



K&H Biztosító Zrt.

**K&H kollektív (csoportos) kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítás
szerződési feltétele**

2018. május 25.



a KBC csoport tagja

ügyféltájékoztató

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 előterjesztheti)

Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Központi levélcím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest

Központi telefon: (+36 80) 203-776

Központi fax: (+36 1) 429-8000

Webcím: <http://www.mnb.hu>

Biztosításközvetítő:

Biztosításközvetítőként a K&H Biztosító Zrt. arra jogosultsággal rendelkező ügynökei, illetve együttműködő partnerei járnak el.

További szerv:

Pénzügyi Békéltető Testület

Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Levélcím: Pénzügyi Békéltető

Testület H-1525 Budapest Pf.: 172.

Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság

Cím: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.

Levélcím: 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.) ügyintézőinél 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 tartalmazznak információkat és rendelkezéseket.

A Biztosító képviselője a jelen feltétel szerint a kockázati életbiztosítási termékek értékesítése folyamán az Ön számára biztosítási tanácsadást nem nyújt.

A Biztosító a biztosítási termék értékesítése során közreműködött nem vesz igénybe, így ezen a jogcímen javadalmazás fizetésére sem kerül sor.

A biztosítási terméket értékesítő közvetítők javadalmazásának részleteit a „Biztosításközvetítői tájékoztató” elnevezésű dokumentum tartalmazza.

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 képviselője a kiszolgáltatható adatok körét pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény [a továbbiakban: Bit.] alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn. A titoktartási kötelezettség nem áll fenn (a Bit-ben meghatározott feltételek mellett) az alábbi hatóságok vonatkozásában: Magyar Nemzeti Bank; nyomozóhatóság, ügyészség; bíróság, bíróság által kirendelt szakértő, önálló bírósági végrehajtó, természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelező, Családi Csődvédelmi Szolgálat, családi vagyonfelügyelő; közjegyző, illetve a közjegyző által kirendelt szakértő; adóhatóság; nemzetbiztonsági szolgálat; Gazdasági

Versenyhivatal, gyámhatóság, egészségügyi hatóság; titkosszolgálati eszközök alkalmazására felhatalmazott szerv; viszontbiztosító, együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítók; kötvénynyilvántartást vezető hivatal, állomány-átruházás esetén az átvevő biztosító; a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezet, Nemzeti Iroda, levelező, Információs Központ, Kártalanítási Szervezet, kárrendezési megbízott, kárképviselő, károkozó; kiszervezett tevékenységet végző; feladatkörében eljáró alapvető jogok országgyűlési biztos, Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság.

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.

Felhívjuk figyelmét, hogy a www.kh.hu oldalon további hasznos tanácsokat, tájékoztatókat, fogalom meghatározásokat olvashat.

A sikeres együttműködés reményében,

K&H Biztosító Zrt.

adatvédelmi tájékoztató (kivonat)

A Biztosító kizárólag meghatározott, egyértelmű és jogszerű célból kezel személyes adatot. Az adatkezelés jogszerű, tisztességes és átlátható módon történik. Egyes adatkezeléseiben a Biztosító csak olyan személyes adatot kezel, amely az adott adatkezelés céljának szempontjából megfelelő, releváns és szükséges. A Biztosító minden ésszerű intézkedést megtesz annak érdekében, hogy az általa kezelt adatok pontosak és naprakészek legyenek, illetve a pontatlan személy adatok haladéktalanul törlésre vagy helyesbítésre kerüljenek. A Biztosító személyes adatot olyan formában kezeli, hogy az érintettek azonosítása csak a személyes adatok kezelésének adott céljai eléréséhez szükséges ideig legyen lehetséges. A Biztosító az adatkezelés teljes tartama alatt biztosítja a személyes adatok megfelelő biztonságát, ideértve az adatok jogosulatlan vagy jogellenes kezelésével, véletlen elvesztésével, megsemmisítésével vagy károsodásával szembeni védelmet. A Biztosító felelős az adatkezelés elveinek való folyamatos megfelelésért.

Személyes adat akkor kezelhető, ha ahhoz az érintett hozzájárul, vagy az adatkezelés a szerződés teljesítéséhez, jogi kötelezettség teljesítéséhez, létfontosságú érdek védelme miatt, közérdekű vagy a Biztosítóra ruházott közhatalmi feladat gyakorlásához, illetve a Biztosító vagy egy harmadik fél jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges.

Az érintett hozzájárulása annak visszavonásáig hatályban marad. A visszavonás nem érinti a megelőző adatkezelések jogszerűségét. Amennyiben szerződéskötéskor az érintett nem nyilatkozik, és korábban már tett azonos adatvédelmi célra nyilatkozatot, akkor a korábbi nyilatkozat hatályban marad.

A Biztosítót titoktartási kötelezettség terheli a rendelkezésére álló minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó – adat tekintetében, amely a biztosító ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik (biztosítási titok). A

Biztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a Biztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn. A Biztosító - a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében - a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz a megkeresett biztosító által kezelt adatok vonatkozásában.

Az érintett kérelmezheti a Biztosítónál tájékoztatását személyes adatai kezeléséről (*tájékoztatáshoz való jog*), ideértve azt is, hogy az érintett jogosult arra, hogy a személyes adatai folyamatban lévő kezelésével kapcsolatos információkhoz hozzáférést kapjon (*hozzáférési jog*). Az érintett kérheti személyes adatainak helyesbítését, valamint törlését (*helyesbítéshez, elfeledtetéshez való jog*). Az érintett kérheti az adatkezelés korlátozását (*adatkorlátozáshoz való jog*). Az érintettet – meghatározott feltételek teljesülése esetén – jogosult arra, hogy az adatait tagolt, ismert és géppel formátumban megkapja a Biztosítótól (*adathordozhatósághoz való jog*). Az érintett jogosult arra, hogy bármikor tiltakozzon azon adatkezelések ellen, amelyek közérdekű vagy a Biztosítóra ruházott közhatalmi feladat gyakorlásához, illetve a Biztosító vagy egy harmadik fél jogos érdekének érvényesítéséhez szükségesek; az érintett jogosult továbbá a közvetlen

hatályos: 2018. május 25. K&H kollektív (csoportos) kockázati élet-, baleset- és egészségbizt. ált. feltétele 4



üzletszerzés céljából végzett adatkezelésekkel szembeni tiltakozásra *(tiltakozáshoz való jog)*.

Adatkezeléssel kapcsolatos panaszával az érintett a Biztosító adatvédelmi tisztviselőjéhez, a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz (székhelycím: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.) valamint bírósághoz

fordulhat. Adatkezeléssel kapcsolatos jogvitákban az illetékes törvényszék jár el.

Jelen adatkezelési tájékoztató a www.kh.hu/adatvedelem oldalon elérhető adatvédelmi tájékoztató kivonata. Részletes tájékoztatás az egyes konkrét adatkezelésekkel kapcsolatosan a honlapon található.



KOLLEKTÍV (CSOPORTOS) KOCKÁZATI ÉLET-, BALESET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS FELTÉTELE 2018/KALT

Jelen Kollektív (csoportos) kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános feltételek (a továbbiakban: általános feltételek) – ellenkező megállapodás hiányában – a K&H Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéseire (a továbbiakban: szerződés) vonatkoznak.

A biztosítási szerződésben választott szolgáltatástól függően a biztosítási szerződésekre a választott szolgáltatásra vonatkozó különös feltételek is érvényesek. Jelen általános feltételekben, valamint a különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a polgári törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

I. A szerződés alanyai (a Biztosító, a Szerződő, a Biztosított és a kedvezményezett)

1. A Biztosító az a jogi személy, aki a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, és a különös feltételekben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén, az ott meghatározottak szerint a szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
2. Szerződő az a fél, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, a szerződést megkötí és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal, valamint teljesíti a biztosítotti csoportokkal kapcsolatos adminisztrációs kötelezettségeket.
3. A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés keretében biztosítható csoportnak tekintendő a Szerződővel jogviszonyban álló (pl. munkaviszony, közalkalmazotti, köztisztviselői vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, bank és hitelviszonyokat megtestesítő szerződések, bankszámla és betétszerződés, folyószámla-szerződés stb.) személyek azon köre, akik a Szerződő által meghatározott, jogviszonyhoz kapcsolható – biztosítási szerződéstől független – ismérveknek megfelelnek.
 - a) A Szerződő a biztosítási szerződésben választása szerint a Biztosítottakat egyénileg vagy kizárólag valamely közös ismérvhez való tartozás alapján határozhatja meg.
 - b) A Biztosítottak azok a személyek, akiknek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.
 - c) Egy biztosítási szerződésen belül a Biztosítottak különböző biztosítotti csoportba sorolhatóak.
 - d) Egy biztosítási csoportba tartozó Biztosítottak azonos jellegű biztosítási szolgáltatásra jogosultak, de a szerződés adott Biztosítottira vonatkozóan másként is rendelkezhet egy csoporton belül.
 - e) A csoport létszáma változtatható, illetve a Biztosítottak cserélhetőek.
 - f) A Biztosított és a Szerződő között fennálló – a biztosítotti csoporthoz tartozást megalapozó – jogviszony megszűnése esetén a biztosítási védelem adott Biztosított vonatkozásában megszűnik.
4. Amennyiben a Szerződő és a Biztosított különböző személy, a szerződéshez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges a kedvezményezett kijelöléséhez és módosításához is. A biztosítotti nyilatkozat beszerzésére a Szerződő köteles.
5. Kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult.
 - a) A Szerződő a Biztosított írásbeli hozzájárulásával ajánlattételkor, illetve a tartamon belül bármikor kedvezményezettet jelölhet meg és módosíthat.
 - b) **A Biztosított írásbeli hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződés kedvezményezettet kijelölő része semmis, ez esetben kedvezményezettnek a Biztosítottat, illetve az örökösét kell tekinteni.**

- c) Több kedvezményezett esetében százalékosan meg kell határozni jogosultságuk arányát (csak egész számú % lehet, melynek összege 100%, pl. két személy esetében 60%-40%). Ennek hiányában a Biztosító a kedvezményezettek részére egyenlő arányban teljesít.
- d) A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.
- e) A szerződésben kedvezményezett lehet
 - e.a) a Biztosított,
 - e.b) a Szerződő,
 - e.c) a Biztosított örököse(i),
 - e.d) a szerződésben megnevezett más személy(ek).
- f) A Biztosított életében esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a Biztosított, kivéve, ha a szerződés másként rendelkezik.
- g) A Biztosított halála esetén a kedvezményezett a Biztosított örököse, ha a szerződésben más kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a kedvezményezett jelölése hatályát veszítette, illetve érvénytelen.

II. A szerződés létrejötte

1. A szerződés a Szerződő és a Biztosító megállapodása alapján jön létre, melyet a Szerződő ajánlatával kezdeményez.
2. A Biztosító jogosult ajánlattételkor a biztosítás első díjának megfelelő díjelőleget beszedni, melyet kamatmentes előlegként kezel. Ha a szerződés létrejön, a Biztosító az előleget a biztosítási díjba beszámítja. Amennyiben a szerződés nem jön létre, a Biztosító az előleget a Szerződőnek visszautalja.
3. A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatbírálást végez, amelyhez a Biztosítottak egészségfelmérő nyilatkozatát kéri, vagy összeghatártól függően orvosi vizsgálatát rendeli el. A Biztosító jogosult a kockázatbíráláshoz szükséges egyéb dokumentumok, írásos nyilatkozatok bekérésére is. A Biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.
4. A Biztosítottaknak és a Szerződőnek a VIII. pontban szabályozott közlési kötelezettsége alapján a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitölteniük. A Biztosító által feltett kérdésekre adott válaszok az ajánlat részét képezik.
5. A kockázatbírálás eredményétől függően a Biztosító az ajánlatot vagy annak egy-egy Biztosítottra vonatkozó részét elfogadja vagy elutasítja, vagy az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a Biztosító nem köteles megindokolni.
6. A kockázatbírálás időtartama az ajánlat átadásától számított 15 nap. Fenti határidőn belül a Biztosítónak nyilatkoznia kell arról, hogy elfogadja-e az ajánlatot, illetve milyen kiegészítő dokumentumokat kér be a Szerződőtől, vagy egy-egy Biztosítottól.
7. A Biztosító a kockázatbírálás eredményeképpen változtatásokat eszközölhet a szerződésben az ajánlathoz képest, megjelölve azt a szerződésben.
8. Amennyiben a Szerződő nem kívánja elfogadni ezen változtatásokat, 15 napon belül írásban elállhat a szerződéstől. Amennyiben a Szerződő nem válaszol a megadott határidőn belül, a szerződés a biztosítási szerződésben (kötvényben) és a Biztosító által a szerződés részeként mellékelte módosítást tartalmazó egyéb dokumentumokban megjelölt változtatásokkal jön létre.

III. A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

1. A szerződés – ellenkező megállapodás hiányában – a díj megérkezését követő nap 0. órájától lép hatályba, feltéve, hogy a szerződés létrejött, vagy utóbb létrejön. Az első biztosítási díjat azon a napon kell megérkezettnek tekinteni, amikor a díjat a Biztosító számláján jóváírják.
2. A Biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésének időpontjában kezdődik meg.
3. A biztosítási szerződés létrejöttékor megjelölt Biztosítottakon kívül újonnan biztosítandó személyek esetében a Biztosító kockázatviselése a Szerződő írásbeli közlése alapján, ellenkező megállapodás hiányában, a Biztosító tudomásszerzését követő nap 0. órájától kezdődik meg feltéve, hogy a vonatkozó biztosítási díj a Biztosító számlájára megérkezett, vagy meg fog érkezni az elszámolásra vonatkozó írásbeli megállapodás szerint.
4. A szerződés létrejöttékor baleset/betegsége folytán keresőképtelen állományban lévő (vagy baleset/betegsége folytán egészségügyi fekvőbeteg intézményben gyógykezelt) Biztosított vagy belépésekor baleset/betegsége folytán keresőképtelen állományban lévő (vagy baleset/betegsége folytán egészségügyi fekvőbeteg intézményben gyógykezelt) új Biztosított vonatkozásában a szerződés a keresőképtelen állomány vagy a kórházi gyógykezelést követő keresőképtelen állomány megszűnését követő hónap első napjának 0. órájától hatályos (kockázatviselés kezdete), feltéve, hogy a kockázatelbírálás során elfogadásra kerül a Biztosító részéről. Ezen Biztosítottak esetében a Biztosító várakozási időt köthet ki.

IV. Várakozási idő

1. **A kockázati életbiztosítás vonatkozásában a Biztosító nem alkalmaz várakozási időt.**
2. A Biztosító a jelen feltételek hatálya alá tartozó egészségbiztosításoknál (pl. kórházi napi térítés, műtéti térítés, TB I., II. fokú rokkantság, kritikus betegségek) a biztosítási szerződésben várakozási időt köthet ki, amelynek időtartama a szerződés hatálybalépésétől számított maximum 180 nap lehet.
3. Várakozási idő kikötése esetén a Biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre, valamint az akut bakteriológiai fertőzésekkel eredő biztosítási eseményekre terjed ki. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan biztosítási eseményekre, amelyek a várakozási idő alatt következnek be és balesettel, akut bakteriológiai fertőzéssel okozati összefüggésben nem állnak. Ezen esetekben a Biztosítót szolgáltatási kötelezettség nem terheli.
4. Amennyiben a várakozási idő alatt olyan balesettel, akut bakteriológiai fertőzéssel okozati összefüggésben nem álló biztosítási esemény következik be, amely a különös feltételek értelmében a szerződés adott Biztosítottja vonatkozó részének megszűnését vonja maga után, a Biztosító visszafizeti az adott Biztosítottja befizetett díjat.
5. Amennyiben a várakozási idő alatt olyan balesettel, akut bakteriológiai fertőzéssel okozati összefüggésben nem álló biztosítási esemény következik be, amely a különös feltételek értelmében valamely biztosítási kockázat megszűnését vonja maga után, de a szerződés adott Biztosítottja vonatkozó része nem szűnik meg, a Biztosító a megszűnő kockázatra vonatkozó díjrészt fizeti vissza az adott Biztosítottja vonatkozó díjból.

V. A szerződés megszűnésének esetei

1. A szerződés megszűnik:
 - a) a szerződésben meghatározott lejáratú időpontban, vagy
 - b) a díjfizetés elmulasztása esetén, az első elmaradt díj esedékességétől számított 60 nap elteltével, vagy
 - c) a X. pontban foglaltak szerint, vagy
 - d) a különös feltételekben meghatározott egyéb esetekben, vagy

hatályos: 2018. május 25. K&H kollektív (csoportos) kockázati élet-, baleset- és egészségbizt. ált. feltétele 8

- e) felmondással.
2. Adott Biztosított vonatkozásában megszűnik a biztosítási szerződés:
- a) a Biztosított halála esetén, kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek, vagy
 - b) a Biztosított Szerződővel fennálló jogviszonyának megszűnésével, vagy
 - c) a X. pontban foglaltak szerint, vagy
 - d) közlési kötelezettség megsértése esetén, vagy
 - e) a Biztosított cseréje esetén (a Szerződő által jelzett új Biztosított lép a helyébe), vagy
 - f) a különös feltételekben meghatározott egyéb esetekben, vagy
 - g) felmondással (a Szerződő által jelzett, csere nélküli kilépéssel).
3. A Szerződő és a Biztosító a szerződést vagy a szerződést adott Biztosított(ak), illetve kockázatok és biztosítási fedezet vonatkozásában írásban, a biztosítási év végére – legkésőbb a biztosítási év végét megelőző 30 nappal – írásban felmondhatja, kivéve, ha a felek másképp állapodnak meg (ld. még XIII.7 pont).

VI. A biztosítási díj módosításának lehetősége a Biztosító részéről

1. A Biztosító jogosult a biztosítási évfordulót megelőzően 90 nappal a biztosítási díj módosítására javaslatot tenni, ha a díjkalkulációnál használt statisztikákban lényeges változás állna be.
2. Ha a Biztosító az előző bekezdésben foglaltaknak megfelelően a biztosítási díj módosítására tesz javaslatot, akkor a Szerződő választása szerint:
 - a) változatlan biztosítási összeg mellett a módosításnak megfelelő biztosítási díjú szerződés lép hatályba,
 - b) változatlan biztosítási díj mellett a módosításnak megfelelő biztosítási összegű szerződés lép hatályba,
 - c) a biztosítási szerződés a módosító javaslat kézhezvételétől számított 30. napon megszűnik.

A Szerződő az évfordulót megelőző 50. napig köteles értesíteni a Biztosítót, hogy az a-c, pontok közül melyik lehetőséget választja. Amennyiben a Szerződő ezen kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a Biztosító az a) pontban megfogalmazottaknak megfelelően jár el.

VII. A biztosítás területi hatálya

A Biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed, feltéve hogy a különös feltételek másként nem rendelkeznek.

VIII. A Szerződő és a Biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége, a Szerződő kötelezettségei

1. A Szerződő és a Biztosított köteles közlési és változás-bejelentési kötelezettségének eleget tenni.
 2. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Szerződő és a Biztosított köteles ajánlattételkor 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 a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.
 3. A változás-bejelentési kötelezettség abban áll, hogy a Szerződő köteles a biztosítás tartama alatt 15 napon belül írásban bejelenteni nevének, címének, levelezési címének, egyéb azonosítóinak illetve a Biztosított(ak) foglalkozásának, sporttevékenységének megváltozását. A sporttevékenység megváltozását csak akkor kell jelezni, ha az I.3. pontban jelzett ismerv a sporttevékenység (pl. sportegyesület) és a sportot versenyszerűen vagy hivatásszerűen végzi(k).
- hatályos: 2018. május 25. K&H kollektív (csoportos) kockázati élet-, baleset- és egészségbizt. ált. feltétele 9

4. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és e célból a Biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatotokat írhat elő.
5. A Szerződő köteles a Biztosítottak névjegyzékét átadni a Biztosító által kért adattartalommal és formában. A névjegyzék minimális tartalma: Biztosított csoport(ok) neve, Biztosított létszáma(i) és munkatevékenység(ük) foglalkozási veszélyességi kategória szempontjából, ezen belül az egyes Biztosítottak neve, neme, születési dátuma, a biztosítási szerződésbe való belépésének dátuma.
6. A Szerződő köteles a változást követő 30 napon belül írásban jelezni, ha a Biztosítottak körében változás történik, kivéve, ha a szerződés másként rendelkezik.

IX. A Biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól közlési és változás bejelentési kötelezettség megsértése esetén

1. A közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítja, hogy:
 - 1.1. a Biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte; vagy
 - 1.2. az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítás tartama alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a Biztosító tudomására jutott, és az 15 napon belül nem élt a X. pontban szereplő módosítási, illetve felmondási lehetőségével; vagy
 - 1.3. az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
2. Azt, hogy a felsorolt esetek valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.
3. A közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító nem mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet fennállásától a biztosítási esemény bekövetkezéséig már legalább 5 év eltelt.

X. A Biztosító szerződésmódosítási és felmondási lehetősége új, lényeges körülmények felmerülése esetén

1. Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik vele, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot jelen általános feltételek és a különös feltételek értelmében nem vállalhatja – a szerződést 30 napon belül írásban felmondhatja. Erre a következményre a Szerződőt a módosító javaslat megítélésénél figyelembe kell venni.
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.
3. Ha a Biztosító csak később szerez tudomást a szerződésnek már fennállott lényeges körülményekről, az ebből eredő jogokat a szerződés illetve az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatok és biztosítási fedezet fennállásának csupán az első öt évében gyakorolhatja.

XI. A Biztosító mentesülésének egyéb esetei

1. A Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, amennyiben a biztosítási eseményt a kedvezményezett szándékosan okozta.
2. A szerződés adott Biztosítottra vonatkozó része a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg abban az esetben, ha a Biztosított
 - a) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
 - b) a kockázatviselés kezdetétől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében hal meg.

hatályos: 2018. május 25. K&H kollektív (csoportos) kockázati élet-, baleset- és egészségbizt. ált. feltétele 10

3. A kiegészítő baleset és egészségbiztosítások vonatkozásában a Biztosító mentesül, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a Szerződő illetve a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.
- 3.1. A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el a kiegészítő baleset és egészségbiztosítások balesetbiztosítást tartalmazó részének vonatkozásában különösen, ha
- a) a baleset bekövetkeztekor igazoltan alkoholos állapotban volt,
 - b) kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták, vagy
 - c) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel.
- 3.2. A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el az egészségbiztosítások vonatkozásában különösen, ha
- a) a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás következtében történt,
 - b) a biztosítási esemény kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták.
4. A kiegészítő baleset és egészségbiztosítások balesetbiztosítást tartalmazó részének vonatkozásában mentesül a Biztosító, ha a baleset a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be.
5. A kiegészítő baleset és egészségbiztosítások vonatkozásában a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztekor úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható, ennek megfelelően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie, és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell. Gondoskodni kell a megfelelő ápolásról és baleset esetén annak következményeinek lehetőség szerinti csökkentéséről. Mentesül a Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól annyiban, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.
6. **A Biztosító mentesülésének egyéb eseteit a különös feltételek tartalmazzák.**

XII. Kizárt kockázatok

1. A kockázatelbírálás eredményeképp a Biztosító a biztosítási kötvénybe kikötéseket tehet, melynek következményeként nem visel kockázatot a feltüntetett betegség(ek)kel, testrész(ek)kel, eseményekkel kapcsolatban.
2. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon esetekre, ha a biztosítási esemény közvetlenül összefüggésben áll
- a) harci eseményekkel, vagy más háborús cselekményekkel (Jelen feltételek szempontjából háborús eseménynek minősül a háború (hadüzenettel vagy anélkül), határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, polgárháború, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. légi csapás vagy tengeri akció.),
 - b) felkelésekkel, zavargásokkal, lázadásokkal, terrorcselekményekkel,
 - c) radioaktív, illetve ionizáló sugárzással,
 - d) HIV vírusfertőzéssel.
3. 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.
4. A kiegészítő balesetbiztosítások valamint az egészségbiztosítások balesetbiztosítást tartalmazó része vonatkozásában a biztosítási védelemből kizárt további kockázatok:
- a) a Biztosított a kockázatviselés kezdetétől számított két éven belül elkövetett öngyilkossága, öngyilkossági kísérlet következményei,

- b) bármilyen gyorsasági versenyen, vagy erre való felkészülésen való részvétel során bekövetkező baleset,
 - c) a polgári légiforgalmon kívüli repülés során bekövetkezett baleset.
5. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:
- a) kóros elmeállapot,
 - b) nukleáris energia,
 - c) állam elleni bűncselekmény,
 - d) a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye.
6. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a Biztosított alábbi sporttevékenységeivel:
- a) autó-motor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rally, moto-cross, ügyességi versenyek gépkocsival, go-kart sport, autóröccs sport (auto-crash), motorcsónak sport;
 - b) repülősportok: sportrepülés, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, sárkány és ultrakönnyő repülés, paplanrepülés, hőlégballonozás, bunjee jumping;
 - c) egyéb: búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes ill. nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás illetve sziklamászás V. foktól, illetve 4000 m felett, barlangászat.
7. **A kizárt kockázatok egyéb eseteit a különös feltételek tartalmazzák.**

XIII. A szerződés tartama, a biztosítási év és évforduló

1. A szerződés megköthető határozott vagy határozatlan tartamra.
2. A határozott tartamra kötött szerződés tartama, ellenkező megállapodás hiányában, legalább egy év.
A szerződés a határozott idő lejártával megszűnik.
3. Biztosítási időszaknak – kivéve, ha a megkötött szerződés ettől rövidebb időre szól – egy év tekintendő.
4. A biztosítási évforduló minden naptári évben az a nap, amelyik a szerződés kezdetének napja.
5. A biztosítási év az az időszak, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik, és ettől számítva egy évig tart.
6. A szerződés kezdetének (létrejöttének) napja az a nap, amelyet a Biztosító a biztosítási keretszerződésben ekként feltüntet, de semmiképpen sem lehet az ajánlat kelte előtti időpont.
7. A legalább 1 évre kötött határozott tartamú szerződés esetében a biztosítás tartama további egy évvel meghosszabbodik abban az esetben, ha a Szerződő fél vagy a Biztosító a tartam lejáratát előtt legalább 30 nappal írásbeli nyilatkozatában eltérően nem rendelkezik. A legalább 1 évre kötött határozott tartamú, illetve a határozatlan tartamra kötött szerződést a felek kizárólag írásban, ajánlott levélben a biztosítási időszak végére mondhatják fel. A felmondási idő 30 nap.
8. A Biztosító a szerződés meghosszabbítása esetére a biztosítási szerződés díját a kockázati tényezők figyelembevételével módosíthatja, amelyről a tartam lejáratát előtt legalább 45 nappal írásban értesíti a Szerződőt.
9. Amennyiben a Biztosító kockázatviselése valamely Biztosított személy vonatkozásában megszűnik, az erre irányuló bejelentéssel egyidejűleg a Szerződő jogosult új Biztosított megnevezésére (Biztosított csere). Az új Biztosított esetében a jelen feltételeknek a szerződés létrejöttére vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni azzal, a biztosítási védelem az eredetileg megállapított tartamig tart. Ez vonatkozik arra az esetre is, ha Biztosított csere nélkül új Biztosított lép be a szerződésbe, illetve a biztosított csoport létszáma bővül.

10. A Szerződő felek évente egy alkalommal (biztosítási évfordulókor) elszámolnak egymással, kivéve, ha a szerződésben a felek másként rendelkeznek.

XIV. A biztosítási díj

A biztosítási díj megállapítása, a Biztosított belépési kora

1. A biztosítási díj a Biztosító által vállalt kötelezettségek (így különösen a kockázatviselés) ellenértéke.
2. A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító díjszabása alapján, különösen a Biztosított belépési korának, egészségi állapotának, nemének, foglalkozásának, sport és szabadidő tevékenységének, valamint a biztosítás tartamának és összegének/összegeinek a figyelembevételével történik.
3. A Biztosító a Biztosított belépési korát úgy állapítja meg, hogy a szerződés kezdetének (XIII./6. bekezdés) évszámából vagy újonnan belépő Biztosított esetében a szerződésbe való belépésének évszámából levonja a Biztosított születésének évszámát.
4. Amennyiben a Biztosított születésének évszámát 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.
5. Amennyiben a tényleges születési évszám alapján a szerződés létre sem jött volna, akkor a Biztosító érvénytelenségre hivatkozással megtámadhatja a szerződést.
6. A Biztosító az egy főre jutó biztosítás díját Biztosított csoportonként és Biztosítottanként határozza meg. Alapesetben egy Biztosított csoporton belül a biztosítási szolgáltatás és a Biztosítottak egy főre jutó biztosítási díja azonos, de adott csoport(ok)ra vagy Biztosított(ak)ra vonatkozóan a szerződés másként is rendelkezhet (pl. azonos díj, de kor szerint eltérő biztosítási összeg; bér meghatározott százalékához igazodó biztosítási összegek vagy biztosítási díjak; kockázati díjemelések adott Biztosítottokra; stb.).
7. Új, illetve kilépő Biztosított esetén a Biztosító a szerződés biztosítási díját adott Biztosítottra meghatározott díjjal módosítja.
8. A Biztosító jogosult a biztosítási díjat évente egyszer - kivéve, ha a szerződés másként rendelkezik - a biztosítási évfordulón módosítani, az az újraszámolni az aktuális Biztosítottak, valamint az elmúlt időszak vonatkozásában bekövetkezett változások figyelembe vételével. (Isd. még XIII. 9. pont).

XV. A biztosítási díj fizetése

1. A szerződés éves díjú. A biztosítási évre vonatkozó éves díj havi, negyedéves és féléves részletekben is fizethető, továbbá a szerződés ettől eltérő ütemezésről is rendelkezhet.
2. A díjfizetés gyakoriságát a Szerződő ajánlattételkor határozza meg, és bármely biztosítási évfordulón megváltoztathatja, ha a változtatási szándékot a biztosítási évforduló előtt legalább 60 nappal írásban jelzi a Biztosítónak.
3. A biztosítás első díja a szerződés létrejöttékor, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak (biztosítási év, félév, negyedév, hónap) az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
4. A szerződés létrejötté előtt befizetett első biztosítási díjat a Biztosító díjelőlegnek tekinti, és kamatmentes letétként kezeli.
5. A biztosítási díjat a Szerződő köteles valamennyi Biztosított esetében egyösszegben a megállapodásban rögzített gyakorisággal megfizetni.
6. A Szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díjat a Biztosító számláján jóváírják.

XVI. A díjfizetés elmulasztásának következményei

1. Amennyiben a Szerződő a biztosítási díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, a Biztosító erről a Szerződőt a fenti határidőn belül írásban értesíti.
2. Amennyiben a fenti határidőn belül a Biztosítóhoz nem érkezik meg az esedékes díj, a Szerződő a befizetésre halasztást nem kapott, vagy a Biztosító a biztosítási díj iránti igényét bírósági úton nem érvényesíti, a Biztosító az első elmaradt díj esedékességétől számított 60 napig viseli a kockázatot. Ez alatt az idő alatt a Szerződő az elmaradt díjat pótolhatja, és egyben be kell fizetnie az esedékes díjat is.
3. Ha a Szerződő az első elmaradt díj esedékességétől számított 60 napon belül fizetési kötelezettségét nem teljesíti, a szerződés e határidő leteltével megszűnik.
4. Amennyiben a Biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, úgy adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási év végéig járó díjat, ide tartozóan az elmaradt díjat is, a Biztosítónak jogában áll a szolgáltatás(ok) összegéből levonnia.

XVII. Biztosítási esemény

Biztosítási esemény az az esemény, ami a Biztosító szolgáltatását kiváltja. A biztosítási esemény meghatározása az egyes különös feltételekben található.

XVIII. A biztosítási esemény bejelentésének határideje

1. A biztosítási eseményt 15 napon belül írásban a Szerződő közreműködésével kell bejelenteni a Biztosítónál, kivéve, ha a különös feltételek vagy a szerződés másként rendelkeznek.
2. Abban az esetben, ha a fenti határidőt nem tartják be és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenül váltak, a Biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.

XIX. A Biztosító szolgáltatása, teljesítésének esedékessége, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

1. A Biztosító a szerződés alapján a biztosítási esemény bekövetkezésekor a különös feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezi magát, a szolgáltatás időpontjában esetlegesen fennálló díjhátralék levonása után (lásd XVI.4. pont).
2. A kárigény teljesítéséhez az 1. számú mellékletben foglaltak szerinti dokumentumokat kell benyújtani.
3. A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges valamennyi okmány beérkezését követő 30 napon belül teljesíti, kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek.
4. Abban az esetben, ha a kárigény teljesítéshez szükséges dokumentumokat felhívás ellenére sem vagy hiányosan nyújtják be, úgy a Biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el, illetve elutasíthatja azt.
A kárigény teljesítéséhez szükséges dokumentumoknak minősülnek: a különös feltételekben meghatározott biztosítási eseménytől függően a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolására, a mentesülési okok kizárására, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének igazolására szolgáló dokumentumok.
5. A Biztosító szolgáltatási kötelezettségének lehetőség szerint a kedvezményezett bankszámlájára történő banki utalással tesz eleget.
6. Amennyiben a biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt nem következik be, úgy a biztosítási szerződés a Biztosító szolgáltatása nélkül megszűnik.

hatályos:2018. május 25. K&H kollektív (csoportos) kockázati élet-, baleset- és egészségbizt. ált. feltétele 14

XX. Elévülési idő

1. A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje a biztosítási esemény bekövetkeztének napjától számított 5 év.
2. Az elévülési idő alatt a nem kifizetett szolgáltatást a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.

XXI. Értékkövetés (indexálás)

Jelen feltétel hatálya alá tartozó biztosítások nem indexálhatóak, kivéve, ha kiegészítő feltétel másként rendelkezik.

Biztosítási évfordulókor a biztosítási kockázatok és fedezetek biztosítási összegeik vonatkozásában módosíthatóak.

XXII. Fő- és kiegészítő biztosítások

1. Jelen feltételek vonatkozásában a kockázati életbiztosítás, mint főbiztosítás, a baleset és egészségbiztosítások, mint ehhez tartozó kiegészítő biztosítások kerülhetnek megkötésre. A főbiztosításra és a kiegészítő biztosításokra az azokra vonatkozó különös feltételeket kell alkalmazni a jelen általános feltételekkel együtt.
2. A kiegészítő biztosítások Biztosítottjai megegyeznek a főbiztosítás Biztosítottjaival. A kiegészítő biztosítások és a főbiztosítás Szerződője is azonos.
3. A kiegészítő biztosítások tartama
 - a) A kiegészítő biztosítást a Szerződő vagy a főbiztosítással egyidőben köti meg, vagy a főbiztosítás bármely biztosítási évfordulójakor.
 - b) Amennyiben a kiegészítő biztosítást a főbiztosítással együtt kötötték meg, ennek kezdeti időpontja megegyezik a főbiztosításéval.
 - c) A főbiztosítás bármely biztosítási évfordulója előtt 30 nappal bármelyik kiegészítő biztosítás felvehető, illetve mindkét fél által felmondható.
 - d) A kiegészítő biztosítás lejáratát a főbiztosítás lejáratához igazodik.
 - e) A kiegészítő biztosítás későbbi választása esetén a Biztosítottaknak új egészségfelmérő nyilatkozatot kell tenniük. A Biztosító a kiegészítő biztosítás megkötését kockázatelbírálástól teszi függővé.
 - f) A kiegészítő biztosítás a következő esetekben szűnik meg:
 - a) a főbiztosítás megszűnésével,
 - b) a kiegészítő biztosítás felmondásával,
 - c) a biztosítási szerződés megszűnésével,
 - d) díjnemfizetés esetén (az esedékességtől számított 60. napon),
 - e) a különös feltételekben meghatározott esetekben.

XXIII. Maradékjog

A biztosítási szerződésnek maradékjogai nincsenek, így különösen a Biztosítottak nyereségrészesedésre nem jogosultak, a biztosítási szerződésnek visszavásárlási értéke nincs, kölcsönrel nem terhelhető és nincs lehetőség díjmentesítésre. A különös feltételek ettől eltérően rendelkezhetnek.

XXIV. Egyéb rendelkezések

1. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) hatályosságának feltételei
 - a) A Biztosító a hozzá eljuttatott ajánlatokat, jognyilatkozatokat, bejelentéseket 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.
 - b) 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. Ügyfél-átvilágítás
 - a) A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. 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. Nyilatkozniuk kell továbbá, hogy kiemelt közszereplőnek minősülnek-e.
 - b) A szerződéses kapcsolat fennállása alatt az ügyfél köteles a tudomásszerzéstől számított öt munkanapon belül a Biztosítót értesíteni az ügyfél-átvilágítás során megadott adatokban, illetve a tényleges tulajdonos személyét érintően bekövetkezett változásról.

XXV. Adatközlés, adatkezelés

1. A biztosítási ajánlatban kért adatok az ajánlat elbírálásához és a biztosítási szerződés megkötéséhez szükségesek. A biztosítási ajánlat megadásával és aláírásával a Biztosított önkéntesen és határozottan kinyilvánítja beleegyezését az őt érintő, az általa megadott adatok feldolgozásába, nyilvántartásába és kezelésébe. A Biztosított a jelen fejezetben foglaltak szerint adja meg hozzájárulását ahhoz, hogy a Biztosító személyes és különleges adatai azon részét, amely a kiszervezett tevékenység elvégzéséhez elengedhetetlenül szükséges, a Biztosító részére kiszervezett tevékenységet végző adatkezelőnek és adatfeldolgozó személynek átadja, és az adatokat a megbízott személy - ideértve a külföldit is - kezelje illetve feldolgozza. Ezen személyekkel szemben a Biztosítottat ugyanolyan jogok illetik meg (biztosítási titok megőrzése, stb.), mint a Biztosítóval szemben. A kiszervezett tevékenységet végzők aktuális listájáról a Biztosító ügyfélszolgálat ad felvilágosítást.

Amennyiben a biztosítási szerződés megkötése során a Szerződő képviselőjében független biztosításközvetítő járt el, hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító ezen biztosításközvetítő felé a biztosítási szerződésre vonatkozó adatokat átadja.
2. A Biztosított tudomásul veszi, hogy az adatszolgáltatás önkéntes, de az adatkezelés a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések elbírálásához szükséges. A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető, a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat pedig addig kezeli, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
3. Biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosító harmadik fél részére, csak akkor adhat ki, ha a Biztosított vagy törvényes képviselője a kiszolgáltatható titokkört pontosan megjelölve írásbeli felmentést ad erre. A Biztosító felmentő nyilatkozatok hiányában biztosítási titkot kizárólag a

biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló törvényben felsorolt szervezeteknek és csak az ott megjelölt körben szolgáltatathat ki.

4. A K&H Biztosító Zrt. valamint biztosításközvetítői a Biztosított biztosítási ajánlaton és azok mellékletein közölt személyes és különleges adatait a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a szolgáltatással kapcsolatosan az adatvédelmi törvény alapján a szerződés hatálya alatt, illetve annak lejártával a törvényi előírásoknak megfelelően, a kötelező megőrzés idejéig nyilvántartja és kezeli. A Biztosított hozzájárulása, személyes adatainak fenti célból történő kezelésére vonatkozóan megfelelő tájékoztatáson alapul. A Biztosítót a Biztosítottal kapcsolatosan tudomására jutott személyi körülményekre, vagyoni helyzetre, valamint biztosítási szerződésekre vonatkozó adatok tekintetében (biztosítási titok) titoktartási kötelezettség terheli.
5. A Biztosított személyes adatainak kezeléséről tájékoztatást kérhet, kérheti azok helyesbítését, illetve - a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével - azok törlését is. A Biztosító, mint adatkezelő, a Biztosított kérésére tájékoztatást köteles adni az általa kezelt adatairól és az adatkezelésről, a törvényben meghatározott körben annak körülményeiről.
A Biztosított jogosult a biztosítási szerződés feltételeként meghatározott orvosi vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló törvény értelmében az adott szolgáltatónál megtekinteni.
6. A Biztosított tudomásul veszi, hogy személyes adatainak kezelése (továbbítása) ellen tiltakozhat akkor, ha az kizárólag az adatkezelő vagy az adatátvevő jogának vagy jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve, ha az adatkezelést törvény rendelte el. Tiltakozhat továbbá abban az esetben is, ha a tiltakozás jogának gyakorlását egyébként törvény lehetővé teszi. A Biztosító, mint adatkezelő köteles a Biztosított bejelentését a törvény előírása szerint kivizsgálni és a Biztosítottat írásban tájékoztatni. A Biztosított jogainak megsértése esetén, a Biztosító, mint adatkezelő ellen bírósághoz, az adatvédelmi biztoshoz és a Biztosító belső adatvédelmi felelőiséhez fordulhat. A Biztosító, mint adatkezelő köteles megtéríteni a Biztosított által igazolt kárt annyiban, amennyiben azt jogellenes adatkezeléssel vagy a technikai adatvédelem követelményeinek megszegésével okozta.
7. A biztosítási esemény bekövetkezésének esetére a Biztosított önkéntes és határozott hozzájárulását adja ahhoz, hogy a Biztosító a személyes és különleges adatok azon részét, amely a kárigény elbírálásához elengedhetetlenül szükséges, a kár rendezését vagy annak elbírálását végző megbízottja részére átadja.
8. A személyes adatok védelmével, kezelésével kapcsolatos tájékoztatás csak természetes személyekre vonatkozik.

XXVI. Értelmezések, fogalmak, meghatározások

1. A baleset, a munkahelyi baleset, a munkahelyi úti baleset és a közlekedési baleset fogalma
 - 1.1. Jelen általános feltételek szempontjából a **baleset** olyan hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri.
 - 1.2. Jelen általános feltételek szempontjából balesetnek minősülnek az alábbi a Biztosított akaratán kívüli események is:
 - a) vízbefúlás,
 - b) villámcsapás,
 - c) mérgező gázok belélegzése.
 - 1.3. Jelen általános feltételek szerint – a fentiekől eltekintve – **nem minősül balesetnek**:
 - a) az ember vagy állat által terjesztett bakteriális vagy vírusfertőzés még abban az esetben sem, ha balesetszerű fizikális ok váltja ki, kivéve, ha a különös feltételek ettől eltérően rendelkeznek,

- b) a rándulás, ficam, megemelés, rovarcsípés (beleértve a kullancs és darázscsípést is), hőguta, fagyás, napszúrás és gerincsérvek,
- c) a foglalkozási betegség (ártalom),
- d) a Biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be,
- e) az orvosi műtét következménye,
- f) az agyvérzés, a szívinfarktus és az azok miatt bekövetkező esemény,
- g) a porckorongsér és hasi sér, kivéve, ha a porckorongsér az egyébként ép porckorongot kívülről illetve ha a hasi sér az ép hasfalat közvetlenül érő egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye.

1.4. Jelen általános feltételek szempontjából **munkahelyi baleset** az olyan baleset, amely a Biztosítottat a munkaviszonyából eredően a foglalkozása körében végzett tevékenysége közben vagy azzal összefüggésben a munkahelyen vagy a munkára kijelölt egyéb helyen munkaidőben éri. Nem számít munkahelyi balesetnek az engedély nélkül végzett munkával okozati összefüggésben bekövetkezett baleset. (A Biztosító munkahelyi balesettel kapcsolatos mentesüléséről lsd. még a XI.4. pontot is.) A munkába menet és jövet bekövetkezett baleset nem minősül munkahelyi balesetnek.

1.5. Jelen általános feltételek szempontjából **munkahelyi úti baleset** az olyan baleset, amely a Biztosítottat a lakásról (szállásról) munkába, illetőleg a munkából lakásra (szállásra) menet közben a legrövidebb útvonalon közlekedve éri.

1.6. Jelen általános feltételek alkalmazásában **közlekedési balesetnek** minősül a Biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként, mint közlekedésben résztvevő szenved balesetet. **Nem minősül közlekedési balesetnek:**

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

2. A kórház, a műtét és a műtéti lista fogalma

- 1) Jelen általános feltételek szempontjából kórháznak minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbetegellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, rehabilitációs osztályok, pszichiátriai intézetek, pszichiátriai osztályok, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, geriátriai, „krónikus” intézetek, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, feltéve, hogy a Biztosított az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.
- 2) Jelen általános feltételek alkalmazásában műtétnek tekintendő az orvosi beavatkozásoknak az orvosszakmai szabályok megtartásával kórházban történő elvégzése a Biztosítottnál.
- 3) Jelen általános feltételek alkalmazásában műtéti lista a „Műtétek térítési kategóriák szerinti csoportosítása” című tételes lista (a továbbiakban: műtéti lista), amely az orvosi beavatkozásoknak nemzetközi kódrendszerrel azonosított (WHO-kód) felsorolása. A műtéti lista a Biztosító Vezérigazgatóságán igény esetén megtekinthető.

3. A Biztosított sporttevékenységének minősítése

- a) Hivatásos sportoló az a Biztosított, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá egyéni vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik a sportági szakszövetség, illetőleg a sportszövetség feltételei szerint megszerzett hivatásos sportolói engedéllyel.

hatályos: 2018. május 25. K&H kollektív (csoportos) kockázati élet-, baleset- és egészségbizt. ált. feltétele 18

- b) Jelen általános feltételek szempontjából versenyző sportoló az a Biztosított (a továbbiakban: versenyző sportoló), aki sporttevékenységet nem hivatásos sportolóként végez, feltéve hogy versenyen (bajnokságon, meccsen) is indul, függetlenül a verseny jellegétől (függetlenül pl, attól, hogy helyi, kerületi, megyei, területi, országos, nemzetközi stb. vagy barátságos-e a verseny, mi a tétje, stb.).
- c) Jelen általános feltételek szempontjából a versenyző sportoló lehet élvonalbeli versenyző sportoló, regionális szinten versenyző sportoló vagy területi szinten versenyző sportoló.
- a) Élvonalbeli versenyző sportoló az a Biztosított (a továbbiakban: élvonalbeli versenyző sportoló), aki nemzetközi, országos (nemzeti) versenyen indul.
- b) Regionális szinten versenyző sportoló az a Biztosított (a továbbiakban: regionális szinten versenyző sportoló), aki több megyét érintő versenyen indul, feltéve hogy nem élvonalbeli versenyző sportoló.
- c) Területi szinten versenyző sportoló az a Biztosított, aki nem regionális szinten versenyző sportoló és nem élvonalbeli versenyző sportoló.
- d) Jelen általános feltételek szempontjából hobby sportoló az a Biztosított, aki sporttevékenységét nem hivatásos sportolóként és nem versenyző sportolóként végzi.

XXVII. A panaszok bejelentése

1. A biztosítással kapcsolatban felmerült panaszokat írásban a K&H Bank bármely fiókjában megteheti. Amennyiben itt nem sikerül kielégítő megoldást találnia, a Biztosító központjánál élhet bejelentéssel, panasszal, az alábbiak szerint:

- a (+36 1/20/30/70) 335 3355, vagy (+36 1) 328 9000 telefonszámon,
- a biztosito@kh.hu e-mail címen,
- a (+36 1) 461 5276 faxszámon,
- írásban a K&H Biztosító Zrt., Budapest 1851 postacímre küldött levélben, vagy
- személyesen a Központi Ügyfélszolgálat ügyintézőinél vagy vezetőjénél, a 1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 9. címen.

A biztosítótársaság felügyeleti szerve:

Magyar Nemzeti Bank (ahol panaszát előterjesztheti)

Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest

Telefonszám: (+36 80) 203-776

Fax: (+36 1) 429-8000

További szervek:

Pénzügyi Békéltető Testület

Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Levelezési cím: Pénzügyi Békéltető Testület H-1525 Budapest Pf.:172.

Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság

Cím: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.

Levelezési cím: 1534 Budapest, Pf.: 834.

Fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy (fogyasztó) a Magyar Nemzeti Banknál (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet. A biztosítási jogviszony létrejöttével és teljesítésével kapcsolatos (pénzügyi fogyasztói) jogvita esetén a fogyasztó álláspontját alátámasztó bizonyítékaival a Pénzügyi Békéltető Testület (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési cím: 1525 Budapest BKKP Pf.:172) eljárását kezdeményezheti, vagy bírósághoz fordulhat.

Az egyéni vállalkozó, egyéni cég, gazdasági társaság, jogi személyek, jogi személyiség nélküli szervezetek, társasházak stb. igényüket bírósági úton érvényesíthetik.

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

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

Tájékoztató a K&H Biztosító által a kárrendezés során bekérhető okiratokról

Hatályos: 2018. május 25-től

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) 124. § (1) 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
	Halott-vizsgálati 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.)
	A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány, feltéve, hogy a Kedvezményezett a szerződésben név szerint nem neveztek 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 vagy gondnokolt Kedvezményezett esetén, a törvényi előírást meghaladó kifizetésnél gyámhatósági végzés
	Kiskorú vagy gondnokolt Kedvezményezett esetén Nyilatkozat törvényes képviselőről
	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
	A mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás (egészségi állapot) mértékének megállapítására jogosult szerv által kiállított szakvélemény, határozat, vizsgálati jegyzőkönyv
	Igazságügyi Orvos-szakértő 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
	Amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, az eljárást befejező határozat másolatát, feltéve, hogy az a jogalap megállapításához szükséges (így különösen az eljárást megtagadó, felfüggesztő vagy megszüntető határozat, illetve a jogerős bírósági határozat másolatát), különös tekintettel a hatósági alkohol vizsgálati eredményre
	Sportszervezet igazolása sportolói tagságról
	Munkáltatói igazolás
	Keresőképtelenségi igazolás („Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről”) másolata

2. SZÁMÚ MELLÉKLET

Biztosítási fedezetek, minimális és maximális biztosítási összegek (BÖ)

(A megadott összegek Ft-ban értendők)

Biztosítási fedezetek	Minimális BÖ	Maximális BÖ
Kockázati életbiztosítás (főbiztosítás)	50 000	20 000 000
Házastárs halála	50 000	20 000 000
Kritikus betegségek	50 000	20 000 000
Baleseti halál	200 000	20 000 000
Közlekedési baleseti halál	200 000	20 000 000
Baleseti maradandó egészségkárosodás 1-9% fix	0	20 000
Baleseti maradandó egészségkárosodás 10-100%	500 000	20 000 000
Baleseti maradandó egészségkárosodás 20-100%	500 000	20 000 000
Baleseti maradandó egészségkárosodás 1-100%	500 000	20 000 000
Közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodás 1-100%	500 000	20 000 000
Baleseti maradandó egészségkárosodás 100%	500 000	20 000 000
79%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás	500 000	20 000 000
Csonttörés, csontrepedés	5 000	50 000
Csonttörés vagy baleseti eredetű 28 napon túli gyógyulási támogatás	5 000	50 000
Baleseti eredetű kórházi napi térítés	1 000	20 000
Baleseti eredetű kórházi egyszeri térítés	5 000	20 000
Bármely okú kórházi napi térítés	1 000	20 000
Bármely okú kórházi egyszeri térítés	5 000	20 000
Baleseti keresőképtelenségi napi térítés	1 000	20 000
Baleseti keresőképtelenségi egyszeri térítés	5 000	20 000
Bármely okú keresőképtelenségi napi térítés	1 000	20 000
Bármely okú keresőképtelenségi egyszeri térítés	5 000	20 000
Baleseti műtėti térítés 100%	20 000	2 000 000
Bármely okú műtėti térítés 100%	20 000	2 000 000
Égési sérülés	20 000	5 000 000

3. SZÁMÚ MELLÉKLET

Biztosítottak minimális és maximális életkora

Tanulók biztosítása:

- biztosított: tanintézménnyel tanulói jogviszonyban álló természetes személy
- életkor határok: minimum betöltött 3 év és maximum 18 év

Belépőjegybe beépíthető biztosítás:

- biztosított: a szerződő által üzemeltetett intézmény vagy rendezvény területén jogszerűen tartózkodó természetes személy
- életkor határok: minimum betöltött 3 év és maximum 80 év

Munkavállalói biztosítás:

- biztosított: munkavállaló vagy a céggel szerződéses viszonyban álló természetes személy
- életkor határok: minimum betöltött 16 év és maximum 65 év