



K&H Biztosító Zrt.

**K&H gyarapodó
nyereségrészesedéssel vegyes életbiztosítás szerződési feltétele**

2014. július 1.



a KBC csoport tagja

Ügyfélértékelő

Tisztelt Ügyfelünk!

Köszönjük megtisztelő bizalmát, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával biztosítótársaságunkat kereste meg. Kérjük, szíveskedjék figyelmesen elolvasni a biztosítási szerződésére vonatkozó feltételeket és az alábbi tájékoztatót, amelyben bemutatjuk társaságunk főbb adatait, tájékoztatjuk a fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó szervezeti egységeinkről, felügyeleti szervünk megnevezéséről és székhelyéről. Engedje meg, hogy röviden bemutassuk azt a biztosítótársaságot, amellyel szerződést kíván kötni.

A **K&H Biztosító** Zártkörűen jegyzett Részvénytársaság 1992-ben alakult, székhelye: 1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 9.
A társaság alaptőkéje: 4.780.000.000,- Ft
A társaság tulajdonosai: KBC Insurance NV. 100%

A biztosítótársaság felügyeleti szerve:
Magyar Nemzeti Bank
(ahol panaszát előterjeszheti)
Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Központi levélcím: H-1534 Budapest BKKP Postafiók: 777.
Központi telefon: (36-1) 4899-100
Központi fax: (36-1) 4899-102
Webcím: <http://felugyelet.mnb.hu>

A **K&H Bank** székhelye:
1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 9.
Jogi formája: részvénytársaság
Felügyeleti hatósága: Magyar Nemzeti Bank

További szerv:
Pénzügyi Békéltető Testület
Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Levélcím: 1525 Budapest BKKP Pf.: 172

Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság
Cím: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.
Levélcím i cím: 1534 Budapest, Pf.: 834.

Szíves tájékoztatásul közöljük, hogy amennyiben biztosítási szerződésével kapcsolatban bármilyen jellegű kérdése, problémája van, a biztosítási szerződését közvetítő biztosításközvetítő szívesen áll az Ön rendelkezésére. Ha nem sikerül kielégítő megoldást találnia, a társaság központjánál élhet bejelentéssel, panasszal, az alábbiak szerint:

- írásban (K&H Biztosító Zrt., Budapest 1851),
- személyesen a Központi Ügyfélszolgálat (1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 9.) ügyintézőjénél vagy vezetőjénél,
- faxon: (06 1) 461 5276,
- e-mailben: biztosito@kh.hu,
- telefonos ügyfélszolgálatunknál a (06 1/20/30/70) 335 3355-ös telefonszámon

Az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy (fogyasztó) fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet. A szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatos (pénzügyi fogyasztói) jogvita esetén a fogyasztó álláspontját alátámasztó bizonyítékaival a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, vagy bírósághoz fordulhat. Gazdálkodó szervezetek (ideértve az egyéni vállalkozót is), jogi személyek, jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetek, társasházak stb. igényüket bírósági úton érvényesíthetik. Figyelmébe ajánljuk a Magyar Nemzeti Bank fogyasztó-védelmi honlapját (<http://felugyelet.mnb.hu/topmenu/> penzugyi_felugyelet), ahol hasznos tájékoztatókat, termékleírásokat, összehasonlítást segítő alkalmazásokat érhet el, illetve tájékozódhat a panaszok benyújtásának módjáról is.

A biztosítási ajánlat aláírása előtt kérjük, szíveskedjék figyelembe venni a következőket:

- A megkötendő biztosítási szerződésre, a szerződő felek jogaira és kötelezettségeire a biztosítási szerződési feltételek az irányadóak.
- Kérjük, szíveskedjék ezeket gondosan áttanulmányozni és ajánlatát csak ezt követően aláírni!
- A jognyilatkozatok – ellenkező megállapodás hiányában – csak írásban érvényesek és a szerződő (biztosított) nyilatkozata csak akkor hatályos, ha az a Biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut.
- Az adatvédelem és adatkezelés legfontosabb szabályairól a biztosítási szerződés mellékletét képező nyilatkozatok tartalmaznak információkat és rendelkezéseket.

Felhívjuk szíves figyelmét arra is, hogy közölt adatai a biztosítási titok körébe tartoznak, azok csak akkor adhatóak ki harmadik személynek, ha a Biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható adatok körét pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad. A titoktartási kötelezettség azonban nem áll fenn (a biztosítási törvényben meghatározott feltételek mellett) az alábbi hatóságok vonatkozásában: Magyar Nemzeti Bank; nyomozóhatóság, ügyészség; bíróság, önálló bírósági végrehajtó; közjegyző; adóhatóság; nemzetbiztonsági szolgálat; Gazdasági Versenyhivatal, gyámhatóság, egészségügyi hatóság; titkosszolgálati eszközök alkalmazására felhatalmazott szerv; könyvnyilvántartást vezető hivatal, feladatkörében eljáró alapvető jogok országgyűlési biztosa, Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a viszontbiztosítóval, állomány-átruházás esetén az átvévő biztosítóval, a kiszervezéshez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységét végzővel szemben. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az összesített adatok szolgáltatása, a jogalkotás megalapozása, a hatásvizsgálat elvégzése céljából személyes adatnak nem minősülő adatok átadása. Nem lehet biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén (2003. évi LX tv. 153-161.§, 165.§).

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act - azaz a külföldi számlák adómegfeleléséről szóló amerikai törvény) szabályozás értelmében a biztosító köteles elvégezni az ügyfél adóügyi illetőségvizsgálatát, mely során az ügyfél köteles az arra vonatkozó adatait, illetve nyilatkozatát a biztosító rendelkezésére bocsátani, hogy adóügyi szempontból amerikai illetőségűnek minősül-e. Az illetőségvizsgálat eredménye alapján a biztosító egy pénzügyi számlát (megtakarítási életbiztosítás) Egyesült Államoknak Jelentendő Számlaként, vagy Nem Jelentendő Számlaként azonosít. Figyelem! A biztosító a pénzügyi számlát (megtakarítási életbiztosítást) a FATCA szabályozásban meghatározott Egyesült Államoknak Jelentendő Számlaként minősíti, amennyiben az ügyfél az illetőség vizsgálat elvégzéséhez nem járul hozzá, vagy az illetőség vizsgálat más okból sikertelen.

A biztosító folyamatosan figyelemmel kíséri az illetőség vizsgálathoz szükséges adatok, és a pénzügyi számlák (megtakarítási életbiztosítások) értékének FATCA szabályozás szempontjából jelentős változását. Az illetőségvizsgálat alapján Egyesült Államoknak Jelentendő Számlaként azonosított életbiztosításról és a Számlatulajdonosának adatairól a biztosító éves adatszolgáltatás keretében köteles a Nemzeti Adó- és Vámhivatal (NAV) tájékoztatni a Magyarország Kormányja és az Egyesült Államok Kormányja közötti információcsere teljesülése érdekében.

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy jelen feltétel szerint létrejött **kockázatnak nem minősülő életbiztosítási szerződésre** a „Tájékoztató az életbiztosítási szerződéssel kapcsolatosan 2014. január 1-től alkalmazandó adózási szabályokról” c. dokumentum alábbi pontjai alkalmazandók:

- I. pont
- II. pont
- III.2 pont

A sikeres együttműködés reményében

K&H Biztosító Zrt.



Tájékoztató az életbiztosítási szerződéssel kapcsolatosan 2014. január 1-től alkalmazandó adózási szabályokról

Felhívjuk figyelmét, hogy jelen tájékoztatóban leírtak kizárólag a tájékoztatás célját szolgálják és sem adótanácsadásnak, sem hivatalos jogszabály értelmezésnek nem minősülnek. Valamint tájékoztatjuk, hogy a tájékoztató a kiadása napján hatályos jogszabályi rendelkezések összefoglalása. A Biztosító a jogszabályok jövőbeni változásáért felelősséget nem vállal. A biztosítási szerződéssel összefüggő adózási és számviteli elszámolási szabályok helytelen alkalmazásából eredő kockázatot a szerződő, a biztosított, illetve a kedvezményezett a felelős.

I. biztosítási díjak adózási szabályai

Az egyes biztosítási formák meghatározását az Szja törvény 3. § 90-98. pontja tartalmazza, melyek szerint:

Kockázati biztosításnak minősülnek a tartamos haláleseti életbiztosítások, a baleset- és betegségbiztosítások (egészségbiztosítások). Ezeknek a leglényegesebb eleme, hogy a biztosító csak akkor teljesít, ha bekövetkezik a biztosítási esemény.

Nem tartoznak a kockázati biztosítás kategóriájába a vegyes életbiztosítások, a nyugdíj- és járadékbiztosítások, valamint a határozatlan idejű visszavásárlási értékkel rendelkező haláleseti életbiztosítások. A nem kockázati biztosítások lényeges eleme, hogy lejáratú szolgáltatással és visszavásárlási értékkel rendelkeznek.

I.1. Személybiztosítás: az élet-, a baleset- és a betegségbiztosítás

Kockázati biztosítás az olyan személybiztosítás, amely esetében biztosítási esemény bekövetkezése nélkül vagyoni érték kivonására nincs lehetőség (így különösen nincs lejáratú szolgáltatása és visszavásárlási értéke). Kockázati biztosításnak minősül továbbá a kockázati biztosítási elemeket is magában foglaló biztosítások esetében az igazoltan elkülönített kockázati biztosítási rész is.

Nem minősül kockázati biztosításnak azonban az olyan biztosítás – akkor sem, ha a biztosító teljesítését biztosítási esemény váltja ki –, amely esetében a biztosítási feltételek szerint a biztosító teljesítésének összege meghaladja az adott biztosítási szerződésre befizetett biztosítási díj és az azzal kapcsolatosan képződő hozam együttes összegét.

A rendelkezés alkalmazásában *nem minősül vagyoni érték kivonásának* az a biztosítási esemény bekövetkezése nélküli biztosítói teljesítés (így különösen a díjkezdmény, díjengedmény, díjvisszatérítés), amelyre a díjat fizető személy jogosult.

Vagyoni érték kivonásának minősül azonban, ha a személybiztosítás díját más személy – ide nem értve a kifizetőnek nem minősülő magánszemélyt – fizette és a biztosítási esemény bekövetkezése nélküli biztosítói teljesítésre a biztosítás feltételei szerint magánszemély jogosult. Ez utóbbi esetben azzal, hogy amennyiben a magánszemély erre a szerződéskötést követően egy későbbi időpontban válik jogosulttá, akkor a biztosítás a teljes tartam alatt nem minősül kockázati biztosításnak.

A kockázati nem minősülő biztosítások esetében (pl. vegyes biztosítások) – függetlenül attól, hogy annak díját magánszemély adózott bevételeiből vagy kifizetői adófizetés mellett kifizető fizette – kamatjövedelem keletkezik, kivéve az olyan szolgáltatásokat, amelyek a törvény szerint adómentesek (ezek a haláleseti kifizetés, a baleseti -, a betegségi -, a nyugdíj - és a járadék-szolgáltatás).

I.2. Díjfizetések adókötelezettsége

A törvény különbséget tesz **magánszemély és cég által fizetett biztosítási díj között**, tekintettel arra, hogy magánszemélyek adózott jövedelemből fizetnek díjat, míg cégek esetében a díj fizetése a biztosított magánszeméllynél (adómentes vagy adóköteles) jövedelemként jelentkezik.

I.2.1. A magánszemély javára más személy (általában a munkáltató, illetve más kifizető) **által kötött** életbiztosítások esetén

A magánszemély javára más személy (általában a munkáltató, illetve más kifizető) **által kötött**

élet-, baleset- és betegségbiztosítási szerződés alapján a kifizető által fizetett adóköteles biztosítási díj nem összevonandó jövedelem, hanem a kifizetőt terhelő 51,17% befizetés mellett adható ún. egyes meghatározott juttatás [Szja törvény 70. § (1) bekezdés c) pont].

Adóköteles biztosítási díjnak minősül magánszemély biztosítottra kötött biztosítási szerződés alapján más személy (általában a munkáltató, illetve más kifizető) által fizetett díj, kivéve, ha az Szja törvény 1. számú melléklete szerint adómentes.

Adómentes a lejáratú szolgáltatás és visszavásárlási érték nélküli kockázati biztosítás más személy (továbbiakban: kifizető) által – az ugyanazon kifizető esetében ugyanazon biztosítottra tekintettel havonta, a minimálbér 30%-át meg nem haladóan – fizetett díja (azonos szolgáltatási tartalommal rendelkező csoportos kockázati biztosítás esetében a fizetett díj egy biztosítottra jutó része).



A Biztosító szolgáltatása pedig a **kockázati biztosítások** esetén főszabályként szintén adómentes.

Kivételt csak a jövedelempótló kifizetések (ideértve a napi térítéseket is) jelentenek akkor, ha a biztosításnak volt kifizető által fizetett adómentes díja. Ilyen esetben a jövedelempótló kifizetés napi 15 000 forintot meghaladó része adóköteles, azzal, hogy az összeghatárt biztosítási szerződésenként (a kiegészítő biztosításokkal együtt) kell vizsgálni [3. § 90-91., 1. számú melléklet 6.3., 6.6-6.8.].

Nem minősül kockázati biztosításnak és ezért adóköteles azonban az olyan biztosítás kifizető által fizetett díja, amelynél a biztosítási esemény bekövetkezése nélküli biztosítói teljesítésre (így különösen díjkezdmény, díjengedmény, díjvisszatérítés) a biztosítás feltételei szerint magánszemély jogosult, ez utóbbi esetben azzal, hogy amennyiben a magánszemély erre a szerződéskötést követően egy későbbi időpontban válik jogosulttá, akkor a biztosítás a teljes tartam alatt nem minősül kockázati biztosításnak.

Rendszeres díjnak minősül az a díj, amelyet a biztosítási szerződés alapján legalább évente egy alkalommal kell megfizetni, és amelynek összege az adott biztosítási évben nem haladja meg az előző biztosítási évben fizetett díjak együttes összegének 30 %-kal növelt értékét. A nem rendszeres (pl. az eseti) díjak – a díjfizetés időpontjában – a törvény szerinti egyes meghatározott juttatásként adókötelesek [Szja törvény 1. számú melléklet 6.9. pont].

II. a kamatjövedelemre vonatkozó szabályok

II.1. Kamatadó és egészségügyi hozzájárulás (EHO) fizetési kötelezettségek

A személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény (a továbbiakban: Szja tv.) 65. § (1) bek. d) pontja értelmében kamatjövedelemnek minősül a biztosítói teljesítésből (pl. lejárat, visszavásárlás) – kivéve, ha a biztosító teljesítése az Szja törvény I. számú melléklet 6. pont 6.6. alpontja szerint adómentes vagy a törvény más rendelkezése alapján minősül adóköteles jövedelemnek – a befizetett díjat meghaladó összeg azzal, hogy nem minősül befizetett díjnak a kockázati biztosítás díja.

A kamatjövedelmet 16%-os mértékű személyi jövedelemadó terheli, továbbá a 2013. augusztus 1-jétől hatályos egészségügyi hozzájárulásról szóló 1998. évi LXVI. törvény 3/A § (1) a) pontja értelmében a hatálybalépést követően keletkezett kamatjövedelmet 6%-os mértékű EHO terheli.

2014-től az EHO megfizetésének terhe alól mentesülnek az olyan hozamok és kamatok, amelyek EGT-tagállam által kibocsátott, forintban jegyzett, hitelviszonyt megtestesítő értékpapírokból keletkeznek.

E mentesítő szabály a biztosításokra eredetileg nem vonatkozott. A jogalkotó – felismerve ennek méltánytalanságát a biztosítási szerződés jogalanyaival szemben – 2014. januártól 1-jétől ezt az adómentességet a biztosításokra is kiterjeszti, feltéve, hogy a biztosítás mögötti eszkozalapnak vagy díjtartaléknak – a biztosítás tartama alatt folyamatosan, mindvégig, és a megfelelő dokumentumok által igazolható módon – legalább 80%-a EGT-tagállam által kibocsátott, forintban jegyzett, hitelviszonyt megtestesítő értékpapírból áll.

Az új szabály egy átmeneti intézkedést is tartalmaz. E szerint a mentesítő szabályt alkalmazni lehet a 2014. január 1. előtt kötött olyan biztosításokra is, amelyek értékpapír-összetételét

– ha korábban nem felelt meg az eszkozalap vagy a díjtartalék a törvényben előírt értékpapír-összetételnek – legkésőbb 2014. április 1-jéig a mentességi feltételeket kielégítő módon átalakítják, és azt a jogviszony végéig, de legalább három évig fenntartják. (A jogviszony végéig kell eleget tenni a törvényi feltételeknek, a legalább három évig követelmény azokra az esetekre vonatkozik, amikor a biztosítási tartam végéig már nincs három év, ami a gyakorlatban azt jelenti, hogy az ilyen biztosításokra nem alkalmazható a mentesítő szabály.)

II.2. Kamatadó kedvezmények

2014. január 1-jét követően nem kell megfizetni:

- az **egyszeri díjas biztosítások esetében** a kamatjövedelem után keletkező adót, és az EHO-t sem, ha a biztosítói kifizetés a szerződés létrejöttét követő 5. év elteltével vagy az után következik be, illetve a kamatjövedelem 50%-a utáni adót és EHO-t, ha a biztosítói kifizetés a szerződés létrejöttét követő 3. év elteltével vagy az után, de az 5. év elteltét megelőzően következik be;
- a **rendszeres díjas biztosítások esetében** a kamatjövedelem utáni adót és az EHO-t sem, ha a biztosítói kifizetés a szerződés létrejöttét követő 10. év elteltével vagy az után következik be, illetve a kamatjövedelem 50%-a utáni adót és EHO-t, ha a biztosítói kifizetés a szerződés létrejöttét követő 6. év elteltével vagy az után, de a 10. év elteltét megelőzően következik be [Szja törvény 65. § (3) bekezdés].

A fenti kedvezmények nem alkalmazhatóak a sem egyszeri díjas, sem rendszeres díjas biztosításnak nem minősülő biztosításra és az erre a biztosításra történő díjfizetésre a biztosítás teljes tartama alatt – kivéve, ha az utolsó elvart díjon felüli díjfizetés időpontjától számítva a kedvezmény feltételéül szabott idő már eltelt.



Nem minősül sem egyszeri díjas biztosításnak, sem rendszeres díjas biztosításnak a biztosítás, ha

- a biztosítási szerződésre a biztosítás teljes tartama alatt a szerződés szerint elvárt díjon felül díjfizetés (ideértve különösen az eseti, a rendkívüli, a soron kívüli díjat) történt, kivéve, ha a szerződés szerint elvárt díjon felüli díjfizetést a hozzá tartozó biztosítástechnikai tartalékkal vagy díjtartalékkal együtt elkülönítetten tartja nyilván a biztosító. Az így elkülönített összegeket – az elvárt díjon felüli díjfizetés időpontját tekintve a szerződés létrejötte időpontjának – az adókötelezettség megállapításakor úgy kell tekinteni, mint önálló biztosítási szerződés szerinti díjat, biztosítástechnikai tartalékot, díjtartalékot,
- a rendszeres díjak 2012. december 31-ét követő növelésének (indexálás) mértéke meghaladja a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett, a díjnövelés évét megelőző második évre vonatkozó éves fogyasztói áremelkedés 30 százalékponttal növelt értékét. (Szja tv. 65. § (3a) bek.)

Átmeneti szabály 2011.01.01-jétől: az adó mértéke 0%, ha a biztosítási szerződés megkötése 2006.09.01-je előtt történt. Kivételt képez a 2006.09.01-je előtt megkötött életbiztosítás, ha a szerződés szerinti elvárt díjon felüli díj (eseti, rendkívüli, soron kívüli díj) 2010.12.31-ét követő befizetése révén keletkezett díjtartalék és azzal arányos hozamának kivonására kerül sor. Ekkor a 2010.12.31-ét követő első, soron kívüli díjbefizetés napját – jövedelemadó szempontjából – egy új szerződéskötés napjának kell tekinteni, és arra illetve az ezt követő rendkívüli befizetések kivonására már az adóköteles kamattjövdelemre vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.

III. biztosítói szolgáltatások

III.1 A kockázati biztosítások esetében

Fő szabály szerint adómentes a Bit-ben (2003. évi LX. törvény) meghatározott, belföldön székhellyel vagy fiókteleppel rendelkező biztosítót a biztosítási esemény bekövetkezése miatt a szerződés alapján terhelő kötelezettség keretében juttatott vagyoni érték. Ez a rendelkezés kiterjed az olyan államban székhellyel rendelkező biztosítóra is, amelynek Magyarországgal hatályos egyezménye van a kettős adóztatás elkerülésére [Szja törvény 1. számú melléklet 6.6., 6.8. pont].

Adóköteles a baleset- és betegségbiztosítás alapján nyújtott jövedelmet pótló szolgáltatás összegéből (ideértve a szerződéses feltételek szerint az eltelt napok száma alapján járó napi térítésként vagy az eltelt napok száma alapján meghatározott biztosítási összeget is) a jövedelem-kiesés időszakára napi 15 000 forintot meghaladó rész, akkor, ha a biztosítási díj vagy annak egy része a díjfizetés időpontjában adómentes volt [Szja törvény 1. számú melléklet 6.6., 6.7. pont c) alpont].

érvényes: 2014. július 1.

K&H gyarapodó nyereségrészesedéses vegyes életbiztosítás feltétele

5

III.2 A kockázati nem minősülő biztosítások esetében

Adóköteles továbbá a személybiztosítás alapján nyújtott olyan szolgáltatás is, amely nem minősül halál esetére szóló biztosítási, nyugdíjbiztosítási, járadék biztosítási, balesetbiztosítási vagy betegségbiztosítási szolgáltatásnak, valamint az olyan biztosítási szerződés alapján nyújtott szolgáltatás, amelynek díját vagy díjának egy részét magánszemély költségként elszámolta.

Az egyéb jövedelemnek nem minősülő adóköteles biztosítói kifizetésekre a kamattjövdelem szabályait kell alkalmazni jelen tájékoztató II. pontjában foglaltak szerint. Ez azt jelenti, hogy a befizetett biztosítási díjat (kivéve a kockázati biztosítási díjrészt) meghaladó összeg kamattjövdelemnek minősül [Szja törvény 65. § (1) bekezdés d) pont].

IV. nyugdíjbiztosítás

A nyugdíjbiztosításnak minősül a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény 3. § 93. pontja alapján, az olyan életbiztosítás ahol 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**, illetve
- ha a biztosító elérési szolgáltatása **a szerződés létrejöttekor érvényes öregségi nyugdíjkorhatár biztosított általi betöltésekor** válik esedékessé, **feltéve, hogy a szerződés létrejöttétől** a biztosító biztosítási eseményre tekintettel történő teljesítéséig (kivéve a biztosított halálát, a rokkantsági, a rehabilitációs ellátásra való jogosultság bekövetkezését, valamint ha a biztosító teljesítése nem csökkenő összegű járadékszolgáltatás és a járadékszolgáltatást a folyósítás megkezdésétől számított 10. év végéig vagy a biztosított haláláig nyújtják) **legalább 10 év eltelik**.

IV.1. A hatályban lévő öregségi nyugdíjkorhatár:

Az öregségi nyugdíjkorhatárra vonatkozó jelenleg érvényes szabályozás (a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény 18. §). alapján a társadalombiztosítási öregségi nyugdíjra jogosító öregségi nyugdíjkorhatára annak, aki

- 1952. január 1-je előtt született, a betöltött 62. életév,
- 1952-ben született, a 62. életév betöltését követő 183. nap,
- 1953-ban született, a betöltött 63. életév,
- 1954-ben született, a 63. életév betöltését követő 183. nap,
- 1955-ben született, a betöltött 64. életév,



- 1956-ban született, a 64. életév betöltését követő 183. nap,
- 1957-ben vagy azt követően született, a betöltött 65. életév.

IV.2. A nyugdíj szolgáltatásra való jogosultság megszerzése

A nyugdíj szolgáltatásra való jogosultság megszerzése a saját jogon járó öregségi nyugdíjra való jogosultság megszerzése.

IV.3. A nyugdíj biztosítási kedvezmény (adó jóváírás) igénybevételére jogosult

A nyugdíj biztosítási kedvezmény (adó jóváírás) igénybevételére a nyugdíj biztosítás magánszemély szerződője a biztosító igazolása alapján.

IV.4. A nyugdíj biztosítási kedvezmény (adó jóváírás) mértéke, korlátai, módja

A kedvezmény mértéke:

- a magánszemély (szerződő) által az adott évben befizetett díjak 20%-a, maximum 130 ezer Ft adó jóváírás vehető igénybe a biztosító által kiállított igazolás alapján.
- az önkéntes kölcsönös biztosító-pénztári saját tagi befizetések, a nyugdíj-előtakarékossági számlára (NYESZ-R) teljesített befizetések és a nyugdíj biztosításra teljesített díjfizetések után mindösszesen legfeljebb 280 ezer forint értékben adható meg rendelkezés adóévenként.

A kedvezmény igénybevételének korlátai:

- a szerződő az összevont adóalap adójának az adókedvezmények (pl. családi kedvezmény, személyi kedvezmény) levonása után megmaradt fizetendő adójával rendelkezhet, így, ha ez a fennmaradó adó kisebb, mint a befizetett díjak 20%, illetve a maximum 130 ezer Ft, akkor csak az adó összegéig érvényesítheti a kedvezményt.
- további feltétel, hogy a szerződőnek ne legyen adó tartozása, az adóbevallása alapján a fizetendő adóját megfizette, és a nyilatkozattétel időpontjában nyugdíj biztosítási szerződéssel rendelkezzen.

A kedvezmény igénybevételének módja:

- a Szerződő az éves adóbevallása keretében tehet nyugdíj biztosítási nyilatkozatot, mely alapján az adóhatóság az adó jóváírás a Biztosító részére elutalja, aki a Szerződő nyugdíj biztosítási számláján írja jóvá.
- amennyiben a szerződő több, különböző biztosítónál kötött nyugdíj biztosítást, úgy ez esetben is csak egy biztosító jelölhető meg, de

az adott évben összes nyugdíj biztosításra befizetett díj 20%-áról (maximum 130 ezer Ft) lehet adó jóváírásként rendelkezni.

- az a szerződő is jogosult nyugdíj biztosítási nyilatkozatot tenni az adóbevallása keretében, aki már nem rendelkezik nyugdíj biztosítással, – nyugdíj szolgáltatás bekövetkezése miatt – ebben az esetben az adóhatóság a magánszemély megjelölt címére (számlájára) utalja az adó jóváírás összegét.

IV. 5. A nyugdíj biztosítás után igénybe vett adó jóváírás visszafizetési kötelezettségének esetei

Ha a szerződés nem nyugdíj szolgáltatással szűnik meg, akkor az igénybe vett összes adókedvezményt 20%-kal növelten kell visszafizetni az adóhatóság részére. Visszafizetési kötelezettséggel történő megszűnést vált ki a nyugdíj biztosítási szerződés teljes visszavásárlása.

IV.6. Az adó jóváírás 20%-kal növelt összegének visszafizetése az adóhatóság részére

A biztosító a teljes visszavásárláskor, ha van a szerződésnek visszavásárlási értéke, a kamatadó és EHO levonása után a kifizetésből érvényesíti és elutalja az adóhatóság részére. Ha a visszavásárlási érték nem nyújt fedezetet az igénybe vett adó jóváírás 20% növelt összegének a visszafizetésére, akkor a magánszemély részére a le nem vont adó jóváírásról igazolást állít ki, mely alapján ezt a kötelezettséget a magánszemélynek az éves adóbevallás keretében kell teljesítenie.



K&H gyarapodó nyereségrészesedéses vegyes életbiztosítás általános feltétele

Jelen K&H gyarapodó nyereségrészesedéses vegyes életbiztosítási feltétel (a továbbiakban: feltétel) – ellenkező megállapodás hiányában – a K&H Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) K&H gyarapodó nyereségrészesedéses vegyes életbiztosítási szerződésére (a továbbiakban: szerződés) vonatkozik.

Jelen feltételben nem szabályozott kérdésekben a polgári törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

I. általános rendelkezések

1. a szerződés alanyai (a Biztosító, a Szerződő, a Biztosított és a Kedvezményezett)

1.1 A **Biztosító** az a jogi személy, aki a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, és a feltételben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén, az ott meghatározottak szerint szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

1.2 A **Szerződő** az a természetes személy, jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.

1.3 A **Biztosított** az a természetes személy, akinek az életével kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön.

1.4 A Biztosított életkora:

- a Biztosított belépési életkora minimum betöltött 18 év, maximum betöltött 65 év,
- a szerződés lejáratakor a Biztosított legfeljebb 75 éves lehet.

1.5 A Szerződő és a Biztosított eltérő személy is lehet. Ha a szerződést nem a Biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a Biztosított belépéséig a Szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítottat köteles tájékoztatni.

1.6 Amennyiben a Szerződő és a Biztosított különböző személy, úgy a szerződés megkötéséhez és módosításához a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

1.7 A Biztosított, a Szerződő beleegyezésével a szerződésbe Szerződőként bármikor beléphet. Erről a Biztosított írásban értesíteni kell. Ezen esetekben a Biztosított és a Szerződő egyetemlegesen felelősek a folyó biztosítási időszakban esedékes biztosítási díjakért. A szerződésbe belépő biztosított köteles a Szerződőnek a szerződésre fordított költségeit - ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni.

1.8 **Kedvezményezett**(ek) az(ok) a személy(ek), aki(ke)t a szerződésben ekként meghatároztak és aki(k) a Biztosító szolgáltatására jogosult(ak).

1.9. A Szerződő a Kedvezményezettet a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a Biztosított a Szerződő, mindezekhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

1.10. Több Kedvezményezett esetében százalékosan kell meghatározni a jogosultságuk arányát, amely arányok összege nem haladhatja meg a 100%-ot. A jogosultsági arány meghatározásának hiányában a Biztosító a Kedvezményezettek részére egyenlő arányban teljesít. A különböző szolgáltatásokra különböző Kedvezményezetteket lehet megjelölni.

a.) **haláleseti kedvezményezett:** a Biztosított tartam közbeni elhalálása esetén jogosult a Biztosító szolgáltatására.

- szerződésben megjelölhető bárki, kivéve a Biztosított.

- ha a Szerződő és a Biztosított külön nem határozza meg, akkor a Biztosított örököse.

b.) **elérési (lejárat) kedvezményezett:** a tartam lejáratakor jogosult a Biztosító szolgáltatására.

- megegyezhet a Szerződővel, illetve Biztosítottal, de bárki megjelölhető.

A fenti kedvezményezettek megjelölhetőek **visszavonhatatlan kedvezményezettek**ként is.

1.11. A Kedvezményezett kijelöléséhez, személyének és százalékos részesedésének megváltoztatásához a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A Biztosított írásbeli hozzájárulása nélkül kötött szerződés Kedvezményezettet kijelölő része semmis, ez esetben Kedvezményezettnek a Biztosítottat, illetve az örökösét kell tekinteni, aki a szerződő félnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket.



1.12. A Biztosított halála esetén a Kedvezményezett a Biztosított örököse, ha a szerződésben más Kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a Kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában.

2. a szerződés létrejötte

2.1 A szerződés a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre, melyet a Szerződő az ajánlatával kezdeményez. Az ajánlat részét képezi az egészségi nyilatkozat és a jelen általános feltétel. Amennyiben a Szerződő és a Biztosított különböző személy, az ajánlatot mind a Szerződőnek, mind a Biztosítottnak alá kell írnia.

2.2 A szerződés a Biztosító elfogadó nyilatkozatával jön létre. A Biztosító a szerződésről kötvényt állít ki.

3. a szerződés kezdete, hatálybalépése, a kockázatviselés

3.1 A szerződés kezdete a biztosítási kötvényben kerül rögzítésre, amely a biztosítási ajánlat megtételének napja.

3.2 A Biztosító kockázatviselése az első díj megérkezését követő nap 0. órájától kezdődik. (szerződés hatályba lépése) A Biztosító az első biztosítási díjat azon a napon tekinti megérkezettnek, amikor a díjat a Biztosító számláján jóváírják.

4. kockázatbírálás, a várakozási idő

4.1 A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt egészségügyi kockázatfelmérést (kockázatbírálást) végez, melynek során a Biztosított egészségi nyilatkozatát kérheti, illetve orvosi vizsgálatot rendelhet el.

4.2 A Biztosító jogosult a kockázatbíráláshoz szükséges egyéb dokumentumok, írásos nyilatkozatok bekérésére is. A Biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.

4.3 A kockázatbírálás eredményétől függően a Biztosító az ajánlatot elfogadja vagy elutasítja, vagy az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a Biztosító nem köteles megindokolni.

4.4 A kockázatbírálás időtartama az ajánlatnak a Biztosító vagy a képviselője részére történő átadásától számított 15 nap, azonban ha az ajánlat elbírálásához egészségi kockázatfelmérésre van szükség úgy ezen határidő 60 nap Fenti határidőn

belül a Biztosítónak nyilatkoznia kell arról, hogy elfogadja-e az ajánlatot. A szerződés akkor is létrejön, ha a Biztosító a fenti határidőn belül az ajánlatra nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a Biztosító, vagy képviselője részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal jön létre.

4.5 A Biztosító a kockázatbírálás eredményeképpen módosító javaslatot tehet az ajánlathoz képest, megjelölve azt a kötvényben. Amennyiben a Szerződő nem kívánja elfogadni a módosító javaslatot, 15 napon belül írásban elállhat a szerződéstől. Amennyiben a Szerződő a megadott határidőn belül nem válaszol, a szerződés a kötvényben megjelölt változtatásokkal visszamenő hatállyal jön létre.

4.6 A Biztosító a jelen feltétel vonatkozásában várakozási időt nem alkalmaz, kivéve, ha a kiegészítő biztosítási csomagok különös feltételei másként nem rendelkeznek.

5. szerződésmódosítás esetei

5.1 Haláleseti biztosítási összeg módosítása a tartam alatt:

- A Szerződő bármikor kérheti a haláleseti biztosítási összeg (az indexálási rátánál magasabb mértékű) megemelését a Biztosító által meghatározott kereteken belül. (lásd kondíciós lista) A Biztosító a biztosítási összeg nagyságától függően kockázatbírálást végez, melyhez egészségfelmérő nyilatkozat kitöltésére, és esetlegesen kiegészítő orvosi dokumentumokra, orvosi vizsgálatra lehet szükség. A megemelt biztosítási összeg a kockázatbírálástól függően a kérelem Biztosítóhoz történő beérkezését követő napon lép hatályba.

- A Szerződő bármikor írásban kérheti a haláleseti biztosítási összeg csökkentését. A csökkentett haláleseti biztosítási összeg a kérelem Biztosítóhoz történő beérkezését követő napon lép hatályba. A csökkentett biztosítási összeg nem lehet alacsonyabb a mindenkori minimális biztosítási összegnél. (lásd kondíciós lista)

5.2 Biztosítási díj módosítása a tartam alatt:

- A Szerződő kérheti a felajánlott díjemelés helyett a biztosítási díj emelését, a haláleseti biztosítási összeg emelése nélkül. Erre azonos határidők vonatkoznak, mint a díjemelésre a IV/4. pontban leírtaknak megfelelően.

- A Szerződő írásban bármikor kérheti a biztosítási díjak tekintetében is a szerződés módosítását. Ez a következő díjesedékeskor lép hatályba. A megváltoztatott folyamatos díjnak el kell érnie a mindenkor érvényes minimális értéket. (lásd kondíciós lista)



6. a szerződés tartama

6.1 A szerződés határozott tartamra jön létre.

6.2 A szerződés tartama a szerződés kezdetének és végének a kötvényben megjelölt napjai közötti tartam.

6.3 A szerződés minimális tartama 10 év, maximális tartama 25 év.

6.4 A szerződés tartamának meghosszabbítása lehetséges (figyelembe véve a maximális tartamot), amennyiben a Szerződő ezt írásban kéri és a Biztosító ehhez hozzájárul.

6.5 A szerződés tartamának csökkentésére nincs lehetősége a Szerződőnek.

7. a biztosítási évforduló és a biztosítási időszak fogalma

7.1 A biztosítási évforduló a szerződés tartama alatt minden naptári évben az a nap, amelyik a szerződés kezdetének napja.

7.2 A biztosítási időszak az az 1 év, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik, és ettől számítva egy évig tart

8. a szerződés megszűnésének esetei

8.1 A szerződés a következő esetekben szűnik meg:

- a szerződésben meghatározott időpont elérése esetén a szolgáltatás teljesítésével;
- a Biztosított halála esetén, amennyiben a Biztosító szolgáltatására sor kerül, a biztosítási összeg kifizetésével;
- a Biztosított halála esetén, ha kizárás vagy mentesülés valósul meg;
- a Szerződő meghal, és a Biztosított vagy a Biztosított engedélyével egy harmadik személy a szerződésbe a Szerződő helyébe nem lép;
- a kötvényérték a visszavásárlási költség alá csökken;
- a Szerződő részéről történő felmondással, visszavásárlással.
- a kizárt események bekövetkeztekor, illetve a Biztosító mentesülése esetén

9. a szerződés területi és időbeli hatálya

10.1. A Biztosító kockázatviselése a nap 24 órájában az egész világra kiterjed, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítási csomagok különös feltételei másként nem rendelkeznek.

II. a szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

1. a Szerződő és a Biztosított közlési és változás-bejelentési kötelezettsége

1.1 A Szerződő és a Biztosított köteles közlési és változás-bejelentési kötelezettségének eleget tenni.

1.2 A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Szerződő és a Biztosított köteles ajánlattételkor és a későbbiekben a haláleseti biztosítási összeg, valamint a biztosítási díj megemlésekor a Biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, és amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban feltett kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal - különös tekintettel a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó kérdésekre - a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

1.3 A szerződés alanyai megállapodhatnak a kockázatelbíráláshoz szükséges nyilatkozatok telefonon történő teljesítésében, ez esetben a Biztosított a kérdések szóban történő megválaszolásával tesz eleget közlési kötelezettségének.

1.4 A változás-bejelentési kötelezettség abban áll, hogy a Szerződő és a Biztosított köteles a biztosítás tartama alatt 15 napon belül írásban bejelenteni nevének, címének, levelezési címének, egyéb azonosítóinak, illetve a Biztosított **foglalkozásának, sporttevékenységének** megváltozását, utóbbi esetben akkor, ha a **sportot versenyszerűen vagy hivatásszerűen végzi.**

1.5 A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és e célból a Biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, dokumentumokat kérhet be, orvosi vizsgálatot írhat elő. A Szerződőt és Biztosítottat az orvosi vizsgálat elvégzése nem mentesíti a közlési kötelezettségük alól.



2. a Biztosító szerződés módosítási és felmondási lehetősége új, lényeges körülmények felmerülése esetén

2.1 Ha a Biztosító a szerződés megkötésétől számított 5 éven belül szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá, ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közli vele, és ezen körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg szerződést 30 napon belül írásban felmondhatja.

2.2 Ha a Szerződő (Biztosított) a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 30 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik. Erre a következményre a Biztosítottat a módosító javaslat megtételekor figyelmeztetni kell.

3. 30 napos ügyfél általi felmondás

3.1 A szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy, jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság Szerződő, a szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül megtett írásbeli nyilatkozatával a szerződést – indokolás nélkül – felmondhatja. A felmondással a szerződés megszűnik. **Nem illeti meg a Szerződőt a felmondási jog abban az esetben, ha a szerződést hitelfedezeti életbiztosításként kötötte meg.**

3.2 A Szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető ezen felmondási jogáról.

3.3 A Szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a Biztosító köteles 15 napon belül a Szerződő által a szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni és a Szerződő által befizetett díjat a Szerződő részére visszafizetni.

3.4 A Biztosító a visszafizetésre kerülő biztosítási díj után kamatot nem fizet, a biztosítási díjból költségeket nem von le.

III. a biztosítási esemény, a Biztosító szolgáltatása

1. biztosítási esemény

1.1 A biztosítási esemény a Biztosított életével kapcsolatban lévő olyan esemény, amely a Biztosító szolgáltatását kiváltja.

1.2 E szerződés szerint biztosítási esemény:

- meghatározott időpont elérése (a biztosítás lejárat), amennyiben a Biztosított életben van;
- a Biztosítottnak a szerződés tartama alatti halála.

2. a Biztosító szolgáltatása

2.1 **Elérés esetén:** (a biztosítási szerződés lejártakor a Biztosított életben van) a Biztosító egy összegben kifizeti az elérés napján érvényes kötvényértéket, valamint a töredék időszakra járó többleszámot és jogosultság esetén az Ajándékdíjat az elérési Kedvezményezett(ek)nek.

2.2 **A Biztosított tartamon belül bekövetkezett halála esetén:**

- A Biztosított halála esetén, a Biztosító az aktuális haláleseti biztosítási összeget és a biztosítási esemény napján fennálló kötvényértéket, valamint a töredék időszaki többleszámot és jogosultság esetén az Ajándékdíjat fizeti ki a haláleseti Kedvezményezett(ek)nek.

IV. a biztosítási díj

1. a biztosítási díj megállapítása, a Biztosított belépési kora

1.1 A biztosítási díj a Biztosító által vállalt kötelezettségek ellenértéke.

1.2 A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító díjszabása alapján, különösen a Biztosított belépési korának, egészségi állapotának, foglalkozásának, sport és szabadidő tevékenységének, valamint a biztosítás tartamának és összegének a figyelembevételével történik.

1.3 A kezdeti biztosítási díj a kötvényben kerül meghatározásra.

1.4 A havi díjfizetési gyakorisággal fizetendő minimális díjat a mindenkor hatályos kondíciós lista tartalmazza.



1.5 A szerződésre eseti befizetések is teljesíthetők. Az eseti befizetések nem helyettesítik a folyamatos díjat. Az eseti befizetésnek el kell érnie a Biztosító által meghatározott mindenkori minimumot, amely a mindenkori hatályos kondíciós listában található.

1.6 A Biztosító a Biztosított belépési korát úgy állapítja meg, hogy a szerződés megkötésekor kiszámolja a Biztosított ezen időpontban betöltött éveinek számát.

1.7 Amennyiben a Biztosított születésének dátumát helytelenül közölték és emiatt a szükségesnél alacsonyabb biztosítási díj került megállapításra, akkor a biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosított tényleges belépési korának és a ténylegesen befizetett díjnak megfelelő szolgáltatás kerül kifizetésre. Ha a megállapított díj meghaladja a szükséges mértéket, úgy a díjtöbbletet a Biztosító a Szerződőnek visszautalja.

1.8 Amennyiben a tényleges születési dátum alapján a szerződés létre sem jött volna, akkor a Biztosító érvénytelenségre hivatkozva megtámadhatja a szerződést.

1.9 A kockázati díj: a Biztosító a kötvényértékből havonta levonja a biztosítási szerződésben meghatározott haláleseti biztosítási összeg – a Biztosított aktuális életkorával, a Biztosító mindenkori érvényes díjszabása alapján számított – kockázati díját.

1.10 A kockázati díj számításának a módját a 3. számú melléklet tartalmazza.

2. a biztosítási díj fizetése

2.1 A szerződés éves díjú. A biztosítási évre vonatkozó éves díj havi, negyedéves és féléves részletekben is fizethető.

2.2 A szerződés létrejötte előtt befizetett első biztosítási díjat a Biztosító kamatmentes letétként kezeli és visszautalja a Szerződőnek, amennyiben a szerződés nem jön létre.

2.3 A díjfizetés gyakoriságát a Szerződő az ajánlattételkor határozza meg, és bármely biztosítási évfordulótól megváltoztathatja, ha a változtatási szándékot a biztosítási évforduló előtt legalább 60 nappal írásban jelzi a Biztosítóknak.

2.4 A biztosítás első díja a szerződés létrejöttékor esedékes. Minden későbbi díj a díjfizetési gyakorisági időszak (biztosítási év, félév, negyedév, hónap) első napján esedékes.

2.5 A Szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díjat a Biztosító számláján jóváírják.

3. a díjfizetés elmulasztásának következményei

3.1 Amennyiben a Szerződő az esedékes biztosítási díjat nem egyenlíti ki, úgy a Biztosító erről – 30 napos póthatáridő megadásával - a Szerződőt írásban értesíti.

3.2 Amennyiben a Biztosítóhoz az előírt biztosítási díj az esedékességtől számított 120 napon belül nem érkezik meg, a felek megállapodnak abban, hogy a Biztosító a díjelőírást megszünteti a szerződésre, azaz végleges díjszüneteltetés lép érvénybe, amelyről a Biztosító értesíti a Szerződőt.

4. indexálás (értékkövetés)

4.1 A Biztosító a szerződés értékállóságának megőrzése érdekében lehetővé teszi a biztosítási összeg(ek) és a biztosítási díj évente egy alkalommal történő emelését.

4.2 A Biztosító minden évben a szerződésre felajánlja az automatikus díjnövelést. Erről a Biztosító legalább 30 nappal az indexálás előtt értesítést küld a Szerződőnek a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási összegről és a szerződés díjáról.

4.3 A Szerződő az indexálást a biztosítási évforduló előtt legalább 15 nappal írásban visszautasíthatja. Amennyiben a Biztosító a megadott határidőig nem kap választ a Szerződőtől, az indexálást automatikusan végrehajtja.

4.4 A Szerződő választása szerint a díjnövelés vagy a biztosítási díj és a haláleseti biztosítási összeg, vagy csak a biztosítási díj emelését tartalmazza.

4.5 A biztosítási összeg januárban, a szerződés megkötése naptári napjának megfelelő napon, a biztosítási díj pedig a január 1-ét követő első esedékesség napján kerül megemelésre.

4.6 A díjnövelés mértéke a Központi Statisztikai Hivatal által a tájékoztató kiküldését megelőzően legutóbb közzétett éves fogyasztói árindex, de legalább 5%.

4.7 A Szerződő által kezdeményezett díjnövelés maximális nagyságát a mindenkori hatályos kondíciós lista tartalmazza.

4.8 A díjszüneteltetés alatt álló kötvényeket a Biztosító nem indexálja.

4.9 Amennyiben a szerződés kezdete november 1. és december 31. közé esik, úgy a Biztosító az indexálást csak az első évfordulót követően hajtja végre.



4.10 Amennyiben a szerződés az indexálást az ajánlat aláírásakor nem tartalmazza, úgy a Szerződő a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal kérheti a biztosítási összeg és a biztosítási díj megemelését.

5. visszavásárlás

5.1 A Szerződőnek joga van a szerződést bármikor visszavásárolnia. Ezt a szándékot írásban kell bejelentenie a Biztosítónak. A Biztosító ebben az esetben a bejelentés beérkezésétől számított 15 napon belül a visszavásárlási összeget fizeti ki a Szerződőnek. A kifizetéssel a szerződés megszűnik.

5.2 A visszavásárlási összeg megegyezik a visszavásárlási igény beérkezésének napján érvényes kötvényértékkel, amely tartalmazza a töredék időszaki többlethozamot is.

5.3 A Biztosító a kockázati díjakat a szerződés megszűnésének napjáig vonja le.

5.4 A Biztosító levonja a szolgáltatással kapcsolatos költségeit a visszavásárlási összegből. A visszavásárlási költség nagysága a mindenkori hatályos kondíciós listában található.

5.5 A visszavásárlási összeggel együtt kifizetésre kerül az Ajándékdíj a IX/3. pontban meghatározott feltételek teljesülése esetén.

6. részvisszavásárlás

6.1 A Szerződőnek a 6.2 pont szerint van lehetősége részvisszavásárlásra.

6.2. Részvisszavásárlás feltételei:

- **2 teljes biztosítási év eltelte után, amennyiben a 2 év során esedékes valamennyi díj megfizetésre került,**

- **a Szerződő által kért részvisszavásárlási összegnek és a részvisszavásárlás teljesítését követően fennmaradó kötvényértéknek egyaránt el kell érnie a mindenkori hatályos kondíciós listában megadott minimális összeget.**

6.3 A részvisszavásárolt összeget visszavásárlási költség terheli. A visszavásárlási költség nagysága a mindenkori hatályos kondíciós listában található.

7. díjszüneteltetés

7.1 Folyamatos díjfizetés esetén a Szerződő bármikor kérheti a végleges vagy időleges díjszüneteltetést. Ez azt jelenti, hogy a szerződésre

nem kell biztosítási díjat fizetni. Az időleges szüneteltetés legfeljebb 180 napos tartamra kérhető. Ezt követően a folyamatos biztosítási díj újra esedékes.

7.2 A díjszüneteltetésre irányuló bejelentést a Szerződőnek írásban kell eljuttatnia a Biztosítóhoz. A szüneteltetés a bejelentés kézhezvételét követő esedékességgel lép érvénybe.

7.3 Díjszüneteltetés alatt lévő szerződésre továbbra is lehet eseti díjat fizetni.

7.4 A díjszüneteltetés alatt lévő szerződésre a folyamatos díjfizetés bármikor újraindítható a Szerződő ilyen értelmű írásos bejelentését követően.

7.5 A díjszüneteltetés alatt a Biztosító a haláleseti biztosítási összeg vonatkozásában folyamatosan kockázatban áll. A kockázati díj továbbra is levonásra kerül a kötvényértékből.

7.6 Amennyiben díjnémfizetés miatt a kötvényérték a mindenkori visszavásárlási költség alá csökken, a szerződés a Biztosító szolgáltatása nélkül megszűnik, amelyről a Biztosító a Szerződőt értesíti.

V. kötvényérték, garantált hozam, többlethozam jóváírás, költségek

1. kötvényérték

1.1 Az adminisztrációs költséggel csökkentett biztosítási díjat a Biztosító a beérkezés dátumával jóváírja a Szerződő számláján.

1.2 A Biztosító a kötvényérték fedezetéül szolgáló pénzügyi eszközöket legjobb tudásának megfelelően és a mindenkor hatályos jogszabályi keretek betartása mellett fekteti be. A Biztosító a jelen feltételben meghatározott módon vállalja a befektetési kockázatot a tőke, illetve a hozam (garantált éves hozamráta) vonatkozásában, azaz tőke- és hozamgaranciát biztosít azzal a megszorítással, hogy a jelen feltételben részletesen meghatározott költségeket és kockázati díjat a kötvényértékkel szemben érvényesíti.

2. garantált hozam

2.1 A Biztosító a havi garantált hozamot a mindenkori kötvényértékre (figyelmen kívül hagyva az adott hónapban esedékes eszközalap-kezelési költség levonását) számítja és a hónap végén jóváírja a Szerződő számláján.



2.2 A garantált éves hozamráta nagyságát a Biztosító évente egyszer állapítja meg. A garantált hozamráta a tartam során változhat, mértéke a kondíciós listában kerül meghatározásra.

2.3 A Biztosító a változásról a Szerződőt írásban értesíti a változást 30 nappal megelőzően.

3. többlethozam jóváírás

3.1 A Biztosító évente a befektetési eredménytől függően jóváírja az előző naptári évre vonatkozó többlethozamot a szerződéseken az alábbiak szerint:

- A Biztosító a garantált hozamon felüli hozam kondíciós listában meghatározott százalékát, mint többlethozamot téríti vissza a Szerződőnek és írja jóvá a Szerződő számláján.

- A többlethozam jóváírása naptári évenként egyszer történik, az összeget a Biztosító legkésőbb a naptári évet követő év május 31-ig írja jóvá a jóváírás napján élő szerződéseknél a Szerződő számláján. A jóváírás értéknapja a megelőző év december 31-e.

3.2 A Biztosító évente egyszer a többlethozam jóváírását követően 15 napon belül tájékoztató levelet küld a Szerződőnek a befizetett biztosítási díjakról, a kötvény aktuális értékéről, a garantált hozamról és a jóváírt többlethozamról.

4. költségek

4.1 Adminisztrációs költség: Minden befolyt biztosítási díjból a Biztosító adminisztrációs költséget von le. Az aktuális adminisztrációs költségeket a mindenkor hatályos kondíciós lista tartalmazza. A költséget az előtt vonja le a Biztosító, mielőtt a befolyt díj jóváírásra kerülne a Szerződő számláján. Értelemszerűen nem terheli adminisztrációs költség a szerződést, amennyiben arra nem érkezik díj, azaz a szerződés díjszűneteltetés alatt áll.

4.2 Eszközalap-kezelési költség: A befektetések kezelési költségeként a Biztosító havonta költséget von le a kötvényértékből. Az aktuális költséget a mindenkor hatályos kondíciós lista tartalmazza.

4.3 Visszavásárlási költség: a visszavásárlási szolgáltatás költsége.

4.4. Az egyes költségek mértékét a mindenkor hatályos kondíciós lista tartalmazza.

4.5 A költségek levonásának a sorrendje a befizetett biztosítási díjból:

- adminisztrációs költség

4.6 A költségek levonásának a sorrendje a kötvényértékből havonta:

- kockázati díjak

- eszközalap-kezelési költség

4.7 A Biztosító a szerződés tartama alatt a fent felsorolt költségek mértékét, és az adminisztrációs költség sávhatárait naptári évente egyszer megváltoztathatja. A változtatás mértékének az alapja a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett legutolsó éves fogyasztói árindex, plusz mínusz 5 százalékpont eltéréssel.

4.8 A Biztosító a változásról a Szerződőt írásban értesíti a változást 30 nappal megelőzően.

VI. a Biztosító teljesítésének feltételei

1. a biztosítási esemény bejelentésének határideje

1.1 A biztosítási eseményt 15 napon belül írásban kell bejelenteni a Biztosítónál.

1.2 Abban az esetben, ha a fenti határidőt nem tartják be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, a Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól.

2. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

2.1 A szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumokat a 2. számú melléklet tartalmazza.

2.2 A külföldön bekövetkezett biztosítási esemény kárbejelentéséhez minden esetben a biztosítási eseményt igazoló dokumentumok hivatalos magyar nyelvű fordítása szükséges.

2.3 Az elérési szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok:

- A Biztosító a szerződés lejáratára előtt 60 nappal értesítést küld a Szerződőnek.

- Az elérési szolgáltatás kifizetéséhez a következő dokumentumokat kell benyújtani: mindenkor érvényes elérési nyomtatvány, bankszámlaszám, elérési Kedvezményezett(ek) aláírása, Biztosítottra vonatkozó adategyeztetési nyilatkozat.



3. a Biztosító teljesítésének esedékessége

3.1 A Biztosító a hozzá bejelentett haláleseti szolgáltatási igényt az elbírálásához szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 30 napon belül teljesíti a Kedvezményezett(ek) részére.

3.2 Abban az esetben, ha a kárigény elbírálásához szükséges dokumentumokat felhívás ellenére sem vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a kárigényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

3.3 Elérési szolgáltatás teljesítése: Az utolsó kért dokumentum beérkezésétől számított 15 napon belül a Biztosító az elérési Kedvezményezett(ek) részére kifizeti az elérési szolgáltatást.

4. a panaszok bejelentése – panasz fórum

4.1 A szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat szóban és írásban, a Biztosító „Ügyféltájékoztató”-jában feltüntetett elérhetőségein lehet bejelenteni.

4.2 A Biztosító köteles a panaszokat, bejelentéseket kivizsgálni, és köteles a vizsgálat eredményéről 30 napon belül írásban tájékoztatást adni.

5. az elévülési idő

5.1 A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje a biztosítási esemény bekövetkeztének napjától számított 5 év.

5.2 Az elévülési idő alatt a nem kifizetett szolgáltatást a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.

VII. a Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól

1. A közlési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító a szerződés megkötésétől számított 5 év alatt nem köteles szolgáltatást teljesíteni, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
2. A bejelentési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító a változásbejelentési határidő leteltét követő naptól számított 5 év alatt szolgáltatás teljesítésére nem köteles

kivéve, ha bizonyítják, hogy a be nem jelentett körülményt a Biztosító ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

3. A biztosító nem mentesül, amennyiben elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítás tartama alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a Biztosító tudomására jutott, és az nem élt a II/2. pontban szereplő módosítási, illetve felmondási lehetőségével

3. A Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, és kizárólag a visszavásárlási összeget fizeti ki

a.) a Biztosított örökösének, amennyiben a Biztosított halálát a haláleseti Kedvezményezett szándékos magatartása okozta.

b.) a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye, vagy

c.) a szerződéskötéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkossága következtében hal meg.

4. Mentesül továbbá a Biztosító a közlekedési baleseti szolgáltatás alól és csak a halál esetén járó összeget szolgáltatja, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a Szerződő, illetve a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el, ha például:

a.) a baleset bekövetkeztekor igazoltan alkoholos állapotban volt (alkoholos állapotnak tekinthető a 0,8 ezreléket meghaladó véralkoholszint, illetve a 0,5 mg/l értéket meghaladó légalkohol szint függetlenül annak a Biztosítottra gyakorolt egyéni élettani hatásától),

b.) kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,

c.) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel,

d.) munkavégzése során a munkavédelmi szabályokat súlyosan megsérti,

e.) a Biztosított a következő kötelezettségének nem tesz eleget: A Biztosított a biztosítási esemény (a baleset) bekövetkeztekor úgy köteles eljárni, ahogy az adott helyzetben általában elvárható, ennek megfelelően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell.



VIII. a Biztosító kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon esetekre, ha a biztosítási esemény közvetlenül összefüggésben áll:

- harci eseményekkel, vagy más háborús cselekményekkel
- felkelésekkel, zavargásokkal, lázadásokkal
- terrorcselekménnyel
- radioaktív, illetve ionizáló sugárzással
- HIV vírusfertőzéssel, Hepatitis B és C vírusfertőzéssel

-a Biztosított tartós alkoholfogyasztásával, annak következményeivel,

- kábítószer, kábító hatású anyag, gyógyszer fogyasztásával,
- olyan járványokkal vagy fertőző megbetegedésekkel, amelyek az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 4., 5. vagy 6. fázisba tartoznak a járványokra alkalmazott kategorizálásban.

2. A Biztosító kockázatviselése továbbá nem terjed ki arra az esetre, ha a Biztosított halála

- gépi erővel hajtott szárazföldi,
- vízi járművel, vagy
- bármilyen légi járművel, vagy
- sporteszközzel, sportversenyen való részvétel következtében vagy ilyen eseményekre való felkészülés során következik be.

3. A Biztosító kockázatviselése kizárólag a Biztosított alábbi sporttevékenységeivel okozati összefüggésben történt biztosítási eseményekre nem terjed ki:

- autó-motor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rally, quad, moto-cross, ügyességi versenyek gépkocsival, go-kart sport, autóröncs sport (auto-crash), motorcsónak sport;
- repülősportok: sportrepülés, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, paplanrepülés, hőlégballonozás, bunjee jumping, bázisugrás;
- egyéb: búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes, ill. nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás

illetve sziklamászás V. foktól, illetve 4000 m felett, barlangászat.

4. A Biztosító kockázatviselése kizárólag a Biztosított alábbi foglalkozásával okozati összefüggésben történt biztosítási eseményekre nem terjed ki:

- hadseregben hivatásos - akár Magyarországon, akár külföldön - dolgozók
- egyéb foglalkozások: robbantómesterek, pirotechnikusok

5. A Biztosító az 1., 2., 3., 4. pontban meghatározott esetekben a visszavásárlási összeget fizeti ki és a szerződés megszűnik.

IX. Ajándékdíj (bónusz)

1. A Biztosító díjvisszatérítést nyújt a Szerződőnek az alábbi feltételek teljesülése esetén:

A szerződéskötéskor legalább 15 éves tartamra kötött szerződések esetében, – amennyiben a tartamból eltelt legalább 15, díjjal rendezett év – az alábbi esetekben:

- lejáratú szolgáltatás,
- teljes visszavásárlás szolgáltatás,
- haláleseti szolgáltatás.

2. A díjvisszatérítés mértéke a tartamból eltelt idő függvényében:

- a legalább 180, de 240 hónapot meg nem haladó díjrendezett időszak elteltét követő kifizetés esetén az első rendszeres díj gyakoriság szerint évesített mértékének 50%-a, míg

- a legalább 240 hónapot követő kifizetés esetén az első rendszeres díj gyakoriság szerint évesített mértékének 100%-a kerül kifizetésre.

3. A kifizetés feltételei:

- a Szerződő a tartam során nem kért részvisszavásárlást, díjszüneteltetést, továbbá nem csökkentette az első évben fizetett első rendszeres díj gyakoriság szerint évesített mértéke alá a fizetendő díjat,



- a szerződés tartamából teljen el legalább 180 illetve 240 teljes hónap és 180 illetve 240 hónappal legyen díjrendezett a szerződés:

- a.) lejárat esetén: a jogosultsághoz szükséges összes rendszeres díjat meg kell fizetnie,
- b.) teljes visszavásárlás esetén: a jogosultsághoz szükséges összes rendszeres díjat legalább 180 illetve 240 havi díjat meg kell fizetnie az ügyfélnek és 180 illetve 240 hónappal el kell telnie,
- c.) haláleseti szolgáltatás esetén: a szolgáltatás kifizetésének a 15. évet követően kell megtörténnie.

4. Ajándékdíj kifizetésére nem jogosultak azon szerződések, amelyek tartama meghosszabbítást követően haladja meg a 15, illetve 20 évet.

X. egyéb rendelkezések

1. a jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) hatályosságának feltételei

1.1 A Biztosító a hozzá eljuttatott ajánlatokat, jognyilatkozatokat, bejelentéseket ellenkező megállapodás hiányában csak akkor köteles hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A Biztosító nyilatkozatait szintén írásban juttatja el a szerződésben érdekelt személyeknek. A Biztosító a mindenkor rendelkezésre álló címre küldi leveleit. A Szerződő kötelessége, hogy a Biztosító tudomására hozza esetlegesen megváltozott címét.

1.2 Amennyiben a Biztosító a jognyilatkozatot a Szerződőnek, a Biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak az általa ismert utolsó címére ajánlott levélben küldi, az abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a címzés helyén átvették.

1.3 Amennyiben a Szerződő egy hónapnál hosszabb időre külföldre utazik, magyarországi kézbesítési meghatalmazottat kell megneveznie, és erről a Biztosítót írásban értesítenie kell. Ennek hiányában a Biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

2. a biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése

2.1 Abban az esetben, ha a biztosítási kötvény megsemmisült vagy elveszett, a Biztosító a Szerződő (Biztosított) kérésére a hatályos eredetivel megegyező tartalmú új kötvényt állít ki.

2.2 Amennyiben a Szerződő elveszíti a kötvényét, ezt írásban be kell jelentenie a Biztosítónak.

3. ügyfél-átvilágítás

3.1 A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben megfogalmazottak értelmében kötelező az ügyfél-átvilágítás a jogszabályban meghatározott esetekben, így különösen ügyfélkapcsolat létesítésekor, illetve a 3,6 millió Ft összeghatárt elérő, vagy meghaladó ügyletekben, függetlenül a használt pénznemtől. A törvény alapján a Biztosító kötelezett továbbá ügyfeleit írásban nyilatkoztatni arra vonatkozóan, hogy ügyleteik során saját, vagy más (személy, jogi személy, szervezet) tényleges tulajdonos nevében, javára, illetőleg érdekében járnak-e el. Külföldi lakóhellyel rendelkező ügyfeleinek arról is nyilatkozniuk kell, hogy kiemelt közszereplőnek minősülnek-e.

3.2 A szerződéses kapcsolat fennállása alatt az ügyfél köteles a tudomásszerzéstől számított 5 munkanapon belül a Biztosítót értesíteni az ügyfél-átvilágítás során megadott adatokban, illetve a tényleges tulajdonos személyét érintően bekövetkezett változásról.

4. USA illetőségű Kedvezményezettek részére történő teljesítés

4.1 Az Amerikai Egyesült Államok külföldön vezetett számlák adóügyi megfeleléséről szóló törvénye (Foreign Account Tax Compliance Act, FATCA) végrehajtása céljából azon Kedvezményezettek részére, akik lakhelyük, vagy állampolgárságuk alapján amerikai illetőségűnek minősülnek (Specified US Person), vagy a törvény szerinti erre utaló körülmények (indicia) állnak fenn, a fenti törvény szerinti azonosításhoz és adattovábbításhoz szükséges nyilatkozatokat kötelesek a Biztosító rendelkezésére bocsátani.

Amennyiben fenti nyilatkozatokat és adatokat a Kedvezményezett a Biztosító kérése ellenére nem bocsátja rendelkezésére, a Biztosító kifizetést kizárólag az amerikai adóhatósággal (IRS) megállapodással rendelkező pénzügyintézetnél (PFFI) vezetett számlaszámra teljesít.

Ezen pénzügyintézetek listája megtalálható a K&H Biztosító Zrt. honlapján: www.kh.hu



XI. adatközlés, adatkezelés

A személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalókat a szerződés ilyen tartalmú nyilatkozatai tartalmazzák, melyek a szerződés részét képezik.

XII. záró rendelkezések

1. A szerződést érintő változtatásokat írásban kell kérvényezni és a változtatásról írásos értesítést kell küldeni.
2. A szerződést érintő minden írásos dokumentációt meg kell őrizni.
3. Jelen szerződés mellé kiegészítő biztosítási csomag köthető.
4. Jelen szerződés kölcsönrel nem terhelhető.
5. Minden olyan adatot, amely a törvény értelmében biztosítási titoknak minősül, a Biztosító bizalmasan kezel.
6. Jelen szerződési feltétel részét képezi az Ügyfélértékelő és a szerződés valamennyi melléklete

XIII. értelmezések, fogalmak, meghatározások

1. a Szerződő számlája: az egyes biztosítási szerződésekhez rendelt számla, melyen a szerződésre érkező jóváírásokat és a szerződést terhelő költségeket tartja nyilván a Biztosító, különösen a biztosítási díjakat, az adminisztrációs és egyéb költségeket, a garantált hozamnak megfelelő havonta jóváírt hozamrészt és a többlethozamnak megfelelő évente jóváírt hozamrészt.
2. kötvényérték (díjtartalék): az adminisztrációs költséggel csökkentett befizetett díjból halmozódó összeget jelenti, a kockázati díjrészrel, a kiegészítő biztosítási csomag díjával és az eszközalap-kezelési költséggel való csökkentés, továbbá a garantált hozamnak megfelelő havi (kamatos) kamattal illetve a

(jövőre) többlethozamokkal történő növelés után.

3. visszavásárlási összeg: alapja a visszavásárlás időpontjában érvényes kötvényérték csökkentve a még le nem vont eszközalap-kezelési díjrészrel és megnövelve a még jóva nem írt többlethozam-részrel és garantált hozam részrel. Az így számított visszavásárlási értékéből a Biztosító kifizetésekor érvényesíti a visszavásárlási költséget.
4. töredék időszaki többlethozam: visszavásárlás esetén az a garantált hozamon felüli hozam, melyet az utolsó többlethozam jóváírásának értéknapja és a visszavásárlás beérkezésének napja között eltelt időre ír jóva a Biztosító.
5. kondíciós lista: az 1. számú melléklet, mely jelen feltétel változó részeit tartalmazza.
6. eseti díj: a díjelőírás szerinti rendszeres díjon felül esetenként fizetett biztosítási díj.
7. haláleseti biztosítási összeg: a kötvényben megjelölt, a Szerződő által meghatározott összeg, mely a Biztosító haláleseti szolgáltatásának összege.
8. garantált éves hozamráta: az az éves szinten garantált hozam, amelynek a Szerződő számláján történő havi jóváírására a Biztosító kötelezettséget vállal. A garantált éves hozamráta nagyságát a Biztosító évente egyszer állapítja meg. Az előzőeknek megfelelően a garantált hozamráta a tartam során változhat, mértéke a kondíciós listában kerül meghatározásra.
9. többlethozam: a garantált hozamon felüli befektetési hozamnak a Biztosító által évente meghatározott százaléka, amely legalább a mindenkor hatályos biztosítási törvényben szabályozott és a kondíciós listában közzétett mértéket el kell, hogy érje.
10. visszavonhatatlan kedvezményezett
Ha a Szerződő a Biztosítotthoz vagy a Kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A Szerződő nyilatkozatáról a Biztosítót tájékoztatni kell.

Hatálybalépés dátuma: 2014. július 1.



1. számú melléklet: Kondíciós lista

A szerződés tartama alatt a Biztosító által naptári évente egyszer **megváltoztatható** paraméterek.

A Biztosító a változásról – a változást 30 nappal megelőzően – a Szerződőt írásban értesíti.

2012. december 20.

Garantált hozamráta: 2,9%

Garantált hozamon felüli befektetési hozam visszatérítésének mértéke

a jelenleg hatályos biztosítási törvény szerint: legalább 80%

Töredékidőszaki többlethozam:

Haláleseti szolgáltatás esetén: 3%

Lejárati szolgáltatás esetén: 3%

Visszavásárlási szolgáltatás esetén: 2%

Minimális haláleseti biztosítási összeg: 250 000 Ft

Maximális haláleseti biztosítási összeg:

Belépési kor	Választható maximális haláleseti biztosítási összeg
18-45	2 500 000 Ft
46-55	1 250 000 Ft
56-	625 000 Ft

Részvisszavásárlás minimális összege: 50 000 Ft

Részvisszavásárlást követően fennmaradó kötvényérték minimuma: 50 000 Ft

Minimális díjak:

Havi 8 000 Ft

Negyedéves 24 000 Ft

Féléves 48 000 Ft

Éves 96 000 Ft

Eseti díj 25 000 Ft

Maximális díjak:

Havi 400 000 Ft

Negyedéves 1 200 000 Ft

Féléves 2 400 000 Ft

Éves 4 800 000 Ft

Eseti díj Nincs
 érvényes: 2014. július 1. K&H gyarapodó nyereségrészesedéses vegyes életbiztosítás feltétele 18



Indexálás maximális mértéke:

30%

Költségek:

visszavásárlási költség	5 000 Ft
eszközalap-kezelési költsége éves szinten a mindenkori kötvényérték	évi 1,75%-a

Adminisztrációs költség a befizetett díj függvényében:

Havidíj	Adminisztrációs költség (a díj százalékában)
8 000 – 11 999 Ft	4,5%
12 000 – 15 999 Ft	4 %
16 000 – 19 999 Ft	3,5 %
20 000 – 23 999 Ft	3 %
24 000 – 27 999 Ft	2,5 %
28 000 - Ft	2 %

Nem havi díjfizetés esetében a fenn említett havidíjak alapján számított negyedéves, féléves és éves díjakra is a fenti adminisztrációs költségek érvényesek.

Eseti díj	Adminisztrációs költség (a díj százalékában)
25 000 - Ft	2 %



2. számú melléklet:

**Tájékoztató a K&H Biztosító által a kárrendezés során bekérhető okiratokról
érvényes: 2013. május 31-től**

A biztosítókról és biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (Bit.) 2010. április 1-jei hatályú módosítása kötelezően előírja, hogy a Biztosító a biztosítási szerződési feltételekben köteles meghatározni, hogy a káresemény bekövetkezése esetén milyen károkat és költségeket milyen okiratok bemutatása ellenében térít. A K&H Biztosító (továbbiakban: Biztosító) a törvény által előírt kötelezettségének eleget téve a szerződési feltételeit az alábbi rendelkezésekkel egészíti ki.

A Biztosító a kárigény elbírálásához és a kárösszeg megállapításához az alábbi táblázatban felsorolt okiratokat, dokumentumokat, aláírásokat kérheti be:

Halál esetén	Halotti anyakönyvi kivonat
	Halottvizsgálati bizonyítvány
	Boncolási jegyzőkönyv
	Hitelfedezeti termék vagy hitelfedezeti záradékos szerződés esetén banki igazolás a hitelszerződés adatairól (pl. a hitelszerződés létrejöttének dátumáról, a fennálló tartozás mértékéről stb.)
	K&H maximum plusz, illetve K&H maximum plusz 2 esetében a haláleseti Kedvezményezett írásos nyilatkozata a Biztosító szolgáltatásának időpontjáról
	A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány, feltéve, hogy a Kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg
Biztosítási esemény jellegétől függően, amennyiben a kárigény elbíráláshoz szükséges	A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatvány
	Biztosítási kötvény
	Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása
	A Kedvezményezett nyilatkozata a számlaszámról, ahova a kifizetés teljesíthető
	Kiskorú Kedvezményezett esetén, a törvényi előírást meghaladó kifizetésnél gyámhatósági végzés
	Pénzmosási törvény előírásainak megfelelő kifizetésnél a törvény szerinti azonosító adatok
	Teljes orvosi dokumentáció: diagnózis és felállításának időpontját igazoló iratok, orvosi leírás, zárójelentés, kórházi igazolás, elszámolási nyilatkozat, korábbi orvosi iratok, műtéti leírás, ambuláns lap, röntgen lelet, ápolási dokumentáció, teljes kórházi kórlap, szövettani lelet, kontroll eredmények
	Háziorvosi egészségi dokumentáció
	OEP nyilvántartásában szereplő egészségügyi adatok
	ORSZSZI (OOSZI) által kiállított TB rokkantsági határozat/Rehabilitációs Szakigazgatási Szerv orvos-szakértői bizottságának véleménye, illetve egyéb hatósági határozat, Orvosszakértői Intézet vizsgálati jegyzőkönyve
	Igazságügyi Orvosszakértő által elvégzett vizsgálati eredmény, illetve vélemény
	A Biztosító orvos szakértője által elvégzett vizsgálati eredmény, illetve vélemény
	Felvett egyéb hivatalos, vagy tanúkkal igazolt nem hivatalos jegyzőkönyv vagy igazolás a baleset és a sérülés megtörténtéről, körülményeiről
	Ha volt hatósági eljárás annak határozata, illetve jegyzőkönyve, alkohol vizsgálati eredménnyel együtt
	Sportszervezet igazolása sportolói tagságról
	Munkáltatói igazolás
Folyószámlához kapcsolódó biztosítás esetén folyószámla igazolás a banktól	

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

Jelen tájékoztató a szerződési feltételnek a részét képezi, az abban foglaltakkal együtt érvényes.



3. számú melléklet:

Tájékoztató a K&H Biztosító által a lejáratú szolgáltatáshoz (eléréshez), valamint visszavásárláshoz bekérhető okiratokról

érvényes: 2013. május 31-től

A K&H Biztosító (továbbiakban: Biztosító) a törvény által előírt kötelezettségének eleget téve a szerződési feltételeit az alábbi rendelkezésekkel egészíti ki.

A Biztosító a lejáratú szolgáltatáshoz, vagy a visszavásárlási (ideértve a részvisszavásárlási) megbízás teljesítéséhez az alábbi táblázatban felsorolt okiratokat, dokumentumokat, aláírásokat kérheti be:

Elérés esetén	A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és az Elérési Kedvezményezett(ek) által aláírt nyomtatvány
	A Kedvezményezett nyilatkozata a számlaszámról, ahova a kifizetés teljesíthető
	Biztosítottra vonatkozó adategyeztetési nyilatkozat
Teljes visszavásárlás esetén	A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és a Szerződő és a Biztosított által aláírt nyomtatvány
	A Szerződő nyilatkozata a számlaszámról, ahova a kifizetés teljesíthető
Részvisszavásárlás esetén	A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és a Szerződő és a Biztosított által aláírt nyomtatvány
	A Szerződő nyilatkozata a számlaszámról, ahova a kifizetés teljesíthető
Biztosítási esemény jellegétől függően, amennyiben az igény elbíráláshoz szükséges	Halotti anyakönyvi kivonat
	Hitelfedezeti termék vagy hitelfedezeti záradékos szerződés esetén banki igazolás a hitelszerződés adatairól (pl. a hitelszerződés létrejöttének dátumáról, a fennálló tartozás mértékéről stb.)
	A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány, feltéve, hogy a Kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg
	Biztosítási kötvény
	Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása
	A Kedvezményezett nyilatkozata a számlaszámról, ahova a kifizetés teljesíthető
	Kiskorú Kedvezményezett esetén, a törvényi előírást meghaladó kifizetésnél gyámhatósági végzés
	Pénzmosási törvény előírásainak megfelelő kifizetésnél a törvény szerinti azonosító adatok
	Cégkivonat
Aláírási címpéldány	

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

Jelen tájékoztató a szerződési feltételnek a részét képezi, az abban foglaltakkal együtt érvényes.

4.számú melléklet:

Haláleseti biztosítási összeg fizetendő havi díja

A havi fizetendő díj meghatározása:

Az aktuális biztosítási összeget elosztva 10 000-rel majd megszorozva a Biztosított adott hónapban aktuális életkorához tartozó díjtétellel.

Pl: 40 éves Biztosított 1 000 000 Ft biztosítási összeg alapján a fizetendő díj:

$$1\ 000\ 000 / 10\ 000 \times 2,573 = 257,3 \text{ Ft / hó}$$

életkor	havi biztosítási díj 10 000 Ft biztosítási összegre
18	0,444 Ft
19	0,490 Ft
20	0,534 Ft
21	0,558 Ft
22	0,577 Ft
23	0,585 Ft
24	0,604 Ft
25	0,623 Ft
26	0,642 Ft
27	0,658 Ft
28	0,680 Ft
29	0,720 Ft
30	0,785 Ft
31	0,867 Ft
32	0,967 Ft
33	1,083 Ft
34	1,219 Ft
35	1,392 Ft
36	1,565 Ft
37	1,747 Ft
38	1,961 Ft
39	2,229 Ft
40	2,573 Ft
41	2,982 Ft
42	3,442 Ft
43	3,970 Ft
44	4,574 Ft
45	5,279 Ft
46	6,102 Ft

életkor	havi biztosítási díj 10 000 Ft biztosítási összegre
47	7,042 Ft
48	8,044 Ft
49	9,092 Ft
50	10,143 Ft
51	11,199 Ft
52	12,280 Ft
53	13,393 Ft
54	14,519 Ft
55	15,676 Ft
56	16,840 Ft
57	18,016 Ft
58	19,221 Ft
59	20,459 Ft
60	21,737 Ft
61	22,988 Ft
62	24,213 Ft
63	25,496 Ft
64	26,956 Ft
65	28,684 Ft
66	30,666 Ft
67	32,822 Ft
68	35,192 Ft
69	37,814 Ft
70	40,731 Ft
71	43,837 Ft
72	47,090 Ft
73	50,673 Ft
74	54,733 Ft
75	59,445 Ft



K&H mozgásban kiegészítő biztosítási csomag különös feltétele

2014/M1

Jelen kiegészítő biztosítás kizárólag a K&H Biztosító Zrt. kockázatának nem minősülő, rendszeres díjas életbiztosításaihoz, mint kiegészítő biztosítás köthető meg. A jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a főbiztosítás általános feltételét (a továbbiakban általános feltétel) kell alkalmazni. Jelen különös feltételt és az általános feltételt a szerződésre együtt kell értelmezni és alkalmazni.

VI. általános rendelkezések

1. a szerződés alanyai (a Biztosított)

1.1 Jelen feltétel Biztosítottja megegyezik az általános feltétel Biztosítottjával.

2. a kiegészítő csomag felvétele főbiztosítás mellé

2.1 A Szerződő a főbiztosítás megkötésekor kérheti a kiegészítő biztosítási csomag megkötését.

2.2 A Szerződő a következő biztosítási évfordulót megelőzően 60 nappal írásban kérheti a kiegészítő csomag megkötését.

2.3 A főbiztosítás mellé csak egy kiegészítő csomagot lehet egyszerre megkötni.

2.4 Az újonnan megkötött kiegészítő csomag a kérelem beadását követő biztosítási évforduló napján lép hatályba.

2.5 A Biztosító a kiegészítő csomag felvételének elfogadása előtt kockázatbírálást végez, amely részletszabályait a főbiztosítás általános szerződési feltételeinek 4. pontja szabályozza.

3. a szerződés megszűnésének esetei

- a főbiztosítás szerződésben meghatározott lejáratú időpontjában;
- a Biztosított halála esetén, amennyiben a Biztosító szolgáltatására sor kerül, a biztosítási összeg kifizetésével;
- a Biztosított halála esetén, ha kizárás vagy mentesülés valósul meg;
- a Szerződő részéről történő felmondással.

4. a kiegészítő csomag felmondása

4.1 A kiegészítő biztosítási csomagot évforduló előtt 30 nappal a Szerződő felmondhatja írásban.

VII. a biztosítási esemény

érvényes: 2014. március 15.

K&H gyarapodó nyereségrészesedéses vegyes életbiztosítás feltétele

23



1. közlekedési baleseti halál

1.1 A Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért közlekedési baleset, ha a baleset következtében a baleset megtörténtétől számított 1 éven belül meghal.

1.2 Közlekedési balesetnek minősül a Biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként, mint közlekedésben résztvevő szenved balesetet.

1.3 Nem minősül közlekedési balesetnek:

- a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre,
- a kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,
- a jármű vezetőjét, utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.

1.4. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a közlekedési baleseti halál időpontja.

2. égési sérülés

2.1 Biztosítási esemény a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, amelynek következtében a Biztosított égési sérülést szenved.

2.2 Az égési sérülés megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik égési sérülésre vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

2.3 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

3. baleseti kórházi egyszeri térítés a 22. napon

3.1 Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt a Biztosított orvosilag szükséges gyógykezelése fekvőbetegként kórházban baleseti következmény miatt abban az esetben, ha legalább 21 éjszakát kórházban tölt.

3.2 A gyógykezelés olyan orvosi kezelés, amely az orvostudomány általánosan elismert álláspontja szerint megfelelő az egészség újbóli helyreállítására, az állapot javítására vagy a rosszabbodás megakadályozására.

3.3 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.



4. baleseti műtéti térítés

4.1 Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan baleset, melynek következtében a Biztosított a jelen feltételben meghatározott műtétre szorul.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

5. baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (20-100%)

5.1 Biztosítási esemény a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a Biztosított legalább 20%-os mértékű maradandó egészségkárosodást szenved.

5.2 Az egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa határozza meg.

5.3 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

5.4 Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.

5.5 Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

6. Amennyiben a fenti biztosítási események egyike sem következik be a biztosítás tartama alatt, úgy a biztosítási szerződés a Biztosító szolgáltatása nélkül megszűnik.

VIII.a Biztosító szolgáltatása, a biztosítási összeg

1. a Biztosító szolgáltatása

1.1 Közlekedési baleseti halál:

A Biztosító a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti.

1.2 Égési sérülés:

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegből az égési sérülés súlyosságától függő mértéknek megfelelő összegű szolgáltatást nyújt.

A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a biztosítási összegnek az alábbi táblázat szerinti százaléka:



Égés mélysége	Sérült testfelület nagysága			
	1-10%	11-20%	21-60%	61-100%
I. Fokú	nincs	nincs	nincs	nincs
II. Fokú	nincs	nincs	30%	60%
III. Fokú	25%	50%	100%	200%
IV. Fokú	50%	100%	200%	200%
Testüreg égése esetén:			szájüreg	100%
			légcső	200%
Tűz és lángok által okozott halálos baleset esetén:				200%

Az égési sérülés mértéke az orvosi dokumentumok alapján kerül megállapításra, illetve a Biztosító orvosa állapítja meg.

Ha a Biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a Biztosító a szolgáltatásának mértékét az alábbiak szerint állapítja meg: az egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadja, és az így kapott százalékhöz hozzárendeli azt a fokot, amely a sérült testfelület legnagyobb részén következett be.

Ha a Biztosított igazoltan közvetlenül az égési sérülések következtében 2 éven belül hal meg, a Biztosító a Kedvezményezett részére az égési sérülés súlyosságától függetlenül 200%-os térítést fizet.

A biztosítási eseményre vonatkozó további szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követően meghal.

A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál az egészségi állapotot a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

A biztosítási szolgáltatás alapja a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási összeg.

1.3 Baleseti kórházi egyszeri térítés a 22. napon:

A Biztosító a szerződésben meghatározott egyszeri térítést szolgáltatja.

A Biztosított balesete esetén a Biztosító a baleset napjától számított 1 éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges és megkezdett kórházi gyógykezelésre nyújt szolgáltatást.

A biztosítási szolgáltatás alapja a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási összeg.

A Biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg háromszorosát egy biztosítási éven belül.

1.4 Baleseti műtéti térítés:

A Biztosító a Biztosított balesete esetén a baleset napjától számított 1 éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges műtétekre nyújt szolgáltatást.



A biztosítási szolgáltatás alapja a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási összegnek az elvégzett műtét besorolása szerinti százalékos mértéke. Amennyiben a Biztosított balesete miatt szükséges műtét a tartamon túl következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó aktuális biztosítási összeget kell figyelembe venni.

A műtétek besorolása a műtéti listán található, ennek kivonatos tájékoztatója a jelen feltételben található. A teljes műtéti lista az orvosi beavatkozások nemzetközi kódrendszerrel definiált (WHO-kód) felsorolása, amely a Biztosító székhelyén tekinthető meg.

A Biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg háromszorosát egy biztosítási éven belül.

2 héten belüli ugyanazon műtéti beavatkozás nem minősül új biztosítási eseménynek.

Amennyiben egy műtéti beavatkozás során, egy időben több sebészeti eljárás szükséges, akkor a Biztosító a szolgáltatásának mértékét a beavatkozás során elvégzett legmagasabb százalékos besorolású műtét alapul vételével állapítja meg.

Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás a műtéti listán nem található meg, úgy a műtét besorolását a Biztosító orvosa állapítja meg.

A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál a műtét indokoltságát és az egészségi állapotot az általa megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

1.5 Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (20-100%):

A baleseti maradandó egészségkárosodás biztosítási összegének a rokkantság mértékével azonos része kerül kifizetésre.

A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége akkor válik esedékessé, ha az egészségkárosodás maradandó, vagy ha az egészségkárosodás mértéke folyamatosan változik és a baleset napjától számított 2 év eltelt. Ez utóbbi esetben a Biztosító a szolgáltatásának mértékét a baleset napjától számított 2 év letelte után fennálló egészségkárosodás mértékének megfelelően állapítja meg.

A Biztosított ismételt szolgáltatási igény bejelentéssel és megfelelő kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával kezdeményezheti a maradandó egészségkárosodás megállapítását. Állapotrosszabbodás esetén a Biztosító csak a már korábban megállapított egészségkárosodási fok és az új egészségkárosodási fok közötti különbözetet téríti meg.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegből a maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő összegű szolgáltatást nyújt.

A térítés mértékét (az egészségkárosodás fokát) a biztosító orvosa az alábbiak szerint állapítja meg:

Testrészek, érzékszervek egészségkárosodása	Egészségkárosodás foka (%)
▪ mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
▪ egy kar vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
▪ egyik comb csípőízületben történő elvesztése vagy a csípőízület teljes működésképtelensége	70%
▪ egy kar könyökízület fölöttig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
▪ egyik kar könyökízület alattig való vagy egyik kéz teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
▪ egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elvesztette	65%
▪ egyik comb részleges csonkolása vagy a térdízület teljes működésképtelensége	60%
▪ mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%



- | | |
|--|-----|
| ▪ egyik lábszár részleges csonkolása | 50% |
| ▪ egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette | 45% |
| ▪ egyik szem látóképességének teljes elvesztése | 35% |
| ▪ egyik bokaízület elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 30% |
| ▪ egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 20% |

Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.

A Biztosító 100%-os szolgáltatása esetén a fedezet megszűnik, azonban a csomag egyéb fedezeteire a Biztosító kockázatviselése továbbra is fennmarad. A Biztosító a csomag fizetendő díját lecsökkenti a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás díjával.

A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási díj annak a biztosítási évnek a végéig illeti meg a Biztosítót, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett.

Ha a térítés mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, a szolgáltatást a szerint kell megállapítani, hogy a testi és/vagy szellemi épség (működőképesség) orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét a fenti táblázat figyelembevételével a Biztosító orvosa állapítja meg. A Biztosítót más orvos-szakértői testületek határozata nem köti, így például a társadalombiztosítási szervek határozata nem szolgál alapul a szolgáltatás mértékének megállapításánál. A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

A Biztosító szolgáltatása nem lehet nagyobb a teljesítés esedékességekor aktuális biztosítási összegnél. A Biztosító az egyes biztosítási események bejelentésének sorrendjében teljesít mindaddig, amíg a balesetből eredő egészségkárosodások összesített százalékos mértéke el nem éri a 100%-ot. Az utolsó egészségkárosodás százalékosan olyan mértékben vehető figyelembe, hogy az összesített egészségkárosodás mértéke nem haladhatja meg a 100%-ot, függetlenül attól, hogy egy vagy több baleset történt.

Amennyiben a baleset előtt már meglévő betegségek vagy fogyatékoságok közrehatottak a maradandó egészségkárosodás mértékében, és ez a közrehatás legalább 25%-os volt, a Biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékével csökkenti.

A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak abban az esetben áll be, ha a biztosítási esemény bejelentésére és megállapítására még a Biztosított életében kerül sor. Ha a Biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan foka után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat megállapítása szerint figyelembe vehető.

2. a biztosítási összeg

2.1 A kezdeti biztosítási összegek a kötvényben kerülnek meghatározásra.

2.2 A kiegészítő csomag biztosítási összegei:

Biztosítási fedezet	Biztosítási összeg
Közlekedési baleseti halál	5 000 000 Ft
Égési sérülés	1 000 000 Ft
Baleseti kórházi egyszeri térítés a 22. napon	50 000 Ft
Baleseti műtéti térítés	250 000 Ft
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (20-100%)	1 000 000 Ft

IV. a kiegészítő csomag díja

1. a kiegészítő csomag havi díja fix: 500 Ft
2. a kiegészítő csomag nem indexálható.

3. a biztosítási díj és biztosítási összegek módosításának lehetősége a Biztosító részéről

3.1 A Biztosító jogosult a biztosítási évfordulót megelőzően 90 nappal a biztosítási díj és a biztosítási összegek módosítására javaslatot tenni a balesetbiztosítási kiegészítő fedezetek vonatkozásában, ha a díjkalkulációnál használt statisztikákban, vagy a törvényi szabályozásban lényeges változás állna be.

3.2 Ha a Biztosító az előző bekezdésben foglaltaknak megfelelően a biztosítási díj és biztosítási összegek módosítására tesz javaslatot, akkor a Szerződő írásbeli nyilatkozata alapján:

- a.) a módosító javaslat kézhezvételét követő 15 napon belül azt elfogadhatja, így a módosításnak megfelelő biztosítási díjú és biztosítási összegű szerződés lép hatályba,
- b.) ha a Szerződő a módosító javaslatot írásbeli nyilatkozatával nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a kiegészítő biztosítási csomagra vonatkozóan a szerződés a módosító javaslat közzétételétől számított 30. napon megszűnik.

V. a Biztosító teljesítésének feltételei

1. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

1.1 A Biztosító a főbiztosítás általános feltételének, a Biztosító teljesítésének feltételei meghatározására vonatkozó pontjában foglaltak szerint jár el. A kárigény teljesítéséhez a következő dokumentumokat kell még benyújtani:

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (20-100%):

a.) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum fénymásolatát,

b.) amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, a Biztosítóhoz be kell nyújtani az eljárást befejező határozat másolatát (így különösen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági határozatot).

2. a Biztosító teljesítésének esedékessége

2.1 A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az elbírálásához szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 30 napon belül teljesíti.

VI. a Biztosító kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az általános feltételben meghatározott eseményekre.

2. a kockázatviselés nem terjed ki továbbá

2.1 Égési sérülés:

A szerződés megkötése előtt már égési sérült testrészek kizártak a biztosítási védelemből.

2.2 Baleseti kórházi egyszeri térítés a 22. napon:

a.) a biztosítás illetve a kockázatviselés kezdete előtt megkezdődött gyógykezelésekre,

b.) azokra a baleseti következményekre, amelyek a kockázatviselés kezdete előtt keletkeztek, illetve amelyeket a kockázatviselés kezdete előtt diagnosztizáltak, azonban csak a kockázatviselés kezdete után kerül sor a gyógykezelésre,

c.) olyan balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek alkohol vagy kábítószer élvezete miatt következnek be, továbbá ha ezek miatt rosszabbodnak. Nem terjed ki a kockázatviselés a megvonási eljárásokra és az elvonókúrára,

d.) olyan balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek a Biztosított által elkövetett bűncselekmények miatt keletkeztek,

e.) az öngyilkosság és kísérletének következményeire a tartam első 2 évében.



2.3 Baleseti műtéti térítés:

- a.) a biztosítás illetve a kockázatviselés kezdete előtt megkezdődött gyógykezelésekre,
- b.) azokra a baleseti következményekre, amelyek a kockázatviselés kezdete előtt keletkeztek, illetve amelyeket a kockázatviselés kezdete előtt diagnosztizáltak, azonban csak a kockázatviselés kezdete után kerül sor a műtétekre,
- c.) az olyan műtétekre, amelyeknek nem a Biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozása a célja (pl. esztétikai, plasztikai műtétek),
- d.) varratkiszedésekre,
- e.) szerződés kötéstől számított 5 éven belüli arthroscopos térdműtétre,
- f.) olyan balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek alkohol vagy kábítószer miatt következnek be, továbbá ha ezek miatt rosszabbodnak,
- g.) olyan balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek zavargások és verekedések során keletkeztek,
- h.) olyan balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek a Biztosított által elkövetett bűncselekmények miatt keletkeztek,
- i.) az öngyilkosság és kísérletének következményeire a tartam első 2 évében.

2.4 Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (20-100%):

- a.) a biztosítási szerződés megkötése előtt már sérült, csonka, vagy funkciójukban korlátozott (nem ép) testrészek,
- b.) a porckorongsérvre, kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- c.) a hasi sérvre, kivéve, ha a hasi sérv az ép hasfalat ért egyszeri, külső, extrém, mechanikus behatás következménye.

VII. értelmezések, fogalmak, meghatározások

11. baleset fogalma:

- a) Jelen feltétel szempontjából a baleset olyan hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri.
- b) Jelen feltétel szempontjából balesetnek minősülnek az alábbi a Biztosított akaratán kívüli események is:
 - a. vízbefúlás
 - b. villámcsapás
 - c. mérgező gázok belélegzése

Jelen feltétel szerint – a fentiekől eltekintve – nem minősül balesetnek az ember vagy állat által terjesztett bakteriális vagy vírusfertőzés még abban az esetben sem, ha balesetszerű fizikális ok váltja ki. Nem minősül balesetnek a rándulás, ficam, megemelés, rovarcsípés (beleértve a kullancs és darázscsípést is), hőguta, fagyás, napszúrás, a hasi és gerincsérvek, továbbá a foglalkozási betegség (ártalom), valamint a Biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be. Nem

érvényes: 2014. március 15.

K&H gyarapodó nyereségrészesedéses vegyes életbiztosítás feltétele

31



minősül balesetnek az orvosi műtét következménye sem, továbbá az agyvérzés, a szívinfarktus és az azok miatt bekövetkező esemény sem.

MŰTÉTI TÉRÍTÉS KIVONATOS LISTA

A K&H Biztosító Zrt. műtét térítés biztosításaihoz

1. A műtétek csoportba sorolása a műtét listán található meg. A műtétek csoportba sorolásának kivonatos tájékoztatója a 3. pont alatt található meg.

2. A műtét térítés biztosítás esetében a Biztosító térítése biztosítási esemény bekövetkeztekor:

- az 1. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 200%a,
- a 2. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 100%a,
- a 3. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 50%a,
- a 4. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 25%a.
- az 5. csoportba tartozó műtétek nem térített műtétnek minősülnek. Amennyiben a Biztosítottn az 5. csoportba sorolt műtétet hajtják végre, a Biztosító nem nyújt szolgáltatást.

3. A műtétek csoportba sorolásának kivonatos tájékoztatója:

WHO kód	Műtét megnevezése	2. csoport
		5382L Hasi aorta tágulatának kimetszése
		5810H..... Gerinc belső rögzítése
		51340 Szívárányhártya-előesés kimetszése
		51360 Szívárányhártya-plasztika, varrat
		51510 . Idegen test eltávolítása mágnessel a szemből
		51570 Üvegtestcsere
		51630 Szemeltávolítás
		52090 Kimetszés a közép, illetve a belsőfülben
		53010 Gége egy részének eltávolítása
		53152 Hangréstágító műtét külső feltárásból
		53431 Mellkasfal egy darabjának eltávolítása
		53574 Botallvezeték lekötése
		53611 A jobb koszorúsér áthidaló műtete (bypass-műtét)
		53625 Koszorúsérszűkület műtét tágitása
		53836 Érpótlás a medencei és combverőér között
		54030 Nyaki nyirokcsomók kiterjesztett eltávolítása
		54560 Vastagbél teljes eltávolítása
		58030 Nyaki porckorongsér eltávolítása
		58101 Nyaki csigolya rögzítése(csont + lemez)
1. csoport		
50148.....	Koponyaüregi daganat vagy cysta eltávolítása	
5014E	Agydaganat eltávolítása	
5814H	Teljes térdprotézis beültetése	
5815C	Csípőprotézis fejének cseréje	
50117.	Koponyaüregi vérömleny eltávolítása	
50201.....	Nyílt agykoponyasérülés ellátása	
50311.....	Ideggyök gerincsatornán belüli műtete	
50337.....	Gerincvelői daganatok eltávolítása	
50340	Gerinctörésnél csontdarab kiemelése a gerincsatornából	
52077.....	Belső hallójárat feltárása scala (hátsó koponyagödör) felől	
53240.....	Felső tüdőlebe ny eltávolítása	
53340.....	Hörgővarrat	
53350.....	Tüdőátültetés (féloldali)	
53471.....	Rekeszizomvarrat	
53530.....	Billentyűplasztika aortabillentyűn	
53742.....	Pitvari sérülés ellátása	
53750.....	Szívátültetés	
55280.....	Hasnyálmirigy-átültetés	
55551.....	Veseátültetés	
58151.....	TEP, teljes csípőprotézis	



58145.....Térd csontos beroppanás
.....kiemelése, csontpótlás, lemez

3. csoport

5792H.....Félcső lemezelés
50440.....Idegátültetés
50631.....Pajzsmirigylebény eltávolítása
51150.....Szem kötőhártyájának varrata
53778 Pacemaker és defibrillátor beültetése
53856Érpótlás a comb és lábszárverőér
.....között
53932.....Érsérülés ellátása folttal
54065.....Hashártya mögötti nyirokcsomók
.....eltávolítása
54131.....Lépettávolítás
54361.....Gyomor részleges eltávolítása
54430.....Gyomor vagy nyombél varrata
54700.....Féregnyúlvány-eltávolítás
.....(vakbélműtét)
55110.....Epehólyag-eltávolítás
55300.....Lágyéksérv-műtét
56011.....Prosztata húgycsővön keresztüli
.....kisebbitése
56520.....Féloldali petefészek-eltávolítás
56830.....Méheltávolítás hasi úton
57902.....Combnyakszegezés
57924.....Csavarozás
58480.....Combamputáció
58610.....Emlőeltávolítás

4. csoport

50420.....Idegvarrat
58240.....Feszítőín-varrat a kézen
5790BBőrön keresztül történő dróttűzés
51440.....Szemlencse-eltávolítás
51470.....Szemlencse-beültetés
51850.....Külső hallójárat képzése vagy
.....helyreállítása
51950.....Dobhártya plasztikája

52130Orr eltávolítása
52600Nyálmirigy vagy nyálvezeték
.....bemetszése
53150 Hangréstágító műtét gégetükrözéssel
53845Visszerek eltávolítása, lekötése
55311Lágyéksérv-műtét laparoszkóppal
56741Méhszájplasztika
56900Méh nyálkahártyájának
.....eltávolítása kaparókanállal
57220Fogós szülés
57400Császármetszés
57723Arccsonttörés ellátása
.....(minilemez, csavar, T lemez)
57890Végtaghosszabbítás a felkaron
57903Fedett combnyak csavarozása
58096Ízület ideiglenes áttűzése
58130Külbokaszalag varrat
58177Kéztőcsontprotézis beültetése
58330Izom-, inkiirtás
58400Kézujjamputáció

5. csoport – nem térített műtétek

52000Dobhártya „felszúrása”
52100Orrvérzés ellátása edzőszerrel
52310Fog sebészi eltávolítása
52810Mandula eltávolítása
57100Gátmetszés
57520Terhességmegszakítás
57880Belső fémrögzítés eltávolítása
.....(szeg, lemez stb.)
58750Mellplasztika
58840Bőrfüggelék kimetszése
.....(szemölcs eltávolítása)
58900Bőrvarrat
59801Sterilizáció
81050Idegentest-eltávolítás
.....gégetükrözéssel
81230Gyomormosás



K&H lendületben kiegészítő biztosítási csomag különös feltétele

2014/L1

Jelen kiegészítő biztosítás kizárólag a K&H Biztosító Zrt. kockázatának nem minősülő, rendszeres díjas életbiztosításaihoz, mint kiegészítő biztosítás köthető meg. A jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a főbiztosítás általános feltételét (a továbbiakban általános feltétel) kell alkalmazni. Jelen különös feltételt és az általános feltételt a szerződésre együtt kell értelmezni és alkalmazni.

IX. általános rendelkezések

1. a szerződés alanyai (a Biztosított)

1.1 Jelen feltétel Biztosítottja megegyezik a főbiztosítás általános feltételében meghatározott Biztosítottjával, azzal a módosítással, hogy a Biztosított életkora:

- a Biztosított belépési életkora minimum betöltött 18 év, maximum betöltött 55 év,
- a kiegészítő csomag megszűnik a Biztosított legfeljebb 65 éves életkorában.

2. a kiegészítő csomag felvétele főbiztosítás mellé

2.1 A Szerződő a főbiztosítás megkötésekor kérheti a kiegészítő biztosítási csomag megkötését.

2.2 A Szerződő a következő biztosítási évfordulót megelőzően 60 nappal írásban kérheti a kiegészítő csomag megkötését.

2.3 A főbiztosítás mellé csak egy kiegészítő csomagot lehet egyszerre megkötni.

2.4 Az újonnan megkötött kiegészítő csomag a kérelem beadását követő biztosítási évforduló napján lép hatályba.

2.5 A Biztosító a kiegészítő csomag felvételének elfogadása előtt kockázatbírálást végez, amely részletszabályait a főbiztosítás általános szerződési feltételeinek 4. pontja szabályozza.

3. a szerződés megszűnésének esetei

- a főbiztosítás szerződésben meghatározott lejáratú időpontjában;
- a Biztosított halála esetén, amennyiben a Biztosító szolgáltatására sor kerül, a biztosítási összeg kifizetésével;
- a Biztosított halála esetén, ha kizárás vagy mentesülés valósul meg;
- a Biztosított betöltött 65. életévében;
- a Szerződő részéről történő felmondással.



4. a kiegészítő csomag felmondása

4.1 A kiegészítő biztosítási csomagot évforduló előtt 30 nappal a Szerződő felmondhatja írásban.

5. várakozási idő

5.1 A Biztosító várakozási időt köt ki a 79%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás fedezetnél:

Amennyiben a biztosítási esemény a **180 napos várakozási időn belül**, vagy ezen idő alatt történt betegség következménye, úgy a Biztosító mentesül a szolgáltatás kifizetése alól és a meg nem szolgált biztosítási díjat visszautalja.

II. a biztosítási esemény

1. közlekedési baleseti halál

1.1 A Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért közlekedési baleset, ha a baleset következtében a baleset megtörténtétől számított 1 éven belül meghal.

1.2 Közlekedési balesetnek minősül a Biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként, mint közlekedésben résztvevő szenved balesetet.

1.4 Nem minősül közlekedési balesetnek:

- a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre,
- a kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,
- a jármű vezetőjét, utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.

1.4. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a közlekedési baleseti halál időpontja.

2. égési sérülés

2.1 Biztosítási esemény a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, amelynek következtében a Biztosított égési sérülést szenved.

2.2 Az égési sérülés megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik égési sérülésre vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

2.3 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.



3. baleseti kórházi egyszeri térítés a 22. napon

3.1 Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt a Biztosított orvosilag szükséges gyógykezelése fekvőbetegként kórházban baleseti következmény miatt abban az esetben, ha legalább 21 éjszakát kórházban tölt.

3.2 A gyógykezelés olyan orvosi kezelés, amely az orvostudomány általánosan elismert álláspontja szerint megfelelő az egészség újbóli helyreállítására, az állapot javítására vagy a rosszabbodás megakadályozására.

3.3 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

4. 79%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás

4.1 A Biztosítottnál, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség, baleset következtében az arra jogosult bizottság (2012-ben az Országos Rehabilitációs és Szociális szakértő Intézet, továbbiakban ORSZSZI; valamint Rehabilitációs Szakigazgatási Szerv) 79%-ot meghaladó össz-szervezeti végleges egészségkárosodást állapít meg.

4.2 79%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodást jelent, amennyiben a Biztosított

- kizárólag folyamatos támogatással foglalkoztatható, és akinek egészségi állapota 1–30% között van és orvos-szakmai szempontból önellátásra képes (7/2012 NEFMI rendelet alapján D kategóriába sorolt),

- egészségkárosodása jelentős, és akinek egészségi állapota 1–30% között van és orvos-szakmai szempontból önellátásra nem vagy csak segítséggel képes (7/2012 NEFMI rendelet alapján E kategóriába sorolt).

5. baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (100%)

5.1 Biztosítási esemény a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a Biztosított 100%-os maradandó egészségkárosodást szenved.

5.2 Az egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa határozza meg.

5.3 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

5.4 Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.

5.5 Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

6. Amennyiben a fenti biztosítási események egyike sem következik be a biztosítás tartama alatt, úgy a biztosítási szerződés a Biztosító szolgáltatása nélkül megszűnik.



III. a Biztosító szolgáltatása, a biztosítási összeg

1. a Biztosító szolgáltatása

1.1 Közlekedési baleseti halál:

A Biztosító a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti.

1.2 Égési sérülés:

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegből az égési sérülés súlyosságától függő mértéknek megfelelő összegű szolgáltatást nyújt.

A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a biztosítási összegnek az alábbi táblázat szerinti százaléka:

Égés mélysége	Sérült testfelület nagysága			
	1-10%	11-20%	21-60%	61-100%
I. Fokú	nincs	nincs	nincs	nincs
II. Fokú	nincs	nincs	30%	60%
III. Fokú	25%	50%	100%	200%
IV. Fokú	50%	100%	200%	200%
Testüreg égése esetén:			szájüreg	100%
			légcső	200%
Tűz és lángok által okozott halálos baleset esetén:				200%

Az égési sérülés mértéke az orvosi dokumentumok alapján kerül megállapításra, illetve a Biztosító orvosa állapítja meg.

Ha a Biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a Biztosító a szolgáltatásának mértékét az alábbiak szerint állapítja meg: az egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadja, és az így kapott százalékértékhez hozzárendeli azt a fokot, amely a sérült testfelület legnagyobb részén következett be.

Ha a Biztosított igazoltan közvetlenül az égési sérülések következtében 2 éven belül hal meg, a Biztosító a Kedvezményezett részére az égési sérülés súlyosságától függetlenül 200%-os térítést fizet.

A biztosítási eseményre vonatkozó további szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követően meghal.

A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál az egészségi állapotot a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

A biztosítási szolgáltatás alapja a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási összeg.

1.3 Baleseti kórházi egyszeri térítés a 22. napon:

A Biztosító a szerződésben meghatározott egyszeri térítést szolgáltatja.

A Biztosított balesete esetén a Biztosító a baleset napjától számított 1 éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges és megkezdett kórházi gyógykezelésre nyújt szolgáltatást.

A biztosítási szolgáltatás alapja a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási összeg.

A Biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg háromszorosát egy biztosítási éven belül.

1.4 79%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás:

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az Orvosszakértői intézet szakvéleménye keltének időpontjában aktuális biztosítási összeget téríti.

A Biztosító szolgáltatása esetén a fedezet megszűnik, azonban a csomag egyéb fedezeteire a Biztosító kockázatviselése továbbra is fennmarad. A Biztosító a csomag fizetendő díját csökkenti a 79%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás díjával.

A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási díj annak a biztosítási évnél a végéig illeti meg a Biztosítót, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett.

1.5 Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (100%):

A Biztosító a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeg 100%-át fizeti ki.

A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége akkor válik esedékessé, ha az egészségkárosodás maradandó, vagy ha az egészségkárosodás mértéke folyamatosan változik és a baleset napjától számított 2 év eltelt. Ez utóbbi esetben a Biztosító a szolgáltatásának mértékét a baleset napjától számított 2 év letelte után fennálló egészségkárosodás mértékének megfelelően állapítja meg.

Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.

A Biztosító szolgáltatása esetén a fedezet megszűnik, azonban a csomag egyéb fedezeteire a Biztosító kockázatviselése továbbra is fennmarad. A Biztosító a csomag fizetendő díját csökkenti a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás díjával.

A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási díj annak a biztosítási évnél a végéig illeti meg a Biztosítót, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett.

2. a biztosítási összeg

2.1 A kezdeti biztosítási összegek a kötvényben kerülnek meghatározásra.



2.2 A kiegészítő csomag biztosítási összegei:

Biztosítási fedezet	Biztosítási összeg
Közlekedési baleseti halál	5 000 000 Ft
Égési sérülés	1 500 000 Ft
Baleseti kórházi egyszeri térítés a 22. napon	50 000 Ft
79%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás	3 000 000 Ft
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (100%)	3 000 000 Ft

IV. a kiegészítő csomag díja

1. a kiegészítő csomag havi díja fix: 750 Ft
2. a kiegészítő csomag nem indexálható.

3. a biztosítási díj és biztosítási összegek módosításának lehetősége a Biztosító részéről

3.1 A Biztosító jogosult a biztosítási évfordulót megelőzően 90 nappal a biztosítási díj és a biztosítási összegek módosítására javaslatot tenni a balesetbiztosítási és egészségbiztosítási kiegészítő fedezetek vonatkozásában, ha a díjkalkulációnál használt statisztikákban, vagy a törvényi szabályozásban lényeges változás állna be.

3.2 Ha a Biztosító az előző bekezdésben foglaltaknak megfelelően a biztosítási díj és biztosítási összegek módosítására tesz javaslatot, akkor a Szerződő írásbeli nyilatkozata alapján:

- a.) a módosító javaslat kézhezvételét követő 15 napon belül azt elfogadhatja, így a módosításnak megfelelő biztosítási díjú és biztosítási összegű szerződés lép hatályba,
- b.) ha a Szerződő a módosító javaslatot írásbeli nyilatkozatával nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a kiegészítő biztosítási csomagra vonatkozóan a szerződés a módosító javaslat közzétételétől számított 30. napon megszűnik

V. a Biztosító teljesítésének feltételei

1. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

1.1 A Biztosító a főbiztosítás általános feltételének, a Biztosító teljesítésének feltételei meghatározására vonatkozó pontjában foglaltak szerint jár el. A kárigény teljesítéséhez a következő dokumentumokat kell még benyújtani:

79%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás:

- a.) az egészségkárosodás megállapítására irányuló kérelem másolatát,
- b.) a szolgáltatási igény előterjesztésekor – az orvos-szakértői szakvélemény kézhezvétele után – be kell nyújtani az egészségkárosodás, illetve ezzel kapcsolatos ellátásra való jogosultság

érvényes: 2014. március 15.

K&H gyarapodó nyereségrészesedéses vegyes életbiztosítás feltétele

39



megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtatványok, határozatok, orvosi indoklások másolatát, valamint az Orvosszakértői intézet szakvéleményének másolatát,

c.) ha az egészségkárosodás okozati összefüggésben áll balesettel, akkor a baleset körülményeit tartalmazó dokumentumok másolatát (rendőrségi határozat, jegyzőkönyv),

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (100%):

a.) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum fénymásolatát,

b.) amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, a Biztosítóhoz be kell nyújtani az eljárást befejező határozat másolatát (így különösen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági határozatot).

2. a Biztosító teljesítésének esedékessége

2.1 A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az elbírálásához szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 30 napon belül teljesíti.

VI. a Biztosító kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az általános feltételben meghatározott eseményekre.

2. a kockázatviselés nem terjed ki továbbá

2.1 Égési sérülés:

A szerződés megkötése előtt már égési sérült testrészek kizártak a biztosítási védelemből.

2.2 Baleseti kórházi egyszeri térítés a 22. napon:

a.) a biztosítás illetve a kockázatviselés kezdete előtt megkezdődött gyógykezelésekre,

b.) azokra a baleseti következményekre, amelyek a kockázatviselés kezdete előtt keletkeztek, illetve amelyeket a kockázatviselés kezdete előtt diagnosztizáltak, azonban csak a kockázatviselés kezdete után kerül sor a gyógykezelésre,

c.) olyan balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek alkohol vagy kábítószer élvezete miatt következnek be, továbbá ha ezek miatt rosszabbodnak. Nem terjed ki a kockázatviselés a megvonási eljárásokra és az elvonókúrára,

d.) olyan balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek a Biztosított által elkövetett bűncselekmények miatt keletkeztek,

e.) az öngyilkosság és kísérletének következményeire a tartam első 2 évében.



2.3 79%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás:

- a.) a biztosítás illetve a kockázatviselés kezdete előtt megkezdődött gyógykezelésekre,
- b.) az olyan egészségkárosodásra, amelynél az alapul szolgáló betegség, baleset, egészségi állapotromlás, testi vagy szellemi fogyatkozás a kockázatviselés időbeli hatályán kívül alakult ki (például a betegségek a kockázatviselés kezdete előtt keletkeztek vagy a kockázatviselés befejezését követően rosszabbodott a Biztosított egészségi állapota),
- c.) olyan betegségekre és balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek alkohol vagy kábítószer élvezete miatt alakulnak ki illetve következnek be, továbbá ha ezek miatt rosszabbodnak,
- d.) olyan betegségekre és balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek zavargások és verekedések során keletkeztek,
- e.) olyan betegségekre és balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek a Biztosított által elkövetett bűncselekmények miatt keletkeztek,
- f.) az öngyilkosság és kísérletének következményeire a tartam első 2 évében.

2.4 Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (100%):

- a.) a biztosítási szerződés megkötése előtt már sérült, csonka, vagy funkciójukban korlátozott (nem ép) testrészek,
- b.) a porckorongsérvre, kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- c.) a hasi sérvre, kivéve, ha a hasi sérv az ép hasfalat ért egyszeri, külső, extrém, mechanikus behatás következménye.

VII. értelmezések, fogalmak, meghatározások

12. baleset fogalma:

- c) Jelen feltétel szempontjából a baleset olyan hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akarától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri.
- d) Jelen feltétel szempontjából balesetnek minősülnek az alábbi a Biztosított akaratán kívüli események is:
 - a. vízbefúlás
 - b. villámcsapás
 - c. mérgező gázok belélegzése

Jelen feltétel szerint – a fentiekől eltekintve – nem minősül balesetnek az ember vagy állat által terjesztett bakteriális vagy vírusfertőzés még abban az esetben sem, ha balesetszerű fizikális ok váltja ki. Nem minősül balesetnek a rándulás, ficam, megemelés, rovarcsípés (beleértve a kullancs és darázscsípést is), hőguta, fagyás, napszúrás, a hasi és gerincsérvek, továbbá a foglalkozási betegség (ártalom), valamint a Biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be. Nem minősül balesetnek az orvosi műtét következménye sem, továbbá az agyvérzés, a szívinfarktus és az azok miatt bekövetkező esemény sem.

