



K&H BIZTOSÍTÓ ZRT.

**K&H ARANYTARTALÉK
VEGYES ÉLETBIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS FELTÉTELEI**

2008. november 15.



a KBC csoport tagja

I. Értelmező rendelkezések

1. a szerződő számlája: az egyes biztosítási szerződésekhez rendelt számla, melyen a szerződésre érkező jóváírásokat és a szerződést terhelő költségeket tartja nyilván a biztosító, különösen a biztosítási díjakat, az adminisztrációs és egyéb költségeket, a garantált hozamnak megfelelő havonta jóváírt hozamrészt és a többlethozamnak megfelelő évente jóváírt nyereségrészt
2. kötvényérték: a szerződés azon értéke, amely a szerződő számláján kerül nyilvántartásra
3. haláleseti biztosítási összeg: a kötvényben megjelölt, a szerződő által meghatározott összeg, mely a biztosító haláleseti szolgáltatásának minimális összege
4. kockázatnak kitett összeg: a haláleseti biztosítási összeg és a kötvényérték pozitív különbsége, mely a kockázati (halálesetre vonatkozó) díj kiszámításának az alapja
5. minimális elérési összeg: az az összeg, amelynek kifizetésére a biztosító a tartam végén kötelezettséget vállal, feltéve, hogy a szerződés kezdetekor meghatározott díjat, az akkor a szerződésben előírt módon és időben a szerződő a tartam alatt végig megfizette, és a szerződés egyéb tekintetben sem módosul a tartam közben (pl. haláleseti biztosítási összeg változása)
6. kondíciós lista: az 1. számú melléklet, mely jelen szerződési feltételek változó részeit tartalmazza, melyek esetleges változásáról a biztosító értesíti a szerződőt (ld. XIII/5)
7. minimum hozam: minden befolyt, adminisztrációs költséggel és kockázati díjjal, valamint kiegészítő biztosítás kötése esetén annak díjával csökkentett biztosítási díjra, valamint az adott időpontig jóváírt hozamra számított garantált hozam
8. garantált éves hozamráta: a garantált hozam, amelynek szerződő számláján történő rendszeres jóváírására a biztosító kötelezettséget vállal. A garantált hozamráta 2%, mely a tartam során változatlan.
9. nyereségrész: a garantált hozamon felüli befektetési hozamnak legalább a mindenkor hatályos biztosítási törvényben meghatározott százaléka
10. főbiztosítás: a kockázati (haláleseti) életbiztosítás és elérési biztosítás, melynek biztosítási összegei a szerződésben kerülnek rögzítésre, és amely biztosításra jelen általános feltételek vonatkoznak
11. kiegészítő biztosítások: a főbiztosításhoz, mint kiegészítő biztosításokként megköthető baleset- és egészségbiztosítási kockázatok, melyek a rájuk vonatkozó egyes biztosítási összegekkel együtt a biztosítási szerződésben kerülnek rögzítésre, és amely biztosításokra jelen általános feltételek és az egyes kiegészítő biztosításokra érvényes különös feltételek vonatkoznak
12. baleset fogalma:
 - 12.1. Jelen feltételek szempontjából a baleset olyan hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri.
 - 12.2. Jelen feltételek szempontjából balesetnek minősülnek az alábbi a biztosított akaratán kívüli események is:
 - a) vízbefúlás
 - b) villámcsapás
 - c) mérgező gázok belélegzése
 - 12.3. Jelen feltételek szerint – a fentiekől eltekintve – nem minősül balesetnek az ember vagy állat által terjesztett bakteriális vagy vírusfertőzés még abban az esetben sem, ha balesetszerű fizikális ok váltja ki, kivéve ha a különös feltételek ettől eltérően rendelkeznek. Nem minősül balesetnek 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.
13. biztosított sporttevékenységének minősítése:
 - 13.1. Hivatásos sportoló az a biztosított, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá egyéni vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik a sportági szakszövetség, illetőleg a sportszövetség feltételei szerint megszerzett hivatásos sportolói engedéllyel.
 - 13.2. Jelen feltételek szempontjából versenyző sportoló az a biztosított (a továbbiakban: versenyző sportoló), aki sporttevékenységet nem hivatásos sportolóként végez, feltéve hogy versenyen (bajnokságon, meccsen) is indul, függetlenül a verseny jellegétől.

II. Általános rendelkezések

1. A biztosítási szerződés résztvevői a következő személyek.
 1. a. A szerződő az a fél, aki a szerződést megkötí és a biztosítási díjat fizeti.
 1. b. A biztosított az a természetes személy, akinek az életével kapcsolatos eseményekre a biztosítási szerződés létrejön. A szerződő és a biztosított eltérő személy is lehet.
 1. c. Kedvezményezett(ek) az(ok) a személy(ek), akit(et) a biztosítási szerződésben ekként határoztak meg és aki(k) a biztosító szolgáltatására jogosult(ak). Több kedvezményezett esetében százalékosan meg kell határozni jogosultságuk arányát. A jogosultsági arány meghatározásának hiányában a biztosító a kedvezményezettek részére egyenlő arányban teljesít. A különböző szolgáltatásokra különböző kedvezményezetteket lehet megjelölni.
 1. d. A biztosító: K&H Biztosító Zrt., 1068 Budapest, Benczúr u. 47.
2. A biztosított, a szerződő beleegyezésével a szerződésbe szerződőként bármikor beléphet. A biztosított a szerződő beleegyezése nélkül a szerződésbe szerződőként beléphet, mielőtt a szerződés felmondás vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnne. Erről a biztosítót írásban értesíteni kell. Ezen esetekben a biztosított és a szerződő egyetemlegesen felelősek a folyó biztosítási időszakban esedékes biztosítási díjakért.
3. A kedvezményezett kijelöléséhez, személyének és százalékos részesedésének megváltoztatásához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződés kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis. Ebben az esetben kedvezményezettnek a biztosítottat, illetve örökösét kell tekinteni.
4. A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal. Ebben az esetben új kedvezményezettet kell kijelölni. Ennek hiányában a biztosított örökösét kell kedvezményezettnek tekinteni.
5. A biztosító a biztosított belépési koraként a szerződés megkötése évének és a biztosított születési évének különbségét veszi figyelembe. A főbiztosítás tekintetében a minimális belépési életkor 18 év, a maximális 65 év lehet. A szerződés lejártakor a biztosított legfeljebb 75 éves lehet. A kockázati díj levonásakor a biztosított számításba vett életkora a következő születésnapján betöltött kora.
6. A kiegészítő biztosítások biztosítottja megegyezik a főbiztosítás biztosítottjával. A kiegészítő biztosítások és a főbiztosítás szerződője is azonos.

III. A szerződés létrejötte

1. A biztosítási szerződést a szerződő a biztosítónak tett ajánlatával kezdeményezi. Az ajánlat részét képezi az egészségi nyilatkozat és a jelen biztosítási feltételek, (illetve kiegészítő biztosítások megkötése esetén a vonatkozó különös feltételek is). Az ajánlatot mind a szerződőnek, mind a biztosítottnak alá kell írnia.
2. A biztosítási szerződés a biztosító elfogadó nyilatkozatával jön létre, a biztosító a biztosítási szerződésről kötvényt állít ki. A szerződés kezdete a biztosítási szerződésben kerül rögzítésre, alapesetben a biztosítási ajánlat megtételének napja.
3. A szerződés hatályba lépése, azaz a kockázatviselés kezdete a biztosítási díj biztosítóhoz történő megérkezése esetén a szerződés kezdetének napját követő nap nulladik órája (ld. VI/2.).
4. A biztosító az ajánlatot kockázatbírálásnak veti alá. Ennek időtartama az ajánlat átadásától számított 15 nap. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosított egészségi állapotával kapcsolatosan további dokumentumokat kérjen be. Fenti határidőn belül a biztosítónak nyilatkoznia kell arról, hogy elfogadja-e az ajánlatot. A biztosítónak jogában áll az ajánlatot elutasítani. A szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító a fenti határidőn belül az ajánlatra nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító, vagy képviselője részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal jön létre.
5. A biztosító a kockázatbírálás eredményeképpen változtatásokat eszközölhet a szerződésben az ajánlathoz képest, megjelölve azt a kötvényben.
6. Amennyiben a szerződő nem kívánja elfogadni ezen változtatásokat, 15 napon belül írásban elállhat a szerződéstől. Amennyiben a szerződő nem válaszol a megadott határidőn belül, a szerződés a kötvényben megjelölt változtatásokkal jön létre.

IV. Az életbiztosítási szerződés felmondása

1. Az életbiztosítási szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő, a biztosítási szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül megtett írásbeli nyilatkozatával az életbiztosítási szerződést – indokolás nélkül – felmondhatja.
2. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető ezen felmondási jogáról.
3. A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító köteles 30 napon belül a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni.
4. Az életbiztosítási szerződés jelen fejezet szerinti felmondása esetén a biztosító az első díjból levonhatja az aktuális kondíciós listában meghatározott adminisztrációs költséget, fizetési gyakoriság és mód szerinti költséget, valamint az esetleges orvosi vizsgálat költségét.
5. A biztosító a biztosítási díj fenti költségekkel csökkentett visszafizetendő része után kamatot nem fizet.
6. A szerződő által befizetett díjnak a 4. pontban meghatározott költségek levonása után fennmaradó részét a biztosító a szerződés megszűnésétől számított 15 napon belül a szerződő részére visszafizeti.

V. Közlési kötelezettség

1. A szerződő és a biztosított köteles az ajánlat megtételekor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismert, vagy ismernie kellett.
2. Az egészségi nyilatkozatot, mely a biztosított szerződéskötéskori egészségi állapotával kapcsolatos, a biztosított tölti ki.
3. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő írásbeli válaszokkal a biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz.
4. A közlési kötelezettség megsértése esetében a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve ha
 4. a. a szerződés létrejöttétől a biztosítási esemény bekövetkezéséig már legalább 5 év eltelt, vagy
 4. b. ha bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
5. Amennyiben a biztosító mentesül a szolgáltatás alól, és a szolgáltatás alapját képező biztosítási esemény miatt a biztosítási szerződés megszűnik, a kötvényérték kerül kifizetésre.
6. A szerződő és a biztosított köteles a biztosítóval írásban közölni a biztosító által nyilvántartott adataiban bekövetkezett változásokat (név, lakcím, egyéb azonosítók).

VI. A kockázatviselés kezdete

1. Az első biztosítási díj a szerződés létrejöttékor esedékes.
2. A biztosító kockázatviselése a szerződés kezdetének napját követő nap nulladik órájától kezdődik, feltéve, hogy az első biztosítási díj a biztosító számlájára megérkezett (szerződés hatályba lépése), továbbá a szerződés létrejött, vagy utóbb létrejön. A biztosító az első biztosítási díjat azon a napon tekinti megérkezettnek, amikor a díjat a biztosító számláján jóváírják.
3. Kiegészítő biztosítások később (nem a főbiztosítással egyidőben) történő megkötése esetén, a biztosító kockázatviselése az erre vonatkozó díj megérkezését követő nap nulladik órájában indul.
4. A biztosító a jelen feltételek hatálya alá tartozó kockázati (haláleseti) életbiztosítás és egészségbiztosítások esetében **várakozási időt** köt ki, amelynek időtartama a szerződés hatálybalépésétől számított 6 hónap.
5. Várakozási idő kikötése esetén a biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre, valamint az akut bakteriológiai fertőzésekkel eredő biztosítási eseményekre terjed ki. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan biztosítási eseményekre, amelyek a várakozási idő alatt következnek be és balesettel, akut bakteriológiai fertőzéssel okozati összefüggésben nem állnak. Ezen esetekben a biztosítót szolgáltatási kötelezettség nem terheli.

6. Amennyiben a várakozási idő alatt olyan balesettel, akut bakteriológiai fertőzéssel okozati összefüggésben nem álló biztosítási esemény következik be, amely a különös feltételek értelmében a szerződés megszűnését vonja maga után, a biztosító visszafizeti a szerződésre befizetett díjat.
7. Amennyiben a várakozási idő alatt olyan balesettel, akut bakteriológiai fertőzéssel okozati összefüggésben nem álló biztosítási esemény következik be, amely a különös feltételek értelmében valamely biztosítási kockázat megszűnését vonja maga után, de a szerződés nem szűnik meg, a biztosító a megszűnő kockázatra vonatkozó díjrészt fizeti vissza.

VII. A szerződés tartama és megszűnése

1. A szerződés tartama a szerződés kezdetének és lejáratának a kötvényben ekként megjelölt napjai közti tartam. A szerződés legalább 10 éves, de legfeljebb 25 éves tartamra köthető.
2. A felek megegyeznek abban, hogy a szerződés meghatározott tartamú meghosszabbítása lehetséges, amennyiben a szerződő ezt írásban kéri és a biztosító ehhez hozzájárul.
3. Ez esetben a biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a szerződést az általa meghatározott garantált hozammal hosszabbítsa meg.
4. A kiegészítő biztosításokat a szerződő vagy a főbiztosítással egyidőben köti meg, vagy a biztosító hozzájárulásával a főbiztosítás bármely későbbi biztosítási évfordulójával.
 4. a. Amennyiben a kiegészítő biztosítást a főbiztosítással együtt kötötték meg, ennek kezdeti időpontja megegyezik a főbiztosításéval.
 4. b. A kiegészítő biztosítás lejáratát a főbiztosítás lejáratához igazodik.
 4. c. Amennyiben a kiegészítő biztosítást később kötötték meg, a kezdeti időpont a módosított szerződésben megjelölt időpont, alapesetben a meghatározott biztosítási évforduló.
 4. d. A kiegészítő biztosítás későbbi választása esetén a biztosítottnak új egészségi nyilatkozatot kell tennie. A biztosító a kiegészítő biztosítás megkötését kockázatalbírálatától teszi függővé.
5. A főbiztosítás a következő esetekben szűnik meg:
 5. a. a főbiztosítás lejáratát (elérés),
 5. b. a főbiztosítás megszűnése,
 5. c. a biztosított halála esetén,
 5. d. kiegészítő biztosítás esetén a különös feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezésekor,
 5. e. a biztosított eléri a 75 éves életkort,
 5. f. díj nemfizetés, díjszüneteltetés esetén, amikor a kötvényérték a kondíciós listában megadott előre hozott szolgáltatás költsége alá süllyed.
6. A kiegészítő biztosítás a következő esetekben szűnik meg:
 6. a. a főbiztosítás megszűnése,
 6. b. ha a biztosított eléri a különös feltételben meghatározott életkort,
 6. c. ha a szerződő megszünteti a kiegészítő biztosítást,
 6. d. díj nemfizetés esetén (az esedékességtől számított 30. napon),
 5. e. díjszüneteltetés esetén (a díjszüneteltetés kezdetével),
 6. f. a különös feltételekben meghatározott esetekben..
7. A kiegészítő biztosítást a szerződő bármikor megszüntetheti. A biztosító kockázatviselése a biztosító döntése alapján a szerződőnek az ezirányú írásbeli kérelme beérkezése hónapjának utolsó napján megszűnik.

VIII. Biztosítási esemény

1. A biztosítási esemény a biztosított életével kapcsolatban lévő olyan esemény, mely a biztosító szolgáltatását kiváltja.
2. E szerződés szerint biztosítási esemény:
 2. a. a biztosított halála ,
 2. b. az előre meghatározott időpont életben elérése,
 - 2.c. kiegészítő biztosítás esetén a különös feltételekben meghatározott esemény.

IX. A biztosító szolgáltatása

1. A kezdeti haláleseti biztosítási összeg a kötvényben kerül meghatározásra.
2. A minimális elérési biztosítási összeg a kötvényben kerül meghatározásra, amelynek kifizetésére elérés esetén a biztosító – a szerződéskezdetkor a biztosítási szerződésben foglalt biztosítási díjnak a biztosítási szerződés szerint történő megfizetése esetén - kötelezettséget vállal.
3. Elérés esetén a biztosító a következő szolgáltatást nyújtja:
 3. a. amennyiben a szerződő a biztosítási díjat a lejárat időpontjáig a szerződéskezdetkor érvényes szerződés szerint, az abban foglaltaknak megfelelően megfizeti, akkor a biztosító kifizeti a szerződés lejáratára napján érvényes kötvényértéket (a befektetésre kerülő díjrészeket a költségekkel csökkentve, többlethozammal és indexálással növelve), de legalább a minimális elérési összeget,
 3. b. amennyiben a szerződő a biztosítási díjat a lejárat időpontjáig nem a szerződéskezdetkor érvényes szerződés szerint, az abban foglaltaknak megfelelően fizeti meg (pl. díjszüneteltetés, díjnemfizetés, késedelmes díjfizetés, biztosítási összegmódosítás), akkor a biztosító kifizeti a szerződés lejáratára napján érvényes kötvényértéket (a befektetésre kerülő díjrészeket a költségekkel csökkentve, többlethozammal és indexálással növelve).
4. A haláleseti szolgáltatás a halál napján érvényes kötvényérték és a halál napján érvényes haláleseti biztosítási összeg közül a nagyobbik összeg.
5. Amennyiben kiegészítő biztosítások is szerepelnek a hatályos kötvényben, akkor a biztosító a különös feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezésekor a bekövetkezése napján érvényes biztosítási összeget téríti.

X. Biztosítási díj

1. A biztosítási szerződés folyamatos díjas. Lehetőség van a havi, negyedéves, féléves és éves díjfizetésre. A folyamatos díj annak a tartamnak az első napján esedékes, amelyre vonatkozik. A díjfizetés gyakorisága írásban bármely biztosítási évfordulókör - a díjfizetés rendezettsége esetén és a biztosító hozzájárulásával - megváltoztatható. A rendszeres díjnak szerződéskötéskor el kell érnie a biztosító által mindenkor meghatározott minimumot (ld. 1. számú melléklet).
2. A szerződés létrejötte előtt befizetett első biztosítási díjat a biztosító kamatmentes letétként kezeli és visszautalja a szerződőnek, amennyiben a szerződés nem jön létre.
3. A kezdeti biztosítási díj a kötvényben kerül meghatározásra.
4. A szerződésekre 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 az 1. számú mellékletben található.
5. Amennyiben a biztosítóhoz az előírt biztosítási díj az esedékességtől számított egy hónapon belül nem érkezik meg, a felek megállapodnak abban, hogy a biztosító a díjelőírást megszünteti a szerződésre, azaz végleges díjszüneteltetés lép érvénybe (ld. XIV. fejezet), amelyről a biztosító értesíti a szerződőt.
6. Amennyiben a biztosítóhoz nem érkezik meg az esedékes díj, a biztosító erről az esedékességtől számított 30 napon belül értesíti a szerződőt.
7. A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy visszautasítson eseti befizetéseket, valamint ne ajánljon fel automatikus díjnövelést a folyamatos díjas szerződésekre.

8. A biztosítási díjat a biztosító a biztosítási összeg, a tartam, a biztosított neme, kora, egyedi egészségügyi kockázata és a kockázatnak kitett összeg alapján kalkulálja.
9. A kockázati díjat a biztosító havi rendszerességgel vonja le a szerződő számlájáról. A kiegészítő biztosítás díját a biztosító a befizetett rendszeres biztosítási díjból vonja le.
10. Amennyiben a biztosítási szerződésre nem érkezik díj, a biztosító a haláleseti biztosítási összeg vonatkozásában mindaddig kockázatban áll, amíg a kötvényérték a kockázati díj levonására fedezetet nyújt. A halálesetre – kockázati életbiztosításra – vonatkozó kockázati díj díjnemfizetés esetén is levonásra kerül a szerződő számlájáról. Amennyiben díjnemfizetés miatt a kötvényérték a mindenkor visszavásárlási költség alá csökken, a szerződés a biztosító szolgáltatása nélkül megszűnik, amelyről a biztosító a szerződőt értesíti.
11. Díjnemfizetés esetén az esedékességtől számított 30. napot követően a biztosító a haláleseti biztosítási összeget a kondíciós listában meghatározott összegre csökkentheti. Továbbá fenntartja a jogot arra, hogy azt a mindenkor minimális összegre (ld. Kondíciós lista) leszállítsa (feltéve, hogy az kisebb), amiről a szerződőt előzetesen írásban értesíti.
12. Díjnemfizetés esetén, amennyiben a szerződés tartalmaz kiegészítő biztosítást - a kiegészítő biztosítások az esedékességtől számított 30. napon megszűnnek, és az azokra eső kockázati díjrészek sem kerülnek többet levonásra.
13. A minimális elérési összegre a díjnemfizetést, díjszüneteltetést vagy a szerződéskezdetkor meghatározott díjat illetve díjfizetést érintő bármely módosulást követően értelemszerűen nem vonatkozik a biztosító garanciavállalása.

XI. A szerződő számlája, a nyereségrész visszatérítése

1. A befizetett biztosítási díjat, csökkentve a fizetési gyakoriság szerinti (és esetleg egyéb, a kondíciós listában meghatározott) költséggel, a kiegészítő kockázati biztosítás díjával, az adminisztrációs költséggel, a biztosító a beérkezés másnapján jóváírja a szerződő számláján.
2. A biztosító a kötvényhez tartozó összeget (befektetési részt) legjobb tudásának megfelelően és a mindenkor hatályos jogszabályok kereteinek betartása mellett fekteti be. A biztosító a jelen feltételekben meghatározott módon vállalja a befektetési kockázatot a tőke, illetve a hozam (garantált hozamráta) vonatkozásában, azaz tőke- és hozamgaranciát biztosít azzal a megszorítással, hogy a jelen feltételekben részletesen meghatározott költségeket és kockázati díjakat részben a kötvényértékkel szemben érvényesíti, amelynek megfelelően a tőke csökkenhet, adott esetben nulla is lehet.
3. A biztosító a kötvényértékből levonja az eszközök kezelésével kapcsolatos költségeket, amelynek mértékét a kondíciós lista tartalmazza. A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy az esetlegesen felmerülő adóhányadot levonja.
4. A biztosító garantálja, hogy a költségekkel és a kockázati díjjal csökkentett minden befizetett biztosítási díjra, valamint a már jóváírt nyereségrészt a garantált hozamot rendszeresen jóváírja a szerződő számláján.
5. A biztosító évente a befektetési eredménytől függően a nyereségrészt jóváírja a szerződéseken az alábbiak szerint:
 5. a. A biztosító a garantált hozamon felüli hozam kondíciós listában meghatározott százalékát, mint nyereségrészt téríti vissza a szerződőnek és írja jóvá a szerződő számláján.
 5. b. A hozam visszatérítése évente egyszer történik, az összeget a biztosító legkésőbb minden év május 31-ig írja jóvá a szerződő számláján, az előző év december 31-ei dátummal.
6. A biztosító ezt követően évente egyszer tájékoztató levelet küld a szerződőnek a befizetett biztosítási díj(ak)ról, a garantált hozamról és a jóváírt nyereségrésztől, a levont költségekről és díjakról, valamint a kötvény aktuális értékéről.

XII. Automatikus díjnövelés (indexálás)

1. Amennyiben a szerződő nem rendelkezett másképp, a biztosító minden évben a szerződésre felajánlhatja az automatikus díjnövelést. Erről a biztosító legalább egy hónappal az indexálás előtt értesítést küld a szerződőnek.

2. Az automatikus díjnövelés csak a biztosítási díj emelését tartalmazza, oly módon, hogy a díjnövekmény rész adminisztrációs költségekkel csökkentett része kizárólag a biztosítás megtakarítási részére kerül elszámolásra, azaz befektetésre kerül. A haláleseti biztosítási összeg, és az esetleges kiegészítő biztosítások biztosítási összege változatlan marad.
3. A tájékoztató levél tartalmazza a megnövelt folyamatos biztosítási díjat.
4. A biztosítási díj a január 1-ét követő első esedékesség napján kerül megemelésre.
5. A szerződő az automatikus díjnövelést legalább két héttel az indexálás előtt írásban visszautasíthatja.
6. Amennyiben a biztosító a megadott határidőig nem kap választ a szerződőtől, az indexálást automatikusan végrehajtja.
7. A szerződő bármikor kérheti az automatikus díjnövelés lehetőségének biztosítását, vagy megszüntetését.
8. Az automatikus díjnövelés mértéke a Központi Statisztikai Hivatal által a tájékoztató kiküldését megelőzően legutóbb közzétett éves fogyasztói árindex.
9. A díjszüneteltetés alatt álló kötvényeket a biztosító nem indexálja.

XIII. Költségek, díjak

1. Minden befolyt biztosítási díjból a biztosító adminisztrációs költséget von le. Az aktuális adminisztrációs költségeket az 1. számú melléklet tartalmazza. A költség az előtt kerül levonásra, mielőtt a befolyt díj jóváírásra kerülne a szerződő számláján. Értelmszerűen nem terheli adminisztrációs költség a díjszüneteltetés alatt álló szerződést.
2. Amennyiben a haláleseti biztosítási összeg meghaladja a kötvényértéket, a biztosító kockázati díjat von le.
 2. a. A haláleseti kockázati díj nagyságát a kockázatnak kitett összeg, a nem és a kor határozza meg.
 2. b. Kiegészítő biztosítások választása esetén a kiegészítő kockázati díj nagyságát a megfelelő biztosítási összeg határozza meg.
 2. c. A biztosító a kockázati díjat a haláleseti kockázat esetében havonta vonja le a szerződő számlájáról, a kiegészítő kockázatok esetében fizetési gyakoriság szerint a rendszeres biztosítási díjból.
3. A befektetések kezelési költségeként a biztosító havonta költséget von le a kötvényértékből. Az aktuális költséget az 1. számú melléklet tartalmazza.
4. A befolyt biztosítási díjból a biztosító egyéb, az 1. számú mellékletben feltüntetett költségeket is levonhat, különösen a fizetési gyakoriság és mód alapján felszámított költséget.
5. Az 1. számú mellékletben feltüntetett költségeket a biztosító évente egyszer megváltoztathatja, amelyről a szerződőt legalább a változást megelőző 15 nappal írásban értesíti.

XIV. Díjszüneteltetés

1. Folyamatos díjfizetés esetén a szerződő kivételes esetben, és kizárólag a biztosító hozzájárulásával kérheti a díjszüneteltetést. Ez azt jelenti, hogy a szerződésre nem kell biztosítási díjat fizetni.
2. A díjszüneteltetésre irányuló bejelentést a szerződőnek írásban kell eljuttatnia a biztosítóhoz. A szüneteltetés a biztosító írásbeli választát követő esedékességgel lép érvénybe.
3. Díjszüneteltetés alatt lévő szerződésre továbbra is lehet eseti díjfizetést eszközölni, amely díjrészek az adminisztrációs költség levonását követően kizárólag a biztosítás befektetési részére kerülnek elszámolásra.
4. A díjszüneteltetés alatt lévő szerződésre a folyamatos díjfizetés alapesetben a következő biztosítási évfordulóval, - de kizárólag a biztosító hozzájárulásával - újraindítható a szerződő ilyen értelmű írásos bejelentését követően. A szerződő kérheti a díjszüneteltetés kezdetét megelőzően érvényes biztosítási összegek és kiegészítő biztosítások visszaállítását. A biztosítottaknak ez esetben új egészségfelmérő nyilatkozatot kell kitöltenie, amelyet a biztosító kockázatfelbírálásnak vet alá.

A kockázatfelbírálás eredményeképpen a biztosító az újraindítási kérelemmel kapcsolatosan a következő döntéseket hozhatja:

- a. elfogadja a kérelem módosításával. Ebben az esetben az érvényes, csökkentett haláleseti biztosítási összeg változatlan marad és a kiegészítő biztosítások továbbra sem lesznek a biztosításban.

b. elfogadja a kérelem módosítása nélkül. Ebben az esetben a haláleseti biztosítási összeg, és ha voltak a díjszüneteltetést megelőzően kiegészítő biztosítások is, akkor azok biztosítási összegei az eredeti biztosítási összeggel maradnak érvényben, vagy a szerződő ekkor vehet fel új kiegészítő biztosításokat. Továbbá a biztosító a kockázatelbírálás függvényében kizárásokat tehet a szerződésben.

c. elutasítja. Ebben az esetben a díjszüneteltetés folytatódik.

A biztosító a díjszüneteltetés végéről, annak dátumáról, a módosításokról, illetve az elutasításról írásban értesíti a szerződőt. Az a. és b. esetben amennyiben a szerződő 15 napon belül nem válaszol írásban, úgy a díjszüneteltetés a biztosító által írásban jelzett időpontban véget ér, az ezt követő időszakra vonatkozó folyamatos díjak újra esedékessé válnak.

5. A díjszüneteltetés alatt a biztosító a díjszüneteltetés alatt érvényes, csökkentett haláleseti biztosítási összeg vonatkozásában folyamatosan kockázatban áll. A halálesetre vonatkozó kockázati díj továbbra is levonásra kerül a szerződő számlájáról.
6. Díjszüneteltetés esetén a biztosító a haláleseti biztosítási összeget a kondíciós listában meghatározott összegre csökkentheti. Továbbá fenntartja a jogot arra, hogy azt a mindenkori minimális összegre le szállítsa (feltéve, hogy az kisebb), amiről a biztosítottat előzetesen írásban értesíti.
7. Díjszüneteltetés esetén, amennyiben a szerződés tartalmaz kiegészítő biztosítást - a kiegészítő biztosítások a díjszüneteltetés napjától megszűnnek, és az azokra eső kockázati díjrészek sem kerülnek levonásra.
8. Amennyiben díjnémfizetés miatt a kötvényérték a mindenkori visszavásárlási költség alá csökken, a szerződés a biztosító szolgáltatása nélkül megszűnik, amelyről a biztosító a szerződőt értesíti.
9. Az elérti összegre a díjszüneteltetést követően értelemszerűen nem vonatkozik a biztosító garanciavállalása.

XV. Visszavásárlás

1. A szerződőnek joga van a szerződést bármikor visszavásárolnia (előrehozott szolgáltatást kérnie). Ezt a szándékot írásban kell bejelentenie a biztosítónak és a kiállított biztosítási kötvényt a biztosító részére vissza kell küldeni. A biztosító ebben az esetben a bejelentés beérkezésétől számított 15 munkanapon belül a visszavásárlási összeget fizeti ki a szerződőnek. A visszavásárlási összeg kifizetésével a szerződés megszűnik.
2. A visszavásárlási összeg megegyezik a visszavásárlási igény beérkezésének napján érvényes kötvényérték 99 százalékával, növelve a becsült töredékévi nyereségrésszel (többlethozammal) és csökkentve az előrehozott szolgáltatás költségével.
3. Részleges visszavásárlás a 10. biztosítási évfordulót követően lehetséges, amely szándékot a szerződőnek írásban kell bejelentenie a biztosítónak. A kiállított biztosítási kötvényt a biztosító részére vissza kell küldeni. A biztosító ebben az esetben a bejelentés beérkezésétől számított 15 munkanapon belül az előrehozott szolgáltatás költségével csökkentett részleges visszavásárlási összeget fizeti ki a szerződőnek. A biztosító – saját döntése alapján - az addig érvényes kötvényt, vagy egy újonnan kiállított kötvényt (mely külön is tartalmazza az elérti összegre vonatkozó kötelezettségvállalás megszűnését, azaz a minimális elérti összeg megszűnését) küld a szerződőnek.
4. A részleges visszavásárlási összeget a szerződő határozza meg az írásbeli bejelentésében, amelynek mértéke legalább a részleges visszavásárlási igény beérkezésének napján érvényes kötvényérték 20 százaléka, de legfeljebb 50 százaléka lehet, továbbá el kell érnie az érvényes előrehozott szolgáltatás költségének összegét.
5. Részleges visszavásárlás biztosítási évenként legfeljebb 1 alkalommal kérhető, a teljes biztosítási tartam alatt legfeljebb 5 alkalommal.
6. A szolgáltatással kapcsolatos, a kondíciós listában meghatározott költségeit és az esetleges tartozásokat a biztosító levonja a kifizetésre kerülő összegből. Az említett költség nagysága (előrehozott szolgáltatás költsége) az 1. számú mellékletben található.
7. A minimális elérti összegre a részleges visszavásárlást követően értelemszerűen nem vonatkozik a biztosító garanciavállalása.

XVI. Egyéb változtatások a szerződésben

1. A szerződő a következő biztosítási évfordulót megelőző 45 nappal írásban kérheti a haláleseti kockázati összeg megemelését a biztosító által meghatározott kereteken belül. Ehhez egy új egészségi nyilatkozat kitöltése szükséges. A megemelt biztosítási összeg a kockázatelbírálás eredményétől függően, a kérelem beadását követő biztosítási évforduló napján lép hatályba.
2. A szerződő a következő biztosítási évfordulót megelőző 45 nappal írásban kérheti a haláleseti biztosítási összeg csökkentését. A csökkentett haláleseti biztosítási összeg a következő biztosítási évfordulókra lép hatályba. A csökkentett haláleseti biztosítási összeg nem lehet alacsonyabb a mindenkor minimális haláleseti biztosítási összegnél.
3. A szerződő a következő biztosítási évfordulót megelőző 45 nappal írásban kérheti a biztosítási díjak tekintetében is a szerződés módosítását. Ez a következő biztosítási évfordulókra lép hatályba. A megváltoztatott folyamatos díjaknak el kell érni a mindenkor érvényes minimális értéket, illetve azt az összeget, amellyel a szerződésben foglalt érvényes haláleseti biztosítási összeg fedezhető.
4. A minimális elérési összegre a módosítást követően értelemszerűen nem vonatkozik a biztosító garanciavállalása.

XVII. Kárigény

1. A biztosítási esemény bekövetkeztét 8 napon belül írásban a biztosító tudomására kell hozni.
2. A kárigény teljesítéséhez a következő dokumentumokat kell benyújtani:
 2. a. eléréskor: kötvény, a kedvezményezett személyi igazolványa/ útlevele
 2. b. halál esetén: a halál tényét és a haláleset körülményeit igazoló dokumentum (pl. halotti anyakönyvi kivonat, kórházi zárójelentés, stb.), a biztosítási kötvény.
 2. c. kiegészítő biztosítás megléte esetén a különös feltételekben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezésekor: a különös feltételekben meghatározott dokumentumok.
 2. d. Amennyiben szükséges a biztosító kérésére egyéb dokumentumokat is be kell nyújtani.
3. Az utolsó kért dokumentum beérkezésétől számított legfeljebb 30 napon belül a biztosító elbírálja a kárigényt.
4. Az elbírálást követő 8 napon belül a biztosító a kedvezményezett(ek) részére kifizeti a szolgáltatást.

XVIII. A biztosító mentesülése

1. Amennyiben a halál az egészségi nyilatkozatban elhallgatott tény következménye (közlési kötelezettség megsértése), a biztosító kötelezettsége nem áll be (ld. IV. pont). Ebben az esetben a kötvényérték kerül kifizetésre.
2. Amennyiben a biztosított halálát a kedvezményezett szándékos magatartása okozta, a biztosító a kötvényértéket fizeti ki a biztosított örökösének.
3. Amennyiben a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye, vagy a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkossága következtében hal meg, a biztosító a kötvényértéket fizeti ki.
4. A kiegészítő baleset- és egészségbiztosítások vonatkozásában a biztosító mentesül, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a szerződő illetve a biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.
 - 4.1. A biztosított súlyosan gondatlanul jár el a kiegészítő baleset- és egészségbiztosítások balesetbiztosítást tartalmazó részének vonatkozásában különösen, ha
 - a) a baleset bekövetkeztekor igazoltan alkoholos állapotban volt
 - b) kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták
 - c) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel.
 - 4.2. A biztosított súlyosan gondatlanul jár el az egészségbiztosítások vonatkozásában különösen, ha
 - a) a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás következtében történt
 - b) a biztosítási esemény kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták

5. A kiegészítő baleset- és egészségbiztosítások balesetbiztosítást tartalmazó részének vonatkozásában mentesül a biztosító, ha a baleset a biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be.
6. A kiegészítő baleset- és egészségbiztosítások vonatkozásában a biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztekor úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható, ennek megfelelően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie, és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell. Gondoskodni kell a megfelelő ápolásról és baleset esetén annak következményeinek lehetőség szerinti csökkentéséről. Mentesül a biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól annyiban, amennyiben a biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.
7. A biztosító mentesülésének egyéb eseteit a különös feltételek tartalmazzák.

XIX. Kizárt kockázatok

1. A kockázatelbírálás eredményeképpen a biztosító a kötvénybe kikötéseket tehet, melynek következményeként nem visel kockázatot a feltüntetett betegség(ek)kel, testrész(ek)kel, eseményekkel kapcsolatban.
2. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon esetekre ha a biztosítási esemény közvetlenül összefüggésben áll
 2. a. harci eseményekkel, vagy más háborús cselekményekkel
 2. b. felkelésekkel, zavargásokkal, lázadásokkal, terrorista cselekményekkel
 2. c. radioaktív, illetve ionizáló sugárzással
 2. d. HIV vírusfertőzéssel.

A biztosító kockázatviselése továbbá nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosított halála gépi erővel hajtott szárazföldi, vízi járművel, vagy bármilyen légi járművel, vagy sporteszközzel, sportversenyen való részvétel következtében vagy ilyen eseményekre való felkészülés során következik be.
3. Amennyiben a biztosított halála a fenn említett esetek egyikének következménye, a biztosító szolgáltatásként a kötvényértéket fizeti ki.
4. A kiegészítő balesetbiztosítások valamint az egészségbiztosítások balesetbiztosítást tartalmazó része vonatkozásában a biztosítási védelemből kizárt további kockázatok:
 - a) a biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlet következményei
 - b) bármilyen gyorsasági versenyen, vagy erre való felkészülésen való részvétel során bekövetkező baleset
 - c) a polgári légiforgalmon kívüli repülés során bekövetkezett baleset
5. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:
 - a) kóros elmeállapot,
 - b) nukleáris energia,
 - c) állam elleni bűncselekmény,
 - d) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye
6. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a biztosított alábbi sporttevékenységeivel:
 - a) autó-motor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rally, moto-cross, ügyességi versenyek gépkocsival, go-kart sport, autóröccs sport (auto-crash), motorcsónak sport
 - b) repülősportok: sportrepülés, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, paplanrepülés, hőlégballonozás, bunjee jumping
 - c) egyéb: búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes ill. nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás illetve sziklamászás V. foktól illetve 4000 m felett, barlangászat
7. A kizárt kockázatok egyéb eseteit a különös feltételek tartalmazzák.

XX. A kötvény elvesztése

1. Amennyiben a szerződő elveszíti a kötvényét, ezt írásban be kell jelenteni a biztosítónak.
2. Ebben az esetben a biztosító új kötvényt állít ki.

XXI. Adatkezelés, kommunikáció

1. A biztosító a mindenkor rendelkezésre álló címre küldi leveleit. A szerződő kötelessége, hogy a biztosító tudomására hozza esetlegesen megváltozott címét.
2. Az ajánlat aláírásával a biztosított beleegyezik abba, hogy az őt kezelő orvosok, kórházak és egyéb egészségügyi intézmények a biztosító kérésére kockázatbírálás és kárrendezés céljából információt bocsássanak rendelkezésre, ennek érdekében a biztosított az őt kezelő orvosokat, kórházakat és egyéb egészségügyi intézményeket felmenti az orvosi titoktartási kötelezettség alól.
3. A biztosítási ajánlatban kért adatok az ajánlat elbírálásához és a biztosítási szerződés megkötéséhez szükségesek. A biztosítási ajánlat megadásával és aláírásával a biztosított (szerződő, kedvezményezett) önkéntesen, határozottan és tájékozottan kinyilvánítja beleegyezését az őt érintő, 4. pontban megadott adatok feldolgozásába, nyilvántartásába és kezelésébe. A biztosított (szerződő, kedvezményezett) a jelen fejezetben foglaltak szerint adja meg hozzájárulását ahhoz, hogy a biztosításközvetítő a biztosítási ajánlatban kért adatokat – ide értve a biztosított egészségügyi adatait is – a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggésben nyilvántartsa és kezelje.
4. A biztosító feladatai ellátásához az alábbi adatokat jogosult kezelni a szerződés tartama és az elévülési idő alatt:
 - A biztosított, a szerződő, a kedvezményezett személyi adatait
 - A biztosítási összeget
 - Az egészségi állapottal összefüggő adatokat
 - A kifizetett biztosítási összeget és a kifizetés idejét
 - A biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tényt és körülményt

A fenti, biztosítási titkot képező adatok 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. Az adatokat a biztosító alkalmazottai kezelik. Az egészségi állapottal összefüggő adatokat kockázatbírálás és kárrendezés céljából a biztosító vezető orvosa és az ezen tevékenységet a biztosító részére végző orvosok is, valamint a viszontbiztosító megkaphatják.

5. Biztosítási titok (biztosítási titkot képező adat) csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható adatok körét pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad. A titoktartási kötelezettség azonban nem áll fenn (a biztosítási törvényben meghatározott feltételek mellett) az alábbi hatóságok vonatkozásában: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete; nyomozóhatóság, ügyészség; bíróság, önálló bírósági végrehajtó; közjegyző; adóhatóság; nemzetbiztonsági szolgálat; Gazdasági Versenyhivatal, gyámhatóság, egészségügyi hatóság; titkosszolgálati eszközök alkalmazására felhatalmazott szerv; kötvény-nyilvántartást vezető hivatal. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a viszontbiztosítóval, állomány-átruházás esetén az átvevő biztosítóval, a kiszervezéshez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az összesített adatok szolgáltatása, a Pénzügyminisztérium részére a jogalkotás megalapozása, a hatásvizsgálat elvégzése céljából személyes adatnak nem minősülő adatok átadása. Nem lehet biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén (2003.évi LX tv. 153-161.§, 165.§).
6. A biztosított és a szerződő az ajánlat aláírásával az ajánlatban rögzítettek szerint hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító a hatályos jogszabályokban foglaltaknak megfelelően a szerződő és a biztosított közölt adatait, köztük a biztosított egészségi adatait kockázatbírálási, kárrendezési, nyilvántartási és statisztikai célokra, valamint a név és címadatokat marketing célokra felhasználja és kezelje, amelyekre biztosítási titokvédelem vonatkozik.

7. A szerződő és a biztosított hozzájárul ahhoz, hogy mindaddig amíg ezen felhatalmazásukat vissza nem vonják, a K&H bankcsoport tagjai részére a biztosító nevüket és címüket átadja azért, hogy ezen cégek számukra szolgáltatásaikról közvetlen tájékoztatást nyújtsanak.
8. A biztosított (szerződő, kedvezményezett) kérésére a biztosító köteles az általa vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól tájékoztatást adni és a biztosított (szerződő, kedvezményezett) által kezdeményezett adathelyesbítéseket nyilvántartásaiban átvezetni. A biztosított jogosult a vele kapcsolatban elvégzett orvosi vizsgálat eredményeit az egészségügyi szolgáltatónál megismerni.
9. A biztosító a biztosítási jogviszony fennállásának idején, illetve mindaddig kezelheti a személyes adatokat, amíg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatok addig kezelhetők, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

XXII. Ügyfél-átvilágítás

1. A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben megfogalmazottak értelmében kötelező az ügyfél-átvilágítás a jogszabályban meghatározott esetekben, így különösen ügyfélkapcsolat létesítésekor, illetve a 3,6 millió Ft összeghatárt elérő, vagy meghaladó ügyletekben, függetlenül a használt pénznemtől. A törvény alapján a Biztosító kötelezett továbbá ügyfeleit írásban nyilatkoztatni arra vonatkozóan, hogy ügyleteik során saját, vagy más (személy, jogi személy, szervezet) tényleges tulajdonos nevében, javára, illetőleg érdekében járnak-e el.
Külföldi lakóhellyel rendelkező ügyfeleinknek arról is nyilatkozniuk kell, hogy kiemelt közszereplőnek minősülnek-e.
2. A szerződéses kapcsolat fennállása alatt az ügyfél köteles a tudomásszerzéstől számított öt munkanapon belül a Biztosítót értesíteni az ügyfél-átvilágítás során megadott adatokban, illetve a tényleges tulajdonos személyét érintően bekövetkezett változásról.

XXIII. Záró rendelkezések

1. Ezen főbiztosítás mellé, folyamatos díjfizetés esetén kiegészítő biztosítások köthetők. Kiegészítő biztosítás kötése esetén a szerződésre a kiegészítő biztosítások feltételeit is megfelelően alkalmazni kell.
2. A szerződést érintő változtatásokat írásban kell kérvényezni és a változtatásról írásos értesítést kell küldeni.
3. A szerződést érintő minden írásos dokumentációt meg kell őrizni.
4. Az elévülési idő 5 év.
5. Az elévülési idő alatt a nem kifizetett szolgáltatást a biztosító kamatmentes letétként kezeli.
6. Ezen szerződési feltételek a Biztosítási Törvényre, a Polgári Törvénykönyvre és az egyéb magyar jogszabályokra figyelemmel kerültek kidolgozásra. Az itt nem szabályozott kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezéseit kell alkalmazni.
7. Jelen biztosításból származó valamennyi perre pertárgyértéktől függően a Pesti Központi Kerületi Bíróság, illetve a Fővárosi Bíróság az illetékes.
8. Minden olyan adatot, amely a törvény értelmében biztosítási titoknak minősül, a biztosító bizalmasan kezel.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET - KONDÍCIÓS LISTA
2005. július 1.

Garantált hozamon felüli hozamvisszatérítés mértéke
a jelenleg hatályos biztosítási törvény szerint: legalább 80%

Minimális haláleseti biztosítási összeg: 500 000 Ft

Maximális haláleseti biztosítási összeg díjszüneteltetés esetén: 300 000 Ft

Minimális díjak:

Havi	6.000 Ft
Negyedéves	18.000 Ft
Féléves	36.000 Ft
Éves	72.000 Ft
Eseti díj	10.000 Ft

Költségek:

adminisztrációs költség az első évben	a díj 40%-a
adminisztrációs költség a második évtől	a díj 3,5%-a
fizetési gyakoriság és mód szerinti költség	250 Ft/gyakoriság
előrehozott szolgáltatás költsége	2.500 Ft
befektetések kezelési költsége a kötvényértékből	
levonva éves szinten a kezelt befektetés állomány	évi 1,5%-a

BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

2005/KIEGBH1

I. Általános rendelkezések

1. Jelen különös feltételek ellenkező szerződéses kikötés hiányában érvényesek a K&H Biztosító Zrt. baleseti halál szolgáltatást is tartalmazó biztosítási szerződéseire. Jelen kiegészítő biztosítás csak főbiztosítás mellé köthető.
2. Az itt nem szabályozott kérdésekben a K&H aranytartalék vegyes életbiztosítás feltételeit (a továbbiakban általános feltételek) is alkalmazni kell. Jelen feltételeket és az általános feltételeket a biztosítási szerződésre együtt kell értelmezni és alkalmazni.
3. Jelen feltételekben meghatározott baleseti halál, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a teljes szerződés (fő- és kiegészítő biztosítás) megszűnik.

II. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a biztosítottat a biztosítás tartama alatt ért baleset, ha a baleset következtében a baleset megtörténtétől számított egy éven belül meghal.
2. A kiegészítő biztosítás szolgáltatása balesetből származó egy éven belül bekövetkező haláleset, mint biztosítási esemény bekövetkezésekor válik esedékessé.
3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

III. Biztosítási összeg

A baleseti halál esetére szóló biztosítási összeget a kötvény tartalmazza.

IV. A biztosító szolgáltatása

1. A balesettől számított egy éven belül a balesetből kifolyólag bekövetkező halál esetén a biztosító a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget fizeti ki.
2. A haláleseti kifizetésbe a biztosító az ugyanazon esemény miatt baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatásként általa kifizetett összeget beszámítja.

V. Kárigény

1. A biztosító szolgáltatásához minden olyan dokumentumot rendelkezésre kell bocsátani, mely a főbiztosítás feltételeiben szerepel.
2. Emellett a biztosító a kárigény elbírálásához egyéb dokumentumokat is bekérhet, különösen a halál baleseti eredetét bizonyító iratokat (pl. baleseti jegyzőkönyv, kórházi zárójelentés, illetve hatósági határozat, jegyzőkönyv).

VI. Záró rendelkezések

1. A kiegészítő biztosításnak nincs visszavásárlási értéke.
2. Amennyiben a tartam alatt a biztosítási esemény nem következik be a kiegészítő biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

**A BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁSRA (20–100%) VONATKOZÓ
KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI
2005/KIEGBR20**

I. Általános rendelkezések

1. Jelen különös feltételek ellenkező szerződéses kikötés hiányában érvényesek a K&H Biztosító Zrt. baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatást is tartalmazó biztosítási szerződéseire. Jelen kiegészítő biztosítás csak főbiztosítás mellé köthető.
2. Az itt nem szabályozott kérdésekben a K&H aranytartalék vegyes életbiztosítás feltételeit (a továbbiakban általános feltételek) is alkalmazni kell. Jelen feltételeket és az általános feltételeket a biztosítási szerződésre együtt kell értelmezni és alkalmazni.
3. Jelen feltételekben meghatározott 100%-os baleseti maradandó egészségkárosodás, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén az egész biztosítási szerződés (a főbiztosítás az összes kiegészítő biztosítással együtt) megszűnik.

II. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a biztosított maradandó egészségkárosodást szenved.
2. Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.
3. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a biztosított egészségi állapota orvosilag kialakulnak, 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.
4. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

III. A biztosítási védelemből kizárt kockázatok

1. A biztosítási szerződés megkötése előtt már sérült, vagy csonka, vagy funkciójukban korlátozott (nem ép) testrészek kizártak a biztosítási védelemből.
2. A kockázatviselés nem terjed ki továbbá:
 - a) a porckorongsérvre, kivéve ha a porckorongsérvtől az egyébként ép porckorongtól közvetlenül érő egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
 - b) a hasi sérvre, kivéve ha a hasi sérv az ép hasfalat ért egyszeri, külső, extrém, mechanikus behatás következménye.

IV. Biztosítási összeg

A 100%-os baleseti maradandó egészségkárosodás esetére szóló biztosítási összeget a kötvény tartalmazza. Ezen összegből az egészségkárosodás százalékos fokának megfelelő összeg kerül kifizetésre a V. pont rendelkezései szerint. A biztosítót 20%-os egészségkárosodási fok alatt szolgáltatási kötelezettség nem terheli.

V. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége akkor válik esedékessé, ha a egészségkárosodás maradandó, vagy ha a egészségkárosodás mértéke folyamatosan változik és a baleset napjától számított 4 év eltelt. Ez utóbbi esetben a biztosító a szolgáltatásának mértékét a baleset napjától számított 4 év letelte után fennálló egészségkárosodás mértékének megfelelően állapítja meg.
2. Amennyiben a biztosított egészségkárosodásának mértéke folyamatosan változik, úgy mind a biztosítottnak, mind a biztosítónak joga van biztosítási eseményenként a bejelentett baleset napjától

számított 4 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 kialakulnak, stabilnak tekinthető. 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 és egészségkárosodási fok és az új egészségkárosodási fok közötti különbséget téríti meg.

3. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összegből a maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő összegű szolgáltatást nyújt.

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

Testrészek, érzékszervek egészségkárosodása	Az 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%

5. Ha a térítés mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, a szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi és/vagy szellemi épség (működőképesség) orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás mértékét a fenti táblázat figyelembevételével a biztosító orvosa állapítja meg. A biztosított más orvosszakértői 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.

6. A biztosító szolgáltatása nem lehet nagyobb a teljesítés esedékességekor hatályos kötvényben meghatározott biztosítási összegnél. (Több körülmény fennállása esetén sem.) 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.

7. 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.

8. 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.

9. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.
10. 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 kifizetheti a tényállás alapján a biztosítottnak minimálisan járó összeget. Ez az összeg a végleges egészségkárosodási kifizetésbe beleszámít.
11. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

VI. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt írásban kell a biztosítónak bejelenteni.
2. A szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani:
 - a) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum fénymásolatát,
 - b) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratokat (pl. a baleseti jegyzőkönyvet)
 - c) Amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, a biztosítóhoz be kell nyújtani az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági határozatot).
3. A biztosító bekérhet, illetve beszerezhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is.
4. A biztosító az alábbi határidőkön belül teljesít:
 - a) az orvosi szempontból egyértelműen tisztázott károsodások alapján megállapított szolgáltatást a biztosító az utolsó irat beérkezését követő 30 napon belül,
 - b) egyéb esetekben a károsodás véglegessé válását követően 30 napon belül, illetőleg legkésőbb a balesetet követő 4 év letelte után 30 napon belül.

VII. Záró rendelkezések

1. A kiegészítő biztosításnak nincs visszavásárlási értéke.
2. Amennyiben a tartam alatt a biztosítási esemény nem következik be a kiegészítő biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

TB I., II. ROKKANTSÁGI CSOPORTRA – (79-100%-OS EGÉSZSÉGHÁROSODÁSRA) – VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

2008/TB1

I. Általános rendelkezések

1. Jelen különös feltételek ellenkező szerződéses kikötés hiányában érvényesek a K&H Biztosító Zrt. TB I., II. rokkantsági csoportra (79-100%-os egészségkárosodásra) vonatkozó szolgáltatást is tartalmazó biztosítási szerződéseire. Jelen kiegészítő biztosítás csak főbiztosítás mellé köthető.
2. Az itt nem szabályozott kérdésekben a Kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános feltételeit (a továbbiakban általános feltételek) is alkalmazni kell. Jelen feltételeket és az általános feltételeket a biztosítási szerződésre együtt kell értelmezni és alkalmazni.
3. A kezelési, ápolási költségeket a biztosító nem téríti.

II. A biztosított

1. Biztosított csak olyan személy lehet, aki a szerződés megkötésekor nem áll kórházi kezelés, táppénz illetve rokkant nyugdíjazás alatt.
2. Nem lehet biztosított az a személy, aki a kockázatviselés kezdetét megelőzően az Országos Orvosszakértői intézet vagy egyéb orvosszakértői intézet, illetve az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (a továbbiakban: orvosszakértői intézet) már benyújtott a munkaképesség csökkenésének, 2008 január 1-e után egészségkárosodásának megállapítására irányuló kérelmet, akit ezen intézetek véleményeztek illetve új vagy régi véleményezettként tartanak nyilván, továbbá az akinek rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjra jogosultsága megszűnt.
3. 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).

III. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség, baleset, egészségi állapotromlás, testi vagy szellemi fogyatkozás, melynek következtében a biztosítottat az 1997. évi LXXXI tv. 36/A § (1)a) aa) pontja szerint véglegesen I.–II. rokkantsági csoportba sorolják, azaz az orvosszakértői intézet szakvélemény formájában 79-100%-os egészségkárosodást állapít meg, feltéve hogy a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezi a biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervnél a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését.
2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja fő szabályként a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez történő igénybejelentés napja. (A biztosító egyedi esetekben dönthet úgy is, hogy azt a biztosítási védelemben töltött időpontot veszi alapul, amelyet az orvosszakértői intézetnél állapítanak meg mint az egészségkárosodás fennállásának kezdeti dátuma.)

IV. Biztosítási összeg

A Biztosítási összeget a biztosítási kötvény tartalmazza.

V. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az orvosszakértői intézet végleges szakvéleménye keltének időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti és ezzel az egész biztosítási szerződés (a főbiztosítás az összes kiegészítő biztosítással együtt) megszűnik. Amennyiben a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezett rokkantsággal összefüggő ellátási igényre vonatkozó eljárásban az egészségkárosodás mértékét megállapító orvosszakértői intézet szakvélemény keletkezik a tartamon túl következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben szereplő biztosítási összeget kell figyelembe venni.

2. Kivételesen – a biztosító orvosszakértőjének állásfoglalása alapján – sor kerülhet a biztosító szolgáltatásának teljesítésére az orvosszakértői intézet szakvéleményének meghozatalát megelőzően is.
3. Biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási díj annak a biztosítási évnek a végéig illeti meg a biztosítót, amelyben a biztosítási szolgáltatás esedékessé vált. Amennyiben a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezett rokkantsági eljárásban az egészségkárosodás mértékét megállapító orvosszakértői intézet szakvéleményének kelte a tartamon túl következik be, akkor a biztosítót a szerződés tartamának végéig járó biztosítási díj illeti meg.
4. A biztosító visszautalja a szerződőnek a biztosítási szerződésre addig befizetett biztosítási díjakat, 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. A biztosító akkor is így jár el, 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 biztosítási szerződés megszűnik.

VI. Kizárt kockázatok

A kockázatviselés köréből kizártak:

- A biztosítás illetve a kockázatviselés kezdete előtt megkezdődött gyógykezelések.
- A kockázatviselés nem terjed ki továbbá az olyan munkaképesség-csökkenésre, 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).
- Olyan betegségek és balesetek, valamint azok következményei, amelyek alkohol vagy kábítószer élvezete miatt alakulnak ki illetve következnek be, továbbá ha ezek miatt rosszabbodnak.
- Olyan betegségek és balesetek, valamint azok következményei, amelyek zavargások és verekedések során keletkeztek.
- Olyan betegségek és balesetek, valamint azok következményei, amelyek a biztosított által elkövetett bűncselekmények miatt keletkeztek.
- Az öngyilkosság és kísérletének következményei.
- Az általános feltételekben kizárt kockázatok.

VII. Kárigény

1. Az egészségkárosodás/rokkantság megállapításának kezdeményezését 15 napon belül írásban a biztosító tudomására kell hozni. Az orvosszakértői szakvélemény kézhezvételét 15 napon belül kell írásban a biztosítónak bejelenteni.
2. A kárigény teljesítéséhez a következő dokumentumokat kell benyújtani:
 - A munkaképesség-csökkenés megállapítására irányuló kérelem másolatát.
 - A szolgáltatási igény előterjesztésekor – az orvosszakértői szakvélemény kézhezvétele után – be kell nyújtani az egészségkárosodás, rokkantság illetve ezzel kapcsolatos ellátásra való jogosultság megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtatványok, határozatok, orvosi indoklások másolatát, valamint az orvosszakértői intézet szakvéleménye.

VIII. Záró rendelkezések

1. A kiegészítő biztosításnak nincs visszavásárlási értéke.
2. Amennyiben a tartam alatt a biztosítási esemény nem következik be a kiegészítő biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

Tisztelt Ügyfelünk!

Köszönjük megtisztelő bizalmát, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával Biztosító Társaságunkat kereste meg.

Kérjük, szíveskedjék figyelmesen elolvasni a biztosítási szerződésre vonatkozó feltételeket és az alábbi tájékoztatót, amelyben bemutatjuk társaságunk főbb adatait, tájékoztatjuk a fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó szervezeti egységeinkről, felügyeleti szervünk megnevezéséről és székhelyéről.

Engedje meg, hogy röviden bemutassuk azt a biztosító társaságot, amellyel szerződést kíván kötni. A K&H Biztosító Zrt. 1992-ben alakult, székhelye:

1068 Budapest, Benczúr u. 47.

A társaság alapításkori alaptőkéje: 3.520.000.000,-Ft

A társaság tulajdonosa: KBC Insurance NV. 100%

Biztosításközvetítőként a K&H Biztosító Zrt. járt el helyi képviselői révén. Felügyeleti hatósága: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete

Szíves tájékoztatásul közöljük, hogy amennyiben biztosítási szerződésével kapcsolatban bármilyen jellegű kérdése, problémája van, a biztosítási szerződését közvetítő helyi képviselő vagy a K&H Biztosító Zrt. bármely irodája szívesen áll az Ön rendelkezésére. Ha itt nem sikerül kielégítő megoldást találnia, a társaság központjánál élhet bejelentéssel, panasszal, amelynek címe:

K&H Biztosító Zrt.

1068 Budapest, Benczúr u. 47.

Tel:06-1 267-8888

Információ található a www.khelet.hu címen is.

A biztosító társaság felügyeleti szerve: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (ahol panaszát előterjesztheti)

Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Levélcím: 1535 Budapest, 114 PF777.

Telefonszám: 06-1-4899-100

Fax: 06-1-4899-102

Panaszával a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez vagy a békéltető testülethez is fordulhat (1997.évi CLV. törvény a fogyasztóvédelemről). Természetesen igényének érvényesítéséhez az illetékes bíróságnál is eljárást indíthat.

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

- A megkötendő biztosítási szerződésre, a szerződő felek jogaira és kötelezettségeire a biztosítási szerződési feltételek az irányadók
- Kérjük szíveskedjék ezeket gondosan áttanulmányozni és ajánlatát csak ezt követően aláírni
- A jognyilatkozatok csak írásban érvényesek és a szerződő (biztosított) nyilatkozata csak akkor hatályos, ha az a biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut
- Az adatvédelem és adatkezelés legfontosabb szabályairól a biztosítási feltételek tartalmazznak információkat és rendelkezéseket.

Felhívjuk szíves figyelmét arra is, hogy közölt adatai a biztosítási titok körébe tartoznak, azok csak akkor adhatóak ki harmadik személynek, ha a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható adatok körét pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad. A titoktartási kötelezettség azonban nem áll fenn (a biztosítási törvényben meghatározott feltételek mellett) az alábbi hatóságok vonatkozásában: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete; nyomozóhatóság, ügyészség; bíróság, önálló bírósági végrehajtó; közjegyző; adóhatóság; nemzetbiztonsági szolgálat; Gazdasági Versenyhivatal, gyámhatóság, egészségügyi hatóság; titkosszolgálati eszközök alkalmazására felhatalmazott szerv; kötvény-nyilvántartást vezető hivatal. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a viszontbiztosítóval, állomány-átruházás esetén az átvevő biztosítóval, a kiszervezéshez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az összesített adatok szolgáltatása, a Pénzügyminisztérium részére a jogalkotás megalapozása, a hatásvizsgálat elvégzése céljából személyes adatnak nem minősülő adatok átadása. Nem lehet biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén (2003.évi LX tv. 153-161.§, 165.§).

A vonatkozó adójogszabályok: a személyi jövedelemadóról szóló 1995.évi CXVII. törvény.

A sikeres együttműködés reményében

K&H Biztosító Zrt.

A biztosításközvetítőre vonatkozó írásbeli tájékoztató

Biztosításközvetítőként a K&H Biztosító Zrt. jár el, az arra jogosultsággal rendelkező biztosítási ügynökei révén.

A K&H Biztosító Zrt. székhelye: 1068 Budapest, Benczúr u. 47.

Felügyeleti hatóság: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete

A K&H Biztosító a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény vonatkozó szabályainak megfelelően függő biztosításközvetítőként jár el. A felügyelet a biztosításközvetítőkről nyilvántartást vezet.

Szíves tájékoztatásul közöljük, hogy amennyiben biztosítási szerződésével kapcsolatban bármilyen jellegű kérdése, problémája van, a biztosítási szerződését közvetítő biztosítási ügynök vagy a K&H bármely bankfiókja szívesen áll az Ön rendelkezésére. Ha itt nem sikerül kielégítő megoldást találnia, a társaság központjánál élhet bejelentéssel, panasszal, amelynek címe:

K&H Biztosító Zrt.
1068 Budapest, Benczúr u. 47.

Tel: 06 1 267 8888
Információ található a www.khelet.hu címen is.

A biztosító társaság felügyeleti szerve: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete
Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Levélcím: 1535 Budapest, 114 PF777.
Telefonszám: 06-1-4899-100
Fax: 06-1-4899-102

Panaszával a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez vagy a békéltető testülethez is fordulhat (1997. évi CLV. törvény a fogyasztóvédelemről). Természetesen igényének érvényesítéséhez az illetékes bíróságnál is eljárást indíthat.