

Érvényes: 2015. június 1-jei és az azt követő technikai kezdetű szerződésekre

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- 1.1. A jelen alapbiztosítás feltételeiben nem rendezett kérdésekben az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. Általános Személybiztosítási Szerződéses Feltételei (továbbiakban: ÁSZSZF) az irányadók.
- 1.2. Jelen alapbiztosítás kockázati életbiztosítás.

2. KOCKÁZATI KATEGÓRIÁK

Kockázati kategória: a biztosító a biztosítottakat a kockázatelbírálás során felmért egészségi állapotuk és életmódjuk alapján megállapított egyéni kockázati szintjük szerint, meghatározott kritériumoknak megfelelően a jelen alapbiztosítás feltételeinek Függelékében jelzett kockázati csoportok egyikébe sorolja, mely csoportokra különböző, a kockázati jellemzőiknek megfelelően kialakított díjszabás szerinti díjakat alkalmaz.

3. BIZTOSÍTOTT

- 3.1. Jelen biztosítási szerződés egy személy életére köthető.
- 3.2. A biztosított a Függelékben jelzett kockázati kategóriák (2. pont) egyikébe kerül besorolásra. Az egyes kategóriáknak a biztosított életkorára vonatkozó szabályait a szerződés Függeléke tartalmazza.
- 3.3. A jelen alapbiztosítás biztosítottja lehet az a természetes személy, akit a biztosító biztosítottként elfogad.
- 3.4. Jelen alapbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások biztosítottjaként társbiztosított (ÁSZSZF 3.2.1. pont) felvételére nincs lehetőség.

4. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- 4.1. Életbiztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási tartamon belül, a kockázatviselés hatálya alatt bekövetkező halála, vagy
- 4.2. Egészségbiztosítási esemény a biztosított terminális állapotának fennállása. Terminális állapot bármely gyógyíthatatlan betegség azon időszaka, amikor az ismert és alkalmazott gyógyító kezelések ellenére kijelenthető, hogy hatásos gyógymód hiányában a biztosított várható élettartama egy évnél rövidebb.

5. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

- 5.1. A szerződő díjfizetése ellenében a 4.1. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a halál időpontjában érvényes és aktuális haláleseti biztosítási összeget, valamint a pénzalapnak a haláleset időpontjában érvényes aktuális értékét fizeti, amennyiben 0 Ft értéket meghaladó pénzalap keletkezik.
- 5.2. Amennyiben a biztosított igénybe kívánja venni a 4.2. pont szerinti egészségbiztosítási eseményhez kapcsolódó

szolgáltatást, úgy a biztosító a biztosított életében bejelentett és a biztosító orvosszakértője által elbírált eseményre az esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes és aktuális egészségbiztosítási szolgáltatást (6.2. pont) nyújtja. Az esemény időpontja az első olyan orvosi igazolásnak a biztosítóhoz történő beérkezése, amelynek alapján az igény megalapozottsága elismerhető.

Az 5.1. és az 5.2. pontokban szereplő szolgáltatások vagylagosak, a biztosítás alapján a biztosító egyszerűen szolgáltat, tehát ha a bejelentett igény alapján az egészségbiztosítási szolgáltatás kerül kifizetésre, úgy a biztosító a haláleseti kifizetésre már nem kötelezhető.

6. AKTUÁLIS BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

- 6.1. Az aktuális haláleseti biztosítási összeg a szerződésben meghatározott és a tartam során az értékkövetéssel növelt (ÁSZSZF 12. pont) haláleseti biztosítási összeg, vagy
- 6.2. Az aktuális egészségbiztosítási összeg a jelen alapbiztosítás, valamint az esetlegesen mellé kötött bármely okú haláleseti kiegészítő biztosítás aktuális haláleseti biztosítási összegeinek 95%-a abban az esetben, ha az alap- és kiegészítő biztosításnál kizárás, mentesülés hiányában a biztosító szolgáltatási kötelezettsége fennáll, továbbá a kötéstől számított 6 hónapos várakozási idő már eltelt. Az alapbiztosítás szerinti és az esetlegesen mellé kötött bármely okú haláleseti kiegészítő biztosítás szerinti egészségbiztosítási szolgáltatás csak együttesen igényelhető.
- 6.3. Bármely szolgáltatás igénybevételénél levonásra kerülnek az alap- és kiegészítő biztosításokon el nem számolt, de már esedékessé vált költségek, a biztosítási időszak végéig járó díjak, költségek, illetve elszámolásra kerülnek a túlfizetések.

7. A BIZTOSÍTÁS TARTAMA

Jelen biztosítási szerződés 5–40 éves tartamra köthető.

8. KOCKÁZATELBÍRÁLÁS, VÁRAKOZÁSI IDŐ

- 8.1. A biztosítottakat – egészségi állapotuk, életmódjuk alapján megállapított egyéni kockázati szintjük szerint – a biztosító kockázati kategóriákba (2. pont) sorolja.
- 8.2. A biztosítás szolgáltatási összegének nagyságától, a biztosított életkorától, nemétől és az egyéb kockázati körülményektől függően a biztosítás kockázatelbírálásához
 - a biztosított egészségi nyilatkozata, vagy
 - egyszerűsített egészségi vizsgálata, illetve
 - orvosi vizsgálata,
 - és az előbbiek alapján beszerzendő egyéb orvosi iratok szükségessége.
- 8.3. A biztosító az egyes kockázati kategóriákba kerüléshez a 8.2. pont szerinti egészségi nyilatkozat kitöltését írja elő, illetve feltételül szabhatja egyszerűsített egészségi vizsgálat vagy orvosi vizsgálatok elvégzését, illetve további kérdőívek

- kitöltését is. A biztosító ezek eredményei alapján dönt az ajánlat elfogadásáról, a biztosított kockázati kategóriába sorolásáról. A biztosító a kockázatelbírálás eredményeként a biztosított foglalkozása, szabadidős vagy egyéb tevékenysége alapján pótdíjat alkalmazhat a 11.4. pont szerint.
- 8.4. A biztosító az ajánlat aláírásának napjától 6 havi várakozási időt alkalmaz az 5. pontban szereplő szolgáltatások vonatkozásában. Amennyiben a biztosítási szerződés egyszerűsített egészségi vizsgálattal, illetve **orvosi vizsgálattal** jön létre, vagy a haláleseti biztosítási esemény a tartam alatti baleset miatt következett be, a biztosító az ajánlat aláírásának napjától számított **6 havi várakozási időtől eltekint**.
- 9. KÖLTSÉGEK**
- Az alapbiztosítás tartama során levonásra kerülő költségek fajtáit és azok mértékét a jelen alapbiztosítás aktuális Függelékének megfelelő pontjai tartalmazzák.
- 10. A PÉNZALAP KEZELÉSE**
- Jelen alapbiztosítás esetében a pénzalap befektetési célt nem szolgál, annak szerepe kizárólag a beérkező díjak, illetve a költséglevonások kezelése.
- 11. BIZTOSÍTÁSI DÍJ, DÍJFIZETÉS**
- 11.1. Jelen biztosítás csak folyamatos díjfizetéssel köthető meg.
- 11.2. A fizetendő díj mértéke függ a biztosított korától, egészségi állapotától, a biztosítás tartamától, a biztosítási összeg nagyságától, illetve a 8.1. pontban leírtak szerinti kockázati kategóriától, valamint a 11.4. pont szerinti pótdíjtól.
- 11.3. Egy adott kockázati kategóriába való besorolás a tartam egészére érvényes.
- 11.4. Ha a biztosított a 8.1 pont alapján besorolásra kerül egy adott kategóriába, de a biztosító az ajánlattételt vagy a biztosított változás-bejelentését (ÁSZSZF 19. pont) vagy a biztosítási összeg jelentős emelését követő kockázatelbírálás alapján a foglalkozása, szabadidős vagy egyéb tevékenysége következtében a kockázati kategória által képviselnél nagyobb kockázatúnak minősíti, úgy a kockázati kategória megtartása mellett a biztosító az új elbírálás alapján meghatározott mértékben megemelheti a biztosítás díját (pótdíj).
- A magasabb kockázat megszűnésének biztosítóhoz történő bejelentését és a biztosító általi elfogadását követően a következő hónap első napjától a pótdíj levonása megszűnik.
- 11.5. Rendkívüli díjfizetés (ÁSZSZF 14. pont) teljesítésére nincs lehetőség.
- 11.6. Jelen szerződés esetében díjnövelési opció (ÁSZSZF 13. pont) nem választható.
- 12. KÖLCSÖN**
- Jelen alapbiztosításra kölcsön nem igényelhető.
- 13. VISSZAVÁSÁRLÁS, RÉSZVISSZAVÁSÁRLÁS**
- Jelen alapbiztosításra visszavásárlás, illetve részvisszavásárlás nem igényelhető.

14. KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK, TECHNIKAI KIEGÉSZÍTŐK

- 14.1. Jelen alapbiztosításhoz – a biztosító mindenkor rendelkezései szerint meghatározott – kiegészítő biztosítások, illetve technikai kiegészítők köthetők.
- 14.2. Jelen szerződéshez befektetéstechnikai kiegészítő nem köthető.

15. A BIZTOSÍTÁS MEGSZŰNÉSE

Jelen biztosítási szerződés az ÁSZSZF 5.3. és 19.10. és 19.11. pontjai szerint – maradékjogok hiányában – kifizetés nélkül szűnik meg.

16. EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI SZABÁLYOK

- 16.1. Nem igényelhető az 5.2. pontban szereplő szolgáltatás az alap- vagy kiegészítő életbiztosítás tartamának utolsó biztosítási évében.
- Az 5.2. pontban szereplő szolgáltatást a biztosító orvosszakértője bírálja el a benyújtott dokumentumok alapján. A biztosító orvosszakértőjének döntése független más orvosszakértői, orvosi döntéstől, véleményétől. Más orvosszakértői testületek döntése a biztosítót nem kötelezi.
- A biztosító az igény elbírálását a biztosított személyes vizsgálatához kötheti.
- 16.2. A szolgáltatás igénybevételéhez szükséges dokumentumok az ÁSZSZF 18. pontjában foglaltakon kívül:
- a biztosított írásbeli bejelentése a szolgáltatás igénybevételére,
 - a biztosítási esemény fennállást igazoló – Magyarországon hivatalosan bejegyzett egészségügyi intézmény által kiállított – orvosi dokumentumok, azaz a betegség kialakulására és lefolyására vonatkozó szakorvosi diagnózis, leletek, vizsgálati eredmények, zárójelentések,
 - az alap és kiegészítő életbiztosítás eredeti kötvénye,
 - esetleges külföldi dokumentumok magyar fordítása.
- 16.3. Az 5.2. pont szerinti egészségbiztosítási szolgáltatás iránti igény benyújtásával az alap- és kiegészítő biztosítások kedvezményezett-jelölése hatályát veszti.
- Az 5.2. pont szerinti egészségbiztosítási szolgáltatásra – külön nyilatkozat hiányában – kizárólag a biztosított tekinthető kedvezményezettnek.
- Az 5.2. pontbeli egészségbiztosítási szolgáltatás nem igényelhető abban az esetben, ha a jelen alapbiztosításon, vagy az esetlegesen mellé kötött bármely okú haláleseti kiegészítő biztosításon visszavonhatatlan kedvezményezett-jelölés történt. Ebben az esetben a szolgáltatási igény valamint az erre jogosult személy elfogadása csak a visszavonhatatlan kedvezményezett írásbeli hozzájárulásával történhet meg és teljesíthető.
- 16.4. Az egészségbiztosítási szolgáltatás kifizetésével mind az alap-, mind az ahhoz kapcsolódó valamennyi kiegészítő biztosítás további kifizetésre jogosító maradékjog nélkül megszűnik.
- Az alapbiztosítás mellé kötött Aegon Doktor egészségprogram elnevezésű kiegészítő biztosítás egészségbiztosítási szolgáltatása nem igényelhető.
- Az egészségi állapot baleseti eredetétől függetlenül, az egészségbiztosítási szolgáltatás kifizetése kizárja a kiegészítő biztosítások balesetbiztosítási szolgáltatásainak teljesítését abban az esetben is, ha azok baleseti halál esetén külön térítést vagy többlet-térítést nyújtanának.

Aegon Nyílt Lapok

Az Aegon Vitálról közérthetően

Tisztelt Ügyfelünk!

Tájékoztatónk célja, hogy egyszerű és átlátható formában összefoglaljuk Önnek Aegon Vitál életbiztosításunk főbb jellemzőit, és választ adjunk a leggyakrabban felmerülő kérdésekre. Ez a nyomtatvány nem terméktájékoztató és nem a szerződés szabályzata, elsősorban figyelem felhívásra szolgál. Szerződéskötés előtt mindenképpen tanulmányozza át a biztosítási feltételeket.

1. Milyen élethelyzetekre kínál megoldást az Aegon Vitál életbiztosítás?

Az Aegon Vitál kockázati életbiztosítás. Ez azt jelenti, hogy a biztosított – balesetből vagy betegségből eredő – halála vagy terminális állapota esetén (ennek az eseménynek a magyarázatát lásd 3. pontban) a kedvezményezett(ek)nek szolgáltatási összeget fizetünk. Az Aegon Vitál tehát akkor nyújt anyagi segítséget, amikor egy váratlan tragédia miatt veszélybe kerülhet családja anyagi biztonsága, az esetleges hitelek törlesztése vagy éppen vállalkozása működtetése.

2. Kik az életbiztosítás szereplői?

- A szerződő az a személy, aki a biztosítást megkötö, és a biztosítási díjakat fizeti.
- A biztosított az a személy, akire a kockázatviselésünk kiterjed. A biztosított a tartam ideje alatt nem változtatható.
- A kedvezményezettek azok, akiknek a biztosított halála, vagy terminális állapota esetén kifizetjük a szolgáltatási összeget. A kedvezményezett személye a szerződő és a biztosított írásbeli nyilatkozatával a biztosítás fennállása alatt akár többször is módosítható.

3. Mikor és mennyit fizetünk?

Amennyiben a biztosított a tartam közben meghal, az aktuális biztosítási összeget fizetjük ki a kedvezményezett(ek)nek.

Amennyiben a biztosított ún. terminális állapota fennáll, a haláleseti biztosítási összeg 95%-át kifizetjük a kedvezményezetteknek. A terminális állapot azt jelenti, hogy gyógyíthatatlan betegség esetén a gyógykezelések ellenére a biztosított életéből maximum 1 év van hátra.

Szolgáltatásunk feltétele a rendszeres díjfizetés. Bármelyik szolgáltatás esetén a szerződés megszűnik. Ha a biztosított nem hal meg a szerződés tartama alatt, illetve nem állapítanak meg terminális állapotot nála, a tartam végén a biztosítás további kifizetések nélkül megszűnik.

4. Hány évre köthető a biztosítás?

Az Aegon Vitál szerződést minimum 5, maximum 40 évre kötheti meg, azonban fontos, hogy lejáratkor a biztosított nem lehet 75 évnél idősebb.

5. Megőrzi értékét az Aegon Vitál biztosítás?

Az infláció hatásainak kivédése érdekében minden évfordulón felajánljuk a szolgáltatási összeg és a fizetendő díj értékkovetését (indexálás). A biztosítási összeg és a fizetendő díj aktuális értékéről minden biztosítási évforduló előtt tájékoztató levelet küldünk. Fontos, hogy a biztosítás fennállása alatt tájékoztasson bennünket személyes adatai változásáról, különös tekintettel lakcímének módosulására.

6. Mire szükséges ügyelnie szerződéskötéskor?

- Amennyiben a szerződéskötést nem előzi meg a biztosított orvosi vizsgálata, úgy 6 hónapos várakozási idő áll fenn. Ez azt jelenti, hogy a szerződéskötést követő fél éven belül csak balesetből eredő halál esetén fizetünk.
- A szerződés létrejöttékor a biztosított köteles őszintén, legjobb tudása szerint megadni a kért információkat. Amennyiben pl. az egészségével kapcsolatban elhallgat olyan lényeges adatot, mely a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggésbe hozható, úgy a biztosító mentesülhet a kifizetés alól.

7. Milyen szolgáltatásokkal bővítheti a szerződést?

A szerződés megkötésekor és az évfordulókon az alapbiztosítás mellé – külön díj fejében – választhat baleset- és egészségbiztosítási kiegészítőket, illetve a szerződés keretében gyermekei biztosítására is van lehetőség.

8. Visszavásárolható a szerződés? Lejáratkor van kifizetés?

Az Aegon Vitál tisztán kockázati életbiztosítás, a befizetett díj nem megtakarítási célokat szolgál, így a szerződésnek nincs visszavásárlási értéke. Sem lejáratkor, sem idő előtti megszüntetés esetén (pl. a díj nem fizetése) nem jár vissza pénz.

9. Mi történik, ha már nem tudja, vagy nem szeretné tovább fizetni a díjat?

Amennyiben elmarad a biztosítási díj befizetésével, társaságunk tájékoztatást küld Önnek arról, hogy milyen határidővel pótolhatja ezt úgy, hogy biztosítási védelme fennmaradjon. Ha a határidőn belül nem fizetné be elmaradását, akkor a szerződés kifizetés nélkül megszűnik az első díjelmaradás időpontjára visszamenőleg. A lehetőségekről kérjük, hogy a szerződéses feltételekben bővebben is tájékozódjon.

10. Mi a teendő biztosítási esemény bekövetkezésekor?

A halálesetet 8 napon belül, írásban be kell jelenteni társaságunk részére. A bejelentéshez mindenképpen csatolni kell például a halál tényét és időpontját igazoló okiratot (halotti anyakönyvi kivonat) és a halál okát igazoló halottvizsgálati bizonyítványt.

Hol talál választ további kérdéseire?

Online Ügyfélszolgálatunkon gyorsan, kényelmesen, akár otthonról is intézheti biztosítási ügyeit.

www.ugyfelszolgalat.aegon.hu

Honlap és ügyfél-chat: www.aegon.hu

Telefonos Ügyfélszolgálatunkat a 06-1-477-4800-ás telefonszámon (hétköznapi 8.00 és 18.00 – csütörtökön 8.00 és 20.00 – óra között) érheti el.

Biztosításával, illetve egyéb szolgáltatásainkkal kapcsolatban forduljon bizalommal személyes tanácsadójához.

Az Ön tanácsadója:

Függelék

Érvényes: 2017. június 1-jei technikai kezdetű szerződésektől az új Függelék kibocsátásáig

Az ÁSZSZF 12.3. pontja alapján a módosuló értékekről az éves értesítőben küldünk tájékoztatást.

1. KEZDETI KEZELÉSI KÖLTSÉG

A kezdeti kezelési költség levonásának időtartama és mértéke

A biztosítás tartama	A tartam első hónapjától számítva hónapokban kifejezve	A biztosítás tartama	A tartam első hónapjától számítva hónapokban kifejezve
5 év	az első 21 havi díjának 50%-a	8 év	az első 30 havi díjának 50%-a
6 év	az első 24 havi díjának 50%-a	9 év	az első 33 havi díjának 50%-a
7 év	az első 27 havi díjának 50%-a	10–40 év	az első 36 havi díjának 50%-a

2. NYILVÁNTARTÁSI KÖLTSÉGEK

Adminisztrációs költség havonta

0 Ft, díjfizetési gyakoriságtól és módtól függetlenül.

Fenntartási költség

a rendszeres biztosítási díjak 10%-a.

3. BEFEKTETÉSI KÖLTSÉG

A keletkező díjtartalék kezelésének költsége.

A pénzalap 0,145%-a havonta.

4. KÖTVÉNYESÍTÉSI KÖLTSÉG

Az Általános Személybiztosítási Szerződéses Feltételek (ÁSZSZF) 2.27.2. pontjában jelzett kötvényesítési költség nem kerül felszámításra.

5. A PÉNZALAP MINIMÁLIS ÉRTÉKE

0 Ft

6. A PÉNZALAP ELÉGSEGES ÉRTÉKE

A pénzalap elégséges értéke 0 Ft.

7. KOCKÁZATI KATEGÓRIÁK ÉS EZEK BELÉPÉSI ÉS KILÉPÉSI KORHATÁRAI

Kockázati kategória	Minimális belépési kor	Maximális belépési kor	Maximális kilépési kor
Prémium kiemelten kedvezményes nemdohányzó	18	60	65
Prémium kiemelten kedvezményes dohányzó	18	60	65
Prémium nemdohányzó	18	70	75
Prémium dohányzó	18	70	75