapján beszerzett adatokat figyelembe véve egyéni kockázatelbírálást végez. Ha a kockázatelbírálás eredményeként a biztosított az adott biztosítási kockázat vonatkozásában az átlagosnál kisebb kockázatot jelent, a Kondíciós Listában meghatározott kockázati díjakból a biztosító százalékos mértékben vagy fix összegben kedvezményt adhat. Ha a kockázatelbírálás eredményeként a biztosított az adott biztosítási kockázat vonatkozásában az átlagosnál na-

gyobb kockázatot jelent, a biztosító a Kondíciós Listában meghatározott kockázati díjakon túl annak százalékos mértékében vagy fix összegben **pótdíjat alkalmazhat**.

4. A biztosító a kockázatelbírálás eredményeként meghatározott díjkedvezményt vagy pótdíjat a biztosítási szerződés tartama alatt a biztosított hátrányára akkor sem módosíthatja, ha utóbb a biztosított egészségi állapota vagy egyéb kockázati körülményei romlottak. A biztosítottra vonatkozó – a kockázat mértéke szempontjából – lényeges körülmények változásának bejelentése esetén a biztosító a díjkedvezmény vagy a pótdíj mértékét a biztosítottra kedvezőbben egyoldalúan módosíthatja.
5. **Ha a biztosító a szerződő fél ajánlatát a kockázatelbírálás eredményeként csak lényegesen módosult tartalommal fogadja el, a biztosító a kötvényt (biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot) a módosult tartalommal állítja ki, ebben az esetben az 5. cikk 6. pontjában foglaltak irányadók.**

7. cikk: A biztosítás tartama, a kockázatviselés kezdete és vége, a biztosítási szerződés megszűnése

1. A nem nyugdíjbiztosításként megkötött EVEREST PRO Befektetési egységekhez kötött életbiztosítás határozott tartamú, vagy élethosszig tartó lehet. A minimális tartam 6 teljes biztosítási év. A nyugdíjbiztosításként megkötött EVEREST PRO Befektetési egységekhez kötött életbiztosítás tartama a biztosított szerződéskötéskor érvényes öregségi nyugdíjkorhatáráig tart. A minimális tartam 6 teljes biztosítási év.
2. Ha a szerződő választása szerint a szerződés technikai kezdete annak a hónapnak az első napja, amelyben a szerződő a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tett, a biztosító kockázatviselése a biztosítási szerződés létrejöttét követő nap nulla órakor kezdődik. **Ebben az esetben a kockázatviselés kezdetétől a tárgyhónap végéig járó időszakra egy teljes havi kockázati díj kerül levonásra.**
3. Ha a szerződés technikai kezdete a szerződő választása szerint az ajánlattétel hónapját követő hónap első napja, a biztosító kockázatviselése a biztosítási szerződés technikai kezdetének napján nulla órakor kezdődik.
4. A biztosító az **alapbiztosítás haláleseti és rokkantsági szolgáltatása, valamint a „Betegségek és műtétek” kiegészítő biztosítások körébe tartozó biztosítási események vonatkozásában a szerződés létrejöttétől vagy a kiegészítő biztosítási fedezetet eredményező szerződésmódosítás hatálybalépésétől számított 6 hónapos várakozási időt köt ki.** A várakozási idő alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre a biztosító nem teljesít szolgáltatást, kivéve, ha a biztosítási esemény baleset miatt következett be.
5. A garantált haláleseti biztosítási összeg, valamint a „Betegségek és műtétek” kiegészítő biztosításra meghatározott biztosítási összeg 19. cikk szerinti emelése esetén **a biztosítási összeg módosítására vonatkozó megállapodás** – a 19. cikk 3. pontjában foglaltaktól eltérően – a módosító javaslat elfogadását követő hónap első napjától számított **6 hónap elteltével lép hatályba**, addig a biztosító a kockázatot az eredeti biztosítási összeg alapján viseli, feltéve, hogy a biztosító kockázatviselése egyébként megkezdődött. A biztosító az emelt biztosítási összeg után járó kockázati díj érvényesítésére a módosítás hatálybalépését követően jogosult. Ez a rendelkezés nem érinti a kockázati díj rögzítésére és a biztosítási összeg életkor előrehaladtával történő arányos csökkenésére vonatkozó rendelkezést.
6. A biztosítási szerződés megszűnésével a biztosító kockázatviselése valamennyi biztosítási kockázat esetén megszűnik. A biztosító kockázatviselése egy adott kiegészítő biztosítás körébe tartozó biztosítási eseményekre vonatkozóan a biztosítási szerződés megszűnése nélkül akkor is megszűnik, ha a szerződő fél az ÁÜSZF 19. cikke alapján kéri az adott kiegészítő biztosítás megszüntetését.
7. A biztosítási szerződés – a 12. pontban foglalt esetkört kivéve – megszűnik:
 - a) a 3. cikk szerinti biztosítási események alapján járó szolgáltatás teljesítésével;
 - b) a szerződés tartamának lejártával,
 - c) **ha a szerződő személye nem azonos a biztosítottal, a természetes személy szerződő halálát követő 30 nap elteltével, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe e határidőn belül belép;**
 - d) a szerződő rendes vagy rendkívüli felmondásával,
 - e) a biztosító rendkívüli felmondásával,
 - f) a díjfizetés elmulasztása esetén az ÁÜSZF 10. cikkében foglaltak szerint
 - g) ha a biztosított a szerződéskötéshez adott hozzájárulását visszavonja, és a szerződésbe nem lép be, a biztosítási időszak végével.
8. **A szerződő rendes felmondása:** A szerződő fél a biztosítási szerződés létrejöttét követő 30 napon túl a biztosítási szerződést írásban, bármikor felmondhatja. A felmondás jogkövetkezményeire az ÁÜSZF 13. cikkében foglaltak alkalmazandók.
9. **A szerződő rendkívüli felmondása:** A szerződést fogyasztóként megkötő természetes személy szerződő a biztosítási szerződés létrejöttéről szóló 5. cikk 9. pont szerinti tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül a szerződést írásbeli nyilatkozattal - indoklás nélkül – felmondhatja. A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító köteles 30 napon belül a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni. **A biztosító a kockázatviselés tartamára vonatkozó időarányos költségeket és kockázati díjakat jogosult az elszámolás során érvényesíteni.** A rendkívüli felmondásra nyitva álló határidőn belül a befektetéssel kapcsolatos kockázatot a szerződő viseli.

10. **A biztosító rendes felmondása:** A biztosítási szerződést a biztosító nem jogosult rendes felmondással megszüntetni.
11. **A biztosító rendkívüli felmondása:** Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta. A biztosító a kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződést az 5. cikk 7. pontja szerinti esetben is felmondhatja.
12. Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és a biztosított járadékszolgáltatást igényel, a biztosítási szerződés a járadékszolgáltatás teljesítésére irányuló jogviszonnyá alakul át, és a járadékfolyósítás megkezdésével a biztosító kockázatviselése valamennyi biztosítási esemény vonatkozásában megszűnik. A felek biztosítási szerződésből eredő valamennyi joga és kötelezettsége – a járadékszolgáltatással kapcsolatos jogok és kötelezettségek kivételével – megszűnik. A járadékszolgáltatás teljesítésére irányuló jogviszony az utolsó járadék részlet teljesítésével – vagy a biztosított halála esetén a járadékszolgáltatásra megállapított összegből fennmaradó résznek a biztosított örököse részére történő kifizetésével szűnik meg.

8. cikk: Biztosítási díj, a biztosítási szerződés pénzneme

1. A szerződő köteles a biztosítási szerződésben rögzített rendszeres biztosítási díjat a biztosítónak megfizetni. A szerződő ezen túlmenően egyéb pénzbefizetésre jelen biztosítási szerződés alapján nem köteles.
2. A rendszeres biztosítási díj első díjrésze – az első díjfizetési időszak díja – a biztosítási szerződés megkötésére vonatkozó ajánlat megtételekor esedékes, amelyet mint díjelőleget a biztosító a biztosítási szerződés létrejöttéig **kamatmentes előlegként kezel**. Ha a biztosítási szerződés létrejön, az előleget a biztosító biztosítási díjként számítja be. **Ha a szerződés nem jön létre, a biztosító a díjelőleget – az 5. cikk 3. pontja szerinti esetleges orvosi vizsgálat költségeinek levonása után – visszautalja a szerződő részére.** Az első díjrészletet követő rendszeres biztosítási díjak minden díjfizetési időszak első napján esedékesek.
3. A szerződő fél által teljesített **befizetéseket elsődlegesen a rendszeres biztosítási díjra – azon belül is először a legrégebben esedékes, ki nem egyenlített rendszeres díjra kell elszámolni.** Ha a szerződő által teljesített díjbefizetések valamennyi korábbi időszakban esedékessé vált rendszeres díjra fedezetet nyújtanak, a fennmaradó összeget a biztosító a szerződő rendelkezése szerint rendkívüli befizetésekként kezeli, vagy a befizetés módjának megfelelő módon visszatéríti a szerződő részére. Ha a szerződő a díjbefizetéssel egyidejűleg nem rendelkezett arról, hogy a befizetett összeget a biztosító milyen díjként kezelje, a biztosító nyilatkozattétel céljából megkeresi a szerződőt. Amennyiben a szerződő a megkeresés kézhezvételétől számított 8 naptári napon belül másként nem rendelkezik, a biztosító a befizetett díjat rendkívüli befizetésként kezeli.
4. A biztosító a szerződő választása szerint értékkövetést alkalmaz.
5. A biztosítási szerződés pénzneme forint, a biztosító a befizetett díjakat forintban tartja nyilván. A szerződő a biztosítás díját forintban, az ajánlati nyomtatványon feltüntetett, a díjak fogadására rendszeresített, forintban vezetett bankszámlára történő befizetéssel teljesítheti.
6. A biztosítási szerződés alapján járó bármely összeg (így különösen a visszavásárlási összeg, részleges visszavásárlás alapján járó összeg, a biztosítási szolgáltatás) kifizetése forintban történik.

9. cikk: A rendszeres biztosítási díj NOVIS bónuszjogosultsága

1. A biztosító a befizetett biztosítási díjak függvényében a szerződő egyéni számláján az alábbi NOVIS bónuszokat írja jóvá NOVIS Bónusz befektetési egységek formájában:
 - a) **Rajtbónusz:** a szerződő az első biztosítási időszakban (évben) esedékes rendszeres biztosítási díjra vetítve, a díjfizetési gyakoriság szerinti első díjrészlet megfizetését követően 70% mértékű bónuszra jogosult. Amennyiben a bónusz jóváírásától számított 10 eltelt és díjjal rendezett biztosítási éven belül a rendszeres díjak terhére részleges visszavásárlás történik, vagy az éves biztosítási díj csökkentésére kerül sor, akkor a bónusz mértéke egyenlő az első tíz befizetett rendszeres éves – és az esetleges részleges visszavásárlással csökkentett – biztosítási díj átlagának 70%-ával.
 - b) **Gyors növekedési bónusz:** A szerződő a második biztosítási évben esedékes rendszeres biztosítási díjra, de legfeljebb a kezdeti éves rendszeres biztosítási díjra vetítve 40% mértékű bónuszra jogosult. Amennyiben a bónusz jóváírásától számított 10 eltelt és díjjal rendezett biztosítási éven belül a rendszeres díjak terhére részleges visszavásárlás történik, vagy az éves biztosítási díj csökkentésére kerül sor, akkor a bónusz mértéke egyenlő az első tíz befizetett rendszeres éves – és az esetleges részleges visszavásárlással csökkentett – biztosítási díj átlagának 40%-ával.

- c) **Elérési bónusz:** A szerződő részére biztosítási szolgáltatás címen kifizetett összeghez jóváírt bónusz, amelynek mértéke a szerződéskötési ajánlaton meghatározott rendszeres éves biztosítási díj 30%-a.
- 2. **A 10 biztosítási évnél rövidebb** tartamú biztosítási szerződésnek **nincs gyors növekedési bónusz jogosultsága.**
- 3. **Az elérési bónusz 20 eltelt és díjjal fedezett biztosítási év után kerül jóváírásra.**
- 4. **A biztosítási szerződés szüneteltetése, díjmentes leszállítása a rendszeres biztosítási díj csökkentése, valamint a szerződés reaktiválása esetén az elérési bónuszra való jogosultság megszűnik! A rendszeres biztosítási díj növelése esetén a szerződő az eredetileg meghatározott rendszeres biztosítási díj alapján jogosult a bónusz jóváírására.**
- 5. A bónusz az adott biztosítási időszak első esedékes díjrészletének megfizetését követő 30 napon belül kerül jóváírásra a NOVIS Díjtartalékban. A bónuszt NOVIS Bónusz befektetési egységként kell jóváírni és nyilvántartani. A NOVIS Bónusz befektetési egységek modellportfólióba történő áthelyezésére leghamarabb a bónusz egyéni számlán történő jóváírását követő 10 biztosítási év elteltével nyílik lehetőség.
- 6. **Az egyéni számlán jóváírt bónuszoknak a jóváírásukat követő 10 díjjal rendezett biztosítási év után keletkezik visszavásárlási értékük.**

10. cikk: A díjfizetési kötelezettség elmulasztásának jogkövetkezményei; reaktiválás

- 1. **A felek megállapodnak abban, hogy a biztosító jogosult az esedékes, de részben vagy egészben befizetni elmulasztott rendszeres biztosítási díjat a rendkívüli befizetés terhére esedékességgel kiegyenlíteni.** Ha az esedékes rendszeres biztosítási díj a rendkívüli befizetések terhére sem, vagy csak részben egyenlíthető ki, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő kitűzésével a teljesítésre írásban felhívja. **A póthatáridő eredménytelen elteltével a biztosítási szerződés a következő hónap első napjától kezdődően a díjmentes leszállítás állapotába kerül és a biztosítási szerződés csökkentett biztosítási összeggel továbbra is fennmarad. A választott kiegészítő biztosítások biztosítási fedezete megszűnik, a haláleseti biztosítási összeg pedig az ajánlattételkor választható legkisebb haláleseti összegre csökken.**
- 2. A díjmentes leszállítás tartama alatt a biztosító az egyéni számla terhére továbbra is érvényesíti a biztosítási szerződést terhelő költségeket és díjakat. A díjmentes leszállítás kezdetét követően a szerződő nem köteles a rendszeres biztosítási díjat fizetni, azonban lehetősége van díjbefizetést teljesíteni. Ha a díjmentes leszállítás állapotában lévő szerződésen nyilvántartott befektetési egységek értéke az elvonások következtében - a biztosítási szerződésen jóváírt NOVIS Bónuszok és az adójóváírás keretében jóváírt összeg figyelmen kívül hagyása mellett - első alkalommal nem elegendőek a költségek fedezésére, a biztosítási szerződés megszűnik.
- 3. Abban az esetben, ha a szerződés a 2. pontban megfogalmazott módon szűnt meg, a szerződő a megszűnés napjától számított százhusz napon belül írásban kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására (reaktiválás). A biztosító a biztosítási fedezetet a megszűnt szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, feltéve, hogy a korábban esedékessé vált, de befizetni elmulasztott, a reaktiválás időpontjáig számított rendszeres biztosítási díjat, és a szerződés megszűnésére tekintettel bármely jogcímen a biztosító által kifizetett összeget (ideértve az adóról való rendelkezés keretében átutalt összeg húsz százalékkal növelt összegét is, amelyet a biztosító a kifizetésből levont) a biztosítónak a reaktiválásra irányuló kérelemben megjelölt reaktiválás napját megelőző 15. napig megfizetik. A biztosító a reaktiválási kérelmet jogosult indokolás nélkül elutasítani.

11. cikk: Az egyéni számla

- 1. A biztosító minden biztosítási szerződéshez kapcsolódóan egyéni számlát vezet. A NOVIS Díjtartalék és az egyes modellportfóliókon belüli eszközalapok befektetési egységeinek nyilvántartása az egyéni számlán történik.
- 2. A szerződő ajánlattételkor meghatározza, hogy a rendszeres díjat milyen arányban kívánja megosztani a NOVIS Díjtartalék és egy modellportfólió között (allokációs arány). A szerződő az allokációs arányt a biztosító szakemberei által kiválasztott eszközalapokból előre meghatározott arányoknak megfelelően összeállított, a szerződő kockázatvállalási hajlandóságának megfelelő portfólió választásával határozhatja meg. A választható portfóliók összetételét az ÁÜSZF 3. sz. mellékletét képező Befektetési Politika tartalmazza. **A rendszeres biztosítási díjra és a rendkívüli befizetésre a szerződő csak azonos allokációs arányt határozhat meg.** Az adóról való rendelkezés keretében átutalt összegeket a biztosító a rendszeres díjra meghatározott allokációs aránynak megfelelően váltja át befektetési egységekre.
- 3. **A biztosító a szerződő által a NOVIS Díjtartalékba befizetett biztosítási díjakat úgy tartja nyilván, mintha abból a szerződő a befizetés napját (2. cikk 3. pont) követő értékelési napon érvényes árfolyamon befektetési egységeket vásárolt volna.**
- 4. A biztosító a szerződő által a modellportfólióba befizetett biztosítási díjat a befizetés napját (2. cikk 3. pont) követő értékelési napon érvényes árfolyamon a szerződő által meghatározott allokációs aránynak megfelelően befektetési egységekre váltja át.
- 5. A biztosító a befizetett rendszeres biztosítási díjából, a rendkívüli befizetésekből, valamint az adóról való ren-

delkezés keretében átutalt összegekből az összeg beérkezését követő értékelési napon érvényes árfolyamon befektetési egységeket képez.

6. A szerződő a biztosítási szerződés megkötésekor meghatározott allokációs arányt bármikor jogosult költségmentesen megváltoztatni. Az allokációs arány módosítása a meglévő és a jövőben befizetésre kerülő összegekből képzett befektetési egységekre is kihatással van.
7. A szerződő - a 9. cikk 4. pontjában foglalt korlátozással - jogosult a NOVIS Díjtartalékban nyilvántartott befektetési egységeket egy modellportfólió szerint, illetve egy modellportfólió szerinti eszközalap(ok)ban nyilvántartott befektetési egységeket más modellportfólió szerint, vagy a NOVIS Díjtartalékba az allokációs arány módosításával áthelyezni. Az áthelyezés az erre irányuló kérelem biztosítóhoz történő beérkezésének napján érvényes árfolyamok figyelembevételével történik.
8. Az egyéni számlán nyilvántartott befektetési egységek száma havonta változik az ÁÜSZF 12. cikkében foglaltak szerint.

12. cikk: Az egyéni számla aktuális értékének változása

1. Az egyéni számla aktuális értéke az alábbi tényezők következtében változik:
 - a) A befizetett biztosítási díj növeli a befektetési egységek darabszámát a 11. cikk szerint.
 - b) A NOVIS Díjtartalékban és a modellportfóliókon belüli eszközalapokban nyilvántartott befektetési egységek árfolyamának változása következtében.
 - i. **A NOVIS Díjtartalékban elhelyezett biztosítási díjat a biztosító saját kockázatára fekteti be,** és kötelezettséget vállal arra, hogy a díjtartalékban elhelyezett biztosítási díjon a szerződés teljes tartama alatt havonta, az adott évre meghirdetett éves hozam egy tizenkettedének megfelelő mértékű hozamot ír jóvá. A hozam jóváírása a befektetési egységek árfolyamának növelésével történik. A biztosító az adott naptári évre vonatkozó hozam mértékét, előző év decemberében határozza meg és teszi közzé honlapján. A hozam szerződéskötéskor érvényes mértékét a kötvény tartalmazza.
 - ii. A modellportfóliókat alkotó eszközalapokba fektetett befektetési egységek árfolyama lehet növekvő, de akár csökkenő is, azon eszközök értékének alakulásától függően, melyekbe a modellportfólióban található eszközalapok befektetnek. Ha az adott eszközalap nyereséges volt, a befektetési egységek árfolyama növekszik, ha veszteséges, akkor csökken. **A modellportfólió szerint befektetett befektetési egységek árfolyamának változásából eredő kockázatot a szerződő viseli.**
 - c) Az egyéni számlán nyilvántartott befektetési egységek számát csökkenti az ÁÜSZF 14. cikk rendelkezései alapján a szerződő rendelkezése alapján végrehajtott részleges visszavásárlás.
 - d) **Az egyéni számla aktuális értékét a biztosítónak járó kockázati díjak és a 2. cikk 24. pontja szerinti költségek terhelik.** A biztosító a meglévő befektetési egységek darabszámának arányos csökkentésével érvényesíti a kockázati díjakat és az egyéb költségeket:
 - i. **A biztosítási szerződést érintő költségek és díjak érvényesítése:** A biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos költségeit és díjakat minden hónap utolsó napján a rendszeres biztosítási díjból és a rendkívüli díjakból képzett befektetési egységek számának csökkentésével érvényesíti. Ennek során a biztosító a költségek és díjak esedékességének napját megelőző értékelési napra vonatkozó árfolyam figyelembevételével határozza meg az adott összegű költség érvényesítéséhez szükséges egységsszámot. A biztosító az adójóváírásból származó befektetési egységek terhére csak a kezelési díjat jogosult érvényesíteni.
2. A Kondíciós Lista tartalmazza a biztosítási szerződés alapján érvényesített elvonások mértékét. A Kondíciós Lista a biztosítási szerződés 2. sz. mellékletét képezi. A biztosító a Kondíciós Listában foglalt elvonások körét és mértékét a biztosítási szerződés tartama alatt csak a szerződő félre kedvezőbben jogosult egyoldalúan módosítani.

13. cikk: Visszavásárlás

1. Ha a biztosítási szerződés bármely okból a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, így különösen, ha a szerződő kéri a biztosítási szerződés visszavásárlását (felmondja a szerződést), vagy ha a biztosító a 23. cikk alapján mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, a biztosító a visszavásárlási értéket fizeti ki, nyugdíjbiztosítás esetén a biztosított, életbiztosítás esetén a szerződő részére. **Jogi személy szerződő esetén a visszavásárlás teljesítéséhez a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges.**
2. Az egyéni számlán nyilvántartott befektetési egységek visszavásárlási értéke a befektetési egységek visszavásárlás napján érvényes aktuális darabszámának és az adott befektetési egységre irányadó aktuális árfolyamnak a szorzata. **Nyugdíjbiztosítás esetén a biztosító a visszavásárlási értékből a jogszabály alapján levonja az adóról való rendelkezés keretében átutalt összeg százhusz százalékat, figyelemmel arra, hogy a biztosítottnak az adóról való rendelkezés keretében átutalt összeget húsz százalékkal növelt mértékben kell visszafizetnie, ha olyan vagyoni érték kivonására kerül sor, amely nem minősül nyugdíjbiztosítási szolgáltatásnak.**
3. A biztosító a visszavásárlási értéket a kifizetéshez – a 18. cikk 1.f. pontjában felsorolt dokumentumok közül – szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül teljesíti a kifizetésre jogosult részére.

14. cikk: Részleges visszavásárlás

1. A szerződő - nyugdíjbiztosítás esetén a biztosított javára - írásban kérheti az egyéni számláján nyilvántartott befektetési egységek egy részének vagy egészének visszavásárlását, **feltéve, hogy az egyéni számla aktuális értéke a részleges visszavásárlást követően eléri a jóváírt NOVIS Bónuszok figyelmen kívül hagyása mellett a 150.000 forintot, és nyugdíjbiztosítás esetén az adóról való rendelkezés keretében átutalt összeg százhusz százalékának összegét.** Nyugdíjbiztosítás esetén a biztosító a részleges visszavásárlási összegből jogszabály alapján levonja az adóról való rendelkezés keretében átutalt összegekből képzett befektetési egységek be-kerülésre érvényes árfolyamon számított értékének százhusz százalékát, figyelemmel a 13. cikk 2. pontjában foglaltakra. Jogi személy szerződő esetén a visszavásárlás teljesítéséhez a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges.
2. A szerződő a NOVIS Bónuszok jóváírását követő 10 biztosítási év elteltével írásban kérheti az egyéni számláján nyilvántartott, NOVIS Bónuszokból képzett befektetési egységek egy részének vagy egészének a biztosított javára történő visszavásárlását.
3. A szerződő a részleges visszavásárlási igénybejelentésben meghatározza, hogy a részleges visszavásárlást milyen összegben kéri. A részleges visszavásárlás minimális összege 150.000 Ft. **A biztosító a kifizetésre kerülő összeget egyenlő arányban vonja el a modellportfólióban található eszközalapokból, illetve a NOVIS Díjtartalékban nyilvántartott befektetési egységekből.**
4. A részleges visszavásárlás nem érinti a biztosítási szerződés tartamát és az egyes biztosítási kockázatokra irányadó biztosítási összegeket.
5. A részleges visszavásárlási összeg a visszavásárlásra kijelölt befektetési egységek aktuális értéke. A biztosító a részleges visszavásárlási összeget a részleges visszavásárlási kérelem biztosítóhoz történő beérkezésének napján érvényes árfolyamon határozza meg.
6. A részleges visszavásárlási összeget a biztosító a kifizetéshez szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül fizeti ki a biztosított részére.
7. A biztosító a részleges visszavásárlás iránti kérelmet az alábbi feltételek együttes fennállása esetén teljesíti:
 - i. A részleges visszavásárlás folytán kifizetésre kerülő összeg nem kevesebb, mint 150.000 Ft;
 - ii. A részleges visszavásárlás után az egyéni számla aktuális értéke eléri a jelen cikk 1. pontjában meghatározott minimális szintet.

15. cikk: Díjszüneteltetés

1. A díjszüneteltetés kezdetét követően a szerződő nem köteles a rendszeres biztosítási díjat fizetni, azonban a díjszüneteltetés kezdetét követően is jogosult díjbefizetést teljesíteni.
2. A szerződő írásban kérheti a díjfizetési kötelezettség szüneteltetését. A díjfizetési kötelezettség a szerződő igénybejelentésének kézhezvételét követő díjfizetési időszak első napjától kezdődő hatállyal **akkor szünetelhet, ha az egyéni számlán az ezt megelőző díjfizetési időszakban legalább 3 év rendszeres díja jóváírásra került és a szerződés létrejöttétől számítva eltelt három biztosítási év.** Ha e feltétel nem teljesül, a díjszüneteltetési kérelmet elutasítotttnak kell tekinteni, és a szerződő továbbra is köteles rendszeres díjfizetési kötelezettségének eleget tenni.
3. A díjszüneteltetés nem érinti a kiegészítő biztosítási kockázatokra megállapított biztosítási összegeket. A díjszüneteltetés tartama alatt a biztosító továbbra is érvényesíti az egyéni számla terhére az ÁÜSZF 12. cikk 2. pontja szerinti elvonásokat a befektetési egységek elvonása, vagy azok el nem számolt költségként való nyilvántartása útján. Nyugdíjbiztosítás esetén a szerződőnek **az adóról való rendelkezés keretében átutalt összegeket húsz százalékkal növelten kell visszafizetnie, ha a díjszüneteltetés tartama alatt a nyugdíjcélú megtakarítással szemben több, mint hat havi kockázati biztosítási díjrész (kivéve a legkisebb garantált haláleseti biztosítási összeg kockázati díját) elszámolására kerül sor.** Erre tekintettel a szerződő a 19. cikk 2. pontja alapján a díjszüneteltetés kezdő napjától számított 6 hónapon belül kérheti a kiegészítő biztosítások megszüntetését, illetve ha a kérelem benyújtásának időpontjában a 4. cikk a) 1. pont szerinti, életkor előrehaladtával csökkenő garantált haláleseti biztosítási összeg magasabb a garantált haláleseti biztosítási összeg legkisebb mértékénél, a garantált haláleseti biztosítási összeg leszállítását a garantált haláleseti biztosítási összeg legkisebb mértékére.
4. Ha a díjszüneteltetéssel érintett biztosítási szerződésen nyilvántartott befektetési egységek értéke az elvonások következtében már nem éri el a még nem érvényesített költségeknek, a jóváírt NOVIS Bónuszoknak, és az adóról való rendelkezés keretében átutalt összeg százhusz százalékának összegét, a díjfizetési kötelezettség újra életbe lép, és a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő kitűzésével írásban felhívja a rendszeres díjfizetési kötelezettség teljesítésére. **A póthatáridő eredménytelen elteltével a biztosítási szerződés a következő hónap utolsó napjával megszűnik.** A biztosító ebben az esetben jogosult a még nem érvényesített költségeit az egyéni számla aktuális értékével szemben beszámítás útján érvényesíteni, továbbá jogszabály alapján az egyéni számla aktuális értéké-

ből levonja az adóról való rendelkezés keretében átutalt összeg százhusz százalékát. A biztosító akkor is megállapítja a magánszemélyt terhelő adókötelezettséget, ha a visszafizetendő adójóváírás növelt összegére a biztosítói teljesítés nem nyújt fedezetet. A díjszüneteltetéssel érintett szerződés visszavásárlása esetén a visszavásárlási érték meghatározásánál az ÁÜSZF 13. cikk 2. pont rendelkezései megfelelően irányadók.

16. cikk: Kötvénykölcsön

1. A biztosító a szerződőnek egyedi mérlegelés alapján – külön szerződésben foglalt feltételek mellett – pénzügyi szolgáltatásnak nem minősülő kölcsönt nyújthat. A biztosító jogosult a jövőre nézve a kötvénykölcsön nyújtásának feltételeit meghatározni, és azt honlapján közzétenni. A biztosító a közzétételt követően benyújtott kötvénykölcsön igényléseket e feltételek alapján köteles elbírálni.

17. cikk: NOVIS Díjtartalék és a modellportfóliók

1. A szerződő az allokációs arány meghatározásával a biztosítási díjat választása szerint a NOVIS Díjtartalékba, vagy egy modellportfólióba helyezheti el.
2. A **NOVIS Díjtartalékban** nyilvántartott biztosítási díjat a biztosító a nem befektetési egységekhez kötött életbiztosítások matematikai tartalékainak befektetésére vonatkozó szigorú törvényi előírások alapján fekteti be. A **befektetési kockázatot teljes egészében a biztosító viseli.**
3. A **modellportfólióba** befizetett díjakat a biztosító befektetési egységekre váltja át, a befektetési politikában meghatározott elvek szerint fekteti be. A **befektetési kockázatot teljes egészében a szerződő fél viseli. A biztosító a modellportfólió szerint elhelyezett díjakra sem tőke-, sem hozamgaranciát nem vállal.** A szerződés megkötésekor rendelkezésre álló modellportfóliók és azokat alkotó eszközalapok leírását, jellemzőit és befektetési politikáját az ÁÜSZF 3. számú melléklete (Befektetési Politika) tartalmazza.
4. A biztosító a biztosítási szerződés tartama alatt jogosult a piaci körülmények változása esetén a Befektetési Politikát egyoldalúan, a jövőre nézve módosítani, így különösen a modellportfóliókat alkotó további eszközalapokat létrehozni, illetve megszüntetni azokat. A biztosító a szerződőt a megváltozott Befektetési Politikáról a módosítás hatálybalépése előtt legalább 30 nappal írásban, és a megváltozott Befektetési Politikának a biztosító webhelyén (www.novis.eu) történő közzétételén keresztül tájékoztatja. A biztosító köteles a szerződőt az új eszközalapokról a fenti módon tájékoztatni, és ha a szerződő az új olyan modellportfólióba kíván fektetni, amelynek az új eszközalap részét képezi, úgy az allokációs arány módosítására vonatkozó nyilatkozatának beérkezését követő díjbefizetések esetén a biztosító ennek megfelelően jár el. Amennyiben a biztosító valamely eszközalapot megszünteti, és a szerződő egyéni számláján ezen eszközalapba tartozó befektetési egységek vannak nyilvántartva, a biztosító köteles az eszközalap megszüntetéséről a szerződőt a megszűnést megelőzően legalább egy hónappal írásban tájékoztatni, és felhívni az allokációs arányra vonatkozó nyilatkozatának módosítására. A biztosító egyúttal tájékoztatja a szerződőt, hogy a megszűnő eszközalapban lévő befektetési egységek az allokációs arányra vonatkozó nyilatkozat módosításának hiányában mely eszközalap(ok)ba kerülnek áthelyezésre. A biztosító a szerződő allokációs arányra vonatkozó módosított nyilatkozata alapján a megszűnő eszközalapban lévő befektetési egységeket az eszközalap megszüntetése időpontjában érvényes árfolyamon a szerződő által megjelölt eszközalap(ok) befektetési egységeire váltja át. Ha a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 15 napon belül az allokációs arányt nem módosítja, a biztosító a megszűnő eszközalapban lévő befektetési egységeket az eszközalap megszüntetése időpontjában érvényes árfolyamon az írásbeli tájékoztatásban meghatározott eszközalap(ok) befektetési egységeire váltja át. Ha a szerződő csak olyan eszközalapot választott, amely megszűnik, és az értesítés kézhezvételétől számított 15 napon belül nem határoz meg új allokációs arányt, az egyéni számla aktuális értékét a biztosító az eszközalap(ok) megszüntetése időpontjában érvényes árfolyamon az írásbeli tájékoztatásban meghatározott eszközalap(ok) befektetési egységeire váltja át. Az allokációs arány módosítása és a biztosító által végrehajtott áthelyezés költségmentes. A szerződő az allokációs arány módosítása helyett az értesítés kézhezvételétől számított 15 napon belül jogosult a biztosítási szerződést 15 napra felmondani. A felmondás jogkövetkezményeire a 13. cikk rendelkezései irányadók.
5. A biztosító minden munkanapon tájékoztatást nyújt a NOVIS Díjtartalékban nyilvántartott technikai befektetési egységek árfolyamáról, valamint a modellportfóliókban megtalálható eszközalapokban nyilvántartott befektetési egységek árfolyamáról, azok nettó eszközértékéről és befektetési formák szerinti összetételéről
 - a) internetes honlapján (www.novis.eu), valamint
 - b) telefonos ügyfélszolgálatán keresztül (06-70-644-2960).
5. A biztosító az ügyfelek érdekében az eszközalap befektetési egységeinek eladását és vételét felfüggeszti (a továbbiakban: eszközalap-felfüggesztés), amennyiben az eszközalap nettó eszközértéke, illetve ezzel együtt a befektetési egységeknek az árfolyama azért nem állapítható meg, mert az eszközalap eszközei részben vagy egészben illikvid eszközzé váltak. Az eszközalap felfüggesztését a biztosító az annak okául szolgáló körülményről való tudomásszerzését követően haladéktalanul végrehajtja arra az értékelési napra (a továbbiakban: az eszköz-

- alap-felfüggesztés kezdő időpontja) visszamenő hatállyal, amely értékelési napot megelőzően az utolsó alkalommal megállapítható volt az eszközalap nettó eszközértéke.
6. Az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt - a biztosítási díj felfüggesztett eszközalapról való átirányítása kivételével - a felfüggesztett eszközalapot érintő ügyfélrendelkezések (így különösen átváltás, rendszeres pénzkivonás, részleges visszavásárlás) nem teljesíthetők. Amennyiben az eszközalap felfüggesztésének tartama a 30 napot meghaladja, akkor az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 35. napig a biztosító igazolható módon írásbeli tájékoztatást küld a felfüggesztett eszközalappal érintett valamennyi szerződő fél részére arról, hogy az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követően a biztosító akkor teljesíti ezeket az ügyfélrendelkezéseket, ha azok teljesítésére vonatkozóan a szerződő az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követően ismételten rendelkezést ad. A felfüggesztés tartama alatt felfüggesztett eszközalapra vonatkozóan ügyfélrendelkezést adó szerződő számára a biztosító haladéktalanul tájékoztatást ad az ügyfélrendelkezéssel kapcsolatban.
 7. Amennyiben a befizetett díjat a biztosítási szerződés, illetve az ügyfél rendelkezése alapján a biztosítónak a felfüggesztett eszközalapba kellene befektetnie, a biztosító – a szerződő eltérő rendelkezése hiányában – a díjat a legalacsonyabb kockázati besorolású elérhető eszközalapba fekteti.
 8. Az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt a biztosítási szerződésben meghatározott időpont elérése (lejárat) mint biztosítási esemény bekövetkezése vagy a biztosítási szerződés teljes visszavásárlása esetében a biztosító a szerződő számlája aktuális egyenlegének értékét a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeinek figyelembe kívül hagyásával állapítja meg. A biztosító a fenti esetekben az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő 15 napon belül - amennyiben az eszközalap nettó eszközértéke megállapítható – köteles a szerződő fél számláján a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeiből nyilvántartott befektetési egységeknek az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő első ismert árfolyamán számított aktuális értékét vagy ugyanezen az árfolyamon a visszavásárlásra vonatkozó szerződéses rendelkezések szerinti összeget kifizetni.
 9. A biztosító haláleseti (kockázati) szolgáltatása teljesítését az eszközalap felfüggesztése annyiban érinti, hogy a biztosító a szerződő fél számlája aktuális egyenlegének értékét a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeinek az eszközalap-felfüggesztést megelőző utolsó ismert árfolyama alapján határozza meg, és a biztosítási szerződés szerinti kifizetési kötelezettségét a biztosító az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt is a fentiek alapján meghatározott értékben teljesíti, a felfüggesztett eszközalap befektetési egységei tekintetében teljesítendő szolgáltatásrész vonatkozásában azonban biztosítottanként legfeljebb 30 millió forint összeghatárig. Az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő 15 napon belül az eszközalap-felfüggesztés megszüntetését követő első ismert árfolyamon a biztosító a felfüggesztett eszközalap befektetési egységei tekintetében teljesítendő haláleseti (kockázati) szolgáltatásrész újra megállapítja, és amennyiben ez meghaladja a korábban erre kifizetett összeget, akkor a különbözetet utólag kifizeti. Amennyiben az eszközalap nettó eszközértéke továbbra sem állapítható meg, akkor a biztosító a fenti újbóli megállapítást és a különbözet kifizetését a megszüntetési korai aktuális piaci helyzet alapul vételével számolja el.
 10. Az eszközalap-felfüggesztés végrehajtását követően az eszközalap-felfüggesztés megszüntetéséig és az eszközalap ezt követő első ismert nettó eszközértékének megállapításáig nem köthető olyan biztosítási szerződés, amely mögött kizárólag felfüggesztett eszközalap áll.
 11. Az eszközalap-felfüggesztés időtartama legfeljebb 1 év, amelyet a biztosító indokolt esetben összesen további 1 évvel meghosszabbíthat. A biztosító a meghosszabbításról szóló döntését az eszközalap-felfüggesztés időtartamának lejártát legalább 15 nappal megelőzően, figyelemfelhívásra alkalmas módon közlésezi a honlapján, valamint kifüggeszti az ügyfélszolgálati irodáiban, továbbá egyidejűleg megküldi az MNB részére. A biztosító az eszközalap-felfüggesztést haladéktalanul megszünteti:
 - a) az eszközalap-felfüggesztés időtartamának lejártát követően;
 - b) az eszközalap-felfüggesztés okául szolgáló körülmény megszűnéséről való tudomásszerzését követően; vagy
 - c) amennyiben azt az MNB határozatban elrendeli.
 12. Amennyiben az eszközalap-felfüggesztés megszüntetésekor az eszközalap nettó eszközértéke, illetve ezzel együtt a befektetési egységeknek az árfolyama továbbra sem állapítható meg azért, mert az eszközalap eszközei részben vagy egészben illikvid eszközök, akkor a biztosító az eszközalapot megszünteti, és az ügyfelekkel - a megszüntetési korai aktuális piaci helyzet alapul vételével - elszámol. Az elszámolásra akként kerül sor, hogy a biztosító a megszűnő eszközalapban nyilvántartott befektetési egységeket a megszüntetési korai aktuális árfolyamon a szerződő által a 17. cikk 8. pontja alapján átirányításra megjelölt eszközalapba, a szerződő rendelkezése hiányában pedig a legalacsonyabb kockázati besorolású elérhető eszközalapba váltja át, melyről utólag írásban értesíti a szerződőt.
 13. Az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját követő 30 napon belül a biztosító - a szerződő felek közötti egyenlő elbánás elvének biztosítása és a biztosító eszközalappal kapcsolatos szolgáltatásainak folyamatos fenntartása érdekében - az illikviddé vált eszközöket és az eszközalap egyéb, nem illikvid eszközeit szétválasztja (az eszközalapot illikvid és nem illikvid eszközöket tartalmazó utódeszközalapokra bontja, a továbbiakban: szétválasztás) akkor, ha az eszközalap utolsó ismert nettó eszközértékének legfeljebb 75%-át képviselő eszközök váltak illikviddé. A szétválasztás végrehajtásával egyidejűleg a nem illikvid eszközöket tartalmazó utódeszközalap vonatkozásában

- az eszközalap-felfüggesztés megszűnik, és az önálló eszközalapként működik tovább. Tőkevédett vagy garantált eszközalap esetén - függetlenül az illikvid eszközök hányadától - a teljes eszközalap felfüggesztésre kerül. Ebben az esetben a garancia lejáratakor a biztosító az eredeti szerződéses feltételek szerint köteles elszámolni az ügyfelekkel.
14. A szétválasztás esetében az illikviddé vált eszközöket elkülönítetten, ugyancsak önálló eszközalapként kell nyilvántartani, amelyre vonatkozóan az eszközalap-felfüggesztés érvényben marad azzal, hogy az eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontjának az eredeti eszközalap-felfüggesztés kezdő időpontját kell tekinteni. A szétválasztás következtében az eredeti eszközalap megszűnik, amelynek során az eredeti eszközalap befektetési egységeit egyfelenként olyan arányban kell az illikvid és nem illikvid eszközöket tartalmazó utód-eszközalapokhoz rendelni, amely arányt az illikvid és nem illikvid eszközök az eredeti eszközalap utolsó ismert nettó eszközértékén belül képviseltek. Szétválasztás esetén a biztosító tájékoztatási kötelezettsége kiegészül a szétválasztásról szóló értesítéssel.
 15. Az eszközalap-felfüggesztés és szétválasztás a szerződő díjfizetési kötelezettségét és a biztosító szolgáltatási kötelezettségét egyebekben nem szünteti meg.
 16. A biztosító tájékoztatja a szerződőt
 - a) az eszközalap-felfüggesztés és a szétválasztás törvényi megalapozottságáról, végrehajtásáról, annak indokáról, a felfüggesztés kezdő időpontjáról, a biztosítási szerződést és annak teljesítését érintő következményeiről, ideértve különösen az ügyfeleket érintő befektetési kockázatok változását, valamint a költségek és díjak érvényesítésének szabályait; és
 - b) az eszközalap-felfüggesztés megszüntetéséről, annak indokáról, valamint a megszüntetésnek a biztosítási szerződést és annak teljesítését érintő következményeiről.
 17. A biztosító e tájékoztatást az eszközalap-felfüggesztés és a szétválasztás végrehajtásával, valamint az eszközalap-felfüggesztés megszüntetésével egyidejűleg, figyelemfelhívásra alkalmas módon közzéteszi a honlapján és kifüggeszti az ügyfélszolgálati irodáiban, továbbá a tájékoztatást folyamatosan naprakészen tartja. A biztosító a tájékoztatást egyidejűleg megküldi az MNB részére.

18. cikk: A felek jogai és kötelezettségei

1. A szerződő és a biztosított kötelezettségei:
 - a) A szerződő és a biztosított köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett. A biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő közlési kötelezettségének eleget tesz.
 - b) A szerződő és a biztosított köteles a lényeges körülmények változását a biztosítónak írásban a változásról való tudomásszerzéstől számított 15 napon belül bejelenteni. A biztosítási ajánlaton feltüntetett körülmények lényeges körülménynek minősülnek. **A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.** A biztosító ebből eredő jogait a biztosítási szerződés fennállásának első öt évében gyakorolhatja. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződőt és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.
 - c) A szerződő köteles a rendszeres biztosítási díjat annak esedékességekor megfizetni.
 - d) A biztosított köteles a biztosítási esemény bekövetkezését 8 napon belül a biztosítónak bejelenteni, a szükséges felvilágosításokat megadni, csatolni a biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratokat, és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését lehetővé tenni. Ellenőrzési jogának gyakorlása körében a biztosító jogosult a szolgáltatási igény elbírálása során megbízott orvosa útján a biztosított személyes vizsgálatára.
 - e) A szerződő és a biztosított köteles az ÁÜSZF-ben és a Polgári Törvénykönyvben foglalt egyéb kötelezettségeit teljesíteni.
 - f) A szerződő, a biztosított, vagy a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkeztét követően a szolgáltatási igény elbírálásához – az alábbiakban felsoroltak közül – a szükséges dokumentumokat köteles a biztosító rendelkezésére bocsátani:

i. Személyazonosító iratok

1. a közlekedési baleseti halál esetén a járművezető biztosított érvényes jogosítványa, vagy jogosítvány hiányában a vezetésre jogosító irat kiállítására jogosult és illetékes minisztérium által kiadott hivatalos igazolás
2. a szolgáltatás igénybevételére jogosult természetes személy személyazonosságát, jogi személy azonosítását szolgáló, igazoló iratok, okiratok, adatok (természetes személy esetén pl. személyazonosító igazolvány, útlevél, lakcímet igazoló hatósági igazolvány, adóazonosító jel, jogi személy esetén pl. cégjegyzékszám, nyilvántartási szám, azonosító szám, adószám),
3. a szolgáltatás igénybevételére jogosult jogi személy nevében eljáró természetes személy eljárási jogosultságát igazoló dokumentumok

ii. Hatósági, hivatali okiratok

1. a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult bármilyen hatósági eljárás, vizsgálat során keletkezett helyszíni szemle jegyzőkönyve, szakvélemény, meghallgatási jegyzőkönyv, hatósági értesítés és igazolás,
2. a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult közigazgatási eljárás során keletkezett az eljárást lezáró jogerős határozat,
3. ha a szolgáltatásra jogosult a biztosított örököse, az öröklésről szóló jogerős közjegyzői vagy bírósági határozat, illetőleg jogerős öröklési bizonyítvány másolata,
4. ha a kifizetés igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviselőjében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása,
5. ha a kifizetés igénybevételére jogosult személy gondnokság alatt áll, akkor a képviselőjében eljáró gondnok személyazonosságát igazoló gyámhivatali határozat,
6. ha külön jogszabály előírja, gyámhivatali engedély a kifizetéshez.

iii. Orvosi dokumentumok

1. a háziorvosi törzskarton és a kezelőkartonok másolata, a szakorvosi és kórházi kezelés dokumentumainak másolata,
2. Országos Egészségbiztosítási Pénztár által kiállított igazolások, valamint általa kezelt adatok,
3. a zárójelentések és ambuláns kezelőlapok másolata,
4. halottvizsgálati jelentés,
5. a boncolási jegyzőkönyv másolata,
6. a műtét(ek) részletes leírását tartalmazó műtéti leírás(ok) másolata,
7. az ittassági vizsgálat eredményének hivatalos igazolása,
8. kábító, illetve egyéb bódulatot keltő szer hatásának vizsgálatáról készített hivatalos orvosi irat, vagy hatósági határozat,
9. orvosi diagnosztikai eljárások dokumentumai (pl.röntgen, MR, CT),
10. az orvosi kezeléssel kapcsolatos valamennyi irat másolata.

iv. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos dokumentumok

1. a biztosítási esemény leírását tartalmazó részletes bejelentés
2. a biztosítási kötvény, ennek hiányában a teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt kötvény elvesztési nyilatkozat,
3. meghatalmazott eljárása esetén meghatalmazás,
4. adóköteles biztosítási szolgáltatás esetén a biztosító által levonandó adó mértékének megállapításához szükséges dokumentumok.

v. Egyéb dokumentumok: minden egyéb, a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához szükséges, a fentiekben fel nem sorolt dokumentum.

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

h) Ha a kritikus betegség diagnosztizálására vagy a műtetre Magyarország vagy Szlovákia területén kívül került sor, a biztosító a biztosított költségére kérheti, hogy, a biztosított szolgáltatási igényének elbírálásához szükséges dokumentumokat olyan orvos vagy egészségügyi intézmény állítsa ki, melynek székhelye Magyarországon található.

2. A biztosító jogosult

- a) a biztosítási szerződésből eredő követelések megítélése céljából a biztosított egészségügyi intézményben történő orvosi vizsgálatát, és egészségügyi dokumentációjának benyújtását kérni;
- b) a biztosítási szolgáltatás folyósítása alatt felülvizsgálni a biztosított rokkantságának mértékét, valamint a rokkantsági járadék társadalombiztosítási szerv általi folyósításának tényét, és e célból bekérni a tárggyal összefüggő információkat és dokumentumokat a társadalombiztosítási szervtől.
- c) Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomás-szerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.
- d) a szerződő és a biztosított azonosítására, amennyiben az a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben előírtak alapján szükséges. A biztosítási

ajánlat aláírásakor, illetve a biztosítási szerződés szerződő személyét érintő módosításakor a biztosító továbbá jogosult és köteles elvégezni a szerződő, a szolgáltatás teljesítésekor pedig a kedvezményezett illetőségvizsgálatát, a magyar adóhatóság felé pedig köteles az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közgazdasági együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvényben foglalt esetekben adatot szolgáltatni.

- e) Abban az esetben, ha a szerződéskötést követően a biztosítási szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltoznak, a biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő hatvan napon belül javaslatot tehet a biztosítási szerződés vagy az ahhoz kapcsolódó általános szerződési feltételek megváltozott szabályozásra tekintettel történő módosítására annak érdekében, hogy a szerződés tartalma az adókedvezmény vagy adójóváírás igénybevételére jogosító feltételeknek megfeleljen. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot az arról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított harminc napon belül nem utasítja el, a szerződés a módosító javaslatban meghatározott feltételekkel a jogszabályváltozás hatálybalépésének időpontjával módosul. A biztosító a szerződő felet a biztosítási tevékenységről szóló törvényben támasztott követelményeknek megfelelően tájékoztatja a szerződés vagy a szerződési feltételek változásáról. A módosító javaslat szerződő általi elutasítása nem adhat alapot a szerződés biztosító általi felmondására.

3. A biztosító köteles a biztosítási esemény bekövetkezte esetén az ÁÜSZF-ben foglalt feltételek szerint a biztosítási szolgáltatást teljesíteni. A teljesítésre a (18. cikk 1. f.) pontjában felsorolt, az adott igény elbírálásához szükséges valamennyi okirat beérkezését követő 15 napon belül kerül sor.

19. cikk: Díjnövelés, díjsökkentés, a biztosítási összeg módosítása

1. Három díjjal rendezett biztosítási év elteltét követően a szerződő a biztosított írásbeli hozzájárulásával jogosult a rendszeres biztosítási díj mértékének módosítására javaslatot tenni. A biztosító a rendszeres biztosítási díj módosítására irányuló javaslatot csak abban az esetben jogosult a beérkezését követő 60 napon belül elutasítani, ha a módosult összegű rendszeres biztosítási díj nem érné el a Kondíciós Listában meghatározott legkisebb mértéket.
2. Három díjjal rendezett biztosítási év elteltét követően a szerződő a biztosított írásbeli hozzájárulásával jogosult javaslatot tenni a biztosítási összegek módosítására, feltéve, hogy a módosítás után a garantált haláleseti biztosítási összeg nem csökken az 1. éves rendszeres díj kétszereséből kiinduló csökkenő biztosítási összeg alá. A biztosító a szerződő módosító javaslatát egészben vagy részben jogosult a módosító javaslat beérkezését követő 60 napon belül elutasítani, ha:
 - a) a kockázatelbírálás eredményeként a biztosítási összeg emelése nem lehetséges
 - b) a szerződő vagy a biztosított a biztosító által a módosító javaslat elbírálásához kért adatokat illetve dokumentumokat a biztosító által meghatározott határidőn belül nem bocsátja a biztosító rendelkezésére.
3. Ha e szerződés kivételt nem tesz, a biztosítási szerződés a módosító javaslat elbírálásához szükséges valamennyi dokumentumot tartalmazó módosító javaslat beérkezését követő hónap első napjától kezdődő hatállyal, a módosító javaslat beérkezését követő 60 nap elteltével módosul, feltéve, hogy a biztosító a módosító javaslatot nem utasítja vissza. Ha a biztosító a módosító javaslatot a beérkezéstől számított 60 napon belül elutasítja, a biztosítási szerződés az eredeti feltételekkel marad hatályban.

20.cikk: Értékkövetés

1. Amennyiben a szerződő a biztosítási ajánlaton az értékkövetés lehetőségét kiválasztotta, úgy az EVEREST PRO Életbiztosítási szerződés biztosítási összege és biztosítási díja minden biztosítási évben 5%-kal növekszik.
2. Az 5%-os növelés a szerződéskötéskor a szerződési ajánlaton meghatározott biztosítási összegre és biztosítási díjra vonatkozik.
3. Minden biztosítási év végét megelőzően a biztosító értesíti a szerződőt az új biztosítási összeg és az új biztosítási díj mértékéről. Ha a szerződő az értesítés elküldésétől számított 30 napon belül az értékkövetést elutasítja, úgy a biztosítási díj és a biztosítási összeg változatlan marad és az értékkövetés az adott évben nem kerül alkalmazásra.

21. cikk: Kedvezményezett

1. Kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a szolgáltatás igénybevételére jogosult. Amennyiben az EVEREST PRO Életbiztosítás nyugdíjbiztosításként jött létre, a haláleseti szolgáltatások kivételével a további biztosítási szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított. A szerződő a haláleseti biztosítási összeg(ek) tekintetében jogosult a biztosítóhoz címzett és hozzá eljuttatott írásbeli nyilatkozattal kedvezményezettet jelölni, valamint a biztosítási esemény bekövetkeztéig bármikor jogosult ugyanilyen formában jelölését visszavonni, vagy új kedvezményezettet jelölhet ki. Ha nem a biztosított a szerződő fél, mindezekhez a biztosított

írásbeli hozzájárulása szükséges. A kedvezményezett-jelölő nyilatkozatnak tartalmaznia kell a kedvezményezett nevét és születési dátumát. A kedvezményezett-jelölés, annak módosítása vagy visszavonása a biztosítóval szemben akkor válik hatályossá, ha a nyilatkozatot vele közölték. Ha a szerződés a biztosított hozzájárulása nélkül jött létre, a szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis, ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosítottat vagy – ha a biztosítási esemény a biztosított halála – örökösét kell tekinteni, aki a szerződő félnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket.

2. Kedvezményezett-jelölés hiányában, vagy ha a kedvezményezett-jelölés nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, a kedvezményezett a biztosított, vagy ha a biztosítási esemény a biztosított halála, a biztosított örököse.
3. Ha a szerződő személye nem azonos a biztosítottal, a természetes személy szerződő halála esetén, ha a biztosított a szerződésbe az erről való tudomásszerzést követő 30 napon belül nem lépett be, a biztosítási szerződés megszűnik, és a biztosító a 13. cikk 2. pontja szerinti visszavásárlási értéket kifizeti a biztosítottnak.

22. cikk: Kizárások

1. A biztosítási fedezet nem terjed ki az olyan eseményekre, melyek az alábbi okokból vagy azokkal összefüggésben keletkeztek:

- a) katonai beavatkozásban való részvétel
- b) lázadásban, felkelésben, vagy zavargásokon való részvétel
- c) nukleáris katasztrófa vagy katonai konfliktusok,
- d) olyan balesetekre, melyek szívinfarktus, agyvérzés vagy epilepsziás roham miatt következtek be;
- e) bármilyen okból elkövetett terrorakcióban való részvétel
- f) több országot és a lakosság nagy részét érintő járványok (világjárványok)
- g) nem biztosítási eseménnyel összefüggésben végzett gyógykezelés, vagy orvosi beavatkozás folytán keletkezett sérülések;
- h) ionizáló sugarak, vagy atomenergia hatására keletkezett sérülések, betegségek
- i) alkohol-, drog- és gyógyszerfogyasztás, kivéve az orvos felügyelete alatt használt gyógyszereket
- j) szándékosan előidézett betegségek, rokkantság, fogyatékoság, szándékos önkárosítás vagy öngyilkossági kísérlet
- k) legalább 100 elektronvolt energiájú energiasugár hatása, bármilyen energiájú neutronok hatása, lézersugarak, vagy mesterségesen előállított ultraibolya sugarak hatása, kivéve, ha a besugárzásra gyógyítási céllal, orvosi felügyelet alatt kerül sor.
- l) AIDS vagy HIV-fertőzés betegségek (közvetlenül vagy közvetetten), kivéve a 27. cikk 3. k) és l) pontjaiban foglalt eseteket,
- m) A biztosítási fedezet nem terjed ki valamely rettegett betegség diagnosztizálását követő két éven belül diagnosztizált, az első betegségtől különböző rettegett betegségből eredő igényekre.
- n) A biztosítási fedezet nem terjed ki valamely rettegett betegség diagnosztizálását és az erre tekintettel teljesített biztosítási szolgáltatást követően diagnosztizált ugyanazon betegségből eredő igényekre.

23. cikk: Mentésülés

1. A biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól, és csak a 13. cikk 2. pontja szerinti visszavásárlási értéket köteles kifizetni:

- a) ha a biztosítási esemény a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben következik be,
- b) ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét, a visszavásárlási érték ebben az esetben az örökösöket illeti meg, abból a kedvezményezett nem részesülhet.
- c) ha a biztosított a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkossága következtében halt meg, a biztosító csak a visszavásárlási értéket köteles kifizetni a szerződőnek. Ha a haláleseti biztosítási összeg emelésére kerül sor, és a biztosított a módosítás hatálybalépésétől számított két éven belül öngyilkos lesz, a biztosító a módosítás előtti haláleseti biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezettnek, feltéve, hogy a szerződés megkötésétől számított két év már eltelt.
- d) A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a biztosítási 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 kideríthetetlené válik.

III. FEJEZET

KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK KÜLÖNÖS SZABÁLYAI

Balesetbiztosítás (maradandó egészségkárosodásra vonatkozó progresszív szolgáltatás, baleseti eredetű halál, bővített baleseti szolgáltatás)

24. cikk: A baleset fogalma

1. Balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő, előre nem látható külső behatás által okozott sérülés vagy halál.
2. Balesetnek minősül továbbá a Balesetre vonatkozó fedezet kockázatviselési kezdetét követő 15 napon túl, és a fedezet megszűnését követő 15 napon belül kezdődött, kullancsok által terjesztett meningoencephalitis (vírusos agyvelő- és agyhártyagyulladás) betegség. A betegség kezdete e pont alkalmazásában a betegség diagnosztizálásának időpontja. Balesetnek minősül továbbá a balesetből eredő fertőzés által okozott tetanusz és veszettség.
3. Balesetnek minősülnek a biztosított akaratán kívül bekövetkező, testi sérülést vagy halált okozó alábbi események:
 - a) fulladás
 - b) égési sérülés, leforrázás, villámcsapás, áramütés
 - c) gázok vagy gőzök belélegzése, mérgező vagy maró anyagok lenyelése, feltéve, hogy e hatásoknak a biztosított folyamatosan, rövid ideig volt kitéve.
4. Nem minősül balesetnek:
 - a) öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet,
 - b) szándékos önkárosítás,
 - c) szívinfarktus,
 - d) a baleset következtében bekövetkező állapotromlás
 - e) a szervek kismértékű, közvetett erőbehatás következtében történő degeneratív elváltozása (pl. Achilles-ín, meniscus)
 - f) tárgyak megemelése vagy szállítása következtében keletkezett belső sérülések

25. cikk: A Balesetbiztosításra meghatározott biztosítási események

1. Biztosítási eseménynek az ÁÜSZF 23. cikkében felsorolt azon baleset minősül, amely a biztosítási szerződés tartama alatt következett be.

26. cikk: A biztosító szolgáltatása

1. Balesetbiztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosító három formában nyújt biztosítási szolgáltatást.
 - a) Baleset következtében beálló maradandó egészségkárosodásra vonatkozó progresszív szolgáltatás
 - i. Ha a baleset napjától számított egy év elteltével megállapítható maradandó egészségkárosodás mértéke:
 1. legfeljebb 35 %, a biztosító a balesetbiztosítási összegnek a maradandó egészségkárosodás százalékos mértékével megegyező százalékát fizeti ki
 2. 36 % és 100 % között van, a biztosító a balesetbiztosítási összegnek a maradandó egészségkárosodás százalékos mértékének kétszeresével megegyező százalékát fizeti ki
 - ii. A biztosító a baleset napjától számított 1 éven belül a maradandó egészségkárosodás esetére járó biztosítási szolgáltatás kifizetésére csak akkor köteles, ha az egészségkárosodás maradandó volta és mértéke és orvosi szempontból egyértelműen megállapítható.
 - iii. Ha a baleset több különböző jellegű maradandó egészségkárosodást okozott a biztosítottnak, a biztosított maradandó egészségkárosodását az egyes különböző jellegű maradandó egészségkárosodásra megállapított százalékos mértékek összesítésével kell megállapítani, a maradandó egészségkárosodás mértéke azonban nem haladhatja meg a 100 %-ot.
 - iv. Ha a biztosított maradandó egészségkárosodása olyan testrészt vagy szervet érint, melynek funkciója a balesetet megelőzően bármilyen okból már korlátozott volt, a biztosító a balesetből eredő maradandó egészségkárosodás mértékének megállapításánál csak a korábbi maradandó egészségkárosodás százalékos mértékét meghaladó egészségkárosodást veszi figyelembe.
 - v. A kullancsok által terjesztett vírusos agyvelő- és agyhártyagyulladásból eredő maradandó egészségkárosodás akkor minősül biztosítási eseménynek, ha a szerológiai módszerekkel kimutatható betegség a balesetbiztosítási szerződés megkötését követően legalább 15 nap elteltével, illetve a balesetbiztosítási fedezet megszűnését követő legfeljebb 15 napon belül kezdődik. A betegség kezdete e pont alkalmazásában a betegség diagnosztizálásának időpontja.

- vi. A biztosító megtéríti a maradandó egészségkárosodást eredményező balesettel összefüggésben felmerülő, orvosi szempontból szükséges rehabilitáció biztosítottnál felmerülő közvetlen és indokolt költségeit. Ugyancsak megtéríti a biztosító a maradandó egészségkárosodást eredményező balesettel összefüggésben orvosiilag szükséges azon kozmetikai célú műtéti beavatkozások indokolt költségeit, melyek célja a balesetből eredő esztétikai sérülések következményeinek csökkentése. **A biztosító csak a baleset napját követő első évben felmerült költségeket téríti meg, feltéve, hogy a biztosított e költségeit a társadalombiztosítás nem fedezi. A biztosító szolgáltatásának felső határa a maradandó egészségkárosodás becsült mértéke alapján megállapított biztosítási szolgáltatás fele, de legfeljebb a balesetbiztosítási összeg 20 %-a.** Indokolt költségek alatt a költség felmerülésének időpontjában helyben szokásos költségeket kell érteni. **A biztosítási fedezet csak az egészségügyi szolgáltatás nyújtására működési engedéllyel rendelkező egészségügyi intézmény részére fizetett költségekre terjed ki.**

b) Baleset okozta haláleset

- ha a biztosított baleset következtében a baleset napjától számított egy éven belül meghal, a biztosító a teljes balesetbiztosítási összeget kifizeti a kedvezményezettnek.
- ha a biztosított részére a balesetből eredően a biztosító már kifizetést teljesített, és a biztosított a baleset következtében ezt követően meghal, a biztosító a balesetbiztosítási összeg és a már teljesített biztosítási szolgáltatás különbözetét fizeti ki.
- A kullancsok által terjesztett vírusos agyvelő- és agyhártyagyulladásból eredő halál akkor minősül biztosítási eseménynek, ha a szerológiai módszerekkel kimutatható betegség a balesetbiztosítási szerződés megkötését követően legalább 15 nap elteltével, illetve **a balesetbiztosítási fedezet megszűnését követő legfeljebb 15 napon belül kezdődik.** A betegség kezdete e pont alkalmazásában a betegség diagnosztizálásának időpontja.

c) Bővített baleseti szolgáltatás

- A biztosító a bővített baleseti szolgáltatást az ÁÜSZF 4. számú mellékletét képező Értékelési táblázatban felsorolt balesetekre nyújtja.
- Ha a bővített baleseti szolgáltatás körébe tartozó baleset következik be, a biztosító napi térítés formájában biztosítási szolgáltatást nyújt a biztosítottnak **a gyógykezelés orvosiilag indokolt átlagos időtartamára, de legfeljebb az Értékelési Táblázatban az adott balesetre megállapított időtartamra.**
- A napi térítés egy napra jutó összege a balesetbiztosítási összeg egy ezreléke.
- Ha a biztosított a bővített baleseti szolgáltatás körébe tartozó baleset (biztosított baleset) következtében **több sérülést is szenvedett, a biztosító csak a leghosszabb szükséges gyógykezelés időtartamára nyújt szolgáltatást.** Ha a biztosítottat bővített baleseti szolgáltatás körébe tartozó balesetből eredő gyógykezelés időtartama alatt további biztosított baleset éri, a biztosító ez utóbbi balesetből eredő gyógykezelés átlagos időtartamára is napi térítést nyújt, azonban legfeljebb a két sérülésre az Értékelési táblázatban meghatározott számú napok összegéig. **Arra az időszakra, amelyben a két sérülés gyógykezelésének időtartama fedi egymást, a biztosító csak egyszeres térítést nyújt.**
- A biztosított akkor jogosult a napi térítésre, ha a gyógykezelés tartama a hat napot meghaladja.** A biztosító ebben az esetben a gyógykezelés tartamának valamennyi napjára napi térítést nyújt.
- A bővített baleseti szolgáltatás a biztosítási szerződés tartama alatt **legfeljebb két biztosított balesetre nyújt fedezetet.**
- Ha a biztosított baleset maradandó egészségkárosodást is okoz, a biztosító a bővített baleseti szolgáltatás alapján kifizetett összeg levonása után fennmaradó, jelen cikk a) pontja szerinti maradandó egészségkárosodás esetén járó biztosítási szolgáltatást is teljesíti.

- Ha a biztosított maradandó egészségkárosodásának mértéke az Értékelési táblázat alapján nem állapítható meg, a biztosító a tényleges sérüléshez legközelebb álló, Értékelési táblázatban feltüntetett sérülésre irányadó százalékos mérték alkalmazásával állapítja meg a maradandó egészségkárosodás mértékét.

Betegségek és műtétek kiegészítő biztosítás (rettegett betegségek, műtéti térítés, napi térítés kórházi tartózkodás és keresőképtelenség időtartamára)

27. cikk: A Betegségek és műtétek biztosításra meghatározott biztosítási események

- E kiegészítő biztosítás alapján – egyéb feltételek fennállása mellett - biztosítási eseménynek minősül, ha
 - a biztosítottnál rettegett betegséget diagnosztizálnak
 - a biztosított műtétet végeznek el,
 - a biztosított egészségügyi intézményben fekvőbeteg-ellátásban részesül, vagy
 - a biztosított munkaképtelenné válik.

2. A betegség és műtéti kockázatra meghatározott biztosítási összegnek megfelelő kockázati díj a biztosított belépési korának függvénye, mértékét a Kondíciós Lista tartalmazza. A kockázati díj a szerződés tartama alatt változatlan marad, a biztosítási összeg azonban a biztosított életkorának előrehaladtával minden következő biztosítási időszakban csökken a Kondíciós Listában feltüntetett kockázati díjak növekedésével fordított arányban.

28. cikk: Rettegett betegségek

1. A biztosító a jelen cikk 2. pontjában felsorolt rettegett betegségek diagnosztizálása esetén **a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában érvényes biztosítási összeg 100 százalékát fizeti ki.**

2. Rettegett betegségnek minősül:

- a) Szívroham
- b) Szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét
- c) Rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés
- d) Szélütés (stroke)
- e) Veseelégtelenség
- f) Létfenntartó szerv átültetése
- g) Sclerosis multiplex
- h) Bénulás (plegia, paresis, paralysis)
- i) Vakság
- j) Fokozott ápolás
- k) HIV-fertőzés akvirációja hivatás gyakorlása közben
- l) HIV-fertőzés vérátömlesztés vagy vérkészítmények transfúziója következtében
- m) Parkinson-kór
- n) Alzheimer-kór
- o) Jóindulatú (benignus) agydaganat
- p) Halláskárosodás
- q) Előrehaladott tüdőbetegség
- r) Némaság
- s) Szívbillentyű pótlása
- t) Aorta műtét
- u) Kóma
- v) Apallic szindróma (agykéreg teljes elhalása)
- w) Primer pulmonalis hipertensio
- x) Csontvelő elégtelensége okozta vérszegénység (aplasztikus anémia)

3. Az egyes rettegett betegségek részletes jellemzése:

a) Szívroham

A szívizom részének irreverzibilis (visszafordíthatatlan) elhalása egy koszorúér akut elzáródásának következményeként. A diagnózist a következő tünetekkel és mutatókkal kell bizonyítani:

- tipikus mellkasi fájdalom
- a szívizom sérülés specifikus laboratóriumi értékeinek növekedése,
- bizonyos enzimek jelentős növekedése (AST, CK, CK-MB, CKP LDH, troponinok- troponin I, T),
- új változásként az EKG-n a szívizom akut transzmurális infarktuszának képével (QIM), valamint a bal kamra funkciójának csökkenésével.

Nem minősül biztosítási eseménynek a csendes (néma) szívinfarktus, amikor a felsorolt klinikai tünetek nem jelentkeznek, vagy azok fennállása nem állapítható meg. **A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja az a nap, amikor a diagnózist fekvőbeteg-gyógyintézet kardiológiai vagy belgyógyászati osztálya, vagy kardiológus, illetve belgyógyász szakorvos megállapítja.**

b) Szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét

Sebészeti beavatkozás elvégzése nyitott szíven, amikor két vagy több szív koszorúér szűkülete vagy elzáródásának megoldása történik bypass implantátumokkal azoknál a személyeknél, akiknek anginás tünetei vannak. Nem rettegett betegség a beavatkozás elvégzése mellkas fölnyitása nélkül (angioplasztika, balloon dilatáció, lézerműtét) és a billentyűk műtétének elvégzése protézisek használata nélkül.

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a műtét elvégzése.

c) Rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés

Rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedésnek tekinthető a rosszindulatú daganat ellenőrizhetetlen invazív növekedéssel és metasztázisképzési tendenciával. Kizárandó az összes ún. jóindulatú daganat, nem invazív daganat, korai stádiumban lévő daganat (pl. carcinom in situ) valamint az összes I. stádiumú daganat, melyeknél nem szükséges a kemoterápiás kezelés. Továbbá kizárandók azok a daganatok, melyek egy fenálló HIV- fertőzéssel egy időben jelentek meg, és a bőrdaganatok a melanoma kivételével. Viszont ide tartozik a leukémia és a nyirokcsomók összes rosszindulatú daganata. Biztosítási teljesítés jár olyan jóindulatú agydaganat diagnosztizálása esetén, amelyet műtéttel nem lehet eltávolítani.

A biztosítási esemény a betegség szövettannal megerősített diagnózisa vagy – a leukémia és agydaganatok kivételével – a betegség BNO besorolásának napja közül az, amelyik később következik be. Ha a betegen műtétet végeztek el, a biztosítási esemény a recidíva vagy metasztázis tényének műtéti leírásban történő rögzítésével is bekövetkezik.

d) Szélütés (stroke)

A szélütést agyvérzés okozza, vagy agyi infarktus agyi ér elzáródása esetleg megtörése következtében, vagy embólia formájában. A szélütés maradandó neurológiai deficitet megjelenéséhez vezet. A maradandó neurológiai sérülést a központi idegrendszer objektív neurológiai leletével és CT vizsgálattal kell alátámasztani. A biztosítási esemény megvalósulásához a tüneteknek 3 hónappal a központi idegrendszer sérülése után is kimutathatóknak kell lenniük. Nem számít rettegett betegségnek az ideiglenes neurológiai tünetegyüttes (TIA, PRINT).

A biztosítási esemény a szélütés neurológiai szakklínika vagy neurológus szakorvos által történő diagnosztizálását követő hat hét elteltével következik be, ha tünetek még ekkor is fennállnak.

e) Veseelégtelenség

Mindkét vese tartós elégtelensége (vese terminális insufficienciája), amely tartós dialízist, vagy vese transzplantációt igényel. Biztosítási esemény csak 3 hónap művesekezelt után keletkezik, ha ez a kezelés az említett idő eltelté után is folytatódik. Nem rettegett betegség egy vese meghibásodása vagy eltávolítása, vagy a vesék kompenzált elégtelensége.

A biztosítási esemény a vesetranszplantáció elvégzésének napját vagy a tartós dialízis kezelésbe való besorolást követő három hónap elteltével következik be, ha az előző bekezdésben említett feltételek még ekkor is fennállnak.

f) Létfenntartó szervek átültetése

Egy szerv átültetésének elvégzése a biztosítottnál (recipiens) a következő szervekből: szív, tüdő, máj, hasnyálmirigy, vesék vagy csontvelő. Szívátültetésnek számít a műszív implantációja is. A műtét jelzését specializált egészségügyi intézménynek kell elvégeznie a Magyar Köztársaság területén.

A biztosítási esemény a szervtranszplantáció elvégzésének napján következik be. A biztosítási fedezet a Magyarország területén kívül elvégzett szervátültetésekre csak a biztosító előzetes jóváhagyása esetén terjed ki.

g) Sclerosis multiplex

A központi idegrendszer myelinvesztéses megbetegedése visszafordíthatatlan (irreverzibilis) tipikus neurológiai kiesésekkel (multifokális vagy monofokális), megfelelő vizsgálati technikával bizonyított betegségforrásokkal (számítógépes tomográfia - CT, és mágneses rezonancia – MR, SPECT stb.), likvor (agyi és gerinc folyadék) tipikus leletével és minimum két relapsussal. Relapsusnak számít új vagy régebbi szimptómák megjelenése vagy a létező szimptómák romlása.

A biztosítási esemény a betegség neurológiai szakorvos általi diagnosztizálását követő három hónap elteltével következik be, feltéve, hogy a tünetek még ekkor is fennállnak. Nem minősül biztosítási eseménynek a betegség első akut megnyilvánulása és a nem egyértelmű neurológiai diagnózis (a betegség gyanúja).

h) Bénulás

- paraplégia – mindkét végtag teljes megbénulása
- tetraplégia – mind a négy végtag megbénulása

Mindkét láb teljes és tartós bénulása, vagy mind a két kéz, vagy mind a két láb és kezek a gerincvelő vezetékeségének tartós sérülésével, amely legalább három hónapig tart. Nem rettegett betegség egy végtag megbénulása, részleges bénulása, monoplégia, és ideiglenes bénulás.

A biztosítási esemény bekövetkeztének napja a bénulás fekvőbeteg-intézmény neurológiai osztálya vagy neurológus szakorvos által történő diagnosztizálásának napja.

i) Látásvesztés (vakság)

Akut megbetegedés vagy baleset által keletkezett teljes és irreverzibilis (visszafordíthatatlan) látásvesztés mindkét szemén.

Mindkét szem látásának teljes elvesztése ezen feltételek értelmében csak akkor valósul meg, ha már károsodott a fényérzékelés és nem következik be a pupilla szűkülése megvilágításkor. A vakságot oftalmológiai lelettel kell bizonyítani.

Jelen rettegett betegség vonatkozásában balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő, előre nem látható egyszeri külső behatás által okozott sérülés, kivéve az öngyilkossági kísérlet következtében keletkezett sérülést, és a szándékos önkárosítást.

A biztosítási esemény a vakság szemészeti szakklinika vagy szemész szakorvos általi diagnosztizálásának napját követő három hónap elteltével következik be, ha az egyéb feltételek még ekkor is fennállnak.

Az egyik szem látóképességének visszafordíthatatlan elvesztése esetén a biztosítási szolgáltatás a biztosítási összeg 10 %-a.

j) Fokozott ápolás

Fokozott ápolást igényel az a személy, aki betegsége, balesete vagy fogyatéka következtében, gyógyászati segédeszköz igénybevétele ellenére sem képes az I-VI. pontokban foglalt tevékenységek közül legalább négy tevékenység önálló elvégzésére, és ezért napi szinten mások segítségére szorul:

- I. Lakásban történő mozgás
Ha a biztosított gyógyászati segédeszköz (járókeret, mankó, tolószék) használata ellenére is csak más személy segítségével képes a lakáson belüli helyváltoztatásra.
- II. Felkelés és lefekvés:
Az ágy elhagyására vagy az ágyba visszafekvésre a biztosított más személy segítségével, önállóan nem képes.
- III. Öltözködés
A biztosított az öltözködéshez vagy levetkőzéshez még a betegruha használata esetén is más személy segítségére szorul.
- IV. Étkezés és ivás:
A biztosított étkezéskor vagy iváskor speciális, betegeknek szánt evőeszközök és poharak használata ellenére is más személy segítségére szorul.
- V. Tisztálkodás:
A biztosított mozgáskorlátozottsága miatt más személy segítségére szorul a mosakodásnál, a fésülködésnél vagy a borotválkozásnál.
- VI. Szükségletek elvégzése:
 - Széklet elvégzése után nem tudja magát megtisztítani, vagy
 - Szükségletét csak ágytál segítségével tudja elvégezni, vagy
 - A bél és a húgyvezeték ürítése csak külső segítséggel lehetséges.

Ha a biztosított széklet-, vagy vizelet-inkontinenciában szenved, de képes a pelenka vagy a betét önálló, más személy segítségével cseréjére, úgy kell tekinteni, hogy a VI. pontban foglaltak tekintetében nem szorul fokozott ápolásra. Az I-VI pontokban foglaltak fennállásától függetlenül szükséges a fokozott ápolás akkor is, ha a biztosított lelki betegsége vagy zavara folytán ön- vagy közveszélyes, és a kezelőorvos a napi ápolást szükségesnek tartja.

A biztosítási esemény a fokozott ápolás szükségességének orvos által történő igazolásának napján következik be.

k) HIV-fertőzés akvirálása hivatás gyakorlása közben

A HIV-fertőzést a biztosított hivatásának gyakorlása közben kell, hogy kapja meg tűszúrással, vágással esetleg más formájú, bizonyíthatóan HIV-pozitív anyaggal való érintkezéssel.

A biztosítási esemény megvalósulásához a biztosítási feltételek egyéb rendelkezésén kívül a következő feltételeknek kell teljesülnie:

- i. A biztosított személy a balesetet követő 24 órán belül vérvizsgálatnak veti alá magát, amely bizonyítja a HIV-ellenanyagok hiányát.
- ii. HIV-vírusok exisztenciája vagy HIV-ellenanyagok hiánya bizonyításra kerül a balesetet követő 4 hónapon belül elvégzett további vérvizsgálattal.
- iii. A baleset a munkabiztonságra és egészségvédelemre vonatkozó munkajogi előírások, utasítások és irányelvek szerint jelentésre és dokumentálásra került.

Erre a rettegett betegségre a biztosítási fedezet megszűnik, ha az orvostudomány fejlődése következtében a betegség ellen oltással védekezés megszerezhető, vagy elfogadott gyógykezeléssel gyógyíthatóvá válik.

l) HIV-fertőzés (esetleg HIV átvitel) vérátömlesztés vagy vérkészítmények transfúziója következtében

A biztosítási esemény bekövetkeztének feltételei:

- i. A vérkészítmények gyártója, a kórház vagy az intézmény, amelyben a transfúziót végezték, teljes felelősséget vállal.
- ii. A vérátömlesztés az Európai Unió államaiban vagy Észak-Amerikában volt elvégezve.

Erre a rettegett betegségre a biztosítási fedezet megszűnik, ha az orvostudomány fejlődése következtében a betegség ellen oltással védekezés megszerezhető, vagy elfogadott gyógykezeléssel gyógyíthatóvá válik.

m) Parkinson-kór

Olyan degeneratív folyamat, amely megtámadja az agykéreg alatti struktúrákat, amelyek részt vesznek a mobilitás központi irányításában. Tipikus hipokinézissel (csökkentett mobilitás), rigiditással (merevedés) és aszimmetrikus tremorral (reszketés) kell, hogy megnyilvánuljon.

A biztosítási esemény a betegség neurológus szakorvos általi diagnosztizálását követően, de leghamarabb a betegség jelentkezését követő 12 hónap elteltével következik be, ha az előző bekezdésben írt feltételek még ekkor is fennállnak.

n) Alzheimer-kór

Olyan, agyat támadó degeneratív betegség, amely demenciával nyilvánul meg, kognitív funkciók zavarai, progresszív memória romlással.

A biztosítási esemény a betegség legalább két szakorvos – egyiket a biztosított, másikat a biztosító választja ki – általi diagnosztizálásának időpontját követően, de leghamarabb a tünetek jelentkezését követő 12 hónap elteltével következik be, ha az előző bekezdésben írt feltételek még ekkor is fennállnak.

o) Jóindulatú (benignus) agydaganat

Olyan agydaganat, amely neurológiai beavatkozást igénylő intrakraniális (koponyán belüli) nyomásfokozódás klinikai képét alkotja. A biztosítási esemény olyan jóindulatú daganat eltávolítása, mely tartós neurológiai sérülést okoz vagy inoperabilitás esetén a tartós neurológiai deficit megvalósulása. Tartós neurológiai sérülésnek számít az olyan állapot, amely legalább 3 hónapig tart. A diagnózist idegsebésznek kell megerősíteni és az agy CT és MRI leleteivel alátámasztani. **A biztosítási fedezetből ki vannak zárva a cysták, granulomák, artéria és ér deformációk az agyban, hematómák, hipofízis vagy hátgerinc-daganatok.**

p) Hallásvesztés (süketség)

Teljes, kétoldali, tartós, visszafordíthatatlan hallásvesztés betegség vagy baleset következtében. A diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell megerősíteni és audiometriai kivizsgálással alátámasztani.

q) Előrehaladott tüdőbetegség

A légző funkciók komoly és tartós sérülésének szakorvos általi megerősítése a következő feltételek együttes teljesülése mellett:

- i. FEV1 (erőltetett egy másodperces kilégzési űrtartalom) mértékének tartós csökkenése (a FEV1 a referenciaérték 50 %-ánál kisebb),
- ii. A parciális arteriális O₂ nyomás tartós csökkenése 55 mmHg alá,
- iii. Oxigén inhalációjának tartós szükségessége.

r) Némaság

A beszédképesség teljes és visszafordíthatatlan elvesztése baleset vagy a hangszálak megbetegedése következtében. Az állapotot fül-orr-gégész szakorvos erősíti meg. **Nem számít biztosítási eseménynek a pszichogén eredetű beszédképesség elvesztése.**

A biztosítási esemény a betegség diagnosztizálását követő 6 hónap elteltével következik be, ha az előző bekezdésben írt feltételek még ekkor is fennállnak.

s) Szívbillentyű pótlása

Egy vagy több szívbillentyű pótlásának műbillentyűkkel történő sebészeti megvalósítása szűkület (sztenózis), elégtelenség, vagy e tényezők kombinációja miatt. A beavatkozás magába foglalja az aortás, mitrális, tüdő vagy trikuszipidális billentyű műbillentyűvel történő pótlását is. A pótlás megvalósulását szakorvosnak kell igazolni. **Nem számít biztosítási eseménynek: szívbillentyű alakítása, a szívbillentyű valvulotómiája (bemetszése) és plasztikája.**

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a kardiológus által szükségesnek minősített műtét elvégzésének napja.

t) Aorta műtét

Az aorta krónikus betegségének megoldásához szükséges elkerülhetetlen műtét, amihez sebészetileg kell elvégezni az excíziót (kimetszés) és az érintett aortát műérrel (grafttal) kell helyettesíteni. Aortának értjük a mellkas és has aortáját (az aorta ágazatait nem). **Nem számít rettegett betegségnek a műtéti beavatkozás a mellkas és a has felnyitása nélküli elvégzése (angioplasztika, balloon dilatáció, lézerműtét) és az aorta elágazásain (pl. arteria carotis, veseartéria) történő beavatkozások.**

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a kardiológus vagy érsebész által szükségesnek minősített műtét elvégzésének napja.

u) Kóma

Folyamatosan, minimálisan 96 óráig tartó, külső ingerekre és belső szükségletekre való reakció nélküli eszméletlenség, amelynél nélkülözhetetlen az orvosi műszerek használata az alap életfunkciók bebiztosításához, tartós neurológiai sérülés következményével, amelyet neurológus monitoroz minimálisan 3 hónapig.

A biztosítási esemény a neurológus által felállított diagnózist követő három hónap elteltével következik be, ha az előző bekezdésben írt feltételek még ekkor is fennállnak.

v) Apallc szindróma (agykéreg teljes elhalása)

Az agykéreg teljes elhalása az agytörzsi funkciók megőrzésével. A diagnózist szakorvosnak kell CT és MRI leletekkel alátámasztva megerősíteni, emellett a beteg állapotát minimálisan 1 hónapig szakorvosnak kell monitorozni.

w) Primer pulmonális hipertensio

Olyan állapot, amelynél fekvő helyzetben és nyugodt állapotban a pulmonális középnyomás meghaladja a 20 Hgmm értéket, a pulmonális arteriolák primér érintettségének következtében. A diagnózist egyértelműen szakorvos állítja fel szívkatéterezéssel: a középnyomás értéke az arteria pulmonalisban több mint 20 Hgmm- es értékének kimutatásával és a jobb kamra hipertrófiájának vagy dilatációjának bizonyításával, továbbá a minimum 3 hónapig tartó jobb oldali szívélegtelenység tüneteit orvosilag dokumentálni kell.

x) Csontvelőelégtelenség okozta vérszegénység (aplasztikus anémia)

A diagnózist szakorvosnak kell megerősítenie csontvelő biopszia alapján. A vérképből ki kell tudni mutatni a makrociter anémiát, neutropéniát, trombocitopéniát és szükséges a következő kezelési formák legalább egyike: immunszuppresszív kezelés, velőserkentő eszközökkel történő kezelés minimálisan 3 hónapig, transzfúziós kezelés.

4. Az a) és n) pontokban feltüntetett rettegett betegségekre vagy műtétekre vonatkozó biztosítási szolgáltatás teljesítésének összegét csökkenti az o) pontban feltüntetett biztosítási esemény következtében már kifizetett biztosítási összeg, amennyiben az o) pontban feltüntetett biztosítási esemény összefügg az újonnan diagnosztizált rettegett betegséggel vagy szükséges műtéttel.

29. cikk: Műtéti térítés

1. Biztosítási eseménynek minősül a biztosított betegsége miatt szükségessé váló, az Értékelési táblázatban foglalt sebészeti beavatkozások (műtétek) elvégzése, kivéve, ha a műtét olyan betegség következtében válik szükségessé, mely egyben rettegett betegségnek minősül. Utóbbi esetben a biztosító csak a rettegett betegségek kockázat alapján nyújt szolgáltatást. A biztosítási szolgáltatás biztosítási esemény bekövetkeztekor érvényes biztosítási összegnek az Értékelési táblázatban az adott műtetre vonatkozóan meghatározott százaléka, de legfeljebb 100 % a biztosítási szerződés teljes tartamára vonatkozóan. A műtéti térítés fedezet alapján a biztosító a biztosítási szerződés tartama alatt **legfeljebb két műtetre vonatkozóan teljesít szolgáltatást**. Amennyiben a biztosított egyazon alkalommal több műtétet végeznek el, a biztosító csak arra a műtetre – és **csak egyre – nyújt szolgáltatást**, melyre vonatkozóan az Értékelési táblázat a legmagasabb százalékos értéket állapítja meg. Amennyiben a biztosított az Értékelési táblázatban nem szereplő műtétet hajtanak végre, a biztosító a biztosítási szolgáltatás összegét az elvégzett műtétet nehézségi fokban legközelebb álló, táblázatban szereplő műtetre irányadó százalékos mérték analóg alkalmazásával állapítja meg. A biztosító szolgáltatási kötelezettségét nem érinti, ha a táblázat szerinti műtétek elvégzése mikroinvazív módszerrel történik (angioplasztika, lézeres kezelés, stentbeültetés stb).

30. cikk: Napi térítés kórházi tartózkodás és keresőképtelenség időtartamára

1. Ha a biztosított betegsége vagy balesete miatt egészségügyi intézményben folyamatosan öt napot meghaladóan fekvőbeteg-ellátásban részesül, a biztosító kórházi napi térítést nyújt a kórházi tartózkodás minden napjára. A kórházi napi térítés egy napi összege a biztosítási fedezetre irányadó biztosítási összeg egy ezreléke.
2. A kórházi napi térítés csak az egészségügyi szolgáltatás nyújtására működési engedéllyel rendelkező egészségügyi intézmény fekvőbeteg-osztályán történő ellátás esetén jár, megállapításának alapja a fekvőbeteg-gyógyintézet által kibocsátott zárójelentés. Az egészségügyi intézménybe történő felvétel és az onnan történő elbocsátás napja együttesen a kórházi napi térítésre való jogosultság szempontjából egy jogosultsági napnak felel meg.
3. **Nem jár kórházi napi térítés a fekvőbeteg-ellátás időtartamára, ha az ellátásra rehabilitációs céllal, kozmetikai vagy plasztikai műtétek kapcsán, alkohol elvonókúra vagy kábítószer-függőség kezelésére irányuló ellátás során, vagy gyógyfürdőben kerül sor.**
4. Ha a biztosított betegsége vagy balesete következtében folyamatosan 15 napot meghaladóan keresőképtelen, a biztosító a **16. naptól kezdődően keresőképtelenségre járó napi térítést nyújt** a keresőképtelenség minden további napjára. A keresőképtelenségre járó napi térítés egy napi összege a biztosítási fedezetre irányadó biztosítási összeg egy ezreléke.
5. A biztosított keresőképtelen, ha betegsége vagy balesete miatt nem képes munkavégzésre, és ezt orvos vagy egészségügyi intézmény által kiállított keresőképtelenségről szóló igazolás a diagnózis BNO-kódjának feltüntetése mellett megállapítja.
6. **Nem jár keresőképtelenségre járó napi térítés a rehabilitációs célú kezelések, kozmetikai vagy plasztikai műtétek, alkohol elvonókúra vagy kábítószer-függőség kezelésére irányuló ellátás, gyógyfürdőben történő ellátás, terhesség, vagy pszichiátriai megbetegedések kapcsán bekövetkező keresőképtelenség idejére.**
7. A kórházi vagy a keresőképtelenségre járó napi térítés a biztosítási szerződés teljes tartama alatt **legfeljebb összesen 60 napi kórházi tartózkodás, vagy keresőképtelenség időtartamára fizethető ki.** Arra az időszakra, amelyre a biztosító kórházi napi térítést nyújt, a biztosított keresőképtelenség esetére járó napi térítésre nem jogosult.

IV. FEJEZET EGYÉB RENDELKEZÉSEK

31. cikk: Eljárás véleményeltérés esetén

1. Ha a biztosított és a biztosító között nézetkülönbség keletkezik a biztosítási szerződésből eredő igény jogalapját, vagy a szolgáltatás összecszerűségét illetően, bármelyik fél kérheti az Igazságügyi Szakértői és Kutató Intézetek (ISZKI) szakvéleményét. A felek alávetik magukat az ISZKI szakvéleményében foglaltaknak.
2. A biztosított köteles az ISZKI-vel együttműködni, és alávetni magát mindazon vizsgálatoknak és intézkedéseknek, melyeket az ISZKI szükségesnek tart.
3. Az ISZKI eljárásának költségét eltérő megállapodás hiányában az viseli, aki a szakvélemény beszerzését kezdeményezte. A biztosító vállalja az ISZKI szakvéleményének beszerzéséhez szükséges adminisztratív teendők ellátását.

32. cikk: Elektronikus kézbesítés

1. Ha a szerződő az ajánlaton hozzájárult az iratok elektronikus úton történő kézbesítéséhez, úgy ezzel hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződés megkötésével, kezelésével, módosításával, esetleges megszüntetésével és szolgáltatási igénnyel kapcsolatos dokumentumokat, tájékoztatásokat vagy nyilatkozatokat, ideértve a számlát is elektronikus úton (e-mail), fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátva a szerződő által megadott e-mail címre küldje meg. Az ilyen módon történő közlés írásbeli, bizonyítható és azonosítható módon történő közlésnek minősül. Az e-mailt kézbesítettnek kell tekinteni az e-mail elküldésének napján, kivéve, ha a levelezőrendszer jelzése alapján az e-mailt nem sikerült kézbesíteni. A szerződő haladéktalanul köteles bejelenteni az általa megadott e-mail cím változását. A szerződő által megadott elektronikus adatok valótlanágából, hiányosságából, valamint a szerződő levelezési szolgáltatójánál felmerülő hibákért, rendellenes működésért, illetve a szerződő személyes fiókjának beállításai miatt felmerülő problémákért, és abból származó károkért, illetve hátrányos jogkövetkezményekért a biztosító nem vállal felelősséget.

33. cikk: Személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

1. Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, mely kapcsolatba hozható egy meghatározott (azonosított vagy azonosítható) természetes személlyel (a továbbiakban: érintett). Ha a személyes adat egészségügyi állapotra, kóros szenvedélyre, illetve szexuális életre vonatkozik, akkor az a hatályos jogszabályok értelmében különleges adatnak minősül, és kizárólag az érintett írásos hozzájárulása alapján kezelhető. Az adat-szolgáltatás önkéntes, de egyes személyes adatok közzétevése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez.
2. A biztosító jogosult az ügyfelek jogszerűen tudomására jutott adatait, ideértve a különleges adatokat is az információs önrendelkezési jogáról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Info törvény) rendelkezései szerint, a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben (a továbbiakban: Bit.) foglaltakkal összhangban kezelni.
3. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító az 5. pontban meghatározott célból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény alapján kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.
4. A biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges – banktitoknak minősülő – adatokat kezelni. Az adatok továbbítására a Bit. rendelkezéseiben meghatározott módon, az ügyfél, számlatulajdonos hozzájárulása alapján kerülhet sor.
5. A biztosító a szerződő, biztosított illetve kedvezményezett személyes adatait a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben vagy a Bit. által meghatározott egyéb célból kezeli.
6. A biztosító a személyes – és azon belül a különleges – adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződésekkel kapcsolatban is csak addig kezelheti a tudomására jutott adatokat, amíg a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. Telefonon történő panaszkezelés esetén a szolgáltató és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a szolgáltató hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt egy évig megőrzi. 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.
7. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

8. Az ügyfél adatait kizárólag a biztosító erre feljogosított munkatársai, megbízott biztosításközvetítői, illetve a biztosító részére külön szerződés keretében adatfeldolgozási- vagy kiszervezett tevékenységet végző személyek, szervezetek ismerhetik meg, a biztosító által meghatározott terjedelemben és a tevékenységük végzéséhez szükséges. biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét. A biztosító részére külön szerződés keretében adatfeldolgozási vagy kiszervezett tevékenységet végző személyek, szervezetek: a SOFTIP a. s., Galvaniho 7/D, Bratislava, a Slovak Telekom a.s., Karadžičova 10, 825 13 Bratislava; és a QUANTIS Holding Zrt., 1068 Budapest, Benczúr utca 44., továbbá a biztosító által felkért orvosszakértő.
9. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a Bit. szerint biztosítási titokként kezelni. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó – a biztosító rendelkezésére álló adat, mely a biztosító egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. A biztosító titoktartási kötelezettségére a Bit. 135 - 141 § - ban, a 147 § - ban, valamint a 379 §-ban foglalt szabályok az irányadók.
10. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a törvény másképp nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
11. A Bit. 214 § (7) bekezdése alapján amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek személyes adatait is továbbítja a kiszervezett tevékenységet végző személyeknek, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a biztosító adatfeldolgozójának minősül és titoktartási kötelezettség terheli. Adatfeldolgozási tevékenységet kizárólag erre irányuló megbízási szerződés alapján, kiszervezett tevékenység keretében jogosultak harmadik személyek végezni.
12. A biztosító az érintett személyes (és különleges) adatait, továbbá biztosítási titoknak minősülő adatait kizárólag az érintettől vagy annak törvényes képviselőjétől kapott írásos hozzájárulás alapján továbbíthatja harmadik személynek, kivéve, ha az adattovábbítás a Bit. által felsorolt szervezetek számára jogszabály alapján végzett megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során történik.
13. A titoktartási kötelezettség nem áll fenn:
 - a) a feladatkörében eljáró MNB-vel,
 - b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
 - c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
 - d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
 - e) adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi, illetve biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén az adóhatósággal,
 - f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviseletével, ezek érdek-képviseleti szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
 - h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
 - i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
 - j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
 - k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
 - l) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel,
 - m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
 - n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
 - o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
 - 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, szaktanácsadóval,

- 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 rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben, ha az a)–j), n), s) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k)–m) és p)–r) 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.
 - t) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt.-ben 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. A továbbított személyes adatokat – amennyiben jogszabály másként nem rendelkezik - az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatok vagy az Info. törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok esetén 20 év elteltével a biztosító köteles törölni.
15. A biztosító illetve a szerződő a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul 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 lőszerrel 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 lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
16. A biztosító az ügyfelet nem tájékoztathatja a nyomozó hatóság és ügyészség, a nemzetbiztonsági szolgálat, valamint a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szerv részére történő adattovábbításról.
17. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
18. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha
- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
 - b) 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 a biztosítótól.
19. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:
- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - b) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása
 - c) a Biztosítási Törvény Nyolcadik részének III. és III/A. fejezetében foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
 - d) a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben:
 - i. ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - ii. ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.
20. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamban történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

21. Az érintett a biztosító adatkezelésével kapcsolatosan az alábbi jogokkal élhet:
 - a) tájékoztatás kérése
 - b) helyesbítés,
 - c) törlés,
 - d) zárolás,
 - e) nyilvánosságra hozatal.
22. Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a leendő ügyfél orvosi vizsgálata, akkor az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál ismerheti meg.
23. Az Infotv. értelmében a jogszabályban meghatározott esetekben az érintett tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen. A biztosító, mint adatkezelő köteles a bejelentéseket a törvény előírása szerint kivizsgálni és a kérelmezőt írásban tájékoztatni. Az érintett jogainak megsértése esetén az adatkezelővel szemben bírósághoz fordulhat. A biztosító, mint adatkezelő köteles megtéríteni az érintett igazolt kárát is, amennyiben azt jogellenes adatkezeléssel, vagy a technikai adatvédelem követelményeinek megszegésével okozta.
24. A biztosító a Bit. 149 § (1) bekezdése alapján – a veszélyközösség 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 jogosult megkereséssel fordulni más biztosítóhoz, a megkeresett biztosító által kezelt, Bit.-ben meghatározott adatok vonatkozásában.

34. cikk: Záró rendelkezések

1. **Az Értékelési táblázatot a biztosító az orvostudomány fejlődése és az orvosi gyakorlat változása által indokolt körben és mértékben – ha a betegség kezeléséhez vagy a műtét utáni felépüléshez szükséges idő jelentősen megváltozik, vagy újfajta gyógyszeres kezelés, illetve orvosi eljárás következtében a rettegett betegség gyógyíthatóvá válik - jogosult egyoldalúan módosítani illetve kiegészíteni,** melyről a szerződőt köteles tájékoztatni. A szolgáltatás kifizetése a biztosítási esemény időpontjában hatályos mellékletek alapján történik. A szerződő a módosításról szóló értesítés kézhezvételétől számított 15 napon belül jogosult a biztosítási szerződést 15 napra felmondani. A felmondás jogkövetkezményeire a 13. cikk rendelkezései irányadók.
2. A felek jogosultak biztosítási szerződésükben az ÁÜSZF rendelkezéseitől eltérni, amennyiben az eltérést jogszabály nem tiltja.
3. Jelen biztosítási szerződésre a magyar polgári jog szabályai irányadók.
4. Jelen ÁÜSZF rendelkezéseit a 2018. március 12. napján vagy azt követően kötött biztosítási szerződésekre kell alkalmazni.
5. **Elévülés: Jelen biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított 3 év elteltével évülnek el.** A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja, amennyiben az egyes biztosítási fedezetekre vonatkozó különös szabályok másképp nem rendelkeznek. Egyéb igények esedékességének időpontja az igény alapjául szolgáló körülmény bekövetkezésének napja.
6. **Panaszkezelés:** A biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát a panaszos szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban közölheti. Írásos bejelentését átadhatja személyesen vagy más által, megküldheti postai úton, telefaxon, illetve elektronikus levélben. A biztosító „Panaszkezelési szabályzata” elérhető és megtekinthető ügyfélszolgálati irodáiban és a biztosító honlapján:
www.novis.eu/hu/panaszkezelesi-szabalyzat
 Központi Panasziroda: 1068 Budapest, Benczúr utca 44. E-mail: ugyfelszolgalat@novis.eu
 Online panaszbejelentés: www.novis.eu/hu/panaszbejelentes
7. **Eltérés a Polgári Törvénykönyv szabályaitól és a szokásos szerződési gyakorlattól:** Az ÁÜSZF a Polgári Törvénykönyv biztosítási szerződésre vonatkozó szabályaitól és a szokásos szerződési gyakorlattól az alábbi rendelkezések vonatkozásában tér el lényegesen:
 - a) **Az elévülési idő a Polgári Törvénykönyv általános 5 éves elévülési időre vonatkozó szabályától eltérően 3 év.**
 - b) **Ha a biztosítási szerződés nem jön létre, vagy a szerződő rendkívüli felmondása következtében megszűnik, a szerződő köteles az orvosi vizsgálat költségeit a biztosítónak megtéríteni, vagy azt a biztosító jogosult a szerződő részére visszafizetendő összegbe beszámítani. A szerződő rendkívüli felmondása esetén a biztosító a kockázatviselés tartamára vonatkozó időarányos költségeket és kockázati díjakat jogosult az elszámolás során érvényesíteni.**
 - c) **A szerződésből eredő bármilyen biztosítói kifizetésre – a haláleseti szolgáltatást kivéve – kizárólag a biztosított jogosult.**

- d) A garantált haláleseti biztosítási összeg kockázati díja a szerződés tartama alatt változatlan marad, a garantált haláleseti biztosítási összeg azonban a biztosított életkorának előrehaladtával minden következő biztosítási időszakban csökken a Kondíciós Listában feltüntetett haláleseti kockázati díjak növekedésével fordított arányban.
- e) A biztosító az alaptbiztosítás haláleseti és rokkantsági szolgáltatása, valamint a „Betegségek és műtétek” kiegészítő biztosítások körébe tartozó biztosítási események vonatkozásában 6 hónap várakozási időt köt ki.
- f) A biztosítási szerződés - ha a szerződő nem biztosított - a természetes személy szerződő halálát követő 30 nap elteltével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe e határidőn belül belép.
- g) Ha az esedékes rendszeres díj csak részben került megfizetésre, a biztosító a díjfizetési kötelezettség elmulasztásának jogkövetkezményei szempontjából ezt úgy tekinti, hogy az esedékes rendszeres biztosítási díj nem került megfizetésre.
- h) A biztosító a díjszüneteltetés tartama alatt is elvonja a költségeket és a kockázati díjat. Az egyéni számla aktuális értékének ennek következtében történő csökkenése a szerződés megszűnését eredményezheti.
- i) A biztosító a befizetni elmulasztott rendszeres biztosítási díjat jogosult a rendkívüli befizetés terhére esedékességgel érvényesíteni. Ha ez nem lehetséges, és a szerződő a meghatározott póthatáridőn belül a rendszeres biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosítási szerződés a díjmentes leszállítás állapotába kerül és csökkentett biztosítási összeggel továbbra is fennmarad.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET VISSZAVÁSÁRLÁSI ÉRTÉKEK

1. A biztosítási szerződés teljes visszavásárlása esetén a biztosító az egyéni számlán nyilvántartott befektetési egységek 100%-ának aktuális értékét fizeti ki.

2. A NOVIS Bónuszok visszavásárlási értéke a jóváírásuktól eltelt és díjjal rendezett évek száma szerint:

10 eltelt és díjjal rendezett biztosítási év előtt	10 eltelt és díjjal rendezett biztosítási év után
0%	100%

A szerződő egyéni számláján jóváírt NOVIS Bónuszoknak a jóváírásuktól számított és díjjal rendezett 10 biztosítási év elteltével keletkezik visszavásárlási értékük, kivéve, ha a szerződés ennél rövidebb tartammal jött létre. 10 biztosítási évnél rövidebb tartamú biztosítási szerződések esetén a jóváírt bónuszok a biztosítási szolgáltatással együtt kerülnek kifizetésre. A 10 biztosítási évnél rövidebb tartamú szerződések csak NOVIS Rajtbónuszsra, illetve NOVIS Elérési Bónuszsra jogosultak.

3. Az adójóváírásból származó befektetési egységek visszavásárlási százaléka:

Az adóról való rendelkezés keretében átutalt összegekből képzett befektetési egységek **visszavásárlása** esetén a visszavásárlási arány az eltelt időtől függetlenül: 100%.

Az adóról való rendelkezés keretében átutalt összegekből képzett befektetési egységek terhére vagyoni érték kivonás csak nyugdíjbiztosítási szolgáltatásnak minősülő teljesítés keretében történhet.

A teljes tartam alatt nyugdíjbiztosítási adójóváírásként a biztosítóhoz átutalt összeget a magánszemélynek 20 százalékkal növelten kell visszafizetnie, ha a nyugdíjbiztosítás alapján nyugdíjbiztosítási szolgáltatásnak nem minősülő vagyoni érték kivonására kerül sor. Ilyen esetben a biztosító a kifizetésből közvetlenül az adóhatóság részére utalja az adójóváírások 20%-kal növelt összegét. Nem nyugdíjbiztosítási szolgáltatásnak minősülő vagyoni érték kivonás különösen a szerződés visszavásárlása, részvisszavásárlása, a kötvénykölcson törlesztő részletének nyugdíjcélú megtakarítással szembeni elszámolása, valamint, ha díjfizetéssel részben vagy egészben nem fedezett időszakban a nyugdíjcélú megtakarítással szemben több, mint hat havi kockázati biztosítási díjrész - kivéve az alapbiztosítás legalacsonyabb összegű kötelező kockázati biztosítási díjrészét - elszámolására kerül sor, továbbá ideértve a törvényi rendelkezésnek meg nem felelő járadékszolgáltatást is, de ide nem értve az elvárt díjon felüli díj elvárt díjra történő átvezetését, **függetlenül attól, hogy a szerződés ennek következtében megszűnik-e vagy sem**, vagy a szerződés úgy módosul, hogy az a szerződésmódosítást követően e törvény rendelkezései szerint már nem minősül nyugdíjbiztosításnak. Nem terheli visszafizetési kötelezettség a magánszemélyt, ha az adómentes nyugdíjszolgáltatás feltételei maradéktalanul teljesültek.

2. SZÁMÚ MELLÉKLET KONDÍCIÓS LISTA

1. A szerződés nyilvántartásának pénzneme: forint

Az éves rendszeres biztosítási díj minimuma: 240.000 Ft

2. Forgalmazási díj:

Alapja az adott évben befizetett biztosítási díjnak a kockázati díjak elvonását követően fennmaradó pénzértéke. A forgalmazási díj a biztosítás tartama alatt, legfeljebb 15 évig, a befektetési egységek csökkentésével havonta kerül elvonásra. Éves mértékét - évek szerinti bontásban - az alábbi táblázat tartalmazza:

A Forgalmazási díj mértéke:			
1. évben befizetett díj	70%-a	6. évben befizetett díj	8%-a
2. évben befizetett díj	40%-a	7. évben befizetett díj	7%-a
3. évben befizetett díj	15%-a	8. évben befizetett díj	6%-a
4. évben befizetett díj	12%-a	9. évben befizetett díj	5%-a
5. évben befizetett díj	10%-a	10. - 15. évben befizetett díj	2%-a

Amennyiben a szerződő az ajánlati lapon az értékkövetés lehetőségét kiválasztotta, úgy a forgalmazási díj mértékére az alábbi táblázatban foglalt eltéréssel kerül alkalmazásra:

A Forgalmazási díj mértéke:			
1. évben befizetett díj	70%-a	6. évben befizetett díj	10%-a
2. évben befizetett díj	43%-a	7. évben befizetett díj	9%-a
3. évben befizetett díj	18%-a	8. évben befizetett díj	8%-a
4. évben befizetett díj	15%-a	9. évben befizetett díj	7%-a
5. évben befizetett díj	13%-a	10. - 15. évben befizetett díj	4%-a

3. Kezelési költség: Az egyéni számla aktuális értékének évi 1,44%-a, de minimum 300,- Ft. A befektetési egységekből havonta kerül elvonásra. Havi mértéke az éves érték 1/12-ed része.

4. Adminisztrációs díj: Az aktuális rendszeres biztosítási díj évi 1,2%-a. A befektetési egységekből havonta kerül elvonásra. Havi mértéke az éves érték 1/12-ed része.

5. Áthelyezési költség: Díjmentes

6. Rendkívüli befizetés díja: Az aktuális rendszeres biztosítási díjon felül befizetett összeg 3%-a.

7. Garantált haláleseti szolgáltatás költsége: a garantált haláleseti biztosítási összeg kockázati díja a biztosított belépési korától függ. A kockázati díj havi mértéke az egész biztosítási tartam alatt állandó, csökkenő garantált haláleseti biztosítási összeggel a következő képlet szerint.

Csökkenő haláleseti összeg értéke az utolsó biztosítási évben:

$$B\ddot{O}_e = \left(\frac{C_x}{C_e} \right) \cdot B\ddot{O}_x$$

e elérési kor

x biztosított belépési kora

C_e Kondíciós lista szerinti kockázati díj 100 000 Ft haláleseti biztosításra az utolsó biztosítási évben

B $\ddot{O}_e$ haláleseti biztosítási összeg értéke az utolsó biztosítási évben/eléreskor

B $\ddot{O}_x$ haláleseti biztosítási összeg a szerződés megkötésénél

Csökkenő haláleseti összeg érétke az egyes években:

$$B\ddot{O}x_k = \left(\frac{C_x}{C_{x_k}} \right) \cdot B\ddot{O}x$$

$B\ddot{O}x_k$ haláleseti biztosítási összeg egy x-belépési korú biztosítottra a k-ik biztosítási évben

k biztosítási évek száma, $k = 1, 2, 3, \dots, 65-x$

x_k biztosított aktuális életkora a k-ik biztosítási évben

C_{x_k} Kondíciós lista szerinti kockázati díj 100 000 Ft haláleseti biztosításra egy x_k korú biztosítottra

A levont kockázati díj a biztosított egészségi állapotától, foglalkozásától, szabadidős tevékenységétől függően módosulhat. A kezdeti garantált haláleseti biztosítási összeg az éves rendszeres biztosítási díj minimum kétszerese.

A havi kockázati díj 100 000 Ft garantált haláleseti biztosítási összegre:

Belépési kor	Kockázati díj	Belépési kor	Kockázati díj	Belépési kor	Kockázati díj
0	6,30	34	9,80	68	231,70
1	6,30	35	10,50	69	257,60
2	6,30	36	11,20	70	286,30
3	6,30	37	11,90	71	317,80
4	6,30	38	13,30	72	352,80
5	6,30	39	14,70	73	392,00
6	6,30	40	16,10	74	435,40
7	6,30	41	18,90	75	483,70
8	6,30	42	21,00	76	537,60
9	6,30	43	23,80	77	597,10
10	6,30	44	25,90	78	663,60
11	6,30	45	28,70	79	737,10
12	6,30	46	31,50	80	819,00
13	6,30	47	35,00	81	910,00
14	6,30	48	39,20	82	1010,80
15	6,30	49	44,10	83	1122,80
16	6,30	50	49,00	84	1247,40
17	6,30	51	53,90	85	1386,00
18	6,30	52	59,50	86	1540,00
19	6,30	53	64,40	87	1710,80
20	6,30	54	70,00	88	1901,20
21	6,30	55	76,30	89	2112,60
22	6,30	56	83,30	90	2347,10
23	6,30	57	90,30	91	2608,20
24	6,30	58	98,70	92	2898,00
25	6,30	59	108,50	93	3220,00
26	6,30	60	119,00	94	3577,70
27	6,30	61	128,80	95	3975,3
28	6,30	62	138,60	96	4417,00
29	6,30	63	148,40	97	4907,70
30	6,30	64	158,90	98	5453,00
31	7,70	65	168,70	99	6059,20
32	8,40	66	187,40	100	6732,60
33	8,40	67	208,60		

8. Betegségek és műtétek kiegészítő biztosítás:

A Betegségek és műtétek kiegészítő biztosítás biztosítási összegének kockázati díja a biztosított belépési korától függ. A kockázati díj havi mértéke az egész biztosítási tartam alatt állandó, csökkenő garantált haláleseti biztosítási összeggel, a 6. pontban ismertetett képlet szerint.

A havi kockázati díj 100 000 Ft biztosítási összegre:

Belépési kor	Kockázati díj	Belépési kor	Kockázati díj	Belépési kor	Kockázati díj
18	9	34	22	50	114
19	9	35	24	51	123
20	9	36	27	52	133
21	9	37	29	53	143
22	9	38	34	54	153
23	9	39	39	55	163
24	9	40	45	56	174
25	9	41	52	57	185
26	10	42	59	58	197
27	11	43	65	59	209
28	12	44	71	60	222
29	13	45	77	61	235
30	14	46	82	62	249
31	16	47	87	63	268
32	17	48	96	64	289
33	19	49	105	65	315

9. Baleset (baleseti halál, tartós egészségkárosodás és napi térítés) kiegészítő biztosítás kockázati díja

A kockázati díj 100 000 Ft biztosítási összegre havi 45 Ft.

ADÓZÁSI TÁJÉKOZTATÓ

természetes személyek részére

Jelen tájékoztató a 2018. március 1. napján hatályos jogszabályok alapján készült, így az ezt követően bekövetkező változásokat nem tartalmazza, továbbá nem teljes körű, azaz nem öleli fel a személybiztosítási szerződést érintő valamennyi adójogszabályt.

Az adójogszabályok a szerződés tartama alatt megváltozhatnak. Alkalmazandó jogszabály: 1995. évi CXVII. törvény a személyi jövedelemadóról

I. Adómentes biztosítói teljesítés

Személybiztosítási szerződés **haláleseti kifizetése, valamint balesetbiztosítási, betetgségbiztosítási (egészségbiztosítási) és nyugdíjbiztosítási szolgáltatása** minden esetben a magánszemély adómentes bevétele.

II. Kamatjövedelem adózása

Adóköteles az olyan biztosítói teljesítés, amely nem minősül haláleseti kifizetésnek, rokkantsági, baleset-, egészség-, vagy nyugdíjbiztosítási szolgáltatásnak. A biztosító teljesítéséből a befizetett biztosítási díjak – kockázati biztosítási díjrésszel csökkentett – összegét meghaladó rész kamatjövedelemnek minősül, amely a magánszemélynél kamatadó fizetési kötelezettséget keletkeztet.

A kamatadó mértéke a kamatjövedelem 15%-a.

A kamatjövedelem után a kamatadót a biztosító, mint kifizető a kifizetés időpontjára vonatkozóan állapítja meg, a magánszemély részére az azzal csökkentett összeg kerül kifizetésre. Ezzel egyidejűleg a kamatadót a biztosító, mint kifizető befizeti és bevallja az adóhatóságnak. A levont kamatadóról a biztosító igazolást ad a magánszemélynél. Amennyiben a kamatadó levonása megtörtént, vagy kamatadó nem terheli a jövedelmet, akkor a magánszemélynél az adóbevallásában nem kell szerepeltetnie ezt a jövedelmet.

Biztosításból származó kamatjövedelem kedvezményrendszere:

- **Egyszeri díjas biztosítások** esetén a szerződéskötést követő 3. év elteltével a kamatjövedelem 50%-a, a szerződéskötést követő 5. év elteltével pedig a teljes jövedelem adómentes.
- **Rendszeres díjas biztosítások** esetén a szerződéskötést követő 6. év elteltével a kamatjövedelem 50%-a, a szerződéskötést követő 10. év elteltével pedig a teljes jövedelem adómentes.

A kamatjövedelem kedvezményes adózására vonatkozó rendelkezések nem alkalmazhatóak abban az esetben:

- ha a biztosítás időtartama alatt a szerződés szerinti elvárt díjon felüli díjfizetés (például rendkívüli befizetés) történik, és a biztosító azt a díjtartalékkal együtt nem elkülönítetten (vagy nem a tartalék befizetett díjhoz való egyértelmű hozzárendelésével) tartja nyilván. Elkülönített nyilvántartás esetén az elvárt díjon felüli díjfizetés önálló biztosítási szerződés szerinti díjnak, egyszeri díjas biztosításnak tekintendő, ahol az elvárt díjon felüli díjfizetés időpontját kell a szerződés létrejöttének időpontjaként figyelembe venni.
- ha a rendszeres díjak növelésének mértéke meghaladja a díjnövekedés évét megelőző második évre vonatkozó fogasztói áremelkedés 30 százalékponttal növelt értékét.

Amennyiben az életbiztosítási szerződés a biztosítói teljesítéssel nem szűnik meg, a befizetett díjak és az azt csökkenteni rendelt tételek olyan arányban vehetők figyelembe, mint ahogyan a biztosítói teljesítés összege aránylik a biztosítási szerződés – a biztosítói teljesítés időpontjában történő – megszűnése esetén járó biztosítói teljesítés összegéhez. A biztosítói teljesítést megelőzően bevételcsökkentő tételként már figyelembe vett díjrészeket, valamint a befizetett díjat csökkentő tételként már figyelembe vett kockázati biztosítási díjat figyelmen kívül kell hagyni a kamatjövedelem biztosítói teljesítés időpontjában történő további megállapítása során.

III. Nyugdíjbiztosítási adókedvezmény

A nyugdíjbiztosítási szerződés szerződője az adóhatóság közreműködése nélkül elkészített bevallásában tett nyilatkozat alapján rendelkezhet az összevont adóalapja adójának az adókedvezmények levonása után fennmaradó részéből a nyugdíjbiztosítási szerződés(ek)re az adóévben az általa szerződőként befizetett - az adott naptári évben a nyugdíjbiztosítási szerződésen jóváírt - összeg (ideértve a kifizetőnek nem minősülő más személy által fizetett adómentes

bevételek minősülő, továbbá az összevont adóalapba tartozó jövedelemként adóköteles díjat is) 20 százaléka, de legfeljebb az adóévben 130 ezer forint átutalásáról.

A nyugdíjbiztosításhoz mint alapbiztosításhoz kötött kiegészítő biztosítás(ok)ra befizetett összeg alapján nyugdíjbiztosítási nyilatkozat nem tehető, továbbá amennyiben az alapbiztosítás kockázati biztosítási díjrésze meghaladja az alapbiztosítás díjának 10 százalékát, akkor az alapbiztosítás kockázati biztosítási díjrésze alapján nyugdíjbiztosítási nyilatkozat nem tehető.

A biztosító által az adójóváírás alapjául szolgáló díjakról kiállított igazolás ezért a szerződő által befizetett díjakból a kockázati díjakra levont összeget nem tartalmazza. Ha a magánszemély az adója meghatározott részének átutalásáról önkéntes kölcsönös pénztári nyilatkozatban, nyugdíj-előtakarékosági nyilatkozatban és nyugdíjbiztosítási nyilatkozatban is rendelkezik, **az adóhatóság által átutalt összeg (együttesen) nem haladhatja meg a 280 ezer forintot.**

A nyugdíjbiztosítás szerződője a biztosító első nyugdíjszolgáltatásnak minősülő teljesítéséig, részteljesítéséig - ide nem értve az egészségkárosodás miatti részteljesítést -, de legkésőbb az öregségi nyugdíjkorhatár eléréséig befizetett díj alapján rendelkezhet az adójáról.

A nyugdíjbiztosítási nyilatkozatot a magánszemély a biztosító által kiadott igazolás alapján teheti meg, amely tartalmazza a rendelkezési jogosultság alapjául szolgáló összeget, valamint a biztosító nevét, pénzforgalmi számlaszámát és a nyugdíjbiztosítási szerződés egyedi azonosító számát (szerződésszámát), továbbá a magánszemély adóazonosító jelét. Figyelemmel arra, hogy a biztosító az EGT tagállamában letelepedett biztosítónak (külföldi biztosítónak) minősül, az igazoláson a fenti adatokon túlmenően feltüntetni nevét, székhelyét, a letelepedése szerinti állam állami adóhatósága által megállapított azonosító jelét, megjelöli, hogy mely államban rendelkezik illetőséggel, valamint igazolja, hogy a magánszeméllyel kötött biztosítási szerződés e törvény rendelkezése szerint nyugdíjbiztosításnak minősül, továbbá kötelezettséget vállal arra, hogy a kiutalt összeget a magánszemély nyugdíjbiztosítási szerződésén írja jóvá, továbbá nyilatkozik arról, hogy olyan szerződéses jogviszonyban áll a magánszeméllyel, amely alapján képes az e törvényben foglalt, a kifizetőnek minősülő biztosítóra vonatkozó adatszolgáltatási kötelezettség teljesítésére és e kötelezettség teljesítését vállalja.

Tekintettel arra, hogy Társaságunk külföldi biztosítónak minősül, a szerződőnek az adóhatóság közreműködése nélkül elkészített adóbevallásában kell a rendelkezési nyilatkozatot megtennie, és – a rendelkezési jogosultság alapja, összege megállapításához szükséges adatokon túlmenően – fel kell tüntetnie a külföldi biztosító nevét, székhelyét, továbbá azt az államot, amelyben a biztosító belföldi illetőségűnek minősül (Szlovákia).

A rendelkező nyilatkozat alapján átutalt teljes összeget (ideértve a korábbi szerződések rendelkezése alapján átutalt összeget is, de ide nem értve az adóhatóságnak ebből az összegből korábban már visszafizetett összeget) a magánszemélynek húsz százalékkal növelten kell visszafizetnie, ha a nyugdíjbiztosítás alapján nyugdíjbiztosítási szolgáltatásnak nem minősülő vagyoni érték kivonására kerül sor (ideértve különösen a szerződés visszavásárlását, részvisszavásárlását, a kötvénykölcsön törlesztő részletének nyugdíjcélú megtakarítással szembeni elszámolását, valamint, ha díjfizetéssel részben vagy egészben nem fedezett időszakban a nyugdíjcélú megtakarítással szemben több, mint hat havi kockázati biztosítási díjrész - kivéve az alapbiztosítás legalacsonyabb összegű kötelező kockázati biztosítási díjrészét - elszámolására kerül sor, továbbá ideértve a törvényi rendelkezésnek meg nem felelő járadékszolgáltatást is, de ide nem értve az elvárt díjon felüli díj elvárt díjra történő átvezetését), függetlenül attól, hogy a szerződés ennek következtében megszűnik-e vagy sem, vagy a szerződés úgy módosul, hogy az a szerződésmódosítást követően e törvény rendelkezései szerint már nem minősül nyugdíjbiztosításnak. Nem terheli visszafizetési kötelezettség a magánszemélyt, ha az adómentes nyugdíjszolgáltatás feltételei maradéktalanul teljesültek. Nem váltja ki a visszafizetési kötelezettséget az sem, ha a szerződés a biztosító felszámolása miatt szűnik meg. Ha az adóévben visszafizetési kötelezettséget kiváltó esemény történik, akkor az adóévre a biztosító adókedvezményre jogosító igazolást nem állíthat ki, ha azonban a nyugdíjbiztosítási szerződés nem szűnt meg, a következő adóévben ismét lehetőség van az adóról való rendelkezésre.

A magánszemély visszafizetési kötelezettségét a biztosító megállapítja, a magánszemély részére kifizetendő összegből - ha van ilyen - levonja, a visszafizetési kötelezettséget kiváltó eseményt követő hónap 12. napjáig az adóhatósághoz személyi jövedelemadóként befizeti. A biztosító a magánszemély visszafizetési kötelezettségét és az abból levont összeget külön jogcímen bevallja, és arról a magánszemély számára igazolást állít ki. Amennyiben az említett kötelezettség levonására részben vagy egészben bármely oknál fogva nincs lehetőség, akkor a biztosító az igazoláson feltünteti a részben vagy egészben le nem vont összeget, és felhívja a magánszemély figyelmét arra, hogy a le nem vont részt a magánszemély köteles megfizetni. A magánszemély a biztosító által kiadott igazolás alapján az adóhatóság közreműködése nélkül elkészített adóbevallásában vallja be a visszafizetési kötelezettség biztosító által le nem vont összegét, és azt a bevallás benyújtására előírt határidőig fizeti meg.