

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL



K&H Biztosító Zrt.

K&H rendszeres díjas – befektetési egységekhez kötött – nyugdíjbiztosítás 3
életbiztosítás szerződési feltétele

2022. december 22.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL**tartalomjegyzék**

adatvédelmi tájékoztató (kivonat)	4
K&H rendszeres díjas – befektetési egységekhez kötött – nyugdíjbiztosítás 3 általános feltétele	6
I. általános rendelkezések	6
1. a szerződés alanyai (a Biztosító, a Szerződő, a Biztosított és a Kedvezményezett)	6
2. a szerződés létrejötte	7
3. a szerződés kezdete, hatálybalépése, a kockázatviselés	7
4. kockázatbírálás, a várakozási idő	7
5. a haláleseti biztosítási összeg	7
6. szerződésmódosítás esetei	8
7. a szerződés tartalma	8
8. a biztosítási évforduló és a biztosítási időszak fogalma	8
9. a szerződés megszűnésének esetei	8
10. a szerződés területi és időbeli hatálya	9
II. a szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	9
1. a Szerződő és a Biztosított közlési és változás-bejelentési kötelezettsége	9
2. a Biztosító szerződésmódosítási és felmondási lehetősége új, lényeges körülmények felmerülése esetén	9
3. 30 napon belüli ügyfél általi felmondás	10
III. a biztosítási esemény, a Biztosító szolgáltatása	10
1. biztosítási esemény	10
2. a Biztosító szolgáltatása	10
IV. a biztosítási díj	11
1. a biztosítási díj megállapítása	11
2. a Biztosított belépési kora	11
3. a kockázati díj(ak)	12
4. a biztosítási díj fizetése	12
5. a díjfizetés elmulasztásának következményei	12
6. ajándékdíj (bónusz)	13
7. indexálás (értékkövetés)/automatikus díjemelés	13
8. visszavásárlás	14
9. részleges visszavásárlás	14
10. díjszüneteltetés	14
V. a biztosítási díj és az adójóváírás befektetése	14

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

1.	biztosítási díj és az adójóváírás felosztása, befektetés áthelyezése	14
2.	az eszközalapok, a Szerződő számlája.....	15
3.	szerződő döntésétől független, kötelezően levonásra kerülő költségek.....	18
4.	eszközalap kezelési költség módosítása	19
5.	a Szerződő döntésétől függő költségek.....	19
VI.	a Biztosító teljesítésének feltételei	19
1.	a biztosítási esemény bejelentésének határideje	19
2.	a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok	20
3.	a Biztosító teljesítésének a módja.....	20
4.	a Biztosító teljesítésének esedékessége	20
5.	panaszbejelentés, panaszkezelés.....	20
6.	az elévülési idő.....	21
VII.	a Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól	21
VIII.	a Biztosító kockázatviseléséből kizárt események	22
IX.	egyéb rendelkezések	23
1.	a jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) hatályosságának feltételei	23
2.	biztosítási szerződés Biztosító általi módosítása	23
3.	a biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése	23
4.	ügyfél-átvilágítás	23
5.	USA illetőségű Kedvezményezettek részére történő teljesítés.....	24
X.	adatközlés, adatkezelés	24
XI.	záró rendelkezések.....	24
XII.	értelmezések, fogalmak, meghatározások	24
1.	számú melléklet: kondíciós lista: terméktulajdonságok.....	27
2.	számú melléklet: kondíciós lista: költségek és elvonások	28
3/A.	számú melléklet: tájékoztató a K&H Biztosító által a kárrendezés során bekérhető okiratokról....	31
3/B.	számú melléklet: tájékoztató a K&H Biztosító által a lejáratú szolgáltatáshoz (eléréshez), valamint visszavásárláshoz bekérhető okiratokról	32
	K&H mozgásban kiegészítő biztosítási csomag különös feltétele	33
	K&H lendületben kiegészítő biztosítási csomag különös feltétele	1

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

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 személyes adatok haladéktalanul törlésre vagy helyesbítésre kerüljenek. A Biztosító személyes adatot olyan formában kezel, 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 érintett – meghatározott feltételek teljesülése esetén – jogosult arra, hogy az adatait tagolt, ismert és géppel olvasható 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 üzletszerzés céljából végzett adatkezelésekkel szembeni tiltakozásra (*tiltakozáshoz való jog*).

A hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvény (Hpt.) 164/B. § alapján a K&H Bank Zrt. mint ellenőrző befolyással bíró hitelintézet és a K&H Biztosító Zrt. között a banktitok, biztosítási titok és személyes adat megtartási kötelezettsége nem áll fenn egymás közti viszonyukban, az általuk az ügyfélről kezelt személyes adatokat, banktitoknak, biztosítási titoknak, valamint az üzleti titoknak minősülő adatokat tevékenységi körük ellátásával összefüggésben a szolgáltatásaik nyújtásához szükséges mértékben kölcsönösen megismerhetik, és a közös adatkezelésben részt vevő adatkezelők általános szerződési feltételeinek megfelelően, az egyedi szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítása céljából egymásnak továbbíthatják és az így átvett adatokat az ügyfélkapcsolat létrehozásának és fennállásának időtartamában kezelhetik, és jogosultak ezen adatok felhasználásával az érintettel való kapcsolatfelvételre. A célhoz kötöttség elvének megfelelően – a kölcsönös adatátadáson alapuló közös adatkezelésben részt vevő adatkezelők általános szerződési feltételeinek

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

megfelelően, erre vonatkozó külön megállapodás nélkül is - jogosultak egymás ügyfeivel való kapcsolatfelvételre a megismert adatok felhasználásával. Ezen adattovábbítás lehetőségét az érintett kifejezett nyilatkozatával bármikor korlátozhatja vagy megtilthatja (személyesen a K&H Biztosító ügyfélszolgálatán: 1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 9., írásban - levelezési cím: Budapest 1851, telefonon: 06 (1/20/30/70) 335 3355 (call center), e-mailben: biztosito@kh.hu).

Jelen tájékoztató szövegét a K&H Bank Zrt. valamint a K&H Biztosító Zrt. honlapjukon (a www.kh.hu oldalon) a figyelem felkeltésére alkalmas módon is közzéteszik.

Adatkezeléssel kapcsolatos panaszával az érintett a Biztosító adatvédelmi tisztviselőjéhez, a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz (székhelycím: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11.) 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.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

K&H rendszeres díjas – befektetési egységekhez kötött – nyugdíjbiztosítás 3 általános feltétele

Jelen K&H rendszeres díjas befektetési egységekhez kötött nyugdíjbiztosítás 3 feltétele (a továbbiakban: feltétel) – ellenkező megállapodás hiányában – a K&H Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) K&H rendszeres díjas befektetési egységekhez kötött nyugdíjbiztosítás 3 szerződésére (a továbbiakban: szerződés) vonatkozik.

A szerződésben választott szolgáltatástól függően a szerződésre a választott kiegészítő biztosításra vonatkozó különös feltételek is érvényesek. Jelen feltételben nem szabályozott kérdésekben a polgári törvénykönyv rendelkezései, valamint az egyéb 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 feltételben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén, az ott meghatározottak szerint szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- 1.2. A **Szerződő** az a természetes személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal. A **Biztosított** az a természetes személy, akinek az életével kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön. A Biztosított belépési életkora minimum betöltött 18 év, maximum betöltött 55 év.
- 1.3. **Nem köthető érvényesen nyugdíjbiztosítási szerződés olyan Biztosított vonatkozásában**
 - a) aki a szerződéskötés pillanatában nyugdíjjogosultsággal rendelkezik,
 - b) akinek folyamatban van a nyugdíjjogosultság megállapítása a szerződéskötés pillanatában.
- 1.4. 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.
- 1.5. Amennyiben a Szerződő és a Biztosított különböző személy, úgy a szerződés megkötéséhez és módosításához a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.
- 1.6. A Biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a Biztosított a Szerződésbe belép.
- 1.7. A Biztosított, a Szerződő beleegyezésével a szerződésbe Szerződőként bármikor beléphet. Erről a Biztosított írásban értesíteni kell. Ezen esetekben a Biztosított és a Szerződő egyetemlegesen felelősek a folyó biztosítási időszakban esedékes biztosítási díjakért. A szerződésbe belépő Biztosított köteles a Szerződőnek a szerződésre fordított költségeit - ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni.
- 1.8. Kedvezményezett(ek) az(ok) a személy(ek), aki(ke)t a szerződésben ekként meghatároztak és aki(k) a Biztosító szolgáltatására jogosult(ak).
- 1.9. A Szerződő a Kedvezményezettet a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja vagy a kijelölt Kedvezményezett helyett más Kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a Biztosított a Szerződő, mindezekhez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.
- 1.10. Több Kedvezményezett esetében százalékosan kell meghatározni a jogosultságuk arányát, amely arányok összege 100% kell legyen. A jogosultsági arány meghatározásának hiányában a Biztosító a Kedvezményezettek részére egyenlő arányban teljesít.
- 1.11. A különböző szolgáltatásokra különböző Kedvezményezetteket lehet megjelölni.
 - a) **Haláleseti Kedvezményezett:** a szerződésben ekként megnevezett, a Biztosítottól különböző természetes személy, aki a Biztosított tartam közbeni elhalálása esetén jogosult a Biztosító szolgáltatására. A haláleseti Kedvezményezettek megjelölhetőek **visszavonhatatlan Kedvezményezettként.**

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

b) **Elérési Kedvezményezett:** a Biztosított (más személy nem jelölhető meg), aki a jelen szerződésben rögzített biztosítási szolgáltatásokra – ide nem értve a haláleseti szolgáltatást – jogosult.

- 1.12. A Haláleseti Kedvezményezett kijelöléséhez, személyének és százalékos részesedésének megváltoztatásához a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A Biztosított írásbeli hozzájárulása nélkül kötött szerződés Kedvezményezettet kijelölő része semmis, ez esetben Kedvezményezettnek a Biztosítottat, illetve az örökösét kell tekinteni, aki a szerződő félnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket.
- 1.13. A Biztosított halála esetén a Kedvezményezett a Biztosított örököse, ha a szerződésben más Kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a Kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában.

2. a szerződés létrejötte

- 2.1. A szerződés a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre, melyet a Szerződő az ajánlatával kezdeményez. Az ajánlat részét képezi a jelen általános feltétel. Amennyiben a Szerződő és a Biztosított különböző személy, az ajánlatot mind a Szerződőnek, mind a Biztosítottnak alá kell írnia.
- 2.2. Az ajánlattétel napja az ajánlat Szerződő és Biztosított általi aláírásának napja.
- 2.3. A szerződés a Biztosító kötvény kiállításával (elfogadó nyilatkozat) jön létre. A Biztosító a szerződéskötéskor a szerződésről kötvényt állít ki.

3. a szerződés kezdete, hatálybalépése, a kockázatviselés

- 3.1. A szerződés kezdete a biztosítási ajánlat megtételének napja, amely a biztosítási kötvényben kerül rögzítésre.
- 3.2. A Biztosító kockázatviselése a szerződés 3.1-es pontban rögzített kezdetét követő nap 0. órájától kezdődik.
- 3.3. Amennyiben a Szerződő a biztosítási díjat a szerződés kezdetét követő 30 napon belül, de legkésőbb a IV. fejezet 5.1-es pontjában meghatározott póthatáridőn belül megfizeti, a kockázatviselés kezdete 3.2. pontban meghatározott időpont.
- 3.4. A Biztosító az első biztosítási díjat azon a napon tekinti megérkezettnek, amikor a díjat a Biztosító számláján jóváírják.

4. kockázatelbírálás, a várakozási idő

- 4.1. A Biztosító nem alkalmaz kockázatelbírálást.
- 4.2. A Biztosító kockázatviselése a kockázatviselési időszak első 6 hónapjában (várakozási idő) a haláleseti biztosítási összeg vonatkozásában részleges, kizárólag a Biztosítottnak a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkezett balesetével okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki.
- 4.3. A Biztosítottnak a várakozási időn belül bekövetkező nem balesetből eredő halála esetén a Biztosító visszatéríti a szerződés tartamának kezdete és a kifizetés időpontja között érvényesített haláleseti kockázati díjakat, továbbá a Szerződő számláján az elhalálozás Biztosító felé történő bejelentésének napján érvényes árfolyamon nyilvántartott befektetési egységek aktuális értékét, amellyel a szerződés megszűnik.
- 4.4. Amennyiben a Szerződő részben, vagy egészben zártvégű eszközalapba is fektette a biztosítási díjakat, és a Biztosított a várakozási időn belül nem baleset bekövetkeztében hal meg, úgy a Biztosító nem téríti vissza az eszközalap árfolyamában érvényesített kezdeti költség mértékét.

5. a haláleseti biztosítási összeg

- 5.1. Az alapbiztosítás az életbiztosítási szerződés kötelező eleme. **A haláleseti biztosítási összeg** a kötvényen megjelenített fix biztosítási összeg, amelynek mértékét jelen feltétel 1. számú melléklete tartalmazza és amely a haláleseti szolgáltatás alapja.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

6. szerződésmódosítás esetei

6.1 Haláleseti biztosítási összeg módosítása a tartam alatt:

A Szerződő – az éves, IV/7. pontban meghatározott indexálást kivéve – nem kérheti a haláleseti biztosítási összeg megemelését, sem annak csökkentését.

6.2 Biztosítási díj módosítása a tartam alatt:

a) A Szerződő kérheti a felajánlott díjmelés helyett a rendszeres biztosítási díj ettől eltérő mértékű emelését. Erre azonos határidők vonatkoznak, mint az automatikus díjmelésre, a IV/7. pontban leírtaknak megfelelően. A Szerződő által kezdeményezett díjnövelés maximális nagyságát a mindenkor hatályos 1. számú melléklet tartalmazza.

b) A Szerződő írásban legalább 30 nappal az évforduló előtt kérheti a biztosítási díj és a díjfizetés gyakoriságának módosítását. Ez a módosítást követő évfordulókra lép hatályba. A megváltoztatott folyamatos díjnak el kell érnie a mindenkor érvényes minimális értéket (lásd 1. számú melléklet).

6.3 Biztosító jogosult a jelen szerződést egyoldalúan módosítani a szerződés bármely részének tekintetében a Biztosítóra kötelező bírósági vagy hatósági intézkedések alapján, illetve az irányadó jogszabályi környezet változása miatt, ideértve az MNB által kiadott szabályozó normák és a felügyeleti vagy bírósági gyakorlat megváltozását is. A jelen szerződési feltétel változása olyan mértékű lehet, amelyet a fentiekben felsorolt változások vagy intézkedések előírnak vagy indokolnak. A módosítást a Biztosító köteles a módosítás hatálybalépését legalább 30 nappal megelőzően írásban közölni a Szerződővel.

7. a szerződés tartama

7.1. A szerződés határozott tartamra jön létre.

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

7.3. A szerződés kezdete az I/3.1-es pontban meghatározott nap, míg a szerződés vége megegyezik azzal a nappal, amely napon a Biztosított betölti a rá a szerződéskötés napján érvényes Öregségi Nyugdíjkorhatárt, amelynek a szerződés kezdetétől számított legalább 10 év elteltével kell bekövetkeznie.

7.4. Az I/7.3-as pont szerint számított tartamtól eltérő tartamra szerződés nem köthető.

7.5. A szerződés tartamának módosítására nincs lehetősége a Szerződőnek.

8. a biztosítási évforduló és a biztosítási időszak fogalma

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

8.2. A biztosítási időszak az az 1 év, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik, és ettől számítva egy évig – de legfeljebb a biztosítás tartamának végéig – tart.

9. a szerződés megszűnésének esetei

9.1. A szerződés a következő esetekben szűnik meg:

a) a szerződésben meghatározott időpont elérése esetén a szolgáltatás teljesítésével

b) a Biztosított halála esetén, amennyiben a Biztosító szolgáltatására sor kerül, a biztosítási összeg kifizetésével;

c) a kizárt események bekövetkeztekor, illetve a Biztosító mentesülése esetén a visszavásárlási összeg kifizetésével;

d) ha a Szerződő meghal, és a Biztosított vagy a Biztosított engedélyével egy harmadik személy a szerződésbe a Szerződő helyébe nem lép a visszavásárlási összeg kifizetésével;

e) a Biztosított nyugdíjszolgáltatásra való jogosultságának megszerzése esetén, a szolgáltatás teljesítésével;

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

- f) amennyiben a Biztosítottnál a Rehabilitációs Szakigazgatási Szerv, Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértő Intézet, vagy más, az egészségkárosodás megállapítására jogosult hatóság 40%-os mértéket elérő egészségkárosodást állapít meg, a szolgáltatás teljesítésével;
- g) ha a kötvényérték a visszavásárlási költség alá csökken;
- h) a Szerződő részéről történő felmondással, visszavásárlással;
- i) ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a Biztosító - a következményekre történő figyelmeztetés mellett - a szerződő felet a felszólítás kézhezvételétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a Biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti, vagy a szerződést díjmentesítik.

10. a szerződés területi és időbeli hatálya

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

II. a szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

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

- 1.1. A Szerződő és a Biztosított köteles közlési és változás-bejelentési kötelezettségének eleget tenni.
- 1.2. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Szerződő és a Biztosított köteles ajánlattételkor és a későbbiekben Biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, és amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban feltett kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal - különös tekintettel a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó kérdésekre - a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- 1.3. 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 megváltozását.
- 1.4. A közlésre és változás bejelentésére vonatkozó kötelezettség egyaránt terheli a Szerződő felet és a Biztosítottat. Sem a Szerződő, sem a Biztosított nem védekezhet olyan körülmény vagy változás nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, vagy neki bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre, illetőleg bejelentésre köteles lett volna.

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, és ezen körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.
- 2.2. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.
- 2.3. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

- 2.4. A szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeivel kapcsolatban a Biztosító jogainak gyakorlására nyitva álló öt éves időszak a változás-bejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

3. 30 napon belüli ügyfél általi felmondás

- 3.1. A szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy Szerződő, a szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül megtett írásbeli nyilatkozatával a szerződést – indoklás nélkül – felmondhatja. A felmondással a szerződés megszűnik.
- 3.2. A Szerződő érvényesen nem mondhat le az öt megillető ezen felmondási jogáról.
- 3.3. A Szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a Biztosító köteles 15 napon belül a Szerződő által a szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni és a Szerződő által befizetett díjat a Szerződő részére visszafizetni.
- 3.4. A Biztosító a 3.3 pontban visszafizetésre kerülő összegre kamatot nem fizet, valamint díjat, költséget sem érvényesít.

III. a biztosítási esemény, a Biztosító szolgáltatása

1. biztosítási esemény

- 1.1. A biztosítási esemény a Biztosított életével kapcsolatban lévő olyan esemény, amely a Biztosítóval szembeni szolgáltatási igényt megalapozza.
- 1.2. E szerződés szerint biztosítási esemény:
- a) a szerződés létrejöttkor érvényes öregségi nyugdíjkorhatár Biztosított általi betöltése
 - b) a Biztosított a mindenkori hatályos társadalombiztosítási nyugellátásról szóló magyar jogszabály szerinti nyugdíj szolgáltatásra való saját jogú jogosultságának megszerzése, amennyiben a nyugdíjfolyósító szerv nyugdíjjogosultságról szóló jogerős határozatában meghatározott időpont a biztosítási tartamra esik (nyugdíjjogosultság megszerzése)
 - c) a Biztosítottnál betegség, baleset következtében az arra jogosult bizottság által (az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértő Intézet, továbbiakban ORSZOSZI; valamint Rehabilitációs Szakigazgatási Szerv) 40%-ot elérő össz-szervezeti egészségkárosodás - kivéve, ha a nyugdíjbiztosítási szerződés létrejöttének időpontjában a Biztosított egészségkárosodása a 40%-os mértéket elérte (függetlenül attól, hogy rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásra jogosult-e vagy sem) - megállapítása, amennyiben az egészségkárosodás bekövetkeztének a szakértői bizottság szakvéleményében meghatározott időpontja, vagy ilyen időpont hiányában a szakvélemény elkészítéséhez lefolytatott vizsgálat időpontja a biztosítási tartamra esik. Az egészségkárosodás mértékét a Rehabilitációs Szakigazgatási Szerv, Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértő Intézet, vagy más, az egészségkárosodás megállapítására a hatályos jogszabályok alapján jogosult hatóság határozza meg.
 - d) a Biztosított a szerződés tartama alatt bekövetkező alatti halála

2. a Biztosító szolgáltatása

- 2.1. **Nyugdíjjogosultság megszerzése (III. 1.2/b) pont)**, vagy elérés esetén (III. 1.2/a) pont) a Biztosító kifizeti a biztosítási esemény bejelentésének napján aktuális kötvényértéket és jogosultság esetén az Ajándékdíjat az Elérési Kedvezményezettnek (a továbbiakban: **nyugdíjbiztosítási szolgáltatás**).

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

- 2.2. Amennyiben a Biztosított a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló törvény szerinti nyugdíj szolgáltatásra való saját jogú jogosultságot (III.1.2/b pont) a szerződés kezdetétől számított 10 éven belül szerzi meg és válik a nyugdíj szolgáltatásra jogosulttá, a Biztosító a biztosítási esemény bejelentésének napján aktuális kötvényértéket kizárólag nem csökkenő összegű, 10 éves tartamú járadék formájában fizeti meg az elérési Kedvezményezettnek. A járadékszolgáltatás szabályait a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában hatályos járadékszolgáltatás szerződési feltétele tartalmazza.
- 2.3. **Egészségkárosodás** esetén (III. 1.2/c) pont): a Biztosító kifizeti a biztosítási esemény bejelentésének napján aktuális kötvényértéket és jogosultság esetén az Ajándékdíjat az Elérési Kedvezményezettnek (a továbbiakban: **egészségkárosodási szolgáltatás**).
- 2.4. **A Biztosított tartamon belül bekövetkezett halála esetén (haláleseti szolgáltatás)** (III. 1.2/d) pont): a Biztosító az elhalálozás napján aktuális haláleseti biztosítási összeg, a biztosítási esemény bejelentésének napján aktuális kötvényérték – amennyiben a biztosítási eseményt a szerződés lejáratát követően jelentik be, úgy a lejárat kötvényérték – és az Ajándékdíj együttes összegét fizeti ki a haláleseti Kedvezményezett(ek)nek.
- 2.4.1. **Elévülési időn túli szolgáltatás:** amennyiben a Biztosított bármely okból meghal és a haláleseti Kedvezményezettek a haláleset bekövetkezésének napjától számított 5 éven túl jelentik be az igényt, a Biztosító szolgáltatása az igény bejelentése napján érvényes kötvényérték.
- 2.5. Több biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító egy, az időben a legkorábban bejelentett biztosítási esemény vonatkozásában teljesít szolgáltatást és a szerződés megszűnik.

IV. a biztosítási díj

1. a biztosítási díj megállapítása

- 1.1. A szerződés rendszeres díjas. A biztosítási díj a Biztosító által vállalt kötelezettségek ellenértéke.
- 1.2. A kezdeti biztosítási díj a kötvényben kerül meghatározásra.
- 1.3. Az első rendszeres díj esedékessége a szerződéskötés napja.
- 1.4. Amennyiben a Szerződő az esedékesség napján nem fizeti meg az első rendszeres díjat, úgy a Biztosító erről – 30 napos póthatáridő megadásával – a Szerződőt írásban értesíti. A póthatáridő kezdő napja a biztosítási ajánlat/kötvény 2. számú nyilatkozatának aláírását követő nap. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.
- 1.5. A havi díjfizetési gyakorisággal fizetendő minimális díjat a mindenkori hatályos 1. számú melléklet tartalmazza.
- 1.6. A szerződésre eseti befizetések is teljesíthetők. Az eseti befizetések nem helyettesítik a folyamatos díjat. Az eseti befizetésnek el kell érnie a Biztosító által meghatározott mindenkori minimumot, amely a mindenkori hatályos 1. számú mellékletben található.

2. a Biztosított belépési kora

- 2.1. A Biztosító a Biztosított belépési korát úgy állapítja meg, hogy a szerződés megkötésekor kiszámolja a Biztosított ezen időpontban betöltött éveinek számát.
- 2.2. Amennyiben a Biztosított születésének dátumát helytelenül közölték, akkor a II. 2.1 pontban foglaltak szerint jár el a Biztosító.
- 2.3. Amennyiben a Biztosított tényleges születési dátum alapján a szerződés létre sem jöhetett volna, akkor a szerződés semmis. Ilyen esetben a Biztosító a semmisség Ptk-ban rögzített jogkövetkezményeit alkalmazza.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

3. a kockázati díj(ak)

- 3.1. A Biztosító havonta állapítja meg az albiztosítás kockázati díját az aktuális haláleseti biztosítási összeg, a Biztosított aktuális életkora és a Biztosító díjszabása alapján. A következő hónapra megállapított kockázati díjat, valamint – választás esetén – a kiegészítő csomag díját a Biztosító a szerződés hófordulóján előre vonja le befektetési egységek formájában, az azon a napon érvényes árfolyamon.
- 3.2. Az albiztosítás díjtételeit és a kockázati díj számításának módját, valamint a kiegészítő biztosítási csomagok díját a 2. számú melléklet tartalmazza.

4. a biztosítási díj fizetése

- 4.1. A szerződés éves díjú. A biztosítási évre vonatkozó éves díj havi, negyedéves és féléves részletekben is fizethető.
- 4.2. A szerződés létrejötte előtt befizetett első biztosítási díjat a Biztosító kamatmentes letétként kezeli és visszautalja a Szerződőnek, amennyiben a szerződés nem jön létre.
- 4.3. A díjfizetés gyakoriságát a Szerződő az ajánlattételkor határozza meg, és bármely biztosítási évfordulótól megváltoztathatja, ha a változtatási szándékot a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal írásban jelzi a Biztosítónak.
- 4.4. A biztosítás első díja a szerződés létrejöttekor esedékes. Minden későbbi díj a díjfizetési gyakorisági időszak (biztosítási év, félév, negyedév, hónap) első napján esedékes.
- 4.5. A Szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díjat a Biztosító számláján jóváírják.

5. a díjfizetés elmulasztásának következményei

- 5.1. Amennyiben a Szerződő az esedékes biztosítási díjat nem egyenlíti ki, úgy a Biztosító erről – a felszólító elküldésétől számított 30 napos póthatáridő megadásával – a Szerződőt írásban értesíti.
- 5.2. **Amennyiben a Biztosítóhoz az előírt biztosítási díj – ide nem értve az első díjat - az esedékességtől számított 120 napon belül nem érkezik meg, a felek megállapodnak abban, hogy a Biztosító a díjelőírást megszünteti a szerződésre, azaz végleges díjszüneteltetés lép érvénybe, amelyről a Biztosító értesíti a Szerződőt.**

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

6. ajándékdíj (bónusz)

6.1. A Biztosító a teljes visszavásárlás szolgáltatás, a haláleseti szolgáltatás, a nyugdíjjogosultság megszerzése, az eléérés és a 40%-ot elérő vagy meghaladó egészségkárosodás esetén díjvisszatérítést nyújt az adott biztosítási szolgáltatás Kedvezményezettjének (visszavásárlás esetén a Biztosítottnak), amennyiben a szerződés tartama legalább 10 év, és a tartamból eltelt legalább 10 díjjal rendezett év.

6.2. A díjvisszatérítés mértéke a tartamból eltelt idő függvényében:

- a) a legalább 120, de 180 hónapot el nem érő díjrendezett időszak elteltét követő kifizetés esetén az első rendszeres díj gyakoriság szerint évesített mértékének 1/3-a, míg
- b) a legalább 180, de 240 hónapot el nem érő díjrendezett időszak elteltét követő kifizetés esetén az első rendszeres díj gyakoriság szerint évesített mértékének 2/3-a, míg
- c) a legalább 240 hónapot követő kifizetés esetén az első rendszeres díj gyakoriság szerint évesített mértékének 4/3-a kerül kifizetésre

6.3. a kifizetés feltételei:

- a) a szerződés a tartam során nem volt díjszüneteltetve,
- b) a Szerződő nem csökkentette az első évben fizetett első rendszeres díj gyakoriság szerint évesített mértéke alá a fizetendő díjat,
- c) a szerződés tartamából eltelt legalább 120, 180 illetve 240 teljes hónap és 120, 180 illetve 240 hónappal legyen díjrendezett a szerződés.

6.4. A Biztosító az ajándékdíjat IV.6.1 pontban felsorolt esetek szolgáltatási összegével növelve fizeti ki.

7. indexálás (értékkövetés)/automatikus díjemelés

- 7.1. A Biztosító a szerződés értékállóságának megőrzése érdekében lehetővé teszi a haláleseti biztosítási összeg és a biztosítási díj évente egy alkalommal történő emelését (indexálás), vagy csak a biztosítási díj automatikus emelését.
- 7.2. A Biztosító minden évben a szerződésre felajánlja az indexálást/automatikus díjemelést. Erről a Biztosító legalább 30 nappal az indexálás/automatikus díjemelés előtt értesítést küld a Szerződőnek a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási összegéről és/vagy a szerződés díjáról.
- 7.3. A Szerződő az indexálást/automatikus díjemelést az esedékesség előtt legalább 15 nappal írásban visszautasíthatja. Amennyiben a Biztosító a megadott határidőig nem kap választ a Szerződőtől, az indexálást/automatikus díjemelést végrehajtja.
- 7.4. A biztosítási díj és a biztosítási összeg vagy csak a biztosítási díj, a szerződés évfordulóján kerül megemelésre.
- 7.5. Az indexálás és az automatikus díjemelés mértéke a Központi Statisztikai Hivatal által a tájékoztató kiküldését megelőzően legutóbb közzétett naptári évre vonatkozó fogyasztói árindex, de legalább 5%.
- 7.6. A díjszüneteltetés alatt álló szerződéseken a Biztosító sem indexálást, sem automatikus díjemelést nem végez.
- 7.7. Amennyiben a szerződés az indexálást és az automatikus díjemelést az ajánlat aláírásakor nem tartalmazza, úgy a Szerződő a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal kérheti a biztosítási összeg és/vagy a biztosítási díj megemelését.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

8. visszavásárlás

- 8.1. A Szerződő a biztosítási szerződést felmondhatja és kérheti a visszavásárlási érték kifizetését. Ezt az igényt írásban kell bejelentenie a Biztosítónak, a feltétel 3/B mellékletében meghatározott dokumentumok benyújtásával. A Biztosító ebben az esetben az utolsó dokumentum beérkezésétől számított 15 napon belül a XII./12. pontban meghatározott visszavásárlási összeget és a IV./6.3. pontban meghatározott feltételek teljesülése esetén az Ajándékdíjat fizeti ki.
- 8.2. A visszavásárlási összeg kifizetésével a szerződés és a Biztosító kockázatviselés megszűnik.
- 8.3. Visszavásárlás során a Biztosító egyszeri fix visszavásárlási költséget érvényesít, melynek mértékét a 2. számú melléklet tartalmazza.
- 8.4. **A nyugdíjbiztosítás törvényi szabályozásából eredő, szokásostól eltérő gyakorlat, hogy a Biztosító a visszavásárlási összeget a Biztosítottnak és nem a Szerződőnek fizeti ki, továbbá hogy az igénybe vett adójóváírást és a mindenkor hatályos jogszabály szerinti büntetőkamatokat az Adóhatóságnak a Szerződő nevében visszafizeti, csökkentve ezzel a kifizetést.**

9. részleges visszavásárlás

- 9.1. **részleges visszavásárlás nem lehetséges**

10. díjszüneteltetés

- 10.1. Folyamatos díjfizetés esetén a Szerződő bármikor kérheti a végleges vagy időleges díjszüneteltetést. Ez azt jelenti, hogy a szerződésre nem kell biztosítási díjat fizetni. Az időleges szüneteltetés legfeljebb 180 napos tartamra kérhető. Ezt követően a folyamatos biztosítási díj újra esedékes.
- 10.2. A díjszüneteltetésre irányuló bejelentést a Szerződőnek írásban kell eljuttatnia a Biztosítóhoz. A szüneteltetés a bejelentés kézhezvételét követő esedékességkor lép érvénybe.
- 10.3. Díjszüneteltetés alatt lévő szerződésre továbbra is lehet eseti díjat fizetni.
- 10.4. A díjszüneteltetés alatt lévő szerződésre a folyamatos díjfizetés bármikor újraindítható a Szerződő ilyen értelmű írásos bejelentését követően.
- 10.5. A díjszüneteltetés alatt a Biztosító a haláleseti biztosítási összeg vonatkozásában folyamatosan kockázatban áll. A kockázati díj továbbra is levonásra kerül a kötvényértékből.
- 10.6. Amennyiben díjnemfizetés miatt a kötvényérték a mindenkori visszavásárlási költség alá csökken, a szerződés a Biztosító szolgáltatása nélkül megszűnik, amelyről a Biztosító a Szerződőt írásban értesíti.

V. a biztosítási díj és az adójóváírás befektetése

1. biztosítási díj és az adójóváírás felosztása, befektetés áthelyezése

- 1.1. A Szerződő szerződéskötéskor – a vonatkozó szabályok keretei között – meghatározza a befolyó biztosítási díjnak az egyes nyíltvégű eszközalapok közötti megosztását. Zártvégű biztosítói eszközalapokba rendszeres biztosítási díjak nem fektethetők. A Szerződőnek eseti díj fizetése esetén külön szükséges rendelkeznie a megfizetett eseti díj eszközalapok közötti felosztásáról. Amennyiben az eseti díjak felosztására vonatkozó rendelkezés megadását elmulasztja, úgy a Biztosító az eseti díjat az eseti díjfizetés időpontjában aktuális rendszeres díj felosztás arányai szerint fekteti be az egyes eszközalapokba.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

A Szerződő írásban bármikor kérheti, hogy valamely eszközalap befektetési egységeinek az értékét – a jelen fejezetben leírt korlátozásokkal – egy másik eszközalapba helyezze át a Biztosító, azaz a befektetési egységek értékének eszközalapok közötti megoszlását a mellékletekben meghatározott kereteken belül megváltoztathatja.

- 1.2. A Biztosító a befizetett biztosítási díjat, a díj Biztosító számláján történő jóváírását és beazonosítását, követő első értéknapi árfolyamon fekteti be, befektetési egységek Szerződő számláján történő jóváírásával.
- 1.3. Amennyiben a szerződés díjhátralékban van, a Biztosító az eseti díjat legfeljebb az elmaradt rendszeres biztosítási díj mértékéig rendszeres díjként számolja el, fekteti be és csak ennek a különbözete kerül eseti díjként befektetésre.
- 1.4. A Biztosító a szerződésen belül más eszközalapból egy adott eszközalapba áthelyezett befektetési értéket az áthelyezési megbízás Biztosítóhoz történő beérkezését követő első értéknapi árfolyamon fekteti be, befektetési egységek Szerződő számláján történő jóváírásával.
- 1.5. Nem lehet befektetni (sem áthelyezéssel, sem díjbefizetéssel) olyan zártvégű eszközalapba, melynek jegyzési időszaka már letelt. Zártvégű eszközalapból csak az eszközalap indulását követő egy év elteltével kérhető áthelyezés. Szintén nem lehet befektetni (sem áthelyezéssel, sem díjbefizetéssel) olyan zártvégű eszközalapba, amelynek lejárat dátuma a biztosítási szerződés lejáratát követő napra esik. Nem lehet továbbá befektetni (sem áthelyezéssel, sem egyszeri, sem eseti díjbefizetéssel) a K&H állampapír elszámoló eszközalap B sorozatba.
- 1.6. A Biztosító az adóhatóság által utalt adójóváírást minden esetben az adójóváírás befektetésének időpontjában érvényes rendszeres díj felosztás arányai szerint fekteti be az egyes eszközalapokba.

2. az eszközalapok, a Szerződő számlája

- 2.1. Minden eszközalap befektetési egységekből áll, amely egységek az eszközalap befektetett eszközeiben való arányos részesedést testesítenek meg. Az eszközalap célja a befektetett eszközök értékének hosszú távú növelése. Az eszközalapokat a Biztosító folyamatosan befekteti. Az eszközalapok értéke az azokhoz tartozó befektetési egységek árában tükröződik.
- 2.2. A választható eszközalapok leírását, azok összetételét és befektetési politikáját a szerződési feltétel megfelelő mellékletei tartalmazzák.
- 2.3. A befektetések hozama növelheti, vagy csökkentheti az eszközalap, és ezáltal a befektetési egységek értékét. Az egyes eszközalapok a befektetések típusában, ezáltal a várható hozamban és a befektetés kockázatában különböznek egymástól. **Jelen szerződés vonatkozásában a befektetési kockázatot teljes egészében a Szerződő viseli, a Biztosító tőke- illetve hozamgaranciát nem nyújt, kivéve, ha a feltétel egyes eszközalapokra vonatkozó mellékletei ettől eltérően nem rendelkeznek.**
- 2.4. A Biztosító az eszközalapokat rendszeresen értékeli annak érdekében, hogy a befektetési egységek árát meghatározza.
- 2.5. A Biztosító a befektetési egységek számát és értékét 5 tizedesjegy pontossággal tartja nyilván.
- 2.6. Minden eszközalap befektetési egységének egy értékelési napon egy értéke van.
- 2.7. A Biztosító évente egyszer tájékoztató levelet küld a Szerződőnek a kötvény aktuális értékéről és a szerződésen jóváírt adó mértékéről.
- 2.8. A szerződéshez tartozó eszközalapok befektetési egységeinek árfolyamáról és a befektetési politikákról a Biztosító a befektetési egységekhez kötött életbiztosítások esetén az ügyfeleknek nyújtandó tájékoztatás formájáról és tartalmáról szóló 2/2019. (III.28.) számú Pm rendelet 4. §-ában meghatározott módokon tájékoztatja a Szerződőt.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

2.9. eszközalap felfüggesztés

- 2.9.1. A Biztosító a Szerződők érdekében a befektetési egységekhez kötött szerződéshez kapcsolódó eszközalap befektetési egységeinek eladását és vételét felfüggeszti (a továbbiakban: eszközalap felfüggesztés), amennyiben az eszközalap nettó eszközértéke, illetve ezzel együtt a befektetési egységeknek az árfolyama azért nem állapítható meg, mert az eszközalap eszközei részben vagy egészben illikvid eszközzé váltak. Az eszközalap felfüggesztését a Biztosító az annak okául szolgáló körülményről való tudomásszerzését követően haladéktalanul végrehajtja arra az értékelési napra (a továbbiakban: az eszközalap felfüggesztés kezdő időpontja) visszamenő hatállyal, amely értékelési napot megelőzően az utolsó alkalommal megállapítható volt az eszközalap nettó eszközértéke
- 2.9.2. Az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt a felfüggesztett eszközalapot érintő ügyfélrendelkezések (így különösen átváltás, részleges visszavásárlás) nem teljesíthetők. Amennyiben az eszközalap felfüggesztésének tartama a 30 napot meghaladja, akkor az eszközalap felfüggesztés kezdő időpontját követő 35. napig a Biztosító igazolható módon írásbeli tájékoztatást küld a felfüggesztett eszközalappal érintett valamennyi Szerződő részére arról, hogy az eszközalap felfüggesztés megszüntetését követően a Biztosító akkor teljesíti ezeket az ügyfélrendelkezéseket, ha azok teljesítésére vonatkozóan a Szerződő az eszközalap felfüggesztés megszüntetését követően ismételten rendelkezést ad. A felfüggesztés tartama alatt felfüggesztett eszközalpra vonatkozóan ügyfélrendelkezést adó Szerződő számára a Biztosító haladéktalanul tájékoztatást ad az ügyfélrendelkezéssel kapcsolatban.
- 2.9.3. Amennyiben a befizetett díjat a szerződés, illetve a Szerződő rendelkezése alapján a Biztosítónak a felfüggesztett eszközalapba kellene befektetnie, a Biztosító – a szerződés vagy a Szerződő eltérő rendelkezése hiányában – köteles a díjat elkülönítetten nyilvántartani. Ha a fenti esetben az eszközalap felfüggesztésének tartama a 30 napot meghaladja, akkor az eszközalap felfüggesztés kezdő időpontját követő 35. napig a Biztosító igazolható módon írásbeli tájékoztatást küld az érintett Szerződő részére arról, hogy az elkülönítetten nyilvántartott és az eszközalap felfüggesztés időtartama alatt beérkező díjat mely másik, fel nem függesztett eszközalapba irányítja át – azzal ellentétes ügyfélrendelkezés hiányában – az eszközalap felfüggesztés kezdő időpontját követő 45. naptól.
- 2.9.4. Az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt a szerződésben meghatározott időpont elérése (lejárat) mint biztosítási esemény bekövetkezése vagy a szerződés teljes visszavásárlása esetében a Biztosító a Szerződő számlája aktuális egyenlegének értékét a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeinek figyelmen kívül hagyásával állapítja meg. A Biztosító a fenti esetekben az eszközalap felfüggesztés megszüntetését követő 15 napon belül – amennyiben a jelen fejezet 2.9.8 pontjában írt feltétel nem áll fenn – köteles a Szerződő számláján a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeiből nyilvántartott befektetési egységeknek az eszközalap felfüggesztés megszüntetését követő első ismert árfolyamán számított aktuális értéket vagy ugyanezen az árfolyamon a visszavásárlásra vonatkozó szerződéses rendelkezések szerinti összeget kifizetni.
- 2.9.5. A Biztosító haláleseti (kockázati) szolgáltatása teljesítését az eszközalap felfüggesztése annyiban érinti, hogy a Biztosító a Szerződő számlája aktuális egyenlegének értékét a felfüggesztett eszközalap befektetési egységeinek az eszközalap felfüggesztést megelőző utolsó ismert árfolyama alapján határozza meg, és a biztosítási szerződés szerinti kifizetési kötelezettségét a Biztosító az eszközalap felfüggesztésének tartama alatt is a fentiek alapján meghatározott értékben teljesíti, a felfüggesztett eszközalap befektetési egységei tekintetében teljesítendő szolgáltatásrész vonatkozásában azonban biztosítottanként legfeljebb 30 millió forint összeghatárig. Az eszközalap felfüggesztés megszüntetését követő 15 napon belül az eszközalap felfüggesztés megszüntetését követő első ismert árfolyamon a Biztosító a felfüggesztett eszközalap befektetési egységei tekintetében teljesítendő haláleseti (kockázati) szolgáltatásrészét újra megállapítja, és amennyiben ez meghaladja a korábban erre kifizetett összeget, akkor a különbözetet utólag kifizeti. Amennyiben a jelen fejezet 2.9.8 pontjában írt feltétel fennáll, akkor a Biztosító a fenti újbóli megállapítást és a különbözet kifizetését a jelen fejezet 2.9.8 pontjában írt elszámolás keretében teljesíti.
- 2.9.6. Az eszközalap felfüggesztés végrehajtását követően az eszközalap felfüggesztés megszüntetéséig es az eszközalap ezt követő első ismert nettó eszközértékének megállapításáig nem terjeszthető vagy értékesíthető olyan biztosítási termék vagy szerződés, amely mögött kizárólag felfüggesztett eszközalap áll.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

- 2.9.7. Az eszközalap felfüggesztés időtartama legfeljebb 1 év, amelyet a Biztosító indokolt esetben összesen további 1 évvel meghosszabbíthat. A Biztosító a meghosszabbításról szóló döntését az eszközalap felfüggesztés időtartamának lejártát legalább 15 nappal megelőzően, figyelemfelhívásra alkalmas módon közzéteszi a honlapján, valamint kifüggeszti az ügyfélszolgálati irodáiban. A Biztosító az eszközalap felfüggesztést haladéktalanul megszünteti:
- az eszközalap felfüggesztés időtartamának lejártát követően;
 - az eszközalap felfüggesztés okául szolgáló körülmény megszűnéséről való tudomásszerzését követően; vagy
 - amennyiben azt a Felügyelet határozatban elrendeli.
- 2.9.8. Amennyiben az eszközalap felfüggesztés (jelen fejezet 2.9.7 pontja szerinti megszüntetések) az eszközalap nettó eszközértéke, illetve ezzel együtt a befektetési egységeknek az árfolyama továbbra sem állapítható meg azért, mert az eszközalap eszközei részben vagy egészben illikvid eszközök, akkor a Biztosító az eszközalapot megszünteti, és az ügyfelekkel – a megszüntetési időpontjában aktuális piaci helyzet alapul vételével – elszámol.
- 2.9.9. Az eszközalap felfüggesztés kezdő időpontját követő 30 napon belül a Biztosító – a szerződő felek közötti egyenlő elbánás elvének biztosítása és a Biztosító eszközalappal kapcsolatos szolgáltatásainak folyamatos fenntartása érdekében – az illikviddé vált eszközöket és az eszközalap egyéb, nem illikvid eszközeit szétválasztja (az eszközalapot illikvid és nem illikvid eszközöket tartalmazó utód eszközalapokra bontja, a továbbiakban: szétválasztás) akkor, ha az eszközalap utolsó ismert nettó eszközértékének legfeljebb 75%-át képviselő eszközök váltak illikviddé. A szétválasztás végrehajtásával egyidejűleg a nem illikvid eszközöket tartalmazó utód eszközalap vonatkozásában az eszközalap felfüggesztés megszűnik, és az önálló eszközalapként működik tovább. Garantált eszközalap esetén – függetlenül az illikvid eszközök hányadától – a teljes eszközalap felfüggesztésre kerül. Ebben az esetben a garancia lejáratakor a Biztosító az eredeti szerződéses feltételek szerint köteles elszámolni a Szerződéssel.
- 2.9.10. A szétválasztás esetében az illikviddé vált eszközöket elkülönítetten, ugyancsak önálló eszközalapként kell nyilvántartani, amelyre vonatkozóan az eszközalap felfüggesztés a 2.9.1-2.9.8 pontokban írottak szerint marad érvényben azzal, hogy az eszközalap felfüggesztés kezdő időpontjának az eredeti eszközalap felfüggesztés kezdő időpontját kell tekinteni. A szétválasztás következtében az eredeti eszközalap megszűnik, amelynek során az eredeti eszközalap befektetési egységeit ügyfelenként olyan arányban kell az illikvid és nem illikvid eszközöket tartalmazó utód eszközalapokhoz rendelni, amilyen arányt az illikvid és nem illikvid eszközök az eredeti eszközalap utolsó ismert nettó eszközértékén belül képviseltek. Szétválasztás esetén a 2.9.2 és 2.9.3 bekezdésben szereplő tájékoztatási kötelezettség kiegészül a szétválasztásról szóló értesítéssel.
- 2.9.11. Az eszközalap felfüggesztés és szétválasztás a Szerződő díjfizetési kötelezettségét és a Biztosító szolgáltatási kötelezettségét – jelen 2.9. pont rendelkezéseit figyelembe véve – nem szünteti meg.
- 2.9.12. A Biztosító a 2.9.13 pontban leírt módon tájékoztatja a Szerződőt
- az eszközalap felfüggesztés és a szétválasztás törvényi megalapozottságáról, végrehajtásáról, annak indokáról, a felfüggesztés kezdő időpontjáról, a biztosítási szerződést és annak teljesítését érintő következményeiről, ideértve különösen az ügyfeleket érintő befektetési kockázatok változását, valamint a költségek és díjak érvényesítésének szabályait; és
 - az eszközalap felfüggesztés megszüntetéséről, annak indokáról, valamint a megszüntetésnek a biztosítási szerződést és annak teljesítését érintő következményeiről.
- 2.9.13. A Biztosító a 2.9.12 bekezdés szerinti tájékoztatást az eszközalap felfüggesztés és a szétválasztás végrehajtásával, valamint az eszközalap felfüggesztés megszüntetésével egyidejűleg, figyelem felhívásra alkalmas módon közzéteszi a honlapján és kifüggeszti az ügyfélszolgálati irodáiban, továbbá a tájékoztatást folyamatosan naprakészen tartja.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

2.10. eszközalapok létrehozása, megszüntetése

A Biztosítónak jogában áll eszközalapokat létrehozni és megszüntetni.

a) Megszűnő eszközalap:

- A Biztosító a Szerződőt legalább 30 nappal a megszüntetés előtt írásban értesíti és a megszűnő eszközalap egységeit a Szerződő által választott eszközalapba költségmentesen áthelyezi, amennyiben a Szerződő erre vonatkozó írásbeli rendelkezése az eszközalap megszüntetése előtt legalább 15 nappal a Biztosítóhoz beérkezik.
- Amennyiben a Szerződőnek a megszűnő eszközalapban elhelyezett befektetései átváltásáról rendelkező írásbeli nyilatkozata az eszközalap megszüntetése előtt 15 nappal nem érkezik be a Biztosítóhoz, úgy a Biztosítónak jogában áll az általa előre meghatározott, és a Szerződővel közölt napon és eszközalapba átváltani a Szerződő befektetési egységeinek értékét. Ez ingyenes a Szerződő részére.

b) Lejáró zártvégű eszközalap:

- Amennyiben egy meglévő zártvégű eszközalap lejár, a Biztosító automatikusan a zártvégű eszközalap befektetési politikájában meghatározott eszközalapba helyezi át a lejáró eszközalap befektetési értékét.

2.11. az eszközalapok befektetési politikájának módosítása

a) **Amennyiben egy eszközalap befektetési politikájának megvalósítása a befektetési környezet vagy az eszközök elérhetőségének, megfelelőségének megváltozása miatt nem lehetséges, úgy a Biztosítónak jogában áll az eszközalapok befektetési politikáját módosítani. Ez kizárólag úgy történhet, hogy az adott eszközalap kockázati szintjét nem emelheti.**

b) **A Biztosító a Szerződőt legalább 60 nappal a tervezett módosítás előtt írásban értesíti a módosítás jellemzőiről.**

c) **Az értesítést követő 60 napig a Biztosító lehetőséget nyújt más eszközalapba történő díjmentes áthelyezésre, függetlenül az áthelyezés indokától.**

2.12. A Biztosító az alapkezelés során kapott visszatérítést jóváírja az ügyfél számára az eszközalap nettó eszközértékének – ezen keresztül a befektetési egységek értékének – megemelésével.

3. szerződő döntésétől független, kötelezően levonásra kerülő költségek

3.1. **Kockázati díj a Biztosító haláleseti szolgáltatási összegének fedezetül szolgáló díjrész. A kockázati díjra vonatkozó egyéb szabályokat IV.3. pont tartalmazza**

3.2. **Adminisztrációs költség:** a szerződéssel kapcsolatban, a Biztosítónál felmerült ügyviteli költségek fedezetül szolgál. Minden befolyt biztosítási díjból – ide nem értve az adóhatóság által utalt adójóváírást befektetését – a Biztosító minden esetben adminisztrációs költséget von le. Az aktuális adminisztrációs költségeket a mindenkori hatályos 2. számú melléklet tartalmazza. A költséget az előtt vonja le a Biztosító, mielőtt a befolyt díj jóváírásra kerülne a Szerződő számláján. Értelemszerűen nem terheli adminisztrációs költség a szerződést, amennyiben arra nem érkezik díj, azaz a szerződés díjszüneteltetés alatt áll.

3.3. A Biztosító az **eszközalapok tekintetében** az alábbi költségeket, főszabályként az alábbi módokon alkalmazza (feltéve, hogy az adott eszközalap befektetési politikája ettől eltérő rendelkezést nem tartalmaz):

- a) a **nyíltvégű eszközalapokat terhelő eszközalap-kezelési költséget** a Biztosító a Szerződő számlájáról az adott eszközalapban kezelt befektetés-állomány arányában vonja le, befektetési egységek elvonása révén. Az eszközalap kezelési költségét a Biztosító havonta megállapítja és visszamenőlegesen vonja le az adott szerződés hó fordulójára, az azon a napon érvényes árfolyamon. Az eszközalap-kezelési költség a Biztosító vagyonkezelési és befektetési tevékenységének fedezetül szolgál.
- b) a **zártvégű eszközalapokat terhelő eszközalap-kezelési költség** az eszközalap befektetési egységének árfolyamában kerül érvényesítésre. Az eszközalap-kezelési költség a Biztosító vagyonkezelési és befektetési tevékenységének fedezetül szolgál.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

- c) **zártvégű eszközalapok kezdeti költsége** az eszközalapba való befektetéskor kerül elvonásra. A kezdeti költség az eszközalapba fektetett biztosítási díjjal kapcsolatos költség, mely az eszközalap létrehozásának fedezetéül szolgál. A költség elvonás módját az eszközalap befektetési politikája tartalmazza.

A jelen pontban foglalt költségek a fentiek mellett a Biztosító nyereséges működésének fedezetéül is szolgálnak.

- 3.4. Az eszközalapok mögött lévő eszközöknek olyan további költségei lehetnek, melyre a Biztosítónak nincs befolyása, de ezen költségeket a Biztosító a Teljes Költség Mutató (TKM) számítása során figyelembe veszi.

3.5. Amennyiben a fentiekől eltérő, vagy további szabályok vonatkoznak egy eszközalapra, akkor ezek részletes leírását az adott eszközalap befektetési politikája tartalmazza.

- 3.6. A szerződés létrejöttékor érvényes eszközalap-kezelési költséget a feltétel 2. számú melléklete tartalmazza.

- 3.7. A költségek levonásának a sorrendje:

- az adminisztrációs költség a befizetett biztosítási díjból kerül levonásra, a díj befektetése előtt
- a havi költségek és díjak levonásának a sorrendje a kötvényértékből:
 - kockázati díjak
 - eszközalap-kezelési költség

4. eszközalap kezelési költség módosítása

- 4.1. Az éves eszközalap-kezelési költség mértéke a biztosítási tartam során évente egyszer változhat, melynek során alkalmanként legfeljebb 2%-ponttal növekedhet, de az éves eszközalap-kezelési költség nem haladhatja meg a feltétel 2. számú mellékletében meghatározott mértéket.

- 4.2. A Biztosító a szerződés tartama alatt a fent felsorolt költségek mértékét naptári évente egyszer megváltoztathatja. A változtatás mértékének az alapja a nyíltvégű eszközalapok eszközalap-kezelési költségének kivételével a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett legutolsó éves fogyasztói árindex, plusz mínusz 5 százalékpont eltéréssel.

5. a Szerződő döntésétől függő költségek

- 5.1. Visszavásárlás esetén a Biztosító egyszeri fix visszavásárlási költséget érvényesít, melynek mértékét a 2. számú melléklet tartalmazza.
- 5.2. Zártvégű eszközalapról történő kivonás (áthelyezés, vagy teljes visszavásárlás) esetén a Biztosító költséget von le, melynek értékét az adott eszközalap befektetési politikája tartalmazza.

VI. a Biztosító teljesítésének feltételei

1. a biztosítási esemény bejelentésének határideje

- 1.1. A biztosítási eseményt 15 napon belül írásban kell bejelenteni a Biztosítónak.
- 1.2. Abban az esetben, ha a Szerződő és/vagy a Biztosított, vagy a Kedvezményezett a fenti határidőt nem tartják be, a szükséges felvilágosítást nem adják meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

2. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

- 2.1. A szolgáltatás teljesítéséhez a Szerződőnek írásban kell bejelentenie a Biztosítónak a jelen feltétel kárrendezés, nyugdíjszolgáltatás és visszavásárlás esetén bekérhető dokumentumokat tartalmazó mellékleteiben meghatározottak teljesítésével.
- 2.2. A külföldön bekövetkezett biztosítási esemény kárbejelentéséhez minden esetben a biztosítási eseményt igazoló dokumentumok hivatalos magyar nyelvű fordítása szükséges.
- 2.3. A szolgáltatás kifizetéséhez a Szerződőnek, illetve a Biztosítottak írásban kell bejelentenie a Biztosítónak a jelen feltétel kárrendezés, nyugdíjszolgáltatás és visszavásárlás esetén bekérhető dokumentumokat tartalmazó mellékletekben meghatározottak teljesítésével.

3. a Biztosító teljesítésének a módja

- 3.1. A szolgáltatás teljesítése banki átutalással, vagy postai kézbesítéssel történhet meg.
- 3.2. A forint alapú belföldi bankszámlára való banki átutalás ingyenes. Külföldi és/vagy devizában vezetett számlára történő kifizetés esetében keletkezhetnek – nem a szolgáltatás teljesítésével kapcsolatosan – tranzakciós költségek, melyet a számlatulajdonos visel.
- 3.3. Postai kézbesítés és teljesítés kizárólag magyarországi igazolt lakcímre történhet.
- 3.4. Személyes kifizetésre nincs mód.

4. a Biztosító teljesítésének esedékessége

- 4.1. A Biztosító a hozzá bejelentett haláleseti szolgáltatási igényt az elbírálásához szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 30 napon belül teljesíti a Haláleseti Kedvezményezett(ek) részére.
- 4.2. Abban az esetben, ha a kárigény elbírálásához szükséges dokumentumokat felhívás ellenére sem vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a kárigényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.
- 4.3. Szolgáltatás teljesítése: Az utolsó kért dokumentum beérkezésétől számított 15 napon belül a Biztosító az Elérési Kedvezményezett részére kifizeti a III/2. pont szerinti szolgáltatást.

5. panaszbejelentés, panaszkezelés

- 5.1. Az ügyfél 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:

írásban	K&H Biztosító Zrt., Budapest 1851
személyesen a Központi Ügyfélszolgálatnál	1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 9.
faxon	+36 1 461 5276
e-mailben	biztosito@kh.hu
telefonos ügyfélszolgálatnál	+36 1/20/30/70 335 3355 vagy +36 1 328 9000

a biztosítótársaság felügyeleti szerve:

megnevezés	Magyar Nemzeti Bank (ahol panaszát előterjeszheti)
cím	1013 Budapest, Krisztina krt. 55.
központi levélcím	Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest
központi telefon	+36 80 203 776
webcím	www.mnb.hu

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

további szervek:

megnevezés	Pénzügyi Békéltető Testület
cím	1013 Budapest, Krisztina körút 55.
levélcím	Pénzügyi Békéltető Testület H-1525 Budapest Pf.:172.
webcím	www.mnb.hu/bekeltetes

megnevezés	Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság
cím	1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11.
levélcím	1363 Budapest, Pf.: 9.
telefon	(+36 1) 391 1400, (+36 30) 683 5969
e-mail	ugyfelszolgalat@naih.hu
webcím	www.naih.hu

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. 55.) 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 körút 55., levelezési cím: 1525 Budapest 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.

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

6. az elévülési idő

- 6.1. A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje 5 év.
- 6.2. Az elévülési idő kezdőnapja az egyes igények esedékességének a napja.
- 6.3. Nem szakítja meg az elévülési időt a Biztosító által küldött, a hiányzó dokumentumok benyújtásáról szóló tájékoztatás, vagy információszolgáltatás.
- 6.4. Az elévülési időn belül kifizetésre nem került szolgáltatást a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.

VII. a Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól

1. A közlési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító a szerződés megkötésétől számított 5 év alatt nem köteles szolgáltatást teljesíteni, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
2. A bejelentési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító a változás-bejelentési határidő leteltét követő naptól számított 5 év alatt szolgáltatás teljesítésére nem köteles kivéve, ha bizonyítják, hogy a be nem jelentett körülményt a Biztosító ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
3. A Biztosító nem mentesül, amennyiben elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítás tartama alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a Biztosító tudomására jutott, és az nem élt a II/2. pontban szereplő módosítási, illetve felmondási lehetőségével.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

4. A Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét; a visszavásárlási érték ebben az esetben az örökösöket illeti meg, és a Kedvezményezett abból nem részesülhet.
5. A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, és a Biztosító a visszavásárlási értéket köteles visszatéríteni, ha a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben vagy a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkossága következtében halt meg.

VIII. a Biztosító kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon esetekre, ha a biztosítási esemény közvetlenül összefüggésben áll:
 - a) harci eseményekkel, vagy más háborús cselekményekkel,
 - b) felkelésekkel, zavargásokkal, lázadásokkal,
 - c) terrorcselekménnyel,
 - d) radioaktív, illetve ionizáló sugárzással,
 - e) HIV vírusfertőzéssel, Hepatitis B és C vírusfertőzéssel,
 - f) a Biztosított tartós alkoholfogyasztásával, annak következményeivel,
 - g) kábítószer, kábító hatású anyag, gyógyszer fogyasztásával.
2. A Biztosító kockázatviselése továbbá nem terjed ki arra az esetre, ha a Biztosított halála
 - a) gépi erővel hajtott szárazföldi,
 - b) vízi járművel, vagy
 - c) bármilyen légi járművel, vagy
 - d) sporteszközzel,sportversenyen való részvétel következtében vagy ilyen eseményekre való felkészülés során következik be.
3. A Biztosító kockázatviselése kizárólag a Biztosított alábbi sporttevékenységeivel okozati összefüggésben történt biztosítási eseményekre nem terjed ki:
 - a) autó-motor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rally, quad, moto-cross, ügyességi versenyek gépkocsival, go-kart sport, autóröncs sport (auto-crash), motorcsónak sport;
 - b) repülősportok: sportrepülés, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, paplanrepülés, hőlégballonozás, bunjee jumping, bázisugrás;
 - c) egyéb: búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes, ill. nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás illetve sziklamászás V. foktól, illetve 4000 m felett, barlangászat.
4. A Biztosító kockázatviselése kizárólag a Biztosított alábbi foglalkozásával okozati összefüggésben történt biztosítási eseményekre nem terjed ki:
 - a) hadseregben hivatásos - akár Magyarországon, akár külföldön – dolgozók
 - b) egyéb foglalkozások: robbantómesterek, pirotechnikusok
5. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon esetekre, amikor a Szerződő oly módon sérti meg a közlési kötelezettségét, hogy a Biztosítottra vonatkozó, a kockázatvállalás szempontjából olyan

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

lényeges tényekről elmulasztja tájékoztatni a Biztosítót, amelynek ismeretében a szerződés nem jöhetett volna létre, vagy amelyek ismeretében a Biztosító a szerződést nem kötötte volna meg

6. A Biztosító az 1-5. pontban meghatározott esetben a visszavásárlási értéket fizeti ki és a szerződés megszűnik.

IX. egyéb rendelkezések

1. a jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) hatályosságának feltételei

- 1.1. A Biztosító a hozzá eljuttatott ajánlatokat, jognyilatkozatokat, bejelentéseket ellenkező megállapodás hiányában csak akkor köteles érvényesnek tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A Biztosító nyilatkozatait – ellenkező megállapodás hiányában- szintén írásban juttatja el a szerződésben érdekelt személyeknek. A Biztosító a mindenkor rendelkezésre álló címre küldi leveleit. A Szerződő változás-bejelentési kötelezettségének úgy tesz eleget, hogy haladéktalanul a Biztosító tudomására hozza esetlegesen megváltozott címét.
- 1.2. A Biztosító egyszerű postai küldeményként feladott leveleit a postára adás napjától számított 5 munkanapon belül úgy tekinti, hogy azt a Szerződő/ Biztosított megkapta.
- 1.3. 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.
- 1.4. Amennyiben a Szerződő egy hónapnál hosszabb időre külföldre utazik, magyarországi kézbesítési meghatalmazottat kell megneveznie, és erről a Biztosítót írásban értesítenie kell.

2. biztosítási szerződés Biztosító általi módosítása

- 2.1. Az adójogszabályok változása esetén abból a célból, hogy a Szerződő biztosítása továbbra is megfeleljen a nyugdíjbiztosítás jogszabályban meghatározott követelményeinek a Biztosító jogosult a szerződést egyoldalúan módosítani.
- 2.2. A módosításokról a Biztosító a Szerződőt írásban értesíti.
- 2.3. Ebben az esetben a Szerződő jogosult a Biztosító értesítésének kézhez-vételét követő 15 napon belül a biztosítást visszavásárolni (felmondani) a visszavásárlásra vonatkozó **IV.8. pontban** foglaltak szerint azzal, hogy a biztosító visszavásárlási költséget nem von le.

3. a biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése

- 3.1. 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.
- 3.2. Amennyiben a Szerződő elveszíti a kötvényét, ezt írásban be kell jelentenie a Biztosítónak.

4. ügyfél-átvilágítás

- 4.1. A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben megfogalmazottak értelmében kötelező az ügyfél-átvilágítás a jogszabályban meghatározott esetekben. 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.
- 4.2. 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.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

5. USA illetőségű Kedvezményezettek részére történő teljesítés

- 5.1. 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.
- 5.2. 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.

X. adatközlés, adatkezelés

A személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalókat a szerződés 1., 2., 3. számú nyilatkozatai tartalmazzák, melyek a szerződés részét képezik.

XI. záró rendelkezések

1. A szerződést érintő változtatásokról a felek (a Biztosító, a Szerződő és Ptk-ban meghatározott bizonyos esetekben a Biztosított) írásban kötelesek tájékoztatni egymást.
2. A szerződést érintő minden írásos dokumentációt meg kell őrizni.
3. Jelen szerződés kölcsönrel nem terhelhető.
4. Jelen szerződési feltétel részét képezi az Ügyféltájékoztató és a szerződés valamennyi melléklete.
5. Minden olyan adatot, amely a törvény értelmében biztosítási titoknak minősül, a Biztosító bizalmasan kezel.

XII. értelmezések, fogalmak, meghatározások

1. nyugdíjkorhatár: a szerződéskötéskor érvényben lévő társadalombiztosítási nyugellátásról szóló jogszabályban (Jelen szabályzat hatályba lépésekor a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény, 18. § (1) pontjában megállapított korhatár.
2. eszközalap: a jelen biztosítás tartalmának (kötelezettségek teljesítésére szolgáló fedezet) befektetésére szolgáló, a Biztosító befektetett eszközeinek e célra elkülönített része. Az eszközalap befektetési egységekből áll, értékét a benne lévő pénzügyi eszközök (amelyekbe az eszközalap befektet) értéke adja. Az egyes eszközalapokra vonatkozó részletes leírást, rendelkezéseket és azok befektetési politikáját a Biztosító külön mellékletben írja le, amely a jelen feltétel változó részeit tartalmazza.
3. tőkegarancia: a tőkegarancia előre meghatározott feltételek mellett garantálja az adott befektetés esetén, hogy a befektető semmilyen esetben sem veszítheti el kezdeti befektetése nominál értékét. A biztosítékot (garanciát) egy harmadik fél (általában bank) vállalja.
4. tőkevédelem: a tőkevédelem előre meghatározott feltételek mellett biztosítja az adott befektetés esetén, hogy a befektető nem veszítheti el kezdeti befektetése nominál értékét. A tőkére vonatkozó ígéretet a biztosító kizárólag a befektetési politikáján keresztül nyújtja. A tőkére a biztosító, illetve harmadik személy garanciát nem vállal.
5. hozamgarancia: a befektetés minimális hozamára vonatkozó garanciavállalás, ami a piaci árfolyamváltozásoktól függetlenül is meghatározott mértékű hozam elérését teszi lehetővé. A hozamgarancia minden esetben feltételezi a tőke visszafizetésére vonatkozó garanciavállalást is. A biztosítékot (garanciát) egy harmadik fél (általában bank) vállalja.
6. hozamvédelem: a biztosító az eszközalap lejáratára ígéretet tesz a hozamra. A hozamra vonatkozó ígéret magában foglalja a tőke megóvására vonatkozó ígéretet is. A tőkére és a hozamra vonatkozó ígéretet a

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

biztosító kizárólag a befektetési politikáján keresztül nyújtja. A tőkére és a hozamra a biztosító, illetve harmadik személy garanciát nem vállal.

7. befektetési egység: az eszközalapban egyenlő részesedést megtestesítő elszámolási egység, értéke naponta kerül megállapításra.
8. a Szerződő számlája: az egyes szerződésekhez rendelt számla, melyen az egyes eszközalapokba helyezett befektetési egységek számát, valamint a szerződést terhelő költségeket tartja nyilván a Biztosító
9. a díj beazonosítása: A befizetett összeg és a biztosítási szerződés egymáshoz rendelése. Befizetéskor a kötvényszámot, vagy az ajánlat sorszámát kell megadni közleményként, ennek hiányában a Biztosító a rendelkezésre álló egyéb adatok alapján megkísérli szerződéshez rendelni a befizetést. Ha ez nem lehetséges, a befizetés nem azonosítható. Befizetéskor fel kell tüntetni a befizetett díj rendeltetését. A befizetett összeget a biztosító 30 munkanap után visszautalja, ha annak azonosítása nem lehetséges. A befizetett összeget az azonosításig, illetve a visszautalásig a biztosító kamatmentes letétként kezeli.
10. kötvényérték: a Szerződő számláján nyilvántartott, a létrehozott különböző eszközalaphoz tartozó befektetési egység számának szorzata a megfelelő befektetési egységek adott értékelési napon megállapított értékével. A kötvényérték a biztosítási szolgáltatások, valamint a visszavásárlási összeg számításának az alapja.
11. visszavásárlási érték: megegyezik a visszavásárlási igény beérkezésének napján érvényes, szerződésszintű visszavásárlási költséggel csökkentett kötvényértékkel. A visszavásárlási költség mértéke a feltétel 2. számú mellékletében található.
12. visszavásárlási összeg: megegyezik a mindenkor hatályos jogszabályok által előírt levonásokkal (pl. kamatadó, adójóváírás) csökkentett visszavásárlási értékkel
13. díjtartalék: megegyezik a biztosítási esemény bejelentésének napján érvényes aktuális kötvényértékkel.
14. értékelési nap: az a nap, melyen a Biztosító értékeli az eszközalapokat és megállapítja az egyes eszközalapok befektetési egységeinek értékét.
15. haláleseti biztosítási összeg: a kötvényben megjelölt, a Szerződő választása szerint indexálható összeg, mely a Biztosító haláleseti szolgáltatásának egyik eleme.
16. áthelyezés: egy meghatározott eszközalapban lévő befektetési egységek értékének teljes vagy részleges áthelyezése más eszközalapba.
17. nyílt- és zártvégű eszközalap típusok: a Biztosító alapvetően kétféle eszközalap típust különböztet meg, melyekre eltérő szabályozások vonatkozhatnak a szerződésen belül. Jelen feltétel szempontjából a zártvégű eszközalapok fő szabály szerint olyan eszközalapok, melyekbe egy-egy meghatározott jegyzési időszak alatt lehet csak befektetni, és lejáratú dátumuk van, míg a nyíltvégű eszközalapokba bármikor eszközölhető befektetés és nincsen lejáratuk.
18. eszközalapok és leírásuk (mellékletekben): az egyes eszközalapokra vonatkozó részletes leírást, rendelkezéseket és azok befektetési politikáját a Biztosító külön mellékletben írja le, amely jelen feltétel változó részeit tartalmazza.
19. jegyzési időszak: a megfelelő zártvégű eszközalap mellékletében ekként definiált tartam, amikor a Biztosító lehetőséget ad ezen eszközalapokba történő befektetésre.
20. kondíciós lista: az 1. és 2. számú melléklet, mely jelen feltétel évente egyszer változtatható részeit tartalmazza.
21. indexálás (értékkövetés): a biztosítási díj és a haláleseti biztosítás összeg évenkénti évfordulóra történő emelése.
22. automatikus biztosítási díjemelés: kizárólag a gyakoriság szerint fizetendő díj évfordulóra történő emelése, a biztosítási díjemelés esetén a haláleseti biztosítási összeg nem emelkedik.
23. eseti díj: a díjelőírás szerinti rendszeres díjon felül esetenként fizetett biztosítási díj.
24. baleset: Jelen feltétel szempontjából a baleset az olyan hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akarától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri. Jelen feltétel szempontjából balesetnek minősülnek az alábbi Biztosított akaratán kívüli események is:
 - vízbefúlás,
 - villámcsapás,

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

- mérgező gázok belélegzése.

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

- 25. visszavonhatatlan Kedvezményezett:** Ha a Szerződő a Biztosítotthoz vagy a Kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a Kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a Kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A Szerződő nyilatkozatáról a Biztosítót tájékoztatni kell.
- 26. lényeges körülmény:** Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire a Biztosító kérdést tett fel, és amire vonatkozóan a Szerződő vagy a Biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta, így különösen az egészségi állapotra vonatkozó kérdések (szóban és/vagy írásban) az egészségi állapotra vonatkozó- és egyéb nyilatkozatok, mellékletek, biztosítási ajánlat- és kötvény adatok. Ezen kívül a Szerződő és a Biztosított neve, címe, levelezési címe, továbbá a Biztosított tevékenységének (foglalkozás, munka, sport, egyéb) megváltozása, valamint a Szerződő vagy a Biztosított cselekvőképességében bekövetkezett változás. A Biztosított egészségi állapotában a biztosítási tartam alatt beállott változást nem köteles a Biztosítónak bejelenteni.

hatálybalépés dátuma: 2022. december 22.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL**1. számú melléklet: kondíciós lista – terméktulajdonságok**

(A jelen Kondíciós listában meghatározott paraméterek a hatályba lépést követően megkötött szerződésekre vonatkoznak)

hatályos: 2022. december 22-től

minimális díjak:

havi	10 000 Ft
negyedéves	30 000 Ft
féléves	60 000 Ft
éves	120 000 Ft
eseti díj	1 Ft

maximális díjak:

havi	400 000 Ft
negyedéves	1 200 000 Ft
féléves	2 400 000 Ft
éves	4 800 000 Ft
eseti díj	Nincs

indexálás, automatikus biztosítási díjemelés maximális mértéke: 30%

szerződéshez kapcsolódó haláleseti biztosítási összeg: 200 000 Ft

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

2. számú melléklet: kondíciós lista – költségek és elvonások

A szerződés tartama alatt a Biztosító által naptári évente egyszer **megváltoztatható** paraméterek (**kivéve kockázati díjak, amelyek a szerződés tartam alatt változatlanok**).

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

hatályos: 2022. december 22.

eszközalap-kezelési költség

eszközalapok	éves szinten	havi szinten
K&H aranykosár kötvény eszközalap B sorozat	1,49%	0,12%
K&H aranykosár kötvény elszámoló eszközalap B sorozat	1,49%	0,12%
K&H válogatott kényelem vegyes eszközalap B sorozat	1,87%	0,16%
K&H válogatott lendület vegyes eszközalap B sorozat	2,11%	0,18%
K&H válogatott iram vegyes eszközalap B sorozat	1,82%	0,15%
K&H fejlett piaci részvény eszközalap B sorozat	1,97%	0,16%
K&H fejlődő piaci részvény eszközalap B sorozat	1,92%	0,16%
K&H 3az1-ben óvatos eszközalap B sorozat	1,97%	0,16%
K&H 3az1-ben dinamikus eszközalap B sorozat	2,21%	0,18%
K&H lendület felelős befektetés eszközalap B sorozat	1,97%	0,16%
K&H kényelem felelős befektetés eszközalap B sorozat	1,87%	0,16%

haláleseti biztosítási összeg fizetendő havi díja (kockázati díj, melyet a Szerződési feltétel IV.3 pontja szabályozza)

a havi fizetendő kockázati díj meghatározása:

Az aktuális biztosítási összeg elosztva 100 000-rel, majd megszorozva a Biztosított adott hónapban aktuális életkorához tartozó díjtétellel.

Pl.: 40 éves Biztosított 200 000 Ft biztosítási összeg alapján a fizetendő díj:

$$200\ 000 / 100\ 000 \times 25,729 = 51,458 \text{ Ft / hó}$$

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

életkor	havi biztosítási díj 100 000 Ft biztosítási összegre
18	4,442 Ft
19	4,902 Ft
20	5,335 Ft
21	5,579 Ft
22	5,769 Ft
23	5,850 Ft
24	6,040 Ft
25	6,229 Ft
26	6,419 Ft
27	6,581 Ft
28	6,798 Ft
29	7,204 Ft
30	7,854 Ft
31	8,667 Ft
32	9,669 Ft
33	10,833 Ft
34	12,188 Ft
35	13,921 Ft
36	15,654 Ft
37	17,469 Ft
38	19,608 Ft
39	22,290 Ft
40	25,729 Ft
41	29,819 Ft
42	34,423 Ft
43	39,704 Ft
44	45,744 Ft
45	52,785 Ft
46	61,019 Ft

életkor	havi biztosítási díj 100 000 Ft biztosítási összegre
47	70,417 Ft
48	80,438 Ft
49	90,919 Ft
50	101,427 Ft
51	111,990 Ft
52	122,796 Ft
53	133,927 Ft
54	145,194 Ft
55	156,758 Ft
56	168,404 Ft
57	180,158 Ft
58	192,210 Ft
59	204,588 Ft
60	217,371 Ft
61	229,883 Ft
62	242,125 Ft
63	254,963 Ft
64	269,560 Ft
65	286,840 Ft
66	306,665 Ft
67	328,223 Ft
68	351,921 Ft
69	378,138 Ft
70	407,306 Ft
71	438,371 Ft
72	470,898 Ft
73	506,729 Ft
74	547,327 Ft
75	594,452 Ft

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

a kiegészítő biztosítási csomagok díja:

K&H mozgásban csomag díja:

havi 500 Ft

K&H lendületben csomag díja:

havi 750 Ft

adminisztrációs költségek: a Szerződési feltétel V.3.7 és V.3.2 pontja szabályozza

adminisztrációs költség a befizetett rendszeres díj függvényében:

havidíj	adminisztrációs költség (a díj százalékában)
10 000 – 11 999 Ft	4,5 %
12 000 – 15 999 Ft	4 %
16 000 – 19 999 Ft	3,5 %
20 000 – 23 999 Ft	3 %
24 000 – 27 999 Ft	2,5 %
28 000 – 400 000 Ft	2 %

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

eseti díj minimuma (csak nyíltvégű eszközalapok esetén)	adminisztrációs költség (a díj százalékában)
1 Ft	1 %

visszavásárlási költség: szerződés szinten

5 000 Ft

áthelyezési költségek:

nyíltvégű eszközalap esetén	zártvégű eszközalap esetén
díjmentes	az adott zártvégű eszközalap befektetési politikája szabályozza

TKM értékek nyíltvégű eszközalapok esetén:

	minimális érték	maximális érték
10 éves tartamra	2,21%	3,47%
15 éves tartamra	2,00%	3,25%
20 éves tartamra	1,84%	3,07%

Az egyes eszközalapokra vonatkozó részletes TKM értékeket a TKM tájékoztató tartalmazza.

zártvégű eszközalapok esetén:

Az egyes eszközalapokra vonatkozó befektetési politika tartalmazza.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

3/A. számú melléklet: tájékoztató a K&H Biztosító által a kárrendezés során bekérhető okiratokról

hatályos: 2022. december 22-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.

<p>a Biztosító által valamennyi kárigény elbírálásához az alább felsorolt okiratokat, dokumentumokat, aláírásokat kérheti be:</p>	a Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és aláírt szolgáltatás igénybejelentő nyomtatvány
	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
	baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, feltéve, hogy ilyen készült
	sportszervezet igazolása sportolói tagságról
	munkáltatói igazolás, különösen a munkavégzés jellegére vonatkozóan
	idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása, különösen a külföldön bekövetkezett biztosítási eseményt igazoló dokumentumok esetén
	a Kedvezményezett személyi adatokkal és 2 tanúval hitelesített nyilatkozata bankszámlaszámáról, ahova a kifizetés teljesíthető
	kiskorú vagy gondnokolt Kedvezményezett esetén a törvényi előírásnak megfelelő dokumentáció, gyámhatósági végzés
	kiskorú vagy gondnokolt Kedvezményezett esetén nyilatkozat törvényes képviselőről
	pénzmosási törvény előírásainak megfelelő kifizetésnél a törvény szerinti azonosító adatok
<p>a Biztosító a haláleseti kárigények elbírálásához az alább felsorolt okiratokat, dokumentumokat, aláírásokat kérheti be:</p>	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.)
<p>a Biztosító a biztosítási esemény jellegétől függően a kárigények elbírálásához az alább felsorolt okiratokat, dokumentumokat, aláírásokat kérheti be, amennyiben a kárigény elbírálásához szükséges:</p>	a Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány, feltéve, hogy a Kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg
	keresőképtelenségi igazolás („Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről”) másolatát
	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
	házi orvosi egészségi dokumentáció, amennyiben a biztosítási esemény elbírálása szempontjából releváns
	OEP nyilvántartásában szereplő egészségügyi adatok
	ORSZSI (OOSZI) által kiállított TB rokkantsági határozat/ Rehabilitációs Szakigazgatási Szerv orvos-szakértői bizottságának véleménye, illetve egyéb hatósági határozat, Orvos-szakértői Intézet vizsgálati jegyzőkönyve
	Igazságügyi Orvos-szakértő által elvégzett vizsgálati eredmény, illetve vélemény
	a Biztosító orvos szakértője által elvégzett vizsgálati eredmény, illetve vélemény
baleset esetén a felvett egyéb hivatalos, vagy tanúkkal igazolt nem hivatalos jegyzőkönyv vagy igazolás a sérülés megtörténtéről, körülményeiről	

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

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL**3/B. számú melléklet: tájékoztató a K&H Biztosító által a lejáratú szolgáltatáshoz (eléréshez), valamint visszavásárláshoz bekérhető okiratokról****hatályos: 2022. december 22-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 megbízás teljesítéséhez az alábbi táblázatban felsorolt okiratokat, dokumentumokat, aláírásokat kérheti be:

lejárat esetén	a Biztosító által rendszeresített kitöltött a Biztosított és az Elérési Kedvezményezett(ek) által bankfiókban, ügyfélszolgálati irodában vagy területi képviselői irodában aláírt nyomtatvány
	kedvezményezett nyilatkozata a bankszámlaszámáról, ahova a kifizetés teljesíthető
teljes visszavásárlás esetén	a Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és a Szerződő által bankfiókban, ügyfélszolgálati irodában vagy területi képviselői irodában aláírt nyomtatvány. Nyugdíjbiztosítási termék esetén a Biztosított aláírása is szükséges.
	a Szerződő nyilatkozata a bankszámlaszámáról, 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 Kedvezményezett a szerződésben név szerint nem neveztek meg
	idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása
	kedvezményezett nyilatkozata a bankszámlaszámáról, ahova a kifizetés teljesíthető
	kiskorú vagy gondnokolt Kedvezményezett esetén nyilatkozat törvényes képviselőről
	kiskorú vagy gondnokolt Kedvezményezett esetén a törvényi előírásnak megfelelő dokumentáció, gyámhatósági végzés
	pénzmosási törvény előírásainak megfelelő kifizetésnél a törvény szerinti azonosító adatok
	cégkivonat
aláírási címpéldány	

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

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

K&H mozgásban kiegészítő biztosítási csomag különös feltétele

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

I. általános rendelkezések

1. a szerződés alanyai (a Biztosított)

1.1. Jelen feltétel Biztosítottja megegyezik az általános feltétel Biztosítottjával.

2. a kiegészítő csomag felvétele főbiztosítás mellé

- 2.1. A szerződő a főbiztosítás megkötésekor kérheti a kiegészítő biztosítási csomag megkötését.
- 2.2. A szerződő a következő biztosítási évfordulót megelőzően 60 nappal írásban kérheti a kiegészítő csomag megkötését.
- 2.3. A főbiztosítás mellé csak egy kiegészítő csomagot lehet egyszerre megkötni.
- 2.4. Az újonnan megkötött kiegészítő csomag a kérelem beadását követő biztosítási évforduló napján lép hatályba.

3. a kiegészítő biztosítási csomag megszűnésének esetei

- a) a főbiztosítás szerződésben meghatározott lejáratú időpontjában;
- b) a Biztosított halála esetén, amennyiben a Biztosító szolgáltatására sor kerül, a biztosítási összeg kifizetésével;
- c) a Biztosított halála esetén, ha kizárás vagy mentesülés valósul meg;
- d) a Szerződő részéről történő felmondással;
- e) a Biztosított várakozási időn belüli halálával;
- f) a Biztosító általi felmondással új, lényeges körülmények felmerülése esetén.

4. a kiegészítő csomag felmondása

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

II. a biztosítási esemény

1. közlekedési baleseti halál

- 1.1. Biztosítási esemény: a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért közlekedési baleset, ha a baleset következtében a baleset megtörténtétől számított 1 éven belül meghal.
- 1.2. Közlekedési balesetnek minősül a Biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogként, jármű vezetőjeként vagy utasaként, mint közlekedésben résztvevő szenved balesetet.
- 1.3. Nem minősül közlekedési balesetnek:
 - a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre,
 - a kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,
 - a jármű vezetőjét, utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.
- 1.4. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a közlekedési baleseti halál időpontja.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

2. égési sérülés

- 2.1 Biztosítási esemény: a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, amelynek következtében a Biztosított égési sérülést szenved.
- 2.2 Az égési sérülés megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik égési sérülésre vonatkozó szolgáltatási igény alapját.
- 2.3 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

3. baleseti kórházi egyszeri térítés a 22. napon

- 3.1 Biztosítási esemény: a kockázatviselés tartama alatt a Biztosított orvosilag szükséges kórházi gyógykezelése fekvőbetegként, baleset következménye miatt abban az esetben, ha legalább 21 éjszakát kórházban tölt.
- 3.2 A gyógykezelés olyan orvosi kezelés, amely az orvostudomány általánosan elismert álláspontja szerint megfelelő az egészség újbóli helyreállítására, az állapot javítására vagy a rosszabbodás megakadályozására.
- 3.3 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

4. baleseti műtéti térítés

- 4.1 Biztosítási esemény: a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan baleset, melynek következtében a Biztosított a jelen feltételben meghatározott műtetre szorul.
- 4.2 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

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

- 5.1 Biztosítási esemény: a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a Biztosított legalább 20%-os mértékű maradandó egészségkárosodást szenved.
- 5.2 Az egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa határozza meg.
- 5.3 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.
- 5.4 Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.
- 5.5 Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

III. a Biztosító szolgáltatása, a biztosítási összeg

1. a Biztosító szolgáltatása

1.1 közlekedési baleseti halál:

- a Biztosító a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki

1.2 égési sérülés:

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegből az égési sérülés súlyosságától függő mértéknek megfelelő összegű szolgáltatást nyújt. A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a biztosítási összegnek az alábbi táblázat szerinti százaléka:

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

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

- 1.2.1. Az égési sérülés mértéke az orvosi dokumentumok alapján kerül megállapításra, illetve a Biztosító orvosa állapítja meg.
- 1.2.2. Ha a Biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a Biztosító a szolgáltatásának mértékét az alábbiak szerint állapítja meg: az egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadja, és az így kapott százalékhöz hozzárendeli azt a fokot, amely a sérült testfelület legnagyobb részén következett be.
- 1.2.3. Ha a Biztosított igazoltan közvetlenül az égési sérülések következtében 2 éven belül hal meg, a Biztosító a Kedvezményezett részére az égési sérülés súlyosságától függetlenül 200%-os térítést fizet.
- 1.2.4. A biztosítási eseményre vonatkozó további szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követően meghal.
- 1.2.5. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál az egészségi állapotot a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- 1.2.6. A biztosítási szolgáltatás alapja a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási összeg.

1.3 baleseti kórházi egyszeri térítés a 22. napon:

- 1.3.1. A Biztosító a szerződésben meghatározott egyszeri térítést szolgáltatja.
- 1.3.2. A Biztosított balesete esetén a Biztosító a baleset napjától számított 1 éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges és megkezdett kórházi gyógykezelésre nyújt szolgáltatást.
- 1.3.3. A biztosítási szolgáltatás alapja a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási összeg.
- 1.3.4. A Biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg háromszorosát egy biztosítási éven belül.**

1.4 baleseti műtéti térítés:

- 1.4.1. A Biztosító a Biztosított balesete esetén a baleset napjától számított 1 éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges műtétekre nyújt szolgáltatást.
- 1.4.2. A biztosítási szolgáltatás alapja a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási összegnek az elvégzett műtét besorolása szerinti százalékos mértéke. Amennyiben a Biztosított balesete miatt szükséges műtét a tartamon túl következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó aktuális biztosítási összeget kell figyelembe venni.
- 1.4.3. A műtétek besorolása a műtéti listán található, ennek kivonatos tájékoztatója a jelen feltételben található. A teljes műtéti lista az orvosi beavatkozások nemzetközi kódrendszerrel definiált (WHO-kód) felsorolása, amely a Biztosító székhelyén tekinthető meg.
- 1.4.4. A Biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg háromszorosát egy biztosítási éven belül.**

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

- 1.4.5. Két héten belüli ugyanazon műtéti beavatkozás nem minősül új biztosítási eseménynek.
- 1.4.6. Egy baleset miatt szükségessé váló, eltérő időpontban végzett több műtéti beavatkozás esetén a Biztosító a legmagasabb százalékos besorolású műtétet téríti. Ugyanazon biztosítási eseményből adódó különböző műtéti besorolások esetén a Biztosító a műtétek százalékos besorolása közötti különbséget téríti.
- 1.4.7. Amennyiben egy műtéti beavatkozás során, egy időben több sebészeti eljárás szükséges, akkor a Biztosító a szolgáltatásának mértékét a beavatkozás során elvégzett legmagasabb százalékos besorolású műtét alapul vételével állapítja meg.
- 1.4.8. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás a műtéti listán nem található meg, úgy a műtét besorolását a Biztosító orvosa állapítja meg.
- 1.4.9. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál a műtét indokoltságát és az egészségi állapotot az általa megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

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

- 1.5.1. A baleseti maradandó egészségkárosodás biztosítási összegének a rokkantság mértékével azonos része kerül kifizetésre.
- 1.5.2. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége akkor válik esedékessé, ha az egészségkárosodás maradandó, vagy ha az egészségkárosodás mértéke folyamatosan változik és a baleset napjától számított 2 év elteltel után fennálló egészségkárosodás mértékének megfelelően állapítja meg. Amennyiben a Biztosított egészségkárosodásának mértéke folyamatosan változik, úgy mind a Biztosítottnak, mind a Biztosítónak joga van biztosítási eseményenként a bejelentett baleset napjától számított 2 évig évenként egy alkalommal a maradandó egészségkárosodás orvosi megállapítását kérni, azaz mind a Biztosítottnak, mind a Biztosítónak joga van annak megállapítását kérni, hogy az egészségi állapot orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.
- 1.5.3. A Biztosított ismételt szolgáltatási igény bejelentéssel és megfelelő kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával kezdeményezheti a maradandó egészségkárosodás megállapítását. Állapotrosszabbodás esetén a Biztosító csak a már korábban megállapított egészségkárosodási fok és az új egészségkárosodási fok közötti különbséget téríti meg.
- 1.5.4. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegből a maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő összegű szolgáltatást nyújt.
- 1.5.5. A térítés mértékét (az egészségkárosodás fokát) a biztosító orvosa az alábbiak szerint állapítja meg:

testrészek, érzékszervek egészségkárosodása	egészségkárosodás foka (%)
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100 %
egy kar vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70 %
egyik comb csípőízületben történő elvesztése vagy a csípőízület teljes működésképtelensége	70 %
egy kar könyökízület fölöttig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65 %
egyik kar könyökízület alattig való vagy egyik kéz teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60 %
egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elvesztette	65 %
egyik comb részleges csonkolása vagy a térdízület teljes működésképtelensége	60 %
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60 %
egyik lábszár részleges csonkolása	50 %
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elvesztette	45 %
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35 %
egyik bokaízület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30 %
egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20 %

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

- 1.5.6. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.
- 1.5.7. A Biztosító 100%-os szolgáltatása esetén a fedezet megszűnik, azonban a csomag egyéb fedezeteire a Biztosító kockázatviselése továbbra is fennmarad. A Biztosító a csomag fizetendő díját lecsökkenti a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás díjával.
- 1.5.8. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási díj annak a biztosítási évnek a végéig illeti meg a Biztosított, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett.
- 1.5.9. Ha a térítés mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, a szolgáltatást a szerint kell megállapítani, hogy a testi és/vagy szellemi épség (működőképesség) orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét a fenti táblázat figyelembevételével a Biztosító orvosa állapítja meg. A Biztosított más orvos-szakértői testületek határozata nem köti, így például a társadalombiztosítási szervek határozata nem szolgál alapul a szolgáltatás mértékének megállapításánál. A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.
- 1.5.10. A Biztosító szolgáltatása nem lehet nagyobb a teljesítés esedékességekor aktuális biztosítási összegnél. A Biztosító az egyes biztosítási események bejelentésének sorrendjében teljesít mindaddig, amíg a balesetből eredő egészségkárosodások összesített százalékos mértéke el nem éri a 100%-ot. Az utolsó egészségkárosodás százalékosan olyan mértékben vehető figyelembe, hogy az összesített egészségkárosodás mértéke nem haladhatja meg a 100%-ot, függetlenül attól, hogy egy vagy több baleset történt.
- 1.5.11. Amennyiben a baleset előtt már meglévő betegségek vagy fogyatékoságok közrehatottak a maradandó egészségkárosodás mértékében, és ez a közrehatás legalább 25%-os volt, a Biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékével csökkenti.
- 1.5.12. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak abban az esetben áll be, ha a biztosítási esemény bejelentésére és megállapítására még a Biztosított életében kerül sor. Ha a Biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan foka után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat megállapítása szerint figyelembe vehető.
- 1.5.13. Ha a Biztosító a szolgáltatási kötelezettségét már megállapította, de a szolgáltatásként fizetendő összeg nagysága még nem állapítható meg, a Biztosító saját döntése alapján a Biztosított részére egészségtáborozási kifizetésbe beleszámít.
- 1.5.14. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál az egészségi állapotot a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

1.6 a biztosítási esemény be nem következte

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

2. a biztosítási összeg

- 2.1 a kezdeti biztosítási összegek a kötvényben kerülnek meghatározásra
- 2.2 a kiegészítő csomag biztosítási összegei:

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

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

IV. a kiegészítő csomag díja

1. a kiegészítő csomag havi díja fix: 500 Ft
2. a kiegészítő csomag nem indexálható
3. a biztosítási díj és biztosítási összegek módosításának lehetősége a Biztosító részéről
 - a) A Biztosító jogosult a biztosítási évfordulót megelőzően 90 nappal a biztosítási díj és a biztosítási összegek módosítására javaslatot tenni a balesetbiztosítási kiegészítő fedezetek vonatkozásában, ha a díjkalkulációnál használt statisztikákban, vagy a törvényi szabályozásban lényeges változás állna be.
 - b) Ha a Biztosító az előző bekezdésben foglaltaknak megfelelően a biztosítási díj és biztosítási összegek módosítására tesz javaslatot, akkor a Szerződő írásbeli nyilatkozata alapján:
 - a) a módosító javaslat kézhezvételét követő 15 napon belül azt elfogadhatja, így a módosításnak megfelelő biztosítási díjú és biztosítási összegű szerződés lép hatályba,
 - b) ha a Szerződő a módosító javaslatot írásbeli nyilatkozatával nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a kiegészítő biztosítási csomagra vonatkozóan a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik.

V. a Biztosító teljesítésének feltételei

1. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

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

1.1 baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (20-100%):

- a) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum fénymásolatát,
- b) amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, a Biztosítóhoz be kell nyújtani az eljárást befejező határozat másolatát (így különösen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági határozatot).

2. a Biztosító teljesítésének esedékessége

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

VI. a Biztosító kockázatviseléséből kizárt események

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

2. a kockázatviselés nem terjed ki továbbá az alábbiakra:

2.1 égési sérülés:

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

2.2 baleseti kórházi egyszeri térítés a 22. napon:

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

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

- c) olyan balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek alkohol vagy kábítószer élvezete miatt következnek be, továbbá ha ezek miatt rosszabbodnak. Nem terjed ki a kockázatviselés a megvonási eljárásokra és az elvonókúrára,
- d) olyan balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek a Biztosított által elkövetett bűncselekmények miatt keletkeztek,
- e) az öngyilkosság és kísérletének következményeire.

2.3 baleseti műtéti térítés:

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

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

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

VII. a Biztosító mentesülése a kiegészítő csomagok szolgáltatása alól

1. Mentesül a Biztosító a közlekedési baleseti szolgáltatás alól és csak a halál esetén járó összeget szolgáltatja, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a Szerződő, illetve a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.
2. A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el, különösen, de nem kizárólagosan, ha például:
 - 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,
 - c) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelyre nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel,
 - d) munkavégzése során a munkavédelmi szabályokat súlyosan megsérti,
 - e) a Biztosított a következő kötelezettségének nem tesz eleget: A Biztosított a biztosítási esemény (a baleset) bekövetkeztekor úgy köteles eljárni, ahogy az adott helyzetben általában elvárható, ennek megfelelően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell.

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL**műtéti térítés kivonatos lista****a K&H Biztosító Zrt. műtéti térítés biztosításaihoz**

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

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

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

3. A műtétek csoportba sorolásának kivonatos tájékoztatója:

WHO kód.....műtét megnevezése**1. csoport**

50148Koponyaüregi daganat vagy
.....cysta eltávolítása
5014EAgydaganat eltávolítása
5814H.....Teljes térdprotézis beültetése
5815C.....Csípőprotézis fejének cseréje
50117Koponyaüregi vérömleny eltávolítása
50201Nyílt agykoponyasérülés ellátása
50311Ideggyök gerinccsatornán belüli
.....műtéte
50337Gerincvelői daganatok eltávolítása
50340 Gerinctörésnél csontdarab kiemelése
..... a gerinccsatornából
52077 Belső hallójárat feltárása scala
..... (hátsó koponyagödör) felől
53240 Felső tüdőlebens eltávolítása
53340 Hörgővarrat
53350 Tüdőátültetés (féloldali)
53471 Rekeszizomvarrat
53530Billentyűplasztika aortabillentyűn
53742Pitvari sérülés ellátása
53750 Szívátültetés
55280 Hasnyálmirigy-átültetés
55551Veseátültetés
58151 TEP, teljes csípőprotézis

51360Szivárványhártya-plasztika, varrat
51510 Idegen test eltávolítása mágnessel a
..... szemből
51570 Üvegtestcsere
51630 Szemeltávolítás
52090 Kimetszés a közép, illetve a
.....belsőfülben
53010 Gége egy részének eltávolítása
53152 Hangréstágító műtét külső
..... feltárásból
53431 Mellkasfal egy darabjának
..... eltávolítása
53574 Botallvezeték lekötése
53611 A jobb koszorúsér áthidaló műtéte
..... (bypass-műtét)
53625Koszorúsérszűkület műtéti tágítása
53836Érpótlás a medencei és
.....combverőér között
54030 Nyaki nyirokcsomók kiterjesztett
..... eltávolítása
54560 Vastagbél teljes eltávolítása
58030Nyaki porckorong sérv eltávolítása
58101Nyaki csigolya rögzítése
.....(csont + lemez)
58145Térd csontos beroppanás
.....kiemelése, csontpótlás, lemez

2. csoport

5382LHasi aorta tágulatának kimetszése
5810H.....Gerinc belső rögzítése
51340 Szivárványhártya-előesés
..... kimetszése

3. csoport

5792H.....Félcső lemezelés
50440Idegátültetés
50631 Pajzsmirigylebeny eltávolítása

SZERZŐDÉSI FELTÉTEL

51150	..... Szem kötőhártyájának varrata
53778	..... Pacemaker és defibrillátor beültetése
53856	..... Érpótlás a comb és lábszárverőér között
53932	..... Érsérülés ellátása folttal
54065	..... Hashártya mögötti nyirokcsomók eltávolítása
54131	..... Lépeltávolítás
54361	..... Gyomor részleges eltávolítása
54430	..... Gyomor vagy nyombél varrata
54700	..... Féregnyúlvány-eltávolítás (vakbélműtét)
55110	..... Epehólyag-eltávolítás
55300	..... Lányéksérv-műtét
56011	..... Prostatata húgycsővön keresztüli kibébitése
56520	..... Féloldali petefészek-eltávolítás
56830	..... Méheltávolítás hasi úton
57902	..... Combnyakszegezés
57924	..... Csavarozás
58480	..... Combamputáció
58610	..... Emlőeltávolítás

4. csoport

50420	..... Idegvarrat
58240	..... Feszítőin-varrat a kézen
5790B	..... Bőrön keresztül történő dróttűzés



K&H lendületben kiegészítő biztosítási csomag különös feltétele

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

I. általános rendelkezések

1. a szerződés alanyai (a Biztosított)

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

- a Biztosított belépési életkora minimum betöltött 18 év, maximum betöltött 55 év,
- a kiegészítő csomag megszűnik a Biztosított legfeljebb 65 éves életkorában,
- Biztosított csak olyan személy lehet, aki a szerződés megkötésekor nem áll kórházi kezelés, táppénz, illetve rokkant nyugdíjazás alatt,
- nem lehet Biztosított az a személy, aki a kockázatviselés kezdetét megelőzően a mindenkori jogszabályok által a munkaképesség, egészségkárosodás véleményezésére feljogosított Orvos-szakértői intézethez már benyújtott a munkaképesség csökkenésének, illetve egészség-károsodásának megállapítására irányuló kérelmet, akit ezen intézetek véleményeztek, illetve új vagy régi véleményezettként tartanak nyilván, továbbá az, akinek rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjra jogosultsága megszűnt,
- továbbá nem lehet Biztosított az a személy, aki a kockázatviselés kezdetét megelőzően a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez jelentett már be igényt nyugdíjra, járadékra, segélyre vagy ilyen ellátásban részesül (pl. rokkantsági vagy baleseti rokkantsági nyugdíj; baleseti, rehabilitációs, egészségkárosodási vagy átmeneti járadék; rendszeres szociális segély).

2. a kiegészítő csomag felvétele főbiztosítás mellé

- A Szerződő a főbiztosítás megkötésekor kérheti a kiegészítő biztosítási csomag megkötését.
- A Szerződő a következő biztosítási évfordulót megelőzően 60 nappal írásban kérheti a kiegészítő csomag megkötését.
- A főbiztosítás mellé csak egy kiegészítő csomagot lehet egyszerre megkötni.
- Az újonnan megkötött kiegészítő csomag a kérelem beadását követő biztosítási évforduló napján lép hatályba.

3. a kiegészítő biztosítási csomag megszűnésének esetei

- a főbiztosítás szerződésben meghatározott lejáratú időpontjában;
- a Biztosított halála esetén, amennyiben a Biztosító szolgáltatására sor kerül, a biztosítási összeg kifizetésével;
- a Biztosított halála esetén, ha kizárás vagy mentesülés valósul meg;
- a Biztosított betöltött 65. életévében;
- a Szerződő részéről történő felmondással;
- amennyiben a Biztosítottnál az I.1.1. pontban felsorolt kizáró ok áll fenn;



- g) a Biztosított várakozási időn belüli halálával;
- h) a Biztosító általi felmondással új, lényeges körülmények felmerülése esetén.

4. a kiegészítő csomag felmondása

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

5. várakozási idő

A Biztosító várakozási időt köt ki a 69%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás fedezetnél:

Amennyiben a 180 napos várakozási idő letelte előtt következett be az olyan balesettel okozati összefüggésben nem álló betegség, egészségi állapotromlás, testi vagy szellemi fogyatkozás, amely az itt szabályozott egészségkárosodás alapjául szolgál, akkor a Biztosító visszautalja a Szerződőnek a meg nem szolgáltatott biztosítási díjakat. A Biztosító akkor is visszautalja a Szerződőnek a meg nem szolgáltatott biztosítási díjakat, amennyiben a várakozási idő letelte előtt rokkantsággal összefüggő igényt jelent be a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez, kivéve, ha annak alapja igazolhatóan a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkezett baleset. A díj visszafizetésével a fedezet megszűnik.

II. a biztosítási esemény

1. közlekedési baleseti halál

- 1.1. A Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért közlekedési baleset, ha a baleset következtében a baleset megtörténtétől számított 1 éven belül meghal.
- 1.2. Közlekedési balesetnek minősül a Biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogként, jármű vezetőjeként vagy utasaként, mint közlekedésben résztvevő szenved balesetet.
- 1.3. 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.
- 1.4. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a közlekedési baleseti halál időpontja.

2. égési sérülés

- 2.1. Biztosítási esemény a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, amelynek következtében a Biztosított égési sérülést szenved.
- 2.2. Az égési sérülés megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik égési sérülésre vonatkozó szolgáltatási igény alapját.
- 2.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

3. baleseti kórházi egyszeri térítés a 22. napon



- 3.1. Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt a Biztosított orvosilag szükséges gyógykezelése fekvőbetegként kórházban baleseti következmény miatt abban az esetben, ha legalább 21 éjszakát kórházban tölt.
- 3.2. A gyógykezelés olyan orvosi kezelés, amely az orvostudomány általánosan elismert álláspontja szerint megfelelő az egészség újbóli helyreállítására, az állapot javítására vagy a rosszabbodás megakadályozására.
- 3.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

4. 69%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás

- 4.1 Biztosítási esemény: a Biztosítottnál, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség, baleset következtében az arra jogosult bizottság (a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás (egészségi állapot) mértékének megállapítására jogosult szerv) 69%-ot meghaladó össz-szervezeti végleges egészségkárosodást állapít meg.
- 4.2 69%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodást jelent, amennyiben a Biztosított
 - a) kizárólag folyamatos támogatással foglalkoztatható, és akinek egészségi állapota 1–30% között van és orvos-szakmai szempontból önellátásra képes (7/2012 NEFMI rendelet alapján D kategóriába sorolt),
 - b) egészségkárosodása jelentős, és akinek egészségi állapota 1–30% között van és orvos-szakmai szempontból önellátásra nem vagy csak segítséggel képes (7/2012 NEFMI rendelet alapján E kategóriába sorolt).
- 4.3 Véglegesnek minősül az össz-szervezeti egészségkárosodás abban az esetben, amennyiben az arra jogosult bizottság a felülvizsgálati időpontot a véleményezhetőségi időponttól számított 1 évet meghaladó időpontra határozza meg.

5. baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (100%)

- 5.1 Biztosítási esemény a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a Biztosított 100%-os maradandó egészségkárosodást szenved.
- 5.2 Az egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa határozza meg.
- 5.3 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.
- 5.4 Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.
- 5.5 Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

III. a Biztosító szolgáltatása, a biztosítási összeg

1. a Biztosító szolgáltatása



1.1 közlekedési baleseti halál:

A Biztosító a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti.

1.2 égési sérülés:

- 1.2.1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegből az égési sérülés súlyosságától függő mértéknek megfelelő összegű szolgáltatást nyújt.
- 1.2.2. A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a biztosítási összegnek az alábbi táblázat szerinti százaléka:

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

- 1.2.3. Az égési sérülés mértéke az orvosi dokumentumok alapján kerül megállapításra, illetve a Biztosító orvosa állapítja meg.
- 1.2.4. Ha a Biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a Biztosító a szolgáltatásának mértékét az alábbiak szerint állapítja meg: az egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadja, és az így kapott százalékhöz hozzárendeli azt a fokot, amely a sérült testfelület legnagyobb részén következett be.
- 1.2.5. Ha a Biztosított igazoltan közvetlenül az égési sérülések következtében 2 éven belül hal meg, a Biztosító a Kedvezményezett részére az égési sérülés súlyosságától függetlenül 200%-os térítést fizet.
- 1.2.6. A biztosítási eseményre vonatkozó további szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követően meghal.
- 1.2.7. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál az egészségi állapotot a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- 1.2.8. A biztosítási szolgáltatás alapja a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási összeg.

1.3 baleseti kórházi egyszeri térítés a 22. napon:

- 1.3.1. A Biztosító a szerződésben meghatározott egyszeri térítést szolgáltatja.



- 1.3.2. A Biztosított balesete esetén a Biztosító a baleset napjától számított 1 éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges és megkezdett kórházi gyógykezelésre nyújt szolgáltatást.
- 1.3.3. A biztosítási szolgáltatás alapja a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási összeg.
- 1.3.4. A Biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg háromszorosát egy biztosítási éven belül.**

1.4 69%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás:

- 1.4.1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az Orvosszakértői intézet szakvéleménye keltének időpontjában aktuális biztosítási összeget téríti.
- 1.4.2. A Biztosító szolgáltatása esetén a fedezet megszűnik, azonban a csomag egyéb fedezeteire a Biztosító kockázatviselése továbbra is fennmarad. A Biztosító a csomag fizetendő díját csökkenti a 69%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás díjával.
- 1.4.3. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási díj annak a biztosítási évnél a végéig illeti meg a Biztosított, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett.
- 1.4.4. Amennyiben a várakozási idő letelte előtt következett be az olyan balesettel okozati összefüggésben nem álló betegség, egészségi állapotromlás, testi vagy szellemi fogyatkozás, amely az itt szabályozott egészségkárosodás alapjául szolgál, akkor a Biztosító visszautalja a Szerződőnek a kiegészítő biztosítási csomagra addig befizetett biztosítási díjakat. A Biztosító akkor is visszautalja a Szerződőnek a kiegészítő biztosítási csomagra addig befizetett biztosítási díjakat amennyiben a várakozási idő letelte előtt rokkantsággal összefüggő igényt jelent be a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez, kivéve, ha annak alapja igazolhatóan a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkezett baleset. A díj visszafizetésével a kiegészítő biztosítási csomag megszűnik.

1.5 baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (100%):

- 1.5.1. A Biztosító a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeg 100%-át fizeti ki.
- 1.5.2. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége akkor válik esedékessé, ha az egészségkárosodás maradandó, vagy ha az egészségkárosodás mértéke folyamatosan változik és a baleset napjától számított 2 év eltelt. Ez utóbbi esetben a Biztosító a szolgáltatásának mértékét a baleset napjától számított 2 év letelte után fennálló egészségkárosodás mértékének megfelelően állapítja meg. Amennyiben a Biztosított egészségkárosodásának mértéke folyamatosan változik, úgy mind a Biztosítottnak, mind a Biztosítónak joga van biztosítási eseményenként a bejelentett baleset napjától számított 2 évig évenként egy alkalommal a maradandó egészségkárosodás orvosi megállapítását kérni, azaz mind a Biztosítottnak, mind a Biztosítónak joga van annak megállapítását kérni, hogy az egészségi állapot orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.
- 1.5.3. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.
- 1.5.4. A Biztosító szolgáltatása esetén a fedezet megszűnik, azonban a csomag egyéb fedezeteire a Biztosító kockázatviselése továbbra is fennmarad. A Biztosító a csomag fizetendő díját csökkenti a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás díjával.
- 1.5.5. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási díj annak a biztosítási évnél a végéig illeti meg a Biztosított, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett.
- 1.5.6. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál az egészségi állapotot a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.



1.6 a biztosítási esemény be nem következte

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

2. a biztosítási összeg

2.1 A kezdeti biztosítási összegek a kötvényben kerülnek meghatározásra.

2.2 A kiegészítő csomag biztosítási összegei:

Biztosítási fedezet	Biztosítási összeg
Közlekedési baleseti halál	5 000 000 Ft
Égési sérülés	5 000 000 Ft
Baleseti kórházi egyszeri térítés a 22. napon	100 000 Ft
69%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás	4 500 000 Ft
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (100%)	5 000 000 Ft

IV. a kiegészítő csomag díja

1. a kiegészítő csomag havi díja fix: 750 Ft

2. a kiegészítő csomag nem indexálható.

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

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

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

a) a módosító javaslat kézhezvételét követő 15 napon belül azt elfogadhatja, így a módosításnak megfelelő biztosítási díjú és biztosítási összegű szerződés lép hatályba,

b) ha a Szerződő a módosító javaslatot írásbeli nyilatkozatával nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a kiegészítő biztosítási csomagra vonatkozóan a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik



V. a Biztosító teljesítésének feltételei

1. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

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

69%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás:

- az egészségkárosodás megállapítására irányuló kérelem másolatát,
- a szolgáltatási igény előterjesztésekor – az orvos-szakértői szakvélemény kézhezvétele után – be kell nyújtani az egészségkárosodás, illetve ezzel kapcsolatos ellátásra való jogosultság megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtatványok, határozatok, orvosi indoklások másolatát, valamint az Orvosszakértői intézet szakvéleményének másolatát,
- ha az egészségkárosodás okozati összefüggésben áll balesettel, akkor a baleset körülményeit tartalmazó dokumentumok másolatát (rendőrségi határozat, jegyzőkönyv).

baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (100%):

- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum fénymásolatát,
- amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, a Biztosítóhoz be kell nyújtani az eljárást befejező határozat másolatát (így különösen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági határozatot).

2. a Biztosító teljesítésének esedékessége

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

VI. a Biztosító kockázatviseléséből kizárt események

1. kockázatviselés:

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

2. A kockázatviselés nem terjed ki továbbá az alábbiakra:

2.1 égési sérülés:

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



2.2 baleseti kórházi egyszeri térítés a 22. napon:

- a) a biztosítás illetve a kockázatviselés kezdete előtt megkezdődött gyógykezelésekre,
- b) azokra a baleseti következményekre, amelyek a kockázatviselés kezdete előtt keletkeztek, illetve amelyeket a kockázatviselés kezdete előtt diagnosztizáltak, azonban csak a kockázatviselés kezdete után kerül sor a gyógykezelésre,
- c) olyan balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek alkohol vagy kábítószer élvezete miatt következnek be, továbbá ha ezek miatt rosszabbodnak. Nem terjed ki a kockázatviselés a megvonási eljárásokra és az elvonókúrára,
- d) olyan balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek a Biztosított által elkövetett bűncselekmények miatt keletkeztek,
- e) az öngyilkosság és kísérletének következményeire.

2.3 69%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás:

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

2.4 baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (100%):

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

VII. a Biztosító mentesülése a kiegészítő csomagok szolgáltatása alól

1. Mentesül a Biztosító a közlekedési baleseti szolgáltatás alól és csak a halál esetén járó összeget szolgáltatja, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a Szerződő, illetve a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.
2. A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el, különösen, de nem kizárólagosan, ha például:



- 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,
- c) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelyre nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel,
- d) munkavégzése során a munkavédelmi szabályokat súlyosan megsérti,
- e) a Biztosított a következő kötelezettségének nem tesz eleget: A Biztosított a biztosítási esemény (a baleset) bekövetkeztekor úgy köteles eljárni, ahogy az adott helyzetben általában elvárható, ennek megfelelően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell