



K&H Biztosító Zrt.

**K&H élet-társ 2
kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítás szerződési feltétele**

2014. november 10.



a KBC csoport tagja

ügyfélértájékoztató

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.) 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, társaságak stb. igényüket bírósági úton érvényesíthetik.

Figyelmebe ajánljuk a Magyar Nemzeti Bank fogyasztó-védelmi honlapját (<http://felugyelet.mnb.hu/topmenu/>), 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; kötvény-nyilvántartást 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 átvevő biztosítóval, a kiszervezéshez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet 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 vizsgálatához 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 Vámhivatalt (NAV) tájékoztatni a Magyarország Kormányának és az Egyesült Államok Kormányának közötti információcseréje teljesülése érdekében.

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

- I. pont
- III.1 pont

A sikeres együttműködés reményében

K&H Biztosító Zrt.



Tájékoztató az életbiztosítási szerződéssel kapcsolatosan 2015. 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. a biztosítási díjak adózási szabályai

Az egyes biztosítási formák meghatározását az Szja törvény 3. § 90-99. 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 lejáratil 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 lejáratil 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 díjkedvezmény, 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 biztosítotttra 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 lejáratil szolgáltatás és visszavásárlási érték nélküli kockázati biztosítás más személy (továbbiakban: kifizető) által – az ugyanazon kifizető esetében ugyanazon biztosítotttra tekintettel havonta, a minimálbér 30%-át meg nem haladóan – fizetett díja (azonos szolgáltatási tartalommal rendelkező csoportos kockázati biztosítás esetében a fizetett díj egy biztosítotttra jutó része).

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



Kivételt csak a jövedelemplótló kifizetések (ideértve a napi térítéseket is) jelentenek akkor, ha a biztosításnak volt kifizető által fizetett adómentes díja. Ilyen esetben a jövedelemplótló 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 díjkezdvezmény, 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 biztosítói szolgáltatások adózási szabályai

II.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 plótló 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].

II.2 A kockázati nem minősülő biztosítások esetében

érvényes: 2014. november 10. K&H élet-társ 2 kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános feltétele

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 kamatjövedelem szabályait kell alkalmazni jelen tájékoztató II. pontjában foglaltak szerint. Ez azt jelenti, hogy a befizetett biztosítási díjat (kivéve a kockázati biztosítási díjrészt) meghaladó összeg kamatjövedelemnek minősül [Szja törvény 65. § (1) bekezdés d) pont].

III. a kamatjövedelemre vonatkozó szabályok

III.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 eszközalapnak 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 eszközalap 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.)

III.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 feltételül 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 elvart díjon felül díjfizetés (ideértve különösen az eseti, a rendkívüli, a soron kívüli díjat) történt, kivéve, ha a szerződés szerint elvart díjon felüli díjfizetést a hozzá tartozó biztosítástechnikai tartalékkal vagy díjtartalékkal együtt elkülönítetten tartja nyilván a biztosító. Az így elkülönített összegeket – az elvart díjon felüli díjfizetés időpontját tekintve a szerződés létrejötté 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. érvényes: 2014. november 10. K&H élet-társ 2 kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános feltétele

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 elvart 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 kamatjövedelemre vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.

IV. a nyugdíjbiztosításra vonatkozó szabályok

Nyugdíjbiztosításnak minősül a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény 3. § 93. pontja alapján, az olyan életbiztosítás ahol a biztosító teljesítésére – a haláleseti szolgáltatást kivéve – a nyugdíjbiztosítási szerződés egész tartama alatt a biztosított jogosult, és a biztosítói teljesítést a biztosított

- a) halála,
 - b) társadalombiztosítási nyugellátásról szóló jogszabály szerinti saját jogú nyugellátásra való jogosultságának megszerzése (ez alatt a tényleges nyugdíjas állapotot kell érteni),
 - c) egészségi állapotának legalább 40%-os mértéket elérő károsodása, feltéve, hogy a nyugdíjbiztosítási szerződés létrejöttének időpontjában a biztosított egészségkárosodása a 40%-os mértéket nem éri el (függetlenül attól, hogy rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásra jogosult-e vagy sem), vagy
 - d) a szerződés létrejöttkor érvényes öregségi nyugdíjkorhatár biztosított általi betöltése
- váltja ki, feltéve, hogy a nyugdíjbiztosítási szerződés létrejöttétől (az ajánlat vagy a szerződésmódosítás ügyfél részéről történő aláírásának napjától) a biztosító biztosítási eseményre tekintettel történő teljesítéséig (kivéve a biztosított halálát, a biztosított legalább 40%-os mértékű egészségkárosodását, valamint kivéve, ha a biztosító teljesítése nem csökkenő összegű járadékszolgáltatás és a járadékszolgáltatást a szerződés létrejöttétől számított legalább 10. év végéig vagy a biztosított haláláig nyújtják) legalább 10 év eltelik, azzal, hogy a nyugdíjbiztosítási szerződésnek az a)–d) pontokban szereplő biztosítási eseményeket – a c) pont kivételével, ha a biztosított egészségkárosodása a nyugdíjbiztosítási szerződés létrejöttkor a 40%-os mértéket már eléri – tartalmaznia kell, és az a)–d) pontokban szereplő biztosítási eseményeken kívül más



biztosítási eseményt nem tartalmazhat. Amennyiben a járadékszolgáltatás egy hónapra jutó várható összege a 10 ezer forintot nem éri el, a járadékszolgáltatás – a szerződés létrejöttétől számított 10. év letelte előtt – egy összegben is teljesíthető.

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) igénybe vételére jogosult

A nyugdíj biztosítási kedvezmény (adó jóváírás) igénybe vételére 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-előtakarékosági számlára (NYESZ-R) teljesített befizetések és a nyugdíj biztosításra teljesített díjfizetések után mindösszesen legfeljebb 280 ezer forint értékben adható meg rendelkezés adó évenként.

A kedvezmény igénybe vételének korlátai:

- a szerződő az összevont adó alap adójának az adó kedvezmények (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 adó bevallása alapján a fizetendő adóját megfizette, és a nyilatkozattétel időpontjában nyugdíj biztosítási szerződéssel rendelkezzen.

A kedvezmény igénybe vételének módja:

- a Szerződő az éves adó bevallása keretében tehet nyugdíj biztosítási nyilatkozatot, mely alapján az adó hatóság 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 az adó hatóság a rendelkezési jogosultságot megalapozó nyugdíj biztosítási szerződésekre történő befizetésekkel arányosan teljesíti, ha a rendelkezési jogosultságot több nyugdíj biztosításra befizetett összeg alapozza meg
- az a szerződő is jogosult nyugdíj biztosítási nyilatkozatot tenni az adó bevallása keretében, aki már nem rendelkezik nyugdíj biztosítással, – nyugdíj szolgáltatás bekövetkezése miatt – ebben az esetben az adó hatóság 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 adó kedvezményt 20%-kal növelten kell visszafizetni az adó hatóság részére. Visszafizetési kötelezettséggel történő megszűnést vált ki a nyugdíj biztosítási szerződés teljes visszavásárlása.

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

A biztosító a teljes visszavásárláskor, ha van a szerződésnek visszavásárlási értéke, a kamatadó és EHO levonása után a kifizetésből érvényesíti és elutalja az adó hatóság 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 adó bevallás keretében kell teljesítenie.



K&H élet-társ 2 kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános feltétele

2014/ÁLT1

Jelen K&H élet-társ 2 kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános feltétel (a továbbiakban: általános feltétel) – ellenkező megállapodás hiányában – a K&H Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) K&H élet-társ 2 élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződésére (a továbbiakban: szerződés) vonatkozik.

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

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 különös feltételekben 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 és/vagy egészségi állapotváltozásával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön.
- 1.4. Biztosítottak létszáma egy szerződésen belül:
Egy szerződésen belül maximálisan 5 fő biztosított lehet.
- 1.5. Egy szerződésben több Biztosított is megjelölhető.
 - főbiztosítottnak minősül azon 18 év feletti személy, akire a szerződés elsődlegesen létrejön
 - társbiztosítottnak minősül azon 3 év feletti személy, akit a szerződésben biztosítottként megjelölnek
 - jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság, mint Szerződő esetén Biztosítottnak minősül a társaságban vezető tisztségviselő szerepet betöltő személy, tulajdonos vagy a társaság működése

szempontjából meghatározó (legfeljebb 5 fő) munkavállalója

1.6. A Biztosított maximális életkora:

Kockázati életbiztosítás és balesetbiztosítási fedezetek esetében:

- a Biztosított belépési életkora betöltött maximum 72 év, hitelfedezeti életbiztosítás esetén maximum 74 év
- a szerződés végén a Biztosított legfeljebb 75 éves lehet.

Egészségbiztosítási fedezetek esetében:

- a Biztosított belépési életkora betöltött maximum 62 év
- a szerződés végén a Biztosított legfeljebb 65 éves lehet

1.7. 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.

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

1.9. A szerződés bármely Biztosítottja a Szerződő és a többi Biztosított írásbeli beleegyezésével a szerződésbe Szerződőként bármikor beléphet. A belépésről a Biztosítót írásban kell értesíteni. Ezen esetekben a Biztosítottak és a Szerződő egyetemlegesen felelnek a folyó biztosítási időszakban esedékes biztosítási díjakért. A szerződésbe belépő biztosított köteles a Szerződőnek a szerződésre fordított költségeit - ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni.

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



- 1.11. 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.
- 1.12. 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.
- 1.13. 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.
- 1.14. A Kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.
- 1.15. A szerződésben Kedvezményezett lehet:
- a Biztosított,
 - a Szerződő,
 - a szerződésben megnevezett más természetes személy(ek), jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság.
- 1.16. A Biztosított életében esedékes szolgáltatások Kedvezményezettje ellenkező megállapodás hiányában a Biztosított.
- 1.17. A Biztosított írásbeli hozzájárulása nélkül kötött szerződés Kedvezményezettet kijelölő része semmis, ez esetben Kedvezményezettnek a Biztosítottat, illetve az örökösét kell tekinteni.
- 1.18. 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.
- 1.19. A kedvezményezett(ek) megjelölhető(e)k **visszavonhatatlan kedvezményezettként** is.

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, illetve a kiegészítő biztosítások esetén a vonatkozó különös feltételek is. Amennyiben a Szerződő és a Biztosított különböző személy, az ajánlatot mind a Szerződőnek, mind a Biztosított(ak)nak alá kell írnia.
- 2.2. Amennyiben a Biztosított kiskorú és a szerződés megkötését nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője kezdeményezi, úgy a szerződés érvényességéhez szükséges a törvényes képviselőt gyakorló szülő vagy a gyámhatóság jóváhagyása. A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a szerződés akkor is, ha a biztosított a cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.
- 2.3. Amennyiben a szerződés módosításához a Biztosított(ak) írásbeli hozzájárulása szükséges, úgy a kiskorú Biztosított(ak) vonatkozásában minden esetben a törvényes képviselőt gyakorló szülő vagy a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.
- 2.4. 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 eltérő rendelkezés hiányában a biztosítási ajánlat megtételének napja.
- 3.2. A szerződés a biztosítási díj Biztosítóhoz történő megérkezése esetén a szerződés kezdetének napját követő nap 0. órájától lép hatályba.
- 3.3. A felek az első díj tekintetében a díjesedékességi értesítőben foglalt díjfizetési határidőig halasztásban állapodhatnak meg.
- 3.4. A Biztosító kockázatviselése a szerződés kezdetének napját követő nap 0. órájától kezdődik,



4. kockázatelbírálás, a várakozási idő

- 4.1. A Biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésének időpontjában kezdődik meg.
- 4.2. A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatelbírálást végez, amelyhez a Biztosított egészségi nyilatkozatát kéri vagy összeghatártól függően orvosi vizsgálatot rendelhet el.
- 4.3. A Biztosító jogosult a kockázatelbíráláshoz szükséges egyéb dokumentumok, írásos nyilatkozatok bekérésére is. A Biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.
- 4.4. A kockázatelbírálás 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.
- 4.5. A kockázatelbírálás időtartama az ajánlatnak a Biztosító vagy a képviselője részére történő átadásától számított 15 nap, azonban ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatelemzésre 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.
- 4.6. A Biztosító a kockázatelbírálás 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 jön létre.
- 4.7. Amennyiben a tartam alatt új Biztosítottat jelöl meg a Szerződő, a kockázatelbírálás a jelen fejezetben foglaltak szerint történik.
- 4.8. A kockázati életbiztosítás vonatkozásában a Biztosító nem alkalmaz várakozási időt.
- 4.9. A Biztosító a jelen feltételek hatálya alá tartozó kiegészítő egészségbiztosításoknál (pl. kórházi napi térítés, műtéti térítés, 79%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás, keresőképtelenségi napi térítés, kritikus betegségek) várakozási időt köt ki, amelynek időtartama a szerződés hatálybalépésétől számított 180 nap.

- 4.10. A Biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki.
- 4.11. Amennyiben a Biztosított saját költségén elvégezteti a Biztosító által meghatározott orvosi vizsgálatot, (lásd. a mindenkori hatályos kondíciós listában) a Biztosító eltekint a várakozási időtől.
- 4.12. Amennyiben a a várakozási idő alatt Biztosított esetében betegséget kórisméznek (diagnosztizálnak), úgy Biztosító kockázatviselése ezen betegségekre, valamint következményeire nem terjed ki. Ebben az esetben a Szerződő és a Biztosított döntése értelmében a Biztosító az alábbiak szerint a módosítja a szerződést:
 - a) a Biztosító kockázatviselése a kórismézett betegség és következményeire nem terjed ki, azonban - változatlan díj megfizetése mellett - a szerződés továbbra is fennmarad, vagy
 - b) a Biztosító az érintett Biztosított vonatkozásában visszafizeti a megszűnő kockázat(ok)ra vonatkozó befizetett díjrészt és a szerződés – csökkentett díj megfizetése mellett – továbbra is fennmarad. .
- 4.13. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:**
 - a) a Biztosított olyan betegsége, amely a Biztosító kockázatviselésének kezdete előtti 5 évben bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselés kezdetét megelőző 5 évben belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt,
 - b) a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselésének kezdetét megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.

5. szerződésmódosítás esetei

5.1. Biztosítottak módosítása a tartam alatt:

- a) A Szerződő a szerződés tartama alatt kezdeményezheti új társbiztosított megjelölését vagy a szerződésben szereplő valamelyik társbiztosított biztosítottként való megjelölésének visszavonását. Az új társbiztosított kijelöléséhez vagy a meglévő társbiztosított törléséhez a Szerződő és



az adott társbiztosított hozzájárulása szükséges.

- b) A Szerződőnek joga van a szerződés tartama alatt, bármely biztosítási évforduló előtt legfeljebb 90, de legalább 60 nappal írásban új Biztosítottat megjelölni, illetve meglévő Biztosított - kivéve főbiztosított - biztosítottként való megjelölését visszavonni. Az új Biztosított esetében a jelen feltételnek a szerződés létrejöttére vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni azzal, hogy a biztosítási védelem az eredetileg megállapított dátumig tart.
- c) A jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező társaság, mint Szerződő esetén a meglévő társbiztosított biztosítottként való megjelölésének visszavonását a biztosítási évforduló előtt 30 nappal írásban kell bejelenteni.
- d) A szerződés tartama alatt újonnan biztosítandó személyek esetében a Biztosító kockázatviselése a Szerződő írásbeli közlése alapján a Biztosító tudomásszerzését követő biztosítási évforduló napjának 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy a vonatkozó biztosítási díj a Biztosító számlájára megérkezett. Amennyiben a biztosítási díj nem érkezik meg a biztosítási évfordulóig, akkor a kockázatviselés kezdete a díj beérkezésének a napja a szerződésben megjelölt új Biztosított(ak), illetve kiegészítő biztosítások vonatkozásában.
- e) A szerződésből írásban kijelentett Biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet(ek) és a biztosítási védelem a kérelem beadását követő biztosítási évforduló napján megszűnik. A jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező társaság, mint Szerződő esetén a szerződésből írásban kijelentett Biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet(ek) és a biztosítási védelem a következő díjfizetési esedékesség első napján megszűnik.

5.2. Haláleseti biztosítási összeg módosítása a tartam alatt:

- a) A Szerződő a következő biztosítási évfordulót megelőzően 60 nappal írásban kérheti a haláleseti biztosítási összeg megemelését a Biztosító által meghatározott kereteken belül. (Isd. 3.számú melléklet) A Biztosító a biztosítási összeg nagyságától függően kockázatbírálást végez. A megemelt biztosítási összeg a kockázatbírálás

eredményétől függően a kérelem beadását követő biztosítási évforduló napján lép hatályba.

- b) A Szerződő a következő biztosítási évfordulót megelőzően 30 nappal írásban kérheti a haláleseti biztosítás összeg csökkentését. A csökkentett biztosítási összeg a következő biztosítási évfordulókor lép hatályba. A csökkentett haláleseti biztosítási összeg nem lehet alacsonyabb a mindenkori minimális haláleseti biztosítási összegnél (lásd. 3. számú melléklet), továbbá a szerződés havi gyakoriság szerinti díja sem csökkenhet a kondíciós listában meghatározott havi minimális díj alá.
- ## 5.3. Kiegészítő biztosítás(ok) módosítása a tartam alatt:

- a) A Szerződő a következő biztosítási évfordulót megelőzően 60 nappal írásban kérheti bármely kiegészítő biztosítás megkötését, illetve biztosítási összeg megemelését a Biztosító által meghatározott kereteken belül. (Isd. 3.számú melléklet) A Biztosító a biztosítási összeg nagyságától függően kockázatbírálást végez. Az újonnan megjelölt kiegészítő biztosítás, illetve a megemelt biztosítási összeg a kockázatbírálás eredményétől függően, a kérelem beadását követő biztosítási évforduló napján lép hatályba.
- b) A Szerződő a következő biztosítási évfordulót megelőzően 60 nappal írásban kérheti bármely kiegészítő biztosítás megszüntetését, illetve biztosítási összeg csökkentését. A megszüntetni kívánt kiegészítő biztosítás, illetve csökkentett biztosítási összeg a következő biztosítási évfordulókor lép hatályba.
- c) A biztosítási szerződés tartama alatt kiegészítő biztosítást megszüntetni és biztosítási összeget csökkenteni csak abban az esetben lehet, ha a kiegészítő biztosítás megszüntetésével vagy a biztosítási összeg csökkentésével a kiegészítő biztosítás csökkentett biztosítási összege nem alacsonyabb a kiegészítő biztosítás mindenkori minimális biztosítási összegénél, továbbá a szerződés havi gyakoriság szerinti díja sem csökkenhet a mindenkori hatályos kondíciós listában meghatározott havi minimális díj alá.

5.4. A biztosítási díj módosításának lehetősége a Biztosító részéről:

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

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

- a) a módosító javaslat kézhezvételét követő 15 napon belül azt elfogadhatja, így a módosításnak megfelelő változatlan biztosítási összeg mellett a módosításnak megfelelő biztosítási díjú szerződés lép hatályba,
- b) a módosító javaslat kézhezvételét követő 15 napon belül azt elfogadhatja, így változatlan biztosítási díj mellett a módosításnak megfelelő biztosítási összegű szerződés lép hatályba,
- c) 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 közlésétől számított 30. napon megszűnik..

6. a szerződés tartama

- 6.1. A szerződés határozott tartamra jön létre.
- 6.2. A szerződés tartama a szerződés kezdetének és végének a kötvényben ekként megjelölt napjai közötti tartam, amely csak egész számú év lehet.
- 6.3. Főbiztosítás tartama: minimális tartam 3 év, maximális tartam 35 év. Hitelfedezeti biztosítás esetén 1 év a minimális tartam.
- 6.4. Kiegészítő biztosítások tartama: a kiegészítő biztosítást a Szerződő vagy a főbiztosítással egy időben köti meg, vagy a szerződés bármely biztosítási évfordulóján. Amennyiben a kiegészítő biztosítást a főbiztosítással együtt kötötték meg, úgy ennek kezdeti időpontja megegyezik a főbiztosításéval. A kiegészítő biztosítás vége a főbiztosítás végéhez igazodik.

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:

Főbiztosítás tekintetében:

- a szerződésben meghatározott tartam végén;
- a főbiztosított halála esetén, a társbiztosítottra vonatkozóan is amennyiben a Biztosító szolgáltatására sor kerül, a biztosítási összeg kifizetésével;
- a főbiztosított halála esetén, a társbiztosítottra vonatkozóan is, 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 díjfizetés elmulasztása esetén, az első elmaradt díj esedékességétől számított 60 nap elteltével, ha a Szerződő halasztást nem kapott és a Biztosító díj iránti igényét bíróság előtt nem érvényesítette;
- a különös feltételekben szabályozott egyéb esetekben;
- a Szerződő részéről történő felmondással.

A Szerződő a szerződést írásban, a biztosítási évforduló előtt - legkésőbb a biztosítási év végét megelőző 30 nappal - írásban felmondhatja, kivéve, ha a felek másképp állapodnak meg.

Kiegészítő biztosítás(ok) tekintetében:

- a főbiztosítás megszűnésekor;
- a Szerződő az évforduló előtt 30 nappal írásban megszünteti a kiegészítő biztosítást
- a Biztosított betölti a kiegészítő biztosításoknál meghatározott maximális életkort.

9. a szerződés területi és időbeli hatálya

- 9.1. A Biztosító kockázatviselése a nap 24 órájában az egész világra kiterjed, feltéve, hogy a különös feltételek 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 új Biztosított megjelölésekor, valamelyik Biztosított tekintetében új kiegészítő biztosítások felvételekor vagy a kiegészítő biztosítások biztosítási összegének 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 az adott 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 Biztosított(ak)at az orvosi vizsgálat

elvégzése nem mentesíti a közlési kötelezettségük alól.

2. a Biztosító szerződésmódosítási 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 közlik vele, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg és ezen körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik a 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 adott Biztosított vonatkozásában. Erre a következményre a Biztosítottat a módosító javaslat megtetelekor 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 az egész szerződés (a főbiztosítás a kiegészítő biztosításokkal együtt) 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.



- 3.4. A Biztosító a visszafizetésre kerülő biztosítási díj után kamatot nem fizet, a biztosítási díjból költségeket nem von le.
- 3.5. A Szerződő által befizetett díjat a Biztosító a szerződés megszűnésétől számított 15 napon belül fizeti vissza a Szerződő részére.

III. a biztosítási esemény

1. biztosítási esemény

- 1.1. A biztosítási esemény az egyes különös feltételekben meghatározott esemény, amely a Biztosító szolgáltatását kiváltja. A biztosítási esemény meghatározása az egyes különös feltételekben található.

IV. a biztosítási díj

1. a biztosítási díj megállapítása, a Biztosított belépési kora

- 1.1. A biztosítási díj a Biztosító által vállalt kötelezettségek (így különösen a kockázatviselés) ellenértéke.
- 1.2. A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító díjszabása alapján, különösen a Biztosított(ak) belépési korának, egészségi állapotának, foglalkozásának, sport és szabadidő tevékenységének, valamint a biztosítás tartamának és összegének/összegeinek a figyelembevételével történik.
- 1.3. A havi díjfizetési gyakorisággal fizetendő minimális díjat a kondíciós lista tartalmazza.
- 1.4. A Biztosító a fizetendő biztosítási díjból a kondíciós listában részletezett kedvezményeket adja.
- 1.5. A díjkedvezmény alapja a havi fizetendő díj tizenkétszerese.
- 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. A Biztosító a Szerződő által a szerződés tartama alatt írásban bejelentett új Biztosított belépési életkorát úgy határozza meg, hogy a tudomásszerzést követő biztosítási

évfordulón kiszámolja a Biztosítottnak ezen évfordulón betöltött éveinek számát.

- 1.8. 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.
- 1.9. Amennyiben a tényleges születési dátum alapján a szerződés létre sem jött volna, akkor a Biztosító érvénytelenségre hivatkozással megtagadhatja a szerződést.

1. a biztosítási díj fizetése

- 1.1. A szerződés éves díjú. A biztosítási évre vonatkozó éves díj havi, negyedéves és féléves részletekben is fizethető.
- 1.2. A szerződés létrejötte előtt befizetett első biztosítási díjat a Biztosító kamatmentes letétként kezeli és visszautalja a Szerződőnek, amennyiben a szerződés nem jön létre.
- 1.3. 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.
- 1.4. A biztosítás első díja a szerződés létrejöttekor esedékes. Minden későbbi díj a díjfizetési gyakorisági időszak (biztosítási év, félév, negyedév, hónap) első napján esedékes.
- 1.5. A Szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díjat a Biztosító számláján jóváírják.

2. a díjfizetés elmulasztásának következményei

- 2.1. Amennyiben a Szerződő az esedékes biztosítási díjat nem egyenlíti ki, úgy a Biztosító erről – 30 napos póthatáridővel megadásával - a Szerződőt írásban értesíti.
- 2.2. Amennyiben a fenti póthatáridőn belül a Biztosítóhoz nem érkezik meg az esedékes díj 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 be kell fizetnie az esedékes díjat is.
- 2.3 Ha a Szerződő az első elmaradt díj esedékességétől számított 60 napon belül fizetési kötelezettségét nem teljesíti, a szerződés e határidő leteltével megszűnik, amennyiben a Biztosító díjkövetelést bírósági úton nem érvényesített.
- 2.4 Amennyiben a Biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, úgy a biztosítási évfordulóig járó és az elmaradt díjat a Biztosítónak jogában áll a szolgáltatás(ok) összegéből levonnia.
- 3. reaktiválás (a kockázatviselés helyreállítása)**
- 3.1 A díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt szerződés a megszűnéstől számított 120 napon belül reaktiválható a Szerződő írásbeli kérelme alapján, amennyiben az elmaradt biztosítási díjakat és a szerződés esedékes díját a Szerződő megfizeti.
- 3.2 A szerződés tartama alatt reaktiválást legfeljebb két alkalommal lehet igénybe venni.
- 3.3 Reaktiválási kérelem esetén a Biztosított(ak) és a Szerződő köteles a díjfizetés elmulasztása alatti időben történt az egészségi állapotban (betegségek, balesetek) bekövetkezett változásokat a Biztosítónak írásban bejelenteni. Amennyiben a Biztosító a reaktiválási kérelmet elfogadja, a kockázatviselés kezdete az első elmaradt díj esedékességének napja. A reaktiválást a Biztosító kockázatbíráláshoz, új egészségi nyilatkozat kitöltéséhez, vagy orvosi vizsgálat meglétéhez köti, melyek közül az utóbbi a Szerződő saját költségére történik.
- 4. indexálás (értékkövetés)**
- 4.1 A Biztosító a szerződés értékállóságának megőrzése érdekében lehetővé teszi a biztosítási összeg(ek) évente egy alkalommal, a biztosítási évfordulón történő emelését.
- 4.2 Az emelés mértékét az általános feltétel kondíciós listája tartalmazza.
- 4.3 A biztosítási díj és a biztosítási összeg(ek) emelkedésének a mértéke eltérő lehet.
- 4.4 Az indexálás minden olyan biztosítási fedezetre vonatkozik, amely a biztosítási évfordulón és az azt megelőző napon is hatályban volt.
- 4.5 A biztosítási évforduló előtt legalább 60 nappal a Biztosító értesítést küld a Szerződőnek a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási összeg(ek)ről és a szerződés díjáról.
- 4.6 A Szerződő az indexálást a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal írásban visszautasíthatja. Amennyiben a Biztosító a megadott határidőig nem kap választ a Szerződőtől, az indexálást automatikusan végrehajtja.
- 4.7 Amennyiben a szerződés az indexálást az ajánlat aláírásakor nem tartalmazza, úgy a Szerződő a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal kérheti a biztosítási összegek megemelését.
- V. a Biztosító teljesítésének feltételei**
- 1. a biztosítási esemény bejelentésének határideje**
- 1.1. A biztosítási eseményt 15 napon belül írásban kell bejelenteni a Biztosítónál, kivéve, ha a különös feltételek másként nem rendelkeznek.
- 1.2. Az 1.1-es ponttól eltérő bejelentési határidőt a különös feltételek tartalmazzák.
- 1.3. 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 kárigény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat a 2. számú melléklet tartalmazza.
- 2.2. A 2.1-es ponttól eltérő dokumentumokat a különös feltételek tartalmazzák.
- 2.3. A külföldön bekövetkezett biztosítási esemény kárbejelentéséhez minden esetben a biztosítási eseményt igazoló dokumentumok hivatalos magyar nyelvű fordítása szükséges.

3. a Biztosító teljesítésének esedékessége

- 3.1. A Biztosító a szerződés alapján a biztosítási esemény bekövetkezésekor a különös feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezi magát.
- 3.2. A Biztosító a hozzá bejelentett kárigényt az annak elbírálásához szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 30 napon belül teljesíti, kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek.
- 3.3. 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.
- 3.4. A Biztosító a szolgáltatási kötelezettségének lehetőség szerint a Kedvezményezett bankszámlájára történő banki utalással tesz eleget.

4. a panaszok bejelentése – panaszforum

- 4.1. A szerződéssel kapcsolatban felmerülő panaszokat szóban és írásban, a Biztosító „Ügyfélértékelő”-jében 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.

VI. a Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól

1. a Biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén

- 1.1. 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.

- 1.2. 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.
- 1.3. Amennyiben a Biztosított közlési és változás-bejelentési kötelezettségét megsérti, a **Biztosító mentesül** a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítják, hogy:
 - a) a Biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt ismerte; vagy
 - b) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítás tartama alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a Biztosító tudomására jutott, és a Biztosító 15 napon belül nem élt a II/2. pontban szereplő módosítási, illetve felmondási lehetőségével; vagy
 - c) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében; vagy
- 1.4. Azt, hogy a felsorolt esetek valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

2. a Biztosító mentesülésének egyéb esetei

- 2.1. A **Biztosító mentesül** a biztosítási összeg kifizetése alól, amennyiben a biztosítási eseményt a Kedvezményezett szándékosan okozta.
- 2.2. A **szerződés 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 2 éven belül elkövetett öngyilkosság következtében hal meg.



2.3. A kiegészítő baleset- és egészségbiztosítások vonatkozásában a Biztosító mentesül a szolgáltatás alól, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a Szerződő illetve a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

2.4. 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 (alkoholos befolyásoltságnak tekinthető a 0,8 ezreléket meghaladó véralkoholszint, illetve a 0,5 mg/l értéket meghaladó légalkohol szint),
- 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.

2.5. A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el az egészségbiztosítások vonatkozásában különösen, ha

- a) a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefügg a Biztosított alkoholfogyasztásával,
- b) a biztosítási esemény kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták.

2.6. 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.

2.7. A Biztosító mentesülésének egyéb eseteit a különös feltételek tartalmazzák.

VII. a Biztosító kockázatviseléséből kizárt események

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:

- 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.

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 Biztosított kóros elmeállapota és annak következményei,
- bármilyen gyorsasági versenyen, vagy erre való felkészülésen való részvétel során bekövetkező baleset,
- a polgári légi forgalmon kívüli repülés során bekövetkezett baleset.

5. **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.

6. A kizárt kockázatok egyéb eseteit a különös feltételek tartalmazzák.

VIII. extra bónusz

1. A Biztosító díjvisszatérítést nyújt a Szerződőnek a kondíciós listában meghatározott mértékben az alábbi feltételek teljesülése esetén:

- a szerződés tartama legalább 10 év,
- a Szerződő a tartam alatt mindvégig időben megfizette az esedékes biztosítási díjakat,
- a szerződés tartama alatt nem történt kárbejelentés.

2. Az extra bónusz kifizetését a Biztosító a fenti feltételek figyelembe vétele mellett a tartam kezdetétől számítottan 10 évente egyszer érvényesíti.

3. Amennyiben a Biztosítóhoz utólag kárbejelentés érkezik azon biztosítási időszakra vonatkozóan, amelyre a kifizetés vonatkozik, a Biztosító levonja a kifizetésre kerülő kárösszegeből a kifizetett összeget.

IX. egyéb rendelkezések

1. a jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) hatályosságának feltételei

1.1. A Biztosító a hozzá eljuttatott ajánlatokat, jognyilatkozatokat, bejelentéseket ellenkező megállapodás hiányában 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 ügyfeleinknek arról is nyilatkozniuk kell, hogy kiemelt közszereplőnek minősülnek-e.
- 3.2. A szerződéses kapcsolat fennállása alatt az ügyfél köteles a tudomásszerzéstől számított 5 napon 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

5. Technikai kamatláb

- 5.1. A technikai kamatlábat a biztosítási szerződés tartama alatt a Biztosító akkor változtathatja meg, ha a technikai kamatlábak legnagyobb mértékéről szóló jogszabályban rögzített technikai kamatláb legnagyobb mértéke módosul.

X. fő- és kiegészítő biztosítások

Jelen feltétel 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 feltétellel együtt. Több Biztosított esetén a Szerződő biztosítottanként eltérő fő- és kiegészítő biztosításokat, illetve hozzájuk rendelt biztosítási összegeket jelölhet meg.

XI. maradékjog

A biztosítási szerződésnek maradékjogai nincsenek, így a Szerződő nem jogosult kötvénykölcsönre, a szerződésnek nincs visszavásárlási értéke és nincs lehetőség díjmentesítésre sem.

XII. adatközlés, adatkezelés

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

XIII. 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.
4. Minden olyan adatot, amely a törvény értelmében biztosítási titoknak minősül, a Biztosító bizalmasan kezel.
5. Jelen szerződési feltétel részét képezi az Ügyfélértékelő és a szerződés valamennyi melléklete.

XIV. értelmezések, fogalmak, meghatározások

1. a baleset, a munkahelyi baleset, a munkahelyi úti baleset és a közlekedési baleset fogalma

1.1. Jelen általános feltétel 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 feltétel szempontjából balesetnek minősülnek az alábbi a Biztosított akaratán kívüli események is:

- vízbefúlás
- villámcsapás
- mérgező gázok belélegzése

1.3. **Jelen általános 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, kivéve, ha a különös feltételek ettől eltérően rendelkeznek. Nem minősül balesetnek a rándulás, ficam, megemelés, rovarcsípés (beleértve a kullancs és darázscsípést is), hóguta, fagyás, napszúrás, a hasi és gerinc sérvek, 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.**

1.4. Jelen általános feltétel 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 munkába menet és jövet bekövetkezett baleset nem minősül munkahelyi balesetnek.

1.5. Jelen általános feltétel 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 feltétel 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 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.

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

2.1. Jelen általános feltétel 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 gondozóintézetei, 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.

2.2. Jelen általános feltétel alkalmazásában **műtétnak** tekintendő az orvosi beavatkozásoknak az orvos-szakmai szabályok megtartásával kórházban történő elvégzése a Biztosítottnál.

2.3. Jelen általános feltétel 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 teljes műtéti lista a Biztosító székhelyén igény esetén megtekinthető.

3. a Biztosított sporttevékenységének minősítése



3.1. Jelen általános feltétel szempontjából **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.

3.2. Jelen általános feltétel 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.).

Jelen általános feltétel szempontjából a versenyző sportoló lehet:

- **Élvonalbeli versenyző sportoló** az a Biztosított (a továbbiakban: élvonalbeli versenyző sportoló), aki nemzetközi, országos (nemzeti) versenyen indul.

- **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.

- **Területi szinten versenyző sportoló** az a Biztosított, aki nem regionális szinten versenyző sportoló és nem élvonalbeli versenyző sportoló.

3.3. Jelen általános feltétel szempontjából **hobby sportoló** az a Biztosított, aki sporttevékenységét nem hivatásos sportolóként és nem versenyző sportolóként végzi.

4. 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 Biztosított tájékoztatni kell.

Hatálybalépés dátuma: 2014.november 10.

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.

2013. június 1.

I. biztosítási díj

- Minimálisan fizetendő havi díj: 2.400 Ft

II. fizetési gyakoriság szerinti díjkedvezmény

- Havi: 0%
- Negyedéves: 2%
- Féléves: 4%
- Éves: 8%

III. fizetési mód szerinti díjkedvezmények

- K&H bankszámláról történő csoportos beszedési megbízás esetén: 5%
- Egyéb bankszámláról történő csoportos beszedési megbízás esetén: 3%

IV. egyéb díjkedvezmények

- Több felnőtt Biztosított esetén a legalacsonyabb díjú kockázati életbiztosítás fedezetének díjából 10% kedvezmény

V. várakozási időtől való eltekintés esetén elvégzendő orvosi vizsgálat

- Az orvosi vizsgálat típusa: 'C' típus
- Szükséges dokumentum: a Biztosító által rendszeresített és a Biztosító szerződött orvosával kitöltetett nyomtatvány
- Az elvégzendő vizsgálatok:
 - anamnézis felvétele,
 - fizikális vizsgálat,
 - részletes vérvizsgálat, amely magába foglalja a HIV és Hepatitis szerológiát is,
 - vizeletvizsgálat,
 - nyugalmi és terheléses EKG vizsgálat,
 - légzésfunkció vizsgálat.

VI. indexálás

- Index mértéke: 5%

VII. extra bónusz

- A biztosítási szerződés első évének díja.

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 elbírálásához 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 Biztosítottak 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
	Cégekivonat
	Aláírási címpéldány

A felsorolt okiratokon kívül a Szerződőnek, illetve a Biztosítottak 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:

Biztosítási fedezetek, minimális és maximális biztosítási összegek (BÖ) és lépésközök

(A megadott összegek Ft-ban értendők)

Biztosítási fedezetek	Minimális BÖ	Maximális BÖ	Lépésköz*
Kockázati életbiztosítás (főbiztosítás)	200 000	20 000 000	100 000
Kiegészítő balesetbiztosítási fedezetek			
Baleseti halál	500 000	20 000 000	100 000
Baleseti maradandó egészségkárosodás 1-100%	500 000	20 000 000	100 000
Baleseti maradandó egészségkárosodás 20-100%	500 000	20 000 000	100 000
Baleseti maradandó egészségkárosodás 100%	500 000	20 000 000	100 000
Csonttörés, csontrepedés	5 000	30 000	1 000
Baleseti eredetű 28 napon túli gyógyulási támogatás	5 000	50 000	1 000
Baleseti kórházi napi térítés 1. naptól	1 000	20 000	1 000
Baleseti kórházi napi térítés 4. naptól	1 000	20 000	1 000
Baleseti műtéti térítés (25-200%)	100 000	1 500 000	50 000
Égési sérülés	200 000	5 000 000	50 000
Baleseti keresőképtelenségi napi térítés 16. naptól térít	1 000	5 000	1 000
Baleseti keresőképtelenségi napi térítés 31. naptól térít	1 000	5 000	1 000
Baleseti keresőképtelenségi napi térítés 61. naptól térít	1 000	5 000	1 000
Közlekedési baleseti halál	500 000	20 M	100 000
Közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodás 1-100%	500 000	20 M	100 000
Kiegészítő egészségbiztosítási fedezetek			
Bármely okú kórházi napi térítés 1. naptól	1 000	20 000	1 000
Bármely okú kórházi napi térítés 4. naptól	1 000	20 000	1 000
Bármely okú műtéti térítés (25-200%)	100 000	1 500 000	50 000
Kritikus betegségek	200 000	5 000 000	100 000
79%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás	500 000	10 000 000	100 000
Bármely okú keresőképtelenségi napi térítés 16. naptól térít	1 000	5 000	1 000
Bármely okú keresőképtelenségi napi térítés 31. naptól térít	1 000	5 000	1 000
Bármely okú keresőképtelenségi napi térítés 61. naptól térít	1 000	5 000	1 000

* Lépésköz: A választott összegnek a lépésközzel oszthatónak kell lennie.

9. számú melléklet: Baleseti és egészségi kiegészítő biztosítások díjai

Az alábbi táblázatban ismertetjük az 1 000 Ft biztosítási összegre fizetendő éves díjat havi díjfizetés esetén. A díjak nem tartalmazzák az érvényesíthető kedvezményeket.

A fizetendő díj meghatározása pl. 2 500 000 Ft baleseti halál biztosítási összeg esetén:

fizetendő díj = (2 500 000/1 000) x 1,177 = 2 943 Ft

Kiegészítő balesetbiztosítási fedezetek	
Baleseti halál	1,177 Ft
Baleseti maradandó egészségkárosodás 20-100%	1,100 Ft
Baleseti maradandó egészségkárosodás 1-100%	1,707 Ft
Teljes és végleges baleseti rokkantság 100%	1,072 Ft
Csonttörés, csontrepedés	24,938 Ft
28 napon túli gyógyulási támogatás	118,848 Ft
Baleseti kórházi napitérítés 1. naptól 100 napig	895,998 Ft
Baleseti kórházi napitérítés 4. naptól 100 napig (levonásos)	572,234 Ft
Baleseti műtéti térítés (25%, 50%, 100%, 200%)	23,201 Ft
Égési sérülés	0,240 Ft
Baleseti keresőképtelenségi napitérítés 16. naptól térít (levonásos)	1 981,482 Ft
Baleseti keresőképtelenségi napitérítés 31. naptól térít (levonásos)	1 308,054 Ft
Baleseti keresőképtelenségi napitérítés 61. naptól térít (levonásos)	703,304 Ft
Közlekedési baleseti halál	0,250 Ft
Közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodás 1-100%	0,362 Ft
Kiegészítő egészségbiztosítási fedezetek	
Bármely okú műtéti térítés (25%, 50%, 100%, 200%)	116,003 Ft
79%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás	1,634 Ft
Bármely okú keresőképtelenségi napitérítés 16. naptól térít (levonásos)	9 907,408 Ft
Bármely okú keresőképtelenségi napitérítés 31. naptól térít (levonásos)	6 540,272 Ft
Bármely okú keresőképtelenségi napitérítés 61. naptól térít (levonásos)	3 516,522 Ft

Kockázati életbiztosítás különös feltétele

2012/H1

A jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H élet-társ 2 kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés általános feltételét (a továbbiakban általános feltétel) is alkalmazni kell. Jelen különös feltételt és az általános feltételt a szerződésre együtt kell értelmezni és alkalmazni. Jelen kiegészítő biztosítás önállóan, mint főbiztosítás is megköthető.

Jelen feltételben meghatározott halál, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződés (fő- és kiegészítő biztosítás) adott Biztosított vonatkozásában megszűnik. Amennyiben a szerződés több Biztosítottra is vonatkozik és a fenti biztosítási esemény a főbiztosított esetében következik be, úgy a teljes szerződés az összes Biztosított (fő, és társbiztosított) vonatkozásában megszűnik. Megszűnik a teljes szerződés (a főbiztosítás az összes kiegészítő biztosítással együtt) az egyes kiegészítő biztosítások szerződési feltételeiben meghatározott egyéb esetekben is.

Jelen biztosításhoz, mint főbiztosításhoz kiegészítő biztosítások köthetők.

I. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a Biztosítottnak a szerződés tartama alatti halála.
2. Amennyiben a biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt nem következik be, úgy a biztosítási szerződés a Biztosító szolgáltatása nélkül megszűnik.

II. a Biztosító szolgáltatása, a biztosítási összeg

1. a Biztosító szolgáltatása

- 1.1 A Biztosított halála esetén a Biztosító a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti.
- 1.2 A biztosítási esemény bekövetkeztekor a meg nem szolgáltatott biztosítási díjakat a Biztosító visszautalja a Szerződőnek.

2. a biztosítási összeg

- 2.1. A kezdeti biztosítási összeg a kötvényben kerül meghatározásra.

