



1.§ Általános rendelkezések

A Forrás Deviza Jelzálogkölcson Vegyes Életbiztosítási szerződés (továbbiakban: biztosítás) a jelen Különös Feltételek valamint az OTP Garancia Biztosító Rt. Életbiztosítási Általános Feltételei és az OTP Garancia Biztosító Rt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei alapján jön létre az OTP Garancia Biztosító Rt. (továbbiakban: biztosító), valamint bármely személy (továbbiakban: szerződő) között.

Amennyiben jelen Különös Feltételek bármely rendelkezése eltér az Életbiztosítási Általános Feltételekben, vagy a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeiben foglaltaktól, a Különös Feltételek rendelkezései az irányadóak.

A biztosítás banki deviza alapú jelzáloghitel fedezetéül szolgálhat. A kölcsönrel kapcsolatos szabályozást a hitelt nyújtó bank Üzletszabályzata tartalmazza.

2.§ Biztosítási esemény

A biztosítás szempontjából biztosítási esemény:

- a biztosítottnak a biztosítási tartam lejártakor való életbenléte;
- a biztosítottnak a tartamon belül bekövetkező halála;
- a biztosítottnak a tartamon belül bekövetkező 51%-os mértékű vagy azt meghaladó baleseti rokkantsága;
- a biztosítottnál a biztosítás tartamán belül
 - rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés diagnosztizálása,
 - szívroham diagnosztizálása,
 - szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét végrehajtása,
 - stroke (maradandó agykárosodások) diagnosztizálása,
 - veseelégtelenség diagnosztizálása,
 - létfonosságú szerv átültetése,
 - vakság diagnosztizálása,
 - súlyos égési sérülés diagnosztizálása,
 - az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálása,
 - szklerosis multiplex diagnosztizálása
 - vértranszfúzióból származó HIV vagy AIDS fertőzés diagnosztizálása.

3.§ A szerződés tartama és a kockázatviselés kezdete

Jelen biztosítási szerződés határozott – a szerződő által választott minimum 10, maximum 20 éves – tartamra jön létre. A lejárat napja a tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

A biztosító kockázatviselésének kezdete az OTP Garancia Biztosító Rt. Életbiztosítási Általános Feltételei 7.§-ában rögzítettek szerinti, vagy az életbiztosítási ajánlaton megjelölt egyéb időpont.

Amennyiben a szerződő a biztosítási ajánlatán megjelölte a kockázatviselés kezdetét, úgy az ajánlat felvételekor megfizetett, átutalt vagy átadott pénzösszeg díjelőlegnek minősül, ezért az előleg megfizetése nem eredményezi a biztosítási szerződés hatálybalépését.

4.§ Fogalmak

Jelen Különös Feltételek alkalmazása szempontjából:

(1) Biztosított: Az az ajánlattételkor 16-60 év közötti természetes személy, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményekre a biztosítási szerződés létrejön.

A biztosítás nem jöhet létre, ha a biztosított életkora a biztosítás lejáratakor meghaladja a 70 évet.

A szerződő felek megállapodása alapján a 2.§ b.-d. pontjában felsorolt biztosítási események vonatkozásában, kiegészítő záradék alkalmazásával további biztosított személy jelölhető.

(2) Kedvezményezett: Az a személy, aki jogosult a biztosító szolgáltatására. A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha a biztosított és a szerződő fél személye különböző, a kedvezményezett jelöléséhez a biztosított írásbeli jóváhagyása is szükséges.

(3) Biztosítási díj: A szerződő által az ajánlattételkor fizetni vállalt, az ajánlaton megjelölt devizában meghatározott biztosítási díj. Forintban történő díjfizetés esetén a devizában meghatározott díj forint értéke a díjsedekesség napján érvényes MNB közép árfolyam szerinti összeg.

(4) Biztosítási díjelőleg: Ajánlattételkor a szerződő által fizetett forint pénzösszeg, amely – az ajánlattétel hónapjának első munkanapján érvényes MNB közép árfolyamon kerül átváltásra, amely tárgyhoz 5-től következő hónap 4-ig használható – a biztosítási díjba beszámít, illetve a szerződő részére visszajár, amennyiben a szerződés nem lép hatályba.

(5) Biztosítási időszak: A biztosítás tartamán belüli, az egyes biztosítási évfordulók közötti 1 év.

(6) Biztosítási évforduló: A biztosítás tartamán belüli, minden évben a kockázatviselés kezdete szerinti naptári napnak megfelelő időpont.

(7) Biztosítási összeg: A biztosítási díjhoz tartozó, a biztosítási szerződésben (ajánlat, kötvény) megjelölt, a banki hitelnek megfelelő devizában meghatározott deviza pénzösszeg.

(8) Technikai kamat: A biztosítási díj számításához felhasznált kamatláb. Mértéke svájci frank (CHF) alapú biztosítás esetén 0%, euró (EUR) alapú biztosítás esetén 2%.

(9) Többlethozam: A módózat díjtartalékán elért, a technikai kamathozam feletti kamatnyereség.

(10) Nyereségtartalék: A biztosító a többlethozam minimum 80%-ából nyereségtartalékot képez, melyet jelen szerződési feltételekben megnevezett személyek számára devizában visszajuttat.

(11) Szolgáltatási tartalék: A szerződő által forintban vagy devizában befizetett díjakból a jövőbeni szolgáltatások és költségek fedezetére devizában képzett tartalék.

(12) Díjtartalék: A szolgáltatási és nyereségtartalék összege.

5.§. Betegségek meghatározása

Jelen feltételek alkalmazása szerint a betegségek meghatározása a *biztosító kockázatviselése szempontjából* a következő:

(1) Rák: Egy vagy több rosszindulatú daganat jelenlétét jelenti, beleértve a leukémiát (a krónikus lymfocitás leukémián kívül), a nyirokmirigyekből kiinduló rosszindulatú daganatokat (lymfómák), és a Hodgkin betegséget is, amelyeket a rosszindulatú sejtek ellenőrizhetetlen növekedése és áttételei, valamint az egészséges szövetekre történő ráterjedése és azok megsemmisítése jellemeznek. A diagnózist onkológus szakorvosnak kell igazolnia. Jelen biztosítási szerződés az alábbi rákfajtákra nem terjed ki:

- A rák rosszindulatú elváltozásait in situ mutató daganatokra (beleértve a CIN-1, CIN-2, CIN-3 típusú cervicális dysplasiát is), vagy amelyeket szövettanilag rosszindulatúvá válása előtti állapotúnak írtak le.
- Melanomákra, amelyek a szövettani vizsgálat szerint kevesebb mint 1,5 mm vastagságúak, vagy amelyek ráterjedése a „Clark Level 3” mélységet nem éri el.
- A bőr valamennyi fokozott elszarusodásával járó állapotára, illetve basalsejtes rákjára.
- A bőr valamennyi pikkelysejt karcinómájára, hacsak nem más szervekre is áttérjed.
- Kaposi szarkómára és a HIV fertőzéshez, illetve az AIDS-hez kapcsolódó egyéb daganatokra.

f. Prosztrata rákra, melyet szövettanilag TNM klasszifikáció T 1-ként írtak le (beleértve a T 1 (a), vagy T 1 (b), vagy ennek megfelelő, vagy más alacsonyabb klasszifikációt is).

(2) Szívroham: A szívizom egy részének elhalását jelenti, annak eredményeként, hogy nem megfelelő a kérdéses terület vérellátása, és mindezt tipikus mellkasi fájdalom, új EKG elváltozások és a megemelkedett szívenzim értékek szintje bizonyítja.

(3) Szívkoszorúér megkerülő műtétei (by-pass): A szívkoszorúér by-pass beültetése azt jelenti, hogy szívsebész szakorvos tanácsára aktuális by-pass műtétet hajtanak végre, hogy a koszorúerek elzáródását, vagy szűkületét korrigálják. Nem minősülnek by-pass műtétnek az olyan nem műtéti technikák, mint például az érplasztika, a lézeres kezelés vagy nem sebészeti eljárások.

(4) Stroke (Maradandó agykárosodások): Olyan agyi érrendszeri történések, amelyek 24 óránál hosszabb ideg tartó neurológiai következménnyel járnak, beleértve az agyszövetek infarktuszát, az agyvérzést és az agyembóliát koponyán kívüli forrásból. A tartós idegrendszeri károsodást egy neurológusnak kell megerősítenie legkorábban 6 héttel az esemény után, ennél korábbi kárigény nem fogadható el. Ki vannak zárva olyan agyi tünetek, mint például a migrén, traumából vagy a csökkent oxigéntartalomtól származó agyi sérülés, a szemet vagy a látóideget érintő érrendszeri betegségek, az egyensúlyi rendszer vérellátási rendellenességei.

(5) Veseelégtelenség: A vesék működésének krónikus visszafordíthatatlan leállását jelentő betegség utolsó szakasza, amelynek eredményeként rendszeres dialízist végeznek vagy veseátültetést hajtanak végre.

(6) Alapvető szerv átültetése: A paciensnél tényleges szív (teljes szív), tüdő, máj, vese hasnyálmirigy (csak a Langerhans szigetsejtek transzplantációja nem) vagy csontvelő átültetést hajtanak végre.

(7) Vakság: Mindkét szem látásának teljes, klinikailag igazolt, visszavonhatatlan elvesztése akut betegség vagy baleset eredményeként. A vakságot szemészorvosnak kell diagnosztizálnia.

(8) Súlyos égési sérülés: Harmadfokú égési sérülés, amely a testfelszín legalább 20%-át érinti, ahogyan ezt az un. „9-es szabály”, vagy a „Lund and Browder Body Surface Chart” által mérik.

(9) Az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség (hosszútávú gondoskodás): Ez a feltétel azt jelenti, hogy a biztosított személy betegsége vagy baleset miatt teljesen és visszavonhatatlanul képtelenné vált arra, hogy más személy nélkül elvégezzen az alábbi 6 kategóriából legalább 4 tevékenységet.

a. Személyi higiénia: A személyes tisztaság fenntartásához szükséges mértékű mosdás, fürdés.

b. Öltözködés: Az összes szükséges ruhadarab fel-, illetve levétele.

c. Mozgás: Egyik szobából a másikba való mozgás, leülés, felállás ágyról vagy székről.

d. Evés, ivás: Az elkészített étel, ital elfogyasztása.

e. WC használat: A WC-re való leülés, onnan való felállás és a személyes higiénia biztosítása.

f. Kontinencia: A vizelet és széklet ürítési funkciók önkontrollja.

(10) Szklerosis multiplex: Kórházban dolgozó neurológus szakorvos által diagnosztizált egyértelmű szklerosis multiplex a demielinizáció, a persistáló neurológiai rendellenességekre és a funkciók leromlásának tipikus tüneteivel. A diagnózis megerősítését neurológiai vizsgálatokra alapozzák (pl.: lumbalpunkció, látási, hallási reakciók mérése, központi idegrendszeri MRI).

(11) Vértranszfúzióból származó HIV vagy AIDS fertőzés: A biztosított személy HIV vagy AIDS fertőzött, ha:

a. a fertőzés olyan transfúciónak tulajdonítható, melyet az illető jelen biztosítási szerződés megkötése után kapott;

b. a transfúziót végző intézmény elismeri a felelősséget;

c. a fertőzött biztosított személy nem hemofilias;

d. életveszélyes állapot áll fenn és nincsen ismert gyógyítási mód.

6.§ Díjfizetés

(1) A biztosítás havi díjfizetésű.

(2) A biztosítási díjak fizetése kizárólag banki folyószámláról történő csoportos beszedési megbízással történhet.

(3) A devizában meghatározott biztosítási díj forint értéke a díjesedékes napján érvényes MNB közép árfolyamon kerül lehívásra. Amennyiben a díjesedékes napja nem banki munkanap, akkor a díjesedékes napot megelőző banki munkanap MNB közép árfolyamán kerül lehívásra a díj. Ha a biztosítóhoz – az ügyfél hibájából – a díjesedékes napot követő 10 napon belül nem érkezik be a biztosítási díj, a biztosító érvényesítheti árfolyamvesztését.

(4) Amennyiben a szerződő a biztosítási ajánlatán megjelölte a kockázatviselés kezdetét, úgy az ajánlat felvételekor megfizetett, átutalt vagy átadott pénzösszeg díjelőlegnek minősül. A folytatólagos díjat a szerződő a kockázatviselés kezdetét követő minden díjfizetési időszaknak az első díjfizetés napjával megegyező napján köteles megfizetni, az ajánlaton megjelölt módon. A biztosítás díja lejáratig vagy annak a hónapnak a végéig fizetendő, amelyben a 2.§ b.-d. pontjában felsorolt biztosítási események valamelyike bekövetkezett.

(5) Amennyiben a benyújtott hitelkérelmet a bank utólagosan elutasítja, vagy az ügyfél a hitelkérelmét visszavonja, a szerződőnek a hitelkérelem elbírálásától/visszavonásától számított 15 napon belül joga van elállni a biztosítási szerződéstől.

Ebben az esetben a befizetett biztosítási díjakat a biztosító az írásbeli elállás kézhezvételétől számított 8 munkanapon belül forintban visszautalja a szerződő részére.

7.§ Díjfizetés elmulasztása

A biztosítási díj megfizetésének elmulasztása esetén a szerződő a 12.§ és 13.§-ban meghatározottak szerint jogosult maradékjogokra.

SZOLGÁLTATÁSOK

8.§ Lejáratú szolgáltatás

A biztosító, a biztosított életbenléte esetén, annak az évnek a biztosítási évfordulóját követően, amelyben a szerződő által választott tartam lejár, egyösszegben kifizeti a biztosítási összeget és a nyereségtartalékot a kedvezményezett részére. A kifizetés az utolsó szükséges okmány beérkezését követő 15 napon belül esedékes. A kifizetéssel a biztosítás megszűnik.

9.§ Tartam közbeni szolgáltatás

A biztosított tartam közbeni halála, vagy a 2.§ c. vagy d. pontjában felsorolt bármely biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeget és a nyereségtartalékot fizeti ki a kedvezményezett részére. A biztosító egy szerződés esetén a 2.§-ban meghatározott több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is csak egy biztosítási esemény vonatkozásában nyújt szolgáltatást és a biztosítási összeg kifizetésével jelen biztosítás megszűnik. Több betegség együttes fellépésekor vagy a biztosítási eseményt követő újabb betegség fellépésekor is csak egy esemény vonatkozásában nyújt a biztosító szolgáltatást. A kifizetés az írásbeli igénybejelentést követő 15 napon belül esedékes. A kifizetéssel a biztosítás megszűnik.

10.§. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

A biztosítási eseményt a biztosítóhoz a szolgáltatás iránti igénnyel együtt a bekövetkezéstől számított 30 napon belül be kell jelenteni.

A 2.§ c.-d. pontjaiban felsorolt biztosítási eseményekre szóló igényt a biztosító bírálja el.

A biztosító a 2.§ d. pontjában felsorolt biztosítási eseményekre szóló igényeket az alábbi dokumentumok megléte esetén fogadja el.

(1) Rosszindulatú daganatos (rák) megbetegedés diagnosztizálása a megfelelő kórszövettani vizsgálat eredménye alapján történik.

(2) Szívroham (infarctus) elfogadásának feltételei a következők:

a. a kórelőzményben szereplő tipikus mellkasi fájdalom dokumentálása;

b. az infarctusra jellemző EKG eltérések megléte;

c. a szívizom elhalására jellemző enzimértékek emelkedésének kimutatása.

A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarctus diagnosztizálásához.

(3) Szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét elfogadásához a műtét előtti kórelőzmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtéti leírás, vagy annak kiegészítése szükséges.

(4) Stroke (maradandó agykárosodások) esetén a történést követő 6 hét múlva a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos által megállapított maradandó idegrendszeri károsodás dokumentálása alapján történik az esemény elfogadása.

(5) Veseelégtelenség a krónikus és visszafordíthatatlan működés kiesésre vonatkozó laboratóriumi leletek, valamint a 60 napja folyó dialysis igazolásával kerül elfogadásra.

(6) Létfonosságú szerv átültetésének elfogadásához szükségesek a kórelőzmény, illetve a transplantációs műtét dokumentumai, vagy azok kivonatai.

(7) Vakságot, amely betegség vagy baleset miatt következett be, szemész szakorvosnak kell igazolnia a végállapothoz vezető kórkép dokumentációja mellett.

(8) Súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumokat tartalmazó kórházi zárójelentés alapján kerül elfogadásra.

(9) Az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálásnak elfogadása a biztosító által megbízott orvossal történő vizsgálat alapján történik.

(10) Szklerosis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórelfolyás, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elvégzett képalkotó eljárások alapján a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.

(11) Vértranszfúzióból származó HIV vagy AIDS fertőzés diagnosztizálásának elfogadása a HIV vírus fertőzés laboratóriumi diagnosztizálásán, illetve a szerzett immunihiányos szindróma (AIDS) klinikai laboratóriumi eltérések dokumentálásán alapul, feltéve, hogy a 5.§ 11. pontjában felsorolt feltételek fennállnak. A szívkoszorúér megkerülő műtete és szervtranszplantáció műtete előtt, ha az nem Magyarországon történik, a biztosító orvossal egyeztetve történő konzultáció szükséges.

11.§ Nyereségrészesedés

(1) A nyereségtartalék aktuális értékét a biztosító minden naptári évfordulót követően legkésőbb július 1-jén határozza meg. Ekkor az előző naptári évben a díjtartalékon realizált többlethozam minimum 80%-át a biztosító az élő szerződések nyereségtartalékán díjtartalék-arányosan jóváírja.

(2) A szerződés nyereségtartalékának értékéről a biztosító a jóváírást követően 30 napon belül írásban értesíti a szerződőt.

(3) A biztosítási tartam ideje alatt a szerződőnek bármikor lehetősége van arra, hogy a nyereségtartalékot teljesen vagy részlegesen felvegye. A biztosítás nyereségtartalékából felvett összeg nem lehet kisebb a biztosítás aktuális fizetendő éves díjánál, illetve ha a nyereségtartalék nem éri el a biztosítás aktuális éves díját, akkor a nyereségtartalék egészénél. Amennyiben a szerződő él ezzel a jogával, akkor a biztosítás változatlan díjjal és tartammal hatályban marad.

12.§ Szolgáltatások kifizetése

Amennyiben az ügyfél nem kéri a szolgáltatás devizában történő kifizetését, akkor az aktuális deviza biztosítási összeg forintban kerül kifizetésre. Forintban történő kifizetés esetén az aktuális deviza biztosítási összeget a biztosító MNB közép árfolyamon számítva folyósítja a kedvezményezett részére.

MARADÉKJOGOK

13.§ Visszavásárlás

A biztosítás legalább 3 év díjjal fedezett tartam eltelte után visszavásárolható. A visszavásárlási összeg kifizetése az igény írásbeli bejelentésétől számított 15 napon belül esedékes. A még fel nem osztott és a szerződő számára jóvá nem írt többlethozam nem kerül kifizetésre.

14.§ Díjmentes leszállítás

A biztosítás legalább 3 év díjjal fedezett tartam eltelte után díjmentesen leszállítható. Ebben az esetben a biztosítás további díjfizetés nélkül, csökkentett biztosítási összeggel hatályban marad.

TOVÁBBI RENDELKEZÉSEK

15.§ Kötvénykölcson

A biztosítás vonatkozásában a biztosító kötvénykölcson nem nyújt.

16.§ Biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik:

a. lejáratkor, amikor a biztosítási összeg és a nyereségtartalék kifizetésre kerül a kedvezményezett részére;

b. a 2.§ b.-d. pontjaiban meghatározott biztosítási események bármelyikének bekövetkezése esetén, amikor a biztosítási összeg és a nyereségtartalék kifizetésre kerül a kedvezményezett részére;

c. amikor a visszavásárlási összeg kifizetésre kerül a szerződő részére.

17.§ Biztosítási összeg változtatása

Amennyiben a bank a hitellelírálás során a hitelkérelemben szereplő forint hitelösszeget elfogadja, de a ténylegesen folyósított deviza hitelösszeg mértéke az árfolyammozgások következtében eltér a biztosítási összegtől, akkor a biztosítási összeg a folyósított deviza hitelösszeg mértékére módosul. Amennyiben a bank a hitellelírálás során a hitelkérelemben szereplő összegnél kisebb hitelösszeget folyósított, a deviza biztosítási összeg a deviza hitelösszeg (hitelkeret) mértékéig csökken.

Amennyiben szakaszos finanszírozás esetén a hitel lehívására szolgáló rendelkezési időtartam alatt a hitelkeret egy részének lehívására nem kerül sor, a biztosítónak nem áll módjában a biztosítási összeg folyósított hitelösszeg erejéig történő csökkentése.

18.§ Egyéb rendelkezések

A jelen feltételekben nem szabályozott kérdések vonatkozásában az OTP Garancia Biztosító Rt. Életbiztosítási Általános Feltételei, az OTP Garancia Biztosító Rt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei, a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók.

19.§ Hitelfedezeti záradék

A szerződő felek az életbiztosítási szerződés tekintetében tudomásul veszik, hogy a biztosítási szerződésből eredő szolgáltatások jogosultja és egyben a mindenkori hiteltartozás mértékéig kedvezményezettje – az így a kedvezményezetté váló hitelező rendelkezésének biztosítóhoz történő beérkezése – valamennyi szolgáltatásra a hitelező.

20.§ Kiegészítő záradék a Forrás Deviza Jelzálogkölcson Vegyes Életbiztosításhoz második biztosított jelöléséhez

(1) A szerződő felek a 9.§ szerinti szolgáltatások vonatkozásában az ajánlaton feltüntetett külön díj ellenében további biztosítottként jelölik meg az ajánlaton második biztosítottként megjelölt személyt.

(2) Amennyiben a szerződő és az első biztosított személye eltérő, akkor jelen záradék alkalmazásának feltétele az első biztosított írásbeli hozzájárulása.

(3) Jelen záradék alkalmazásával a Forrás Deviza Jelzálogkölcson Vegyes Életbiztosítás vonatkozásában további biztosítási esemény a második biztosítottnak a biztosítási tartamon belül bármely okból bekövetkező halála, a második biztosítottnak a tartamon belül bekövetkező 51%-os mértékű, vagy azt meghaladó baleseti rokkantsága, valamint a második biztosítottnál a biztosítás tartamán belül a jelen feltételek 2.§ d. pontjában felsorolt és a 5.§-ában részletezett betegségek diagnosztizálása.

(4) A második biztosított halála esetén a haláleseti szolgáltatásra külön kedvezményezett jelölhető.

(5) A második biztosítottal kapcsolatos, jelen kiegészítő záradék 3. pontjában felsorolt biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosító szolgáltatásának teljesítésével a biztosítás további szolgáltatás nélkül akkor is megszűnik, ha az első biztosított vonatkozásában nem történt biztosítási esemény.

A biztosító jelen záradék szerint minden esetben csak egy biztosítási esemény után teljesít szolgáltatást. Ha mindkét biztosítottnál bekövetkezik a 2.§ b.-d. pontjaiban megjelölt valamely esemény, akkor a biztosító az időben előbb történt eseményt tekinti biztosítási eseménynek. Amennyiben a biztosító nem tudja a benyújtott dokumentumok alapján megállapítani, hogy mely biztosítottnál történt meg időben előbb az esemény, akkor mindkét biztosított után arányosan (50% – 50%) teljesít szolgáltatást.

(6) Jelen záradék alkalmazásával nem érintett minden egyéb kérdésben a Forrás Deviza Jelzálogkölcson Vegyes Életbiztosítás Különös Feltételei az irányadók.