



K&H Biztosító Zrt.

K&H családi kockázati élet-, baleset-, és egészségbiztosítás
szerződési feltétele

tartalomjegyzék

ügyféltájékoztató	4
tájékoztató az életbiztosítási szerződéssel kapcsolatosan 2019. január 1-től alkalmazandó adózási szabályokról	7
adatvédelmi tájékoztató (kivonat)	8
K&H családi kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános feltétele	9
I. általános rendelkezések	9
1. a szerződés alanyai (a Biztosító, a Szerződő, a Biztosított és a Kedvezményezett)	9
2. a szerződés létrejötte	10
3. a szerződés kezdete, hatálybalépése, a kockázatviselés	10
4. kockázelbírálás, a várakozási idő	11
5. szerződésmódosítás esetei	11
6. a szerződés tartama	13
7. a biztosítási évforduló és a biztosítási időszak fogalma	13
8. a szerződés megszűnésének esetei	13
9. a szerződés területi és időbeli hatálya	14
II. a szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	14
1. Szerződő és a Biztosított közlési és változás-bejelentési kötelezettsége	14
2. a Biztosító szerződésmódosítási és felmondási lehetősége új, lényeges körülmények felmerülése esetén	14
3. 30 napon belüli ügyfél általi felmondás	14
III. a biztosítási esemény	15
1. biztosítási esemény	15
IV. a biztosítási díj	15
1. a biztosítási díj megállapítása, a Biztosított belépési kora	15
2. a biztosítási díj fizetése	15
3. a díjfizetés elmulasztásának következményei	16
4. reaktiválás (a kockázatviselés helyreállítása)	16
5. indexálás (értékkövetés)	16
V. a Biztosító teljesítésének feltételei	16
1. a biztosítási esemény bejelentésének határideje	16
2. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok	16
3. a Biztosító teljesítésének esedékessége	17
4. panaszbejelentés, panaszkezelés	17
5. az elévülési idő	18
VI. a Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól	18
VII. a Biztosító kockázatviseléséből kizárt események	19
VIII. egyéb rendelkezések	20
1. a jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) hatályosságának feltételei	20
2. a biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése	20
3. ügyfél-átvilágítás	20
4. USA illetőségű Kedvezményezettek részére történő teljesítés	20
5. technikai kamatláb	20
IX. fő- és kiegészítő biztosítások	20

X.	maradékjog.....	20
XI.	adatközlés, adatkezelés.....	21
XII.	záró rendelkezések.....	21
XIII.	értelmezések, fogalmak, meghatározások.....	21
1.	a baleset, és a közlekedési baleset fogalma.....	21
2.	a kórház, a műtét és a műtégi lista fogalma.....	22
3.	a Biztosított sporttevékenységének minősítése.....	22
4.	visszavonhatatlan Kedvezményezett.....	22
5.	lényeges körülmény.....	22
1.	számú melléklet: kondíciós lista.....	23
2.	számú melléklet: tájékoztató a K&H Biztosító által a kárrendezés során bekérhető okiratokról.....	24
3.	számú melléklet: biztosítási fedezetek, minimális és maximális biztosítási összegek (BÖ) és lépésközök.....	25
4.	számú melléklet: kockázati életbiztosítás díja.....	26
5.	számú melléklet: kórházi napi térítés (1. naptól) kiegészítő biztosítás díja.....	27

Ügyfélértékelő**Kedves Ügyfelünk!**

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

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

Engedje meg, hogy röviden bemutassuk azt a Biztosítótársaságot, amellyel szerződést kíván kötni.

megnevezés	K&H Biztosító Zrt.
jogi formája	zártkörűen működő részvénytársaság
székhelye	1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 9.
a társaság alaptőkéje	4 780 000 000 forint
a társaság tulajdonosai	KBC Insurance NV., 100%

a Biztosítótársaság felügyeleti szerve:

megnevezés	Magyar Nemzeti Bank (ahol panaszát előterjesztheti)
cím	1031 Budapest, Krisztina krt. 39.
központi levélcím	Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest
központi telefon	+36 80 203 776
központi fax	+36 1 429 8000
webcím	www.mnb.hu/felügyelet

biztosításközvetítő:

megnevezés	K&H Bank
székhelye	1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 9.
jogi formája	részvénytársaság
felügyeleti hatósága	Magyar Nemzeti Bank

további szerv:

megnevezés	Pénzügyi Békéltető Testület
cím	1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
levélcím	Pénzügyi Békéltető Testület H-1525 Budapest Pf.:172.

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

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

írásban	K&H Biztosító Zrt., Budapest 1851
személyesen a Központi 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

Az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy (fogyasztó) fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet. A szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatos (pénzügyi fogyasztói) jogvita esetén a fogyasztó álláspontját alátámasztó bizonyítékaival a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, vagy bírósághoz fordulhat.

Gazdálkodó szervezetek (ideértve az egyéni vállalkozót is), jogi személyek, jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetek, társasházak stb. igényüket bírósági úton érvényesíthetik.

Figyelmébe ajánljuk a Magyar Nemzeti Bank fogyasztó-védelmi honlapját (http://felugyelet.mnb.hu/topmenu/penzugyi_felugyelet), ahol hasznos tájékoztatókat, termékleírásokat, összehasonlítást segítő alkalmazásokat érhet el, illetve tájékozódhat a panaszok benyújtásának módjáról is. A biztosítási ajánlat aláírása előtt kérjük, szíveskedjék figyelembe venni a következőket: A megkötendő biztosítási szerződésre, a szerződő felek jogaira és kötelezettségeire a biztosítási szerződési feltételek az irányadók.

Kérjük, szíveskedjék ezeket gondosan áttanulmányozni és ajánlatát csak ezt követően aláírni!

- A jognyilatkozatok – ellenkező megállapodás hiányában – csak írásban érvényesek és a szerződő (biztosított) nyilatkozata csak akkor hatályos, ha az a Biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut.
- Az adatvédelem és adatkezelés legfontosabb szabályairól a biztosítási szerződés mellékletét képező nyilatkozatok tartalmazzak információkat és rendelkezéseket.

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

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

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

Felhívjuk szíves figyelmét arra is, hogy közölt adatai a biztosítási titok körébe tartoznak, azok csak akkor adhatóak ki harmadik személynek, ha a Biztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható adatok körét pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény [a továbbiakban: Bit.] alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn. A titoktartási kötelezettség nem áll fenn (a Bit-ben meghatározott feltételek mellett) az alábbi hatóságok vonatkozásában: Magyar Nemzeti Bank; nyomozóhatóság, ügyészség; bíróság, bíróság által kirendelt szakértő, önálló bírósági végrehajtó, természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelező, Családi Csődvédelmi Szolgálat, családi vagyonfelügyelő; közjegyző, illetve a közjegyző által kirendelt szakértő; adóhatóság; nemzetbiztonsági szolgálat; Gazdasági Versenyhivatal, gyámhatóság, egészségügyi hatóság; titkosszolgálati eszközök alkalmazására felhatalmazott szerv; viszontbiztosító, együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítók; kötvénynyilvántartást vezető hivatal, állomány-átruházás esetén az átvevő biztosító; a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezet, Nemzeti Iroda, levelező, Információs Központ, Kártalanítási Szervezet, kárrendezési megbízott, kárképviselő, károkozó; kiszervezett tevékenységet végző; feladatkörében eljáró alapvető jogok országgyűlési biztosa, Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az összesített adatok szolgáltatása, a jogalkotás megalapozása, a hatásvizsgálat elvégzése céljából személyes adatnak nem minősülő adatok átadása. Nem lehet biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act - azaz a külföldi számlák adómegfeleléséről szóló amerikai törvény) szabályozás értelmében a Biztosító köteles elvégezni az ügyfél adóügyi illetőségvizsgálatát, mely során az ügyfél köteles az arra vonatkozó adatait, illetve nyilatkozatát a Biztosító rendelkezésére bocsátani, hogy adóügyi szempontból amerikai illetőségűnek minősül-e.

Az illetőségvizsgálat eredménye alapján a Biztosító egy pénzügyi számlát (megtakarítási életbiztosítás) Egyesült Államoknak Jelentendő Számlaként, vagy Nem Jelentendő Számlaként azonosít.

Figyelem! A Biztosító a pénzügyi számlát (megtakarítási életbiztosítást) a FATCA szabályozásban meghatározott Egyesült Államoknak Jelentendő Számlaként minősíti, amennyiben az ügyfél az illetőség vizsgálat elvégzéséhez nem járul hozzá, vagy az illetőség vizsgálat más okból sikertelen.

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



Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás, amellyel a Biztosító a FATCA-törvényben meghatározott kötelezettségeit teljesíti.

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy jelen feltétel szerint létrejött **kockázatinak minősülő életbiztosítási** szerződésre vonatkozó adózási szabályokat a „Tájékoztató az életbiztosítási szerződéssel kapcsolatosan 2019. január 1-től alkalmazandó adózási szabályokról” c. dokumentum tartalmazza.

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

A sikeres együttműködés reményében,

K&H Biztosító Zrt.

tájékoztató az életbiztosítási szerződéssel kapcsolatosan 2019. január 1-től alkalmazandó adózási szabályokról

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

I. a biztosítási díjak adózási szabályai

Az egyes biztosítási formák meghatározását az 1995. évi CXVII. törvény (továbbiakban Szja. törvény) 3. § 90-99. pontja tartalmazza, melyek szerint:

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

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

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

I.2. díjfizetések adókötelezettsége

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

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

A magánszemély javára más személy (általában a munkáltató, illetve más kifizető) **által kötött** élet-, baleset- és betegségbiztosítási szerződés alapján a kifizető által fizetett adóköteles biztosítási díj összevonandó jövedelemnek minősül.

Adóköteles biztosítási díjnak minősül magánszemély Biztosítottja kötött biztosítási szerződés alapján más személy (általában a munkáltató, illetve más kifizető) által fizetett díj.

A Biztosító szolgáltatása pedig a **kockázati biztosítások** esetén főszabály szerint adómentes.

II. a biztosítói szolgáltatások adózási szabályai

II.1 a kockázati biztosítások esetében

Fő szabály szerint adómentes a Bit-ben (2014. évi LXXXVIII. törvény) meghatározott, belföldön székhellyel vagy fiókteleppel rendelkező Biztosítót a biztosítási esemény bekövetkezése miatt a szerződés alapján terhelő kötelezettség keretében juttatott vagyoni érték. Ez a rendelkezés kiterjed az olyan államban székhellyel rendelkező Biztosítóra is, amelynek Magyarországgal hatályos egyezménye van a kettős adóztatás elkerülésére [Szja törvény 1. számú melléklet 6.6., 6.8. pont].

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 megfelelően, erre vonatkozó külön megállapodás nélkül is - jogosultak egymás ügyfeleivel 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: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.) valamint bírósághoz fordulhat. Adatkezeléssel kapcsolatos jogvitákban az illetékes törvényszék jár el.

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

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

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

A szerződésben választott szolgáltatástól függően a szerződésre a választott kiegészítő biztosításra vonatkozó különös feltételek is érvényesek. Jelen általános feltételben, valamint a különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

I. általános rendelkezések

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

- 1.1. A **Biztosító** az a jogi személy, aki a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, és a különös feltételekben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén, az ott meghatározottak szerint szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- 1.2. A **Szerződő** az a természetes személy, jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.
- 1.3. A **Biztosított** az a természetes személy, akinek az életével és/vagy egészségi állapotváltozásával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön.
- 1.4. Biztosítottak létszáma egy szerződésen belül: maximálisan 5 fő
- 1.5. Egy szerződésben több Biztosított is megjelölhető:

- Főbiztosítottnak minősül azon 18 év feletti személy, akire a szerződés elsődlegesen létrejön.
- Társbiztosítottnak minősül azon 3 év feletti személy, akit a szerződésben további biztosítottként megjelölnek. Kiskorú Biztosított önállóan nem szerepelhet a biztosításban, szükséges a szerződésben egy 18. életévét betöltött Biztosított is.
- jogi személy, illetve gazdasági társaság, mint Szerződő esetén Biztosított lehet a társaságban vezető tisztségviselő szerepet betöltő személy, tulajdonos vagy a társaság működése szempontjából meghatározó (legfeljebb 5 fő) munkavállalója.

- 1.6. A Biztosított maximális életkora:

Kockázati életbiztosítás és balesetbiztosítási fedezetek esetében:

- a Biztosított belépési életkora betöltött maximum 70 év,
- a szerződés végén a Biztosított legfeljebb 75 éves lehet.

Egészségbiztosítási fedezetek esetében:

- a Biztosított belépési életkora betöltött maximum 60 év,
- a szerződés végén a Biztosított legfeljebb 65 éves lehet.

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

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

A Biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha egy másik Biztosított a szerződésbe belép.

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

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

- 1.10.1 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.
- 1.10.2 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.
- 1.10.3 A Kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.
- 1.10.4 A szerződésben Kedvezményezett lehet:
- a) a Biztosított,
 - b) a Szerződő,
 - c) a szerződésben megnevezett más természetes személy(ek), jogi személy, illetve gazdasági társaság.
- 1.10.5 A Biztosított életében esedékes szolgáltatások Kedvezményezettje ellenkező megállapodás hiányában a Biztosított.
- 1.10.6 A Biztosított írásbeli hozzájárulása nélkül kötött szerződés Kedvezményezettet kijelölő része semmis, ez esetben Kedvezményezettnek a Biztosítottat, illetve az örökösét kell tekinteni.
- 1.10.7 A Biztosított halála esetén a Kedvezményezett a Biztosított örököse, ha a szerződésben más Kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a Kedvezményezett jelölése hatályát veszítette, illetve érvénytelen.
- 1.10.8 A Kedvezményezett(ek) megjelölhető(e)k **visszavonhatatlan kedvezményezettként** is.
- 1.11. Biztosítottak és magánszemély szerződő életkorának számítása során az alábbi rendelkezések irányadók:
- a) ajánlat megtétele során az I.3.4.-ben meghatározott kockázatviselés kezdetének időpontjára hatályos betöltött életévek kerülnek figyelembevételre,
 - b) az I.2.4. alapján létrejött szerződések esetén a módosítás hatályán betöltött életévek kerülnek figyelembevételre.

2. a szerződés létrejötte

- 2.1. A szerződés a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre, melyet a Szerződő az ajánlatával kezdeményez. Az ajánlat részét képezi az egészségi nyilatkozat és a jelen általános feltétel, illetve a kiegészítő biztosítások esetén a vonatkozó különös feltételek is. Amennyiben a Szerződő és a Biztosított különböző személy, az ajánlatot mind a Szerződőnek, mind a Biztosított(ak)nak alá kell írnia.
- 2.2. Amennyiben a Biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, úgy a szerződés érvényességéhez szükséges a gyámhatóság jóváhagyása. A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a szerződés akkor is, ha a Biztosított a cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.
- 2.3. Amennyiben a szerződés módosításához a Biztosított(ak) írásbeli hozzájárulása szükséges, úgy a kiskorú Biztosított(ak) vonatkozásában minden esetben a törvényes képviselőt gyakorló szülő, vagy ha a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülő kötötte meg, úgy a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.
- 2.4. A szerződés a Biztosító elfogadó nyilatkozatával jön létre. A Biztosító a szerződésről kötvényt állít ki.

3. a szerződés kezdete, hatálybalépése, a kockázatviselés

- 3.1. A szerződés kezdete a biztosítási kötvényben kerül rögzítésre, amely eltérő rendelkezés hiányában a biztosítási ajánlat megtételének napja.
- 3.2. A szerződés a biztosítási díj Biztosítóhoz történő megérkezése esetén a szerződés kezdetének napját követő nap 0. órájától lép hatályba.
- 3.3. A felek az első díj tekintetében a díjesedékeségi értesítőben foglalt díjfizetési határidőig halasztásban állapodhatnak meg.
- 3.4. A Biztosító kockázatviselése a szerződés kezdetének napját követő nap 0. órájától kezdődik.

4. kockázatelbírálás, a várakozási idő

- 4.1. A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatelbírálást végez, amelyhez a Biztosított egészségi nyilatkozatát (szóban vagy írásban) kéri, vagy összehatártól függően orvosi vizsgálatot rendelhet el.
- 4.2. A Biztosító jogosult a kockázatelbíráláshoz szükséges egyéb dokumentumok, írásos nyilatkozatok bekérésére is. A Biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.
- 4.3. A kockázatelbírálás eredményétől függően a Biztosító az ajánlatot elfogadja vagy elutasítja, vagy az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a Biztosító nem köteles megindokolni.
- 4.4. A kockázatelbírálás időtartama az ajánlatnak a Biztosító vagy a képviselője részére történő átadásától számított 15 nap, azonban ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, úgy ezen határidő 60 nap. Fenti határidőn belül a Biztosítónak nyilatkoznia kell arról, hogy elfogadja-e az ajánlatot. A szerződés akkor is létrejön, ha a Biztosító a fenti határidőn belül az ajánlatra nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a Biztosító, vagy képviselője részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal jön létre.
- 4.5. A Biztosító a kockázatelbírálás eredményeképpen módosító javaslatot tehet az ajánlathoz képest, megjelölve azt a kötvényben. Amennyiben a Szerződő nem kívánja elfogadni a módosító javaslatot, a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban elállhat a szerződéstől.

Amennyiben a Szerződő a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a kötvényben megjelölt változtatásokkal jön létre.

- 4.6. Amennyiben a tartam alatt új Társbiztosítottat jelöl meg a Szerződő, a kockázatelbírálás a jelen fejezetben foglaltak szerint történik.
- 4.7. A Biztosító a jelen feltétel hatálya alá tartozó **kockázati életbiztosításnál és kiegészítő egészségbiztosításoknál** (pl. kórházi napi térítés, műtéti térítés, 69%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás, keresőképtelenségi napi térítés) **várakozási időt köt ki**, amelynek időtartama **a szerződés kockázatviselésének kezdetétől számított 6 hónap**.
- 4.8. A Biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges: kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki.
- 4.9. Amennyiben a kockázatelbírálás során a Biztosító által meghatározott orvosi vizsgálat kerül elvégzésre, akkor a Biztosító eltekint a várakozási időtől.
- 4.10. Amennyiben a várakozási idő alatt a Biztosított betegség következtében meghal, a Biztosító az addig befizetett díjakat téríti vissza a Kedvezményezett(ek) részére, egyéb szolgáltatást nem nyújt.
- 4.11. Amennyiben a várakozási idő alatt kiegészítő egészségbiztosítások vonatkozásában a Biztosított esetében betegséget kórisméznek (diagnosztizálnak), úgy a Biztosító kockázatviselése ezen betegségre, valamint következményeire nem terjed ki. Ebben az esetben a Szerződő és a Biztosított döntése értelmében a Biztosító az alábbiak szerint módosítja a szerződést:
- a) a Biztosító kockázatviselése a kórismézett betegség és következményeire nem terjed ki, azonban - változatlan díj megfizetése mellett - a szerződés továbbra is fennmarad, vagy
 - b) a Biztosító az érintett Biztosított vonatkozásában visszafizeti a megszűnő egészségbiztosítási fedezet(ek)re vonatkozó befizetett díjrészt és a szerződés – csökkentett díj megfizetése mellett – továbbra is fennmarad,
 - c) amennyiben a Szerződő 15 napon belül a Biztosító megkeresésére nem válaszol, abban az esetben a Biztosító az a) pontot alkalmazza.

4.12. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:

- a) a Biztosított olyan betegsége, amely a Biztosító kockázatviselésének kezdete előtti 5 évben bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselés kezdetét megelőző 5 éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt,
- b) a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselésének kezdetét megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.

5. szerződésmódosítás esetei

5.1 Biztosítottak módosítása a tartam alatt:

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

meglévő Társbiztosított törléséhez a Szerződő és az adott Társbiztosított hozzájárulása szükséges. A Szerződő a szerződés tartama alatt nem módosíthatja a Főbiztosított személyét.

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

5.2 Haláleseti biztosítási összeg módosítása a tartam alatt:

- a) A Szerződő a következő biztosítási évfordulót megelőzően 60 nappal írásban kérheti a haláleseti biztosítási összeg megemelését a Biztosító által meghatározott kereteken belül (ld. 3. számú melléklet). A Biztosító a biztosítási összeg nagyságától függően kockázatbírálást végez. A megemelt biztosítási összeg a kockázatbírálás eredményétől függően a kérelem beadását követő biztosítási évforduló napján lép hatályba.
- b) A Szerződő a következő biztosítási évfordulót megelőzően 30 nappal írásban kérheti a haláleseti biztosítás összeg csökkentését. A csökkentett biztosítási összeg a következő biztosítási évfordulókra lép hatályba. A csökkentett haláleseti biztosítási összeg nem lehet alacsonyabb a mindenkor minimális haláleseti biztosítási összegnél (lásd. 3. számú melléklet), továbbá a szerződés havi gyakoriság szerinti díja sem csökkenhet a kondíciós listában meghatározott havi minimális díj alá.

5.3 Kiegészítő biztosítás(ok) módosítása a tartam alatt:

- a) A Szerződő a következő biztosítási évfordulót megelőzően 60 nappal írásban kérheti bármely kiegészítő biztosítás megkötését, amennyiben erre a kiegészítő biztosítás szerződési feltétele lehetőséget ad, illetve biztosítási összeg megemelését a Biztosító által meghatározott kereteken belül (ld. 3. számú melléklet). A Biztosító a biztosítási összeg nagyságától függően kockázatbírálást végez. Az újonnan megjelölt kiegészítő biztosítás, illetve a megemelt biztosítási összeg a kockázatbírálás eredményétől függően a kérelem beadását követő biztosítási évforduló napján 0 órától lép hatályba.
- b) A Szerződő a következő biztosítási évfordulót megelőzően 60 nappal írásban kérheti bármely kiegészítő biztosítás megszüntetését, illetve biztosítási összeg csökkentését. A megszüntetni kívánt kiegészítő biztosítás, illetve csökkentett biztosítási összeg a következő biztosítási évfordulókra lép hatályba.
- c) A biztosítási szerződés tartama alatt kiegészítő biztosítást megszüntetni és biztosítási összeget csökkenteni csak abban az esetben lehet, ha a kiegészítő biztosítás megszüntetésével vagy a biztosítási összeg csökkentésével a kiegészítő biztosítás csökkentett biztosítási összege nem alacsonyabb a kiegészítő biztosítás mindenkor minimális biztosítási összegénél, továbbá a szerződés felek által meghatározott díjfizetési gyakoriság szerinti díja sem csökkenhet a mindenkor hatályos kondíciós listában meghatározott, a szerződésben alkalmazott gyakoriság szerinti minimális díj alá.

5.4 A Biztosító az alábbi indokok alapján jogosult a jelen szerződést egyoldalúan módosítani:

5.4.1 Szerződés bármely részének tekintetében:

- a) az irányadó jogszabályi környezet változása, ideértve az MNB által kiadott szabályozó normák és a felügyeleti vagy bírósági gyakorlat megváltozása is, továbbá a Biztosítóra kötelező bírósági, más hatósági döntés alapján;
- b) a szolgáltatásnyújtást meghatározó jogszabályi környezeten kívüli feltételek, így különösen a szolgáltatásnyújtásban közreműködő, a szolgáltatásnyújtás során a Biztosítóval kapcsolatot létesítő harmadik felek által alkalmazott vonatkozó szerződési feltételeinek, díjtételeinek változása esetén;
- c) a szolgáltatásnyújtáshoz kapcsolódó költségeknek vagy a működési költségeknek jelentős emelkedése esetén;
- d) a Biztosító nyilvántartási rendszerének módosítása esetén;

- e) adatváltozások (pl. születési dátum hibás rögzítése) esetén;
- f) a piaci körülmények szokásos mértéket meghaladó változása (pl. hiperinfláció, államcsőd, nemzetközi gazdasági válság) esetén.

5.4.2 A díjfizetés, díjmódosítás módja, ideje, kedvezmények, stb. tekintetében:

- a) új fizetési lehetőségek, módok bevezetése; korábbi díjfizetési módok megszüntetése esetén.

5.5 A biztosítási díj módosításának lehetősége a Biztosító részéről:

A Biztosító jogosult a biztosítási évfordulót megelőzően 90 nappal a biztosítási díj módosítására javaslatot tenni a baleset- és egészségbiztosítási kiegészítő fedezetek vonatkozásában, ha a díjkalkulációnál használt statisztikákban, vagy a törvényi szabályozásban lényeges változás állna be, illetve új fizetési lehetőségek, módok bevezetése, korábbi díjfizetési módok megszüntetése esetén.

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

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

6. a szerződés tartama

6.2 A szerződés határozott tartamra jön létre.

6.3 A szerződés tartama a szerződés kezdetének és végének a kötvényben ekként megjelölt napjai közötti tartam, amely csak egész számú év lehet.

6.4 Főbiztosítás tartama: minimális tartam 5 év, maximális tartam 35 év.

6.5 Kiegészítő biztosítások tartama: a kiegészítő biztosítást a Szerződő vagy a főbiztosítással egy időben köti meg, vagy a szerződés bármely biztosítási évfordulóján. Amennyiben a kiegészítő biztosítást a főbiztosítással együtt kötötték meg, úgy ennek kezdeti időpontja megegyezik a főbiztosításéval. A kiegészítő biztosítás vége a főbiztosítás végéhez igazodik kivéve az egészségbiztosítási fedezetek esetében, mivel azok esetében a tartam rövidebb lehet, mint a főbiztosításé.

7. a biztosítási évforduló és a biztosítási időszak fogalma

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

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

8. a szerződés megszűnésének esetei

8.2 A szerződés a következő esetekben szűnik meg:

Főbiztosítás tekintetében:

- a) a szerződésben meghatározott tartam végén;
- b) a Főbiztosított halála esetén, a Társbiztosítottra vonatkozóan is, amennyiben a Biztosító szolgáltatására sor kerül, a biztosítási összeg kifizetésével;
- c) a Főbiztosított halála esetén, a Társbiztosítottra vonatkozóan is, ha kizárás vagy mentesülés áll fenn;
- d) a Főbiztosított közlési kötelezettség sértése esetén a Társbiztosítottra vonatkozóan is;
- e) ha a Szerződő meghal, és a Biztosított vagy a Biztosított engedélyével egy harmadik személy a szerződésbe a Szerződő helyébe nem lép be;
- f) a díjfizetés elmulasztása esetén, az első elmaradt díj esedékességétől számított 60 nap elteltével, ha a Szerződő a póthatáridőn belül nem tett eleget díjfizetési kötelezettségének vagy a Biztosító díj iránti igényét bíróság előtt nem érvényesítette;
- g) a különös feltételekben szabályozott egyéb esetekben;
- h) a Szerződő részéről történő felmondással.

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

Kiegészítő biztosítás(ok) tekintetében:

- a) a főbiztosítás megszűnésekor;
- b) a Szerződő az évforduló előtt 30 nappal írásban megszünteti a kiegészítő biztosítást;
- c) a Biztosított betölti a kiegészítő biztosításoknál meghatározott maximális életkort;
- d) a kiegészítő biztosításra vonatkozó feltételekben meghatározott esetekben.

9. a szerződés területi és időbeli hatálya

A Biztosító kockázatviselése a nap 24 órájában az egész világra kiterjed, feltéve, hogy a különös feltételek másként nem rendelkeznek.

II. a szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

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

- 1.1. 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.
- 1.2. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Szerződő és a Biztosított köteles ajánlattételkor és a későbbiekben új Társbiztosított megjelölésekor, valamennyi Biztosított tekintetében új kiegészítő biztosítások felvételekor vagy a kiegészítő biztosítások biztosítási összegének megemlésekor a Biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, és amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban vagy szóban feltett kérdéseire - különös tekintettel az adott Biztosított egészségi állapotára vonatkozó kérdésekre - adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- 1.3. A szerződés alanyai megállapodhatnak a kockázatbíráláshoz szükséges nyilatkozatok telefonon történő teljesítésében, ez esetben a Biztosított a kérdések szóban történő megválaszolásával tesz eleget közlési kötelezettségének.
- 1.4. A változás-bejelentési kötelezettség abban áll, hogy a Szerződő és a Biztosított köteles a biztosítás tartama alatt 15 napon belül írásban bejelenteni nevének, címének, levelezési címének, egyéb azonosítóinak, illetve a Biztosított foglalkozásának, sporttevékenységének megváltozását, utóbbi esetben akkor, ha a sportot versenyszerűen vagy hivatásszerűen végzi.
- 1.5. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és e célból a Biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, dokumentumokat kérhet be, orvosi vizsgálatot írhat elő. A Szerződőt és Biztosított(ak)at az orvosi vizsgálat elvégzése nem mentesíti a közlési kötelezettségük alól.

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

- 2.1. Ha a Biztosító a szerződés megkötésétől számított 5 éven belül szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá, ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik vele, és e körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést 30 napra adott Biztosított vonatkozásában írásban felmondhatja.
- 2.2. Ha a Szerződő (Biztosított) a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik adott Biztosított vonatkozásában, 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 5 év már eltelt.
- 2.4. A szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeivel kapcsolatban a Biztosító jogainak gyakorlására nyitva álló 5 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 – indokolás

nélkül – felmondhatja. A felmondással az egész szerződés (a főbiztosítás a kiegészítő biztosításokkal együtt) megszűnik. **Nem illeti meg a Szerződőt a felmondási jog abban az esetben, ha a szerződést hitelfedezeti életbiztosításként kötötte meg.**

- 3.2 A Szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető ezen felmondási jogáról.
- 3.3 A Szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a Biztosító köteles 15 napon belül a Szerződő által a szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni.
- 3.4 A Biztosító a visszafizetésre kerülő biztosítási díj után kamatot nem fizet, a biztosítási díjból költségeket nem von le.
- 3.5 A Szerződő által befizetett díjat a Biztosító a szerződés megszűnésétől számított 15 napon belül fizeti vissza a Szerződő részére.

III. a biztosítási esemény

1. biztosítási esemény

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

IV. a biztosítási díj

1. a biztosítási díj megállapítása, a Biztosított belépési kora

- 1.1. A biztosítási díj a Biztosító által vállalt kötelezettségek (így különösen a kockázatviselés) ellenértéke.
- 1.2. A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító díjszabása alapján, különösen a Biztosított(ak) belépési korának, egészségi állapotának, foglalkozásának, sport és szabadidős tevékenységének, valamint a biztosítás tartamának és összegének/összegeinek a figyelembevételével történik.
- 1.3. A szerződés szerinti díjfizetés gyakoriságának megfelelő fizetendő minimális díjat a kondíciós lista tartalmazza.
- 1.4. A Biztosító a fizetendő biztosítási díjból a kondíciós listában részletezett kedvezményeket adja.
- 1.5. A díjkedvezmény alapja az éves fizetendő díj.
- 1.6. Az első biztosítási díj megfizetése az ajánlat megtételekor esedékes.
 - a) amennyiben az első díjat a Szerződő az ajánlat aláírásakor nem fizeti meg, a kötvény kibocsátásával egyidejűleg a Biztosító az elmaradt díjak rendezésére 30 napos póthatáridőt határoz meg.
 - b) amennyiben az első díjat a Szerződő az ajánlat aláírásakor megfizette, azonban a kockázatbírálás ideje az ajánlat aláírásának napjától számított 60 napon belülre esik, a kötvény kibocsátásával egyidejűleg 30 napos póthatáridőt határoz meg a Biztosító az elmaradt díjak rendezésére.
 - c) amennyiben az első díjat a Szerződő az ajánlat aláírásakor megfizette, azonban a kockázatbírálás következtében emelkedik a biztosítás díja, a kötvény kibocsátásával egyidejűleg 30 napos póthatáridőt határoz meg a Biztosító a díjkülönbözet és az esetlegesen elmaradt emelt díjak rendezésére.
- 1.7. A póthatáridő kezdőnapja a felszólítás elküldésének a napja.
- 1.8. A Biztosító a Biztosított belépési korát úgy állapítja meg, hogy a szerződés megkötésekor kiszámolja a Biztosított ezen időpontban betöltött éveinek számát.
- 1.9. A Biztosító a Szerződő által a szerződés tartama alatt írásban bejelentett új Társbiztosított belépési életkorát úgy határozza meg, hogy a tudomásszerzést követő biztosítási évfordulón kiszámolja a Társbiztosítottnak ezen évfordulón betöltött éveinek számát.
- 1.10. Amennyiben a Biztosított születésének dátumát helytelenül közölték, abban az esetben a II.2.1., 2.2., 2.3., 2.4. pontokban foglaltak szerint jár el a Biztosító.
- 1.11. Amennyiben a tényleges születési dátum alapján a szerződés létre sem jött volna, akkor a Biztosító érvénytelenségre hivatkozással a tudomásszerzéstől számított 1 éven belül megtagadhatja a szerződést.

2. a biztosítási díj fizetése

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

- 2.2 A szerződés létrejötte előtt befizetett első biztosítási díjat a Biztosító kamatmentes letétként kezeli és visszautalja a Szerződőnek, amennyiben a szerződés nem jön létre.
- 2.3 A díjfizetés gyakoriságát a Szerződő ajánlattételkor határozza meg, és bármely biztosítási évfordulón megváltoztathatja, ha a változtatási szándékot a biztosítási évforduló előtt legalább 60 nappal írásban jelzi a Biztosítónak.
- 2.4 A biztosítás első díja a szerződés létrejöttékor esedékes, kivéve ha a felek díjhalasztásban állapodtak meg.. Minden későbbi díj a díjfizetési gyakorisági időszak (biztosítási év, félév, negyedév, hónap) első napján esedékes.
- 2.5 A Szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díjat a Biztosító számláján jóváírják.

3. a díjfizetés elmulasztásának következményei

- 3.1 Amennyiben a Szerződő az esedékes biztosítási díjat nem egyenlíti ki, úgy a Biztosító erről – 30 napos póthatáridő megadásával – a Szerződőt írásban értesíti.
- 3.2 Amennyiben a fenti póthatáridőn belül a Biztosítóhoz nem érkezik meg az esedékes díj, a Biztosító az első elmaradt díj esedékességétől számított 60 napig viseli a kockázatot. Ez alatt az idő alatt a Szerződő az elmaradt díjat pótolhatja, és be kell fizetnie az esedékes díjat is.
- 3.3 Amennyiben a Szerződő az első elmaradt díj esedékességétől számított 60 napon belül fizetési kötelezettségét nem teljesíti, a szerződés e határidő leteltével megszűnik, amennyiben a Biztosító díjkövetelést bírósági úton nem érvényesített.
- 3.4 Amennyiben a Szerződő a legelső biztosítási díjat nem fizeti be a IV.1.6. pontban felsorolt határidőkön belül a szerződés az ajánlat aláírásának napjára visszamenőlegesen megszűnik, amennyiben a Biztosító díjkövetelést bírósági úton nem érvényesített.
- 3.5 Amennyiben a Biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, úgy a biztosítási évfordulóig járó és az elmaradt díjat a Biztosítónak jogában áll a szolgáltatás(ok) összegéből levonnia.

4. reaktiválás (a kockázatviselés helyreállítása)

- 4.1 A díjfizetés elmulasztása miatt megszünt szerződés a megszűnéstől számított 120 napon belül reaktiválható a Szerződő írásbeli kérelme alapján, amennyiben az elmaradt biztosítási díjakat és a szerződés esedékes díját a Szerződő megfizeti.
- 4.2 A szerződés tartama alatt reaktiválást legfeljebb két alkalommal lehet igénybe venni.
- 4.3 Reaktiválási kérelem esetén a Biztosított(ak) és a Szerződő köteles a díjfizetés elmulasztása alatti időben történt, az egészségi állapotban (betegségek, balesetek) bekövetkezett változásokat a Biztosítónak írásban bejelenteni. Amennyiben a Biztosító a reaktiválási kérelmet elfogadja, a kockázatviselés kezdete az első elmaradt díj esedékességének napja. A reaktiválást a Biztosító kockázatalbíráshoz, új egészségi nyilatkozat kitöltéséhez, vagy orvosi vizsgálat meglétéhez köti, melyek közül az utóbbi a Szerződő saját költségére történik.

5. indexálás (értékkövetés)

- 5.1 A Biztosító indexálást nem alkalmaz.

V. a Biztosító teljesítésének feltételei

1. a biztosítási esemény bejelentésének határideje

- 1.1. A biztosítási eseményt 15 napon belül írásban kell bejelenteni a Biztosítónak, kivéve, ha a különös feltételek másként nem rendelkeznek.
- 1.2. Abban az esetben, ha a Szerződő és/vagy a Biztosított, vagy a Kedvezményezett a fenti határidőt nem tartja 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.

2. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

- 2.1. A kárigény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat a 2. számú melléklet tartalmazza.
- 2.2. A 2.1-es ponttól eltérő dokumentumokat a különös feltételek tartalmazzák.
- 2.3. A külföldön bekövetkezett biztosítási esemény kárbejelentéséhez minden esetben a biztosítási eseményt igazoló dokumentumok hivatalos magyar nyelvű fordítása is szükséges.

3. a Biztosító teljesítésének esedékessége

- 3.1. A Biztosító a szerződés alapján a biztosítási esemény bekövetkezésekor a különös feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezi magát.
- 3.2. A Biztosító a hozzá bejelentett kárigényt az annak elbírálásához szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 30 napon belül teljesíti, kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek.
- 3.3. Abban az esetben, ha a kárigény elbírálásához szükséges dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a kárigényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.
- 3.4. Személyes kifizetésre nincs mód.

4. panaszbejelentés, panaszkezelés

- 4.1. 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 előterjesztheti)
cím	1031 Budapest, Krisztina krt. 39.
központi levélcím	Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest
központi telefon	+36 80 203 776
központi fax	+36 1 429 8000
webcím	www.mnb.hu/felugyelet

további szervek:

megnevezés	Pénzügyi Békéltető Testület
cím	1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
levélcím	Pénzügyi Békéltető Testület H-1525 Budapest Pf.:172.

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

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

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

5. az elévülési idő

- 5.1. A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje 5 év.
- 5.2. Az elévülési idő kezdőnapja az egyes igények esedékességének a napja.
- 5.3. Nem szakítja meg az elévülési időt a Biztosító által küldött, a hiányzó dokumentumok benyújtásáról szóló tájékoztatás, vagy információszolgáltatás.
- 5.4. Az elévülési idő alatt a nem kifizetett szolgáltatást a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.

VI. a Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól

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

- 1.1. A Szerződő / Főbiztosított / Társbiztosított közlési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító a szerződés megkötésétől számított 5 éven belül nem köteles szolgáltatást teljesíteni, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
- 1.2. A Szerződő / Főbiztosított / Társbiztosított bejelentési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító a változás-bejelentési határidő leteltét követő naptól számított 5 éven belül szolgáltatás teljesítésére nem köteles kivéve, ha bizonyítják, hogy a be nem jelentett körülményt a Biztosító ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
- 1.3. Amennyiben a Főbiztosított / Társbiztosított közlési és változás-bejelentési kötelezettségét megsérti, a **Biztosító mentesül** a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítják, hogy:
 - a) a Biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt ismerte; vagy
 - b) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítás tartama alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a Biztosító tudomására jutott, és a Biztosító 15 napon belül nem élt a II/2. pontban részletezett szereplőmódosítási, illetve felmondási lehetőségével; vagy
 - c) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

2. A Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, amennyiben a biztosítási eseményt a Kedvezményezett szándékosan okozta.

3. A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, abban az esetben, ha a Biztosított

- a) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
- b) a kockázatviselés kezdetétől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosság következtében hal meg.

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

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 amelyre nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel.
- d) munkavégzése során a munkavédelmi szabályokat súlyosan megsértette.

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

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

3. A kiegészítő baleset- és egészségbiztosítások vonatkozásában a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztekor úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható. Mentesül a Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.
4. A Biztosító mentesülésének egyéb eseteit a különös feltételek tartalmazzák.

VII. a Biztosító kockázatviseléséből kizárt események

1. A kockázatelbírálás eredményeképp a Biztosító a biztosítási kötvénybe kikötéseket tehet, melynek következményeként nem visel kockázatot a feltüntetett betegség(ek)kel, testrész(ek)kel, eseményekkel kapcsolatban.
2. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon esetekre, ha a biztosítási esemény közvetlenül összefüggésben áll:
 - 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.
3. A Biztosító kockázatviselése továbbá nem terjed ki arra az esetre, ha a Biztosított halála
 - a) gépi erővel hajtott szárazföldi, vagy
 - b) vízi járművel, vagy
 - c) bármilyen légi járművel, vagy
 - d) sporteszközzel, sportversenyen való részvétel következtében vagy ilyen eseményekre való felkészülés során következik be.
4. A kiegészítő balesetbiztosítások, valamint az egészségbiztosítások balesetbiztosítást tartalmazó része vonatkozásában a biztosítási védelemből kizárt további kockázatok:
 - a) a Biztosított kóros elmeállapota és annak következményei;
 - b) bármilyen gyorsasági versenyen, vagy erre való felkészülésen való részvétel során bekövetkező baleset;
 - c) a polgári légi forgalmon kívüli repülés során bekövetkezett baleset.
5. A Biztosító kockázatviselése kizárólag a Biztosított alábbi sporttevékenységeivel okozati összefüggésben történt biztosítási eseményekre nem terjed ki:
 - a) autó-motor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rally, quad, 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, bázisugrás;
 - c) egyéb: búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes ill. nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás illetve sziklamászás V. foktól, illetve 4000 m felett, barlangászat.
6. A kizárt kockázatok egyéb eseteit a különös feltételek tartalmazzák.

VIII. egyéb rendelkezések

1. a jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) hatályosságának feltételei

- 1.1. A Biztosító a hozzá eljuttatott ajánlatokat, jognyilatkozatokat, bejelentéseket ellenkező megállapodás hiányában köteles érvényesnek tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A Biztosító nyilatkozatait szintén írásban juttatja el a szerződésben érdekelt személyeknek. A Biztosító a mindenkor rendelkezésre álló címre küldi leveleit. A Szerződő 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. a biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése

- 2.1. Abban az esetben, ha a biztosítási kötvény megsemmisült vagy elveszett, a Biztosító a Szerződő (Biztosított) kérésére a hatályos eredetivel megegyező tartalmú új kötvényt állít ki.
- 2.2. Amennyiben a Szerződő elveszíti a kötvényét, ezt írásban be kell jelentenie a Biztosítónak.

3. ügyfél-átvilágítás

- 3.1. A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 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.
- 3.2. A szerződéses kapcsolat fennállása alatt az ügyfél köteles a tudomásszerzéstől számított 5 napon belül a Biztosítót értesíteni az ügyfél-átvilágítás során megadott adatokban, illetve a tényleges tulajdonos személyét érintően bekövetkezett változásról.

4. USA illetőségű Kedvezményezettek részére történő teljesítés

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

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

5. technikai kamatláb

- 5.1 A technikai kamatláb a biztosítási szerződés tartama alatt 0%.

IX. fő- és kiegészítő biztosítások

1. Jelen feltétel vonatkozásában a kockázati életbiztosítás, mint főbiztosítás, a baleset- és egészségbiztosítások, mint ehhez tartozó kiegészítő biztosítások kerülhetnek megkötésre. A főbiztosításra és a kiegészítő biztosításokra az azokra vonatkozó különös feltételeket kell alkalmazni a jelen általános feltétellel együtt. Több Biztosított esetén a Szerződő biztosítottanként eltérő fő- és kiegészítő biztosításokat, illetve hozzájuk rendelt biztosítási összegeket jelölhet meg.

X. maradékjog

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

XI. adatközlés, adatkezelés

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

XII. záró rendelkezések

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

XIII. értelmezések, fogalmak, meghatározások

1. a baleset, és a közlekedési baleset fogalma

- 1.1. Jelen általános feltétel szempontjából a **baleset** olyan hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri.
- 1.2. Jelen általános feltétel szempontjából balesetnek minősülnek az alábbi a Biztosított akaratán kívüli események is:
 - a) vízbefúlás
 - b) villámcsapás
 - c) mérgező gázok belélegzése
- 1.3. Jelen általános feltétel szerint – a fentiektől eltekintve – **nem minősül balesetnek az ember vagy állat által terjesztett bakteriális vagy vírusfertőzés még abban az esetben sem, ha balesetszerű fizikális ok váltja ki, kivéve, ha a különös feltételek ettől eltérően rendelkeznek. Nem minősül balesetnek a rándulás, ficam, megemelés, rovarcsípés (beleértve a kullancs és darázscsípést is), hőguta, fagyás, napszúrás, a hasi és gerincsérvek, továbbá a foglalkozási betegség (ártalom), valamint a Biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be és az öncsonkítás sem. Nem minősül balesetnek az orvosi műtét következménye sem, továbbá az agyvérzés, a szívinfarktus és az azok miatt bekövetkező esemény sem.**
- 1.4. Jelen általános feltétel alkalmazásában **közlekedési balesetnek** minősül a Biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként, mint közlekedésben résztvevő szenved balesetet. A mozgáskorlátozottak közlekedésére szolgáló, emberi erővel tolt vagy hajtott kerekes szék és a gépi meghajtású kerekes szék - ha sík úton önerejéből 10 km/óra sebességnél gyorsabban haladni nem képes - azonban nem minősül járműnek. Az ilyen eszközökkel közlekedő személyek gyalogosoknak minősülnek.

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,
- d) a quadnak minősülő közlekedési eszközzel közlekedés során bekövetkezett baleset.

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

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

3. a Biztosított sporttevékenységének minősítése

- 3.1. Jelen általános feltétel szempontjából **hivatásos sportoló** az a Biztosított, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá egyéni vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik a sportági szakszövetség, illetőleg a sportszövetség feltételei szerint megszerzett hivatásos sportolói engedéllyel.
- 3.2. Jelen általános feltétel szempontjából **versenyző sportoló** az a Biztosított (a továbbiakban: versenyző sportoló), aki sporttevékenységet nem hivatásos sportolóként végez, feltéve hogy versenyen (bajnokságon, meccsen) is indul, függetlenül a verseny jellegétől (függetlenül pl. attól, hogy helyi, kerületi, megyei, területi, országos, nemzetközi stb. vagy barátságos-e a verseny, mi a tétje stb.).

Jelen általános feltétel szempontjából a versenyző sportoló lehet:

- **Élvonalbeli versenyző sportoló** az a Biztosított (a továbbiakban: élvonalbeli versenyző sportoló), aki nemzetközi, országos (nemzeti) versenyen indul.
- **Regionális szinten versenyző sportoló** az a Biztosított (a továbbiakban: regionális szinten versenyző sportoló), aki több megyét érintő versenyen indul, feltéve hogy nem élvonalbeli versenyző sportoló.
- **Területi szinten versenyző sportoló** az a Biztosított, aki nem regionális szinten versenyző sportoló és nem élvonalbeli versenyző sportoló.

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

4. visszavonhatatlan Kedvezményezett

- 4.1. 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.

5. lényeges körülmény

- 5.1. 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.
- 5.2. 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: 2020. május 29.

1. számú melléklet: kondíciós lista

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

hatályos: 2020. május 29-től

biztosítási díj

- minimálisan fizetendő
 - éves díj: 18 000 forint
 - féléves díj: 9 000 forint
 - negyedéves díj: 4 500 forint
 - havi díj: 1 500 forint
- biztosítottankénti minimális éves díj: 3 000 forint

fizetési gyakoriság szerinti díjkezdvezmény

- havi: 0%
- negyedéves: 4%
- féléves: 8%
- éves: 12%

fizetési mód szerinti díjkezdvezmények

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

2. számú melléklet: tájékoztató a K&H Biztosító által a kárrendezés során bekérhető okiratokról

hatályos: 2020. május 29 -től

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) 124. § (1) előírja, hogy a Biztosító a biztosítási szerződési feltételekben köteles meghatározni, hogy a káresemény bekövetkezése esetén milyen károkat és költségeket milyen okiratok bemutatása ellenében térít. A K&H Biztosító (továbbiakban: Biztosító) a törvény által előírt kötelezettségének eleget téve a szerződési feltételeit az alábbi rendelkezésekkel egészíti ki.

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

halál esetén	halott-vizsgálati bizonyítvány
	boncolási jegyzőkönyv
	hitelfedezeti termék vagy hitelfedezeti záradékos szerződés esetén banki igazolás a hitelszerződés adatairól (pl. a hitelszerződés létrejöttének dátumáról, a fennálló tartozás mértékéről stb.)
	a Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány, feltéve, hogy a Kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg
biztosítási esemény jellegétől függően, amennyiben a kárigény elbíráláshoz szükséges	a Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatvány
	biztosítási kötvény
	idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása
	a Kedvezményezett nyilatkozata a számlaszámról, ahova a kifizetés teljesíthető
	kiskorú vagy gondnokolt Kedvezményezett esetén, a törvényi előírást meghaladó kifizetésnél gyámhatósági végzés,
	kiskorú vagy gondnokolt Kedvezményezett esetén Nyilatkozat törvényes képviselőről
	pénzmosási törvény előírásainak megfelelő kifizetésnél a törvény szerinti azonosító adatok
	teljes orvosi dokumentáció: diagnózis és felállításának időpontját igazoló iratok, orvosi leírás, zárójelentés, kórházi igazolás, elszámolási nyilatkozat, korábbi orvosi iratok, műtéti leírás, ambuláns lap, röntgen lelet, ápolási dokumentáció, teljes kórházi kórlap, szövettani lelet, kontroll eredmények
	házi orvosi egészségi dokumentáció
	OEP nyilvántartásában szereplő egészségügyi adatok
	a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás (egészségi állapot) mértékének megállapítására jogosult szerv által kiállított szakvélemény, határozat, vizsgálati jegyzőkönyv
	Igazságügyi Orvos-szakértő által elvégzett vizsgálati eredmény, illetve vélemény
	a Biztosító orvos szakértője által elvégzett vizsgálati eredmény, illetve vélemény
	felvett egyéb hivatalos, vagy tanúkkal igazolt nem hivatalos jegyzőkönyv vagy igazolás a baleset és a sérülés megtörténtéről, körülményeiről
	amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, az eljárást befejező határozat másolatát, feltéve, hogy az a jogalap megállapításához szükséges (így különösen az eljárást megtagadó, felfüggesztő vagy megszüntető határozat, illetve a jogerős bírósági határozat másolatát), különös tekintettel a hatósági alkohol vizsgálati eredményre
	sportszervezet igazolása sportolói tagságról
	munkáltatói igazolás
	keresőképtelenségi igazolás („Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételéről”) másolata

3. számú melléklet: biztosítási fedezetek, minimális és maximális biztosítási összegek (BÖ) és lépésközzök

(A megadott összegek forintban értendők)

biztosítási fedezetek	minimális BÖ	maximális BÖ	lépésközz*
kockázati életbiztosítás (főbiztosítás)	200 000	50 000 000	100 000
kiegészítő balesetbiztosítási fedezetek			
baleseti halál	500 000	50 000 000	100 000
baleseti maradandó egészségkárosodás 10-100%	500 000	20 000 000	100 000
csonttörés, csontrepedés	5 000	30 000	1 000
baleseti kórházi napi térítés 1. naptól	1 000	20 000	1 000
baleseti műtéti térítés (25-200%)	100 000	1 500 000	50 000
égési sérülés	200 000	5 000 000	50 000
baleseti keresőképtelenségi napi térítés 16. naptól térít	1 000	5 000	1 000
közlekedési baleseti halál	500 000	50 000 000	100 000
közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodás 10-100%	500 000	20 000 000	100 000
kiegészítő egészségbiztosítási fedezetek			
bármely okú kórházi napi térítés 1. naptól	1 000	20 000	1 000
bármely okú műtéti térítés (25-200%)	100 000	1 500 000	50 000
69%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás	500 000	10 000 000	100 000
bármely okú keresőképtelenségi napi térítés 16. naptól térít	1 000	5 000	1 000

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

4. számú melléklet: kockázati életbiztosítás díja

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

A fizetendő díj meghatározása pl. 2 500 000 forint biztosítási összeg esetén: egy 40 éves Biztosított esetén 10 éves tartamra:

fizetendő díj = (2 500 000/1 000) x 7,958 = 19 895 forint

kor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
3	1,371	1,347	1,330	1,323	1,339	1,320	1,322	1,323	1,324	1,326	1,329	1,337	1,353	1,368	1,386	1,406	1,428	1,450	1,473	1,492	1,513	1,529	1,547	1,564	1,581	1,597	1,614	1,631	1,647	1,664	1,681	1,697	1,714	1,730	1,747
4	1,323	1,299	1,307	1,310	1,314	1,316	1,318	1,321	1,325	1,334	1,349	1,368	1,387	1,409	1,432	1,455	1,477	1,498	1,518	1,537	1,555	1,573	1,591	1,609	1,626	1,643	1,660	1,677	1,694	1,711	1,728	1,745	1,762	1,779	
5	1,295	1,269	1,301	1,312	1,313	1,312	1,321	1,325	1,335	1,351	1,371	1,392	1,415	1,439	1,463	1,486	1,508	1,528	1,547	1,565	1,583	1,601	1,618	1,635	1,651	1,667	1,683	1,699	1,715	1,731	1,747	1,763	1,779	1,795	
6	1,302	1,304	1,331	1,340	1,339	1,321	1,325	1,321	1,329	1,340	1,357	1,378	1,400	1,424	1,449	1,474	1,498	1,522	1,545	1,567	1,589	1,611	1,632	1,652	1,671	1,690	1,709	1,727	1,745	1,763	1,781	1,799	1,817	1,835	
7	1,306	1,316	1,321	1,339	1,325	1,329	1,333	1,345	1,363	1,386	1,409	1,434	1,461	1,487	1,513	1,539	1,565	1,591	1,617	1,643	1,669	1,695	1,721	1,747	1,773	1,800	1,826	1,852	1,878	1,904	1,930	1,956	1,982		
8	1,326	1,328	1,329	1,331	1,334	1,338	1,350	1,370	1,395	1,420	1,446	1,474	1,502	1,530	1,557	1,584	1,611	1,638	1,665	1,692	1,719	1,745	1,771	1,800	1,824	1,848	1,872	1,901	1,924	1,949	1,973	2,001	2,024		
9	1,330	1,331	1,337	1,343	1,359	1,384	1,414	1,443	1,473	1,503	1,533	1,563	1,593	1,623	1,653	1,683	1,713	1,743	1,773	1,803	1,833	1,863	1,893	1,923	1,953	1,983	2,013	2,043	2,073	2,103	2,133	2,163	2,193		
10	1,333	1,340	1,347	1,355	1,368	1,393	1,423	1,453	1,483	1,513	1,543	1,573	1,603	1,633	1,663	1,693	1,723	1,753	1,783	1,813	1,843	1,873	1,903	1,933	1,963	1,993	2,023	2,053	2,083	2,113	2,143	2,173	2,203		
12	1,347	1,354	1,378	1,411	1,447	1,481	1,515	1,549	1,583	1,617	1,651	1,685	1,719	1,753	1,787	1,821	1,855	1,889	1,923	1,957	1,991	2,025	2,059	2,093	2,127	2,161	2,195	2,229	2,263	2,297	2,331	2,365	2,399		
13	1,361	1,368	1,432	1,477	1,506	1,540	1,574	1,608	1,642	1,676	1,710	1,744	1,778	1,812	1,846	1,880	1,914	1,948	1,982	2,016	2,050	2,084	2,118	2,152	2,186	2,220	2,254	2,288	2,322	2,356	2,390	2,424	2,458		
14	1,626	1,709	1,769	1,785	1,810	1,840	1,867	1,891	1,911	1,929	1,947	1,963	1,979	1,994	2,011	2,030	2,053	2,080	2,112	2,149	2,191	2,240	2,293	2,354	2,422	2,500	2,591	2,695	2,814	2,949	3,101	3,274	3,469		
15	1,688	1,781	1,840	1,856	1,881	1,911	1,938	1,962	1,982	1,999	2,016	2,033	2,050	2,067	2,084	2,101	2,118	2,135	2,152	2,169	2,186	2,203	2,220	2,237	2,254	2,271	2,288	2,305	2,322	2,339	2,356	2,373	2,390		
16	1,780	1,871	1,945	1,961	1,986	2,016	2,043	2,067	2,087	2,104	2,121	2,138	2,155	2,172	2,189	2,206	2,223	2,240	2,257	2,274	2,291	2,308	2,325	2,342	2,359	2,376	2,393	2,410	2,427	2,444	2,461	2,478	2,495		
17	1,845	1,936	1,990	1,996	2,021	2,051	2,078	2,102	2,122	2,139	2,156	2,173	2,190	2,207	2,224	2,241	2,258	2,275	2,292	2,309	2,326	2,343	2,360	2,377	2,394	2,411	2,428	2,445	2,462	2,479	2,496	2,513	2,530		
18	1,932	1,998	2,042	2,048	2,073	2,103	2,130	2,154	2,174	2,191	2,208	2,225	2,242	2,259	2,276	2,293	2,310	2,327	2,344	2,361	2,378	2,395	2,412	2,429	2,446	2,463	2,480	2,497	2,514	2,531	2,548	2,565	2,582		
19	2,025	2,091	2,125	2,131	2,156	2,186	2,213	2,237	2,257	2,274	2,291	2,308	2,325	2,342	2,359	2,376	2,393	2,410	2,427	2,444	2,461	2,478	2,495	2,512	2,529	2,546	2,563	2,580	2,597	2,614	2,631	2,648	2,665		
20	2,024	2,093	2,125	2,132	2,157	2,187	2,214	2,238	2,258	2,275	2,292	2,309	2,326	2,343	2,360	2,377	2,394	2,411	2,428	2,445	2,462	2,479	2,496	2,513	2,530	2,547	2,564	2,581	2,598	2,615	2,632	2,649	2,666		
21	2,085	2,156	2,188	2,195	2,220	2,250	2,277	2,301	2,321	2,338	2,355	2,372	2,389	2,406	2,423	2,440	2,457	2,474	2,491	2,508	2,525	2,542	2,559	2,576	2,593	2,610	2,627	2,644	2,661	2,678	2,695	2,712	2,729		
22	2,085	2,156	2,188	2,195	2,220	2,250	2,277	2,301	2,321	2,338	2,355	2,372	2,389	2,406	2,423	2,440	2,457	2,474	2,491	2,508	2,525	2,542	2,559	2,576	2,593	2,610	2,627	2,644	2,661	2,678	2,695	2,712	2,729		
23	2,085	2,156	2,188	2,195	2,220	2,250	2,277	2,301	2,321	2,338	2,355	2,372	2,389	2,406	2,423	2,440	2,457	2,474	2,491	2,508	2,525	2,542	2,559	2,576	2,593	2,610	2,627	2,644	2,661	2,678	2,695	2,712	2,729		
24	2,085	2,156	2,188	2,195	2,220	2,250	2,277	2,301	2,321	2,338	2,355	2,372	2,389	2,406	2,423	2,440	2,457	2,474	2,491	2,508	2,525	2,542	2,559	2,576	2,593	2,610	2,627	2,644	2,661	2,678	2,695	2,712	2,729		
25	2,085	2,156	2,188	2,195	2,220	2,250	2,277	2,301	2,321	2,338	2,355	2,372	2,389	2,406	2,423	2,440	2,457	2,474	2,491	2,508	2,525	2,542	2,559	2,576	2,593	2,610	2,627	2,644	2,661	2,678	2,695	2,712	2,729		
26	2,085	2,156	2,188	2,195	2,220	2,250	2,277	2,301	2,321	2,338	2,355	2,372	2,389	2,406	2,423	2,440	2,457	2,474	2,491	2,508	2,525	2,542	2,559	2,576	2,593	2,610	2,627	2,644	2,661	2,678	2,695	2,712	2,729		
27	2,085	2,156	2,188	2,195	2,220	2,250	2,277	2,301	2,321	2,338	2,355	2,372	2,389	2,406	2,423	2,440	2,457	2,474	2,491	2,508	2,525	2,542	2,559	2,576	2,593	2,610	2,627	2,644	2,661	2,678	2,695	2,712	2,729		
28	2,085	2,156	2,188	2,195	2,220	2,250	2,277	2,301	2,321	2,338	2,355	2,372	2,389	2,406	2,423	2,440	2,457	2,474	2,491	2,508	2,525	2,542	2,559	2,576	2,593	2,610	2,627	2,644	2,661	2,678	2,695	2,712	2,729		
29	2,085	2,156	2,188	2,195	2,220	2,250	2,277	2,301	2,321	2,338	2,355	2,372	2,389	2,406	2,423	2,440	2,457	2,474	2,491	2,508	2,525	2,542	2,559	2,576	2,593	2,610	2,627	2,644	2,661	2,678	2,695	2,712	2,729		
30	2,085	2,156	2,188	2,195	2,220	2,250	2,277	2,301	2,321	2,338	2,355	2,372	2,389	2,406	2,423	2,440	2,457	2,474	2,491	2,508	2,525	2,542	2,559	2,576	2,593	2,610	2,627	2,644	2,661	2,678	2,695	2,712	2,729		
31	2,085	2,156	2,188	2,195	2,220	2,250	2,277	2,301	2,321	2,338	2,355	2,372	2,389	2,406	2,423	2,440	2,457	2,474	2,491	2,508	2,525	2,542	2,559	2,576	2,593	2,610	2,627	2,644	2,661	2,678	2,695	2,712	2,729		
32	2,085	2,156	2,188	2,195	2,220	2,250	2,277	2,301	2,321	2,338	2,355	2,372	2,389	2,406	2,423	2,440	2,457	2,474	2,491	2,508	2,525	2,542	2,559	2,576	2,593	2,610	2,627	2,644	2,661	2,678	2,695	2,712	2,729		
33	2,085	2,156	2,188	2,195	2,220	2,250	2,277	2,301	2,321	2,338	2,355	2,372	2,389	2,406	2,423	2,440	2,457	2,474	2,491	2,508	2,525	2,542	2,559	2,576	2,593	2,610	2,627	2,644	2,661	2,678	2,695	2,712	2,729		
34	2,085	2,156	2,188	2,195	2,220	2,250	2,277	2,301	2,321	2,338	2,355	2,372	2,389	2,406	2,423	2,440	2,457	2,474	2,491	2,508	2,525	2,542	2,559	2,576	2,593	2,610	2,627	2,644	2,661	2,678	2,695	2,712	2,729		
35	2,085	2,156	2,188	2,195	2,220	2,250	2,277	2,301	2,321	2,338	2,355	2,372	2,389	2,406	2,423	2,440	2,457	2,474	2,491	2,508	2,525	2,542	2,559	2,576	2,593	2,610	2,627	2,644	2,661	2,678	2,695	2,712	2,729		
36	2,085	2,156	2,188	2,195	2,220	2,250	2,277	2,301	2,321	2,338	2,355	2,372	2,389	2,406	2,423	2,440	2,457	2,474	2,49,																

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

$$\text{fizetendő díj} = (2\,000/1\,000) \times 4\,632,9 = 9\,266 \text{ forint}$$
[illegible]

kockázati életbiztosítás különös feltétele

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

Jelen feltételben meghatározott halál, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződés (fő- és kiegészítő biztosítás) adott Biztosított vonatkozásában megszűnik. Amennyiben a szerződés több Biztosítottra is vonatkozik és a fenti biztosítási esemény a Főbiztosított esetében következik be, úgy a teljes szerződés az összes Biztosított (Fő-, és Társbiztosított) vonatkozásában megszűnik.

Jelen biztosításhoz, mint főbiztosításhoz kiegészítő biztosítások köthetők.

I. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a Biztosított a szerződés tartama alatti halála.
2. Amennyiben a biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt nem következik be, úgy a biztosítási szerződés a Biztosító szolgáltatása nélkül szűnik meg a tartam végén.

II. a Biztosító szolgáltatása, a biztosítási összeg

1. a Biztosító szolgáltatása

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

2. a biztosítási összeg

- 2.1. A biztosítási összeg a kötvényben kerül meghatározásra. Amennyiben a biztosítási összeg a biztosítási szerződés tartama alatt módosul, a Biztosító új kötvényt állít ki.

baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás különös feltétele

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

Több Biztosított esetében a Szerződő biztosítottanként eltérő kiegészítő biztosítás(oka)t, illetve a kiegészítő biztosítás(ok)hoz eltérő biztosítási összegeket jelölhet meg.

A Szerződő választása szerint a főbiztosításhoz jelen kiegészítő biztosítást úgy is megkötheti, illetve a Biztosító jelen kiegészítő biztosítást az általa meghatározott főbiztosításhoz úgy is nyújthatja, hogy a Biztosító szolgáltatása csak a közlekedési balesetből eredő halálra terjed ki.

Jelen feltételekben meghatározott baleseti halál, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződés (fő- és kiegészítő biztosítás) adott Biztosított vonatkozásában megszűnik.

I. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a Biztosítottat a biztosítás tartama alatt ért baleset, ha a baleset következtében a baleset megtörténtétől számított 1 éven belül meghal.
2. A kiegészítő biztosítás szolgáltatása balesetből származó 1 éven belül bekövetkező haláleset, mint biztosítási esemény bekövetkezésekor válik esedékessé.
3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.
4. Amennyiben a biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt nem következik be, úgy a biztosítási szerződés a Biztosító szolgáltatása nélkül szűnik meg a tartam végén.

II. a Biztosító szolgáltatása, a biztosítási összeg

1. a Biztosító szolgáltatása

- 1.1. A balesettől számított 1 éven belül a balesetből bekövetkező halál esetén a Biztosító a biztosítási esemény időpontjában az aktuális biztosítási összeget fizeti ki.
- 1.2. A haláleseti kifizetésbe a Biztosító az ugyanazon esemény miatt baleseti eredetű maradandó egészségkárosodási szolgáltatásként általa kifizetett összeget beszámítja.
- 1.3. Abban az esetben, amikor a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra magasabb szolgáltatási összeget fizet a Biztosító, mint amennyi szolgáltatási összeg a baleseti halál esetére járna, a szerződés megszűnik.
- 1.4. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a meg nem szolgált biztosítási díjakat a Biztosító visszautalja a Szerződőnek. A Biztosító a biztosítási esemény időpontjáig várja el a biztosítási díjat.

2. a biztosítási összeg

- 2.1 A baleseti halál esetére szóló biztosítási összeget a kötvény tartalmazza. Amennyiben a biztosítási összeg a biztosítási szerződés tartama alatt módosul, a Biztosító új kötvényt állít ki.

a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra (10-100%) vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltétele

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

Több Biztosított esetében a Szerződő biztosítottanként eltérő kiegészítő biztosítás(oka)t, illetve a kiegészítő biztosítás(ok)hoz eltérő biztosítási összegeket jelölhet meg.

Jelen feltételekben meghatározott 100%-os baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződés (a főbiztosítás az összes kiegészítő biztosítással együtt) adott Biztosított vonatkozásában megszűnik.

I. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a Biztosított legalább 10%-os mértékű 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 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.
4. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.
5. Amennyiben a biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt nem következik be, úgy a biztosítási szerződés a Biztosító szolgáltatása nélkül szűnik meg a tartam végén.

II. a Biztosító szolgáltatása, a biztosítási összeg

1. a Biztosító szolgáltatása

- 1.1. 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.
- 1.2. 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.
- 1.3. 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 különbözetet téríti meg.
- 1.4. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegből a maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő összegű szolgáltatást nyújt.
- 1.5. 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%
• nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	10%

- 1.6. Ha a térítés mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, a szolgáltatást a szerint kell megállapítani, hogy a testi és/vagy szellemi épség (működőképesség) orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét a fenti táblázat figyelembevételével a Biztosító orvosa állapítja meg. A Biztosítót más orvos-szakértői testületek határozata nem köti, így például a társadalombiztosítási szervek határozata nem szolgál alapul a szolgáltatás mértékének megállapításánál. A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.
- 1.7. 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.
- 1.8. 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.
- 1.9. 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.
- 1.10. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.
- 1.11. 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.
- 1.12. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál az egészségi állapotot a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- 1.13. A biztosítási szolgáltatás alapja a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási összeg.
- 1.14. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a meg nem szolgáltatott biztosítási díjakat a Biztosító visszautalja a Szerződőnek. A Biztosító a biztosítási esemény időpontjáig várja el a biztosítási díjat.

2. a biztosítási összeg

- 2.1. A 100%-os baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére szóló kezdeti biztosítási összeget a kötvény tartalmazza. Ezen összegből az egészségkárosodás százalékos fokának megfelelő összeg kerül kifizetésre az II./1. pont rendelkezései szerint. A Biztosítót 10%-os egészségkárosodási fok alatt szolgáltatási kötelezettség nem terheli.

III. a Biztosító teljesítésének feltételei

1. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

- 1.1. A Biztosító az általános feltétel V/2. pontjában foglaltak szerint jár el. A kárigény teljesítéséhez a következő dokumentumokat kell még benyújtani:
- a) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum fénymásolatát,
 - b) amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, a biztosítóhoz be kell nyújtani az eljárást befejező határozat másolatát (így különösen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági határozatot).

2. a Biztosító teljesítésének esedékessége

- 2.1. Az orvosi szempontból egyértelműen tisztázott károsodások alapján megállapított szolgáltatást a biztosító az utolsó irat beérkezését követő 30 napon belül teljesíti.
- 2.2. Egyéb esetekben a károsodás véglegessé válását követően 30 napon belül, illetőleg legkésőbb a balesetet követő 2 év letelte után 30 napon belül teljesít. A 2 év letelte után a Biztosító a rendelkezésre álló dokumentumok, orvosi vizsgálatok alapján teljesít, de maximálisan a 2 éves status alapján állapítjuk meg a szolgáltatási összeget.

IV. a Biztosító kockázatviselésből kizárt események

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

2. A kockázatviselés nem terjed ki továbbá:

- a) a biztosítási szerződés megkötése előtt már sérült, csonka, vagy funkciójukban korlátozott (nem ép) testrészek,
- b) a porckorongsérvre, kivéve, ha a porckorongsérvtől az egyébként ép porckorongtól 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.

a baleseti eredetű maradandó égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltétele

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

Több Biztosított esetében a Szerződő biztosítottanként eltérő kiegészítő biztosítás(oka)t, illetve a kiegészítő biztosítás(ok)hoz eltérő biztosítási összegeket jelölhet meg.

I. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a Biztosított égési sérülést szenved.
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.
3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.
4. Amennyiben a biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt nem következik be, úgy a biztosítási szerződés a Biztosító szolgáltatása nélkül megszűnik.

II. a Biztosító szolgáltatása, a biztosítási összeg

1. a Biztosító szolgáltatása

- 1.1. A 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. 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%
Testürege égése esetén:			szájüreg	100%
			légcső	200%
tűz és lángok által okozott halálos baleset esetén:				200%

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

- 1.3. Ha a Biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a Biztosító a szolgáltatásának mértékét az alábbiak szerint állapítja meg: az egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadja, és az így kapott százalékértékhez hozzárendeli azt a fokot, amely a sérült testfelület legnagyobb részén következett be.
- 1.4. 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.
- 1.5. A biztosítási eseményre vonatkozó további szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követően meghal.

- 1.6. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál az egészségi állapotot a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- 1.7. Egy balesetből eredően a Biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg a biztosítási összeg 200%-át.
- 1.8. A biztosítási szolgáltatás alapja a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási összeg.

2. a biztosítási összeg

- 2.1. A 100%-os égési sérülés esetére szóló kezdeti biztosítási összeget a kötvény tartalmazza. Ezen összegből az égési sérülés súlyosságától függő százalékos fokának megfelelő összeg kerül kifizetésre az II./1. pont rendelkezései szerint.

III. a Biztosító teljesítésének feltételei

1. a Biztosító teljesítésének esedékessége

- 1.1 Az orvosi szempontból egyértelműen tisztázott károsodások alapján megállapított szolgáltatást a Biztosító az utolsó irat beérkezését követő 30 napon belül teljesíti.

IV. a biztosítási védelemből kizárt kockázatok

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

csonttörésre és csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltétele

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

Több Biztosított esetében a Szerződő biztosítottanként eltérő kiegészítő biztosítás(oka)t, illetve a kiegészítő biztosítás(ok)hoz eltérő biztosítási összegeket jelölhet meg.

I. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény, a Biztosítottat a biztosítás tartama alatt ért baleset, ha a baleset következtében a Biztosított csonttörése vagy csontrepedése következik be. A fogtörés nem minősül biztosítási eseménynek.
2. A biztosítási esemény időpontja a baleset bekövetkeztének a napja.
3. Amennyiben a biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt nem következik be, úgy a biztosítási szerződés a Biztosító szolgáltatása nélkül szűnik meg a tartam végén.

II. a Biztosító szolgáltatása, a biztosítási összeg

1. a Biztosító szolgáltatása

- 1.1 Balesetből származó csonttörés, csontrepedés esetén a Biztosító balesetenként a bekövetkezett törések, repedések számától függetlenül egyszeri kifizetésként a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget fizeti. A Biztosító szolgáltatása maximum 5 csonttörésből eredő kifizetésre terjed ki egy biztosítási évben.
- 1.2 A biztosítási szolgáltatás alapja a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási összeg.

2. a biztosítási összeg

- 2.1. A biztosítási összeget a kötvény tartalmazza. Amennyiben a biztosítási összeg a biztosítási szerződés tartama alatt módosul, a Biztosító új kötvényt állít ki.

a műtéti térítés kiegészítő biztosítás különös feltétele

A jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H családi kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés általános feltételét (a továbbiakban általános feltétel) is alkalmazni kell. Jelen különös feltételt és az általános feltételt a szerződésre együtt kell értelmezni és alkalmazni.

Több Biztosított esetében a Szerződő biztosítottanként eltérő kiegészítő biztosítás(oka)t, illetve a kiegészítő biztosítás(ok)hoz eltérő biztosítási összegeket jelölhet meg.

A Szerződő választása szerint a főbiztosításhoz jelen kiegészítő biztosítást úgy is megkötheti, illetve a biztosító jelen kiegészítő biztosítást az általa meghatározott főbiztosításhoz úgy is nyújthatja, hogy a Biztosító szolgáltatása csak a balesetből eredő műtéti térítésre terjed ki. Ebben az esetben jelen feltételekben foglaltakat értelemszerűen kell alkalmazni.

I. általános rendelkezések

1. a szerződés alanyai (a Biztosított)

- 1.1. Biztosított csak olyan személy lehet, aki a szerződés megkötésekor nem áll kórházi kezelés, táppénz, illetve rokkant nyugdíjazás alatt.

II. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a várakozási idő eltelte után, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség vagy baleset, melynek következtében a Biztosított a jelen feltételekben meghatározott műtetre szorul.
2. Jelen feltételek szempontjából műtétnak minősülnek az orvos-szakmai szabályok megtartásával a Biztosítottnál kórházban elvégzett orvosi beavatkozások.
3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a Biztosított baleset miatti műtete esetén a baleset időpontja, a Biztosított betegség miatti műtete esetén a műtét elvégzésének napja.
4. Amennyiben a biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt nem következik be, úgy a biztosítási szerződés a Biztosító szolgáltatása nélkül szűnik meg a tartam végén.

III. a Biztosító szolgáltatása, a biztosítási összeg

1. a Biztosító szolgáltatása

- 1.1. A Biztosító a Biztosított betegsége esetén a kockázatviselés tartama alatti műtétekre, a Biztosított balesete esetén a baleset napjától számított 1 éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges műtétekre nyújt szolgáltatást.
- 1.2. A Biztosító szolgáltatása a műtét napján 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 a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeget kell figyelembe venni.
- 1.3. A műtétek besorolása a műtéti listán található, ennek kivonatos tájékoztatója a jelen feltételekben található. A teljes műtéti lista az orvosi beavatkozások nemzetközi kódrendszerrel definiált (WHO-kód) felsorolása, amely a Biztosító székhelyén tekinthető meg.
- 1.4. A Biztosító szolgáltatása egy biztosítási éven belül nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg háromszorosát, azaz a Biztosító szolgáltatásának felső mértéke egy biztosítási éven belül több biztosítási esemény fennállása esetén is legfeljebb az aktuális biztosítási összeg háromszorosa (akár műtéti csoportonként, akár műtétenként). A műtéti beavatkozást követő 2 héten belül elvégzett ugyanazon műtéti beavatkozás jelen biztosítás szempontjából nem minősül újabb biztosítási eseménynek. Egy baleset vagy betegség 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.
- 1.5. 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.

- 1.6. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás a műtéti listán nem található meg, úgy a műtét besorolását a Biztosító orvosa állapítja meg.
- 1.7. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál a műtét indokoltságát és az egészségi állapotot az általa megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- 1.8. A biztosítási szolgáltatás alapja a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási összeg.
- 1.9. A kezelési, ápolási költségeket a Biztosító nem téríti.

2. a biztosítási összeg

- 2.2. A kezdeti biztosítási összeget a biztosítási kötvény tartalmazza. Amennyiben a biztosítási összeg a biztosítási szerződés tartama alatt módosul, a Biztosító új kötvényt állít ki.
- 2.3. A műtéteket a Biztosító műtéti csoportokba sorolja, és ezen műtéti csoportokba sorolástól függ a szolgáltatandó biztosítási összeg (lásd Műtéti térítés kivonatos lista).

IV. a Biztosító kockázatviselésből kizárt események

1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az általános feltételekben meghatározott eseményekre.
2. A kockázatviselés nem terjed ki továbbá:
 - a) a biztosítás illetve a kockázatviselés kezdete előtt megkezdődött gyógykezelésekre,
 - b) azokra a betegségekre és 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) a terhesség alatti műtétekre, kivéve, ha a műtét a Biztosító orvosának véleménye alapján nem áll összefüggésben a terhességgel,
 - d) a szüléssel okozati összefüggésben álló műtétekre abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt történt (a fogamzás időpontjának a születéstől visszafelé számított 270. napot kell tekinteni),
 - e) az olyan műtétekre, amelyeknek nem a Biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozása a célja (pl. esztétikai, plasztikai műtétek),
 - f) varratkiszedésekre,
 - g) szerződéskötéstől számított 2 éven belüli arthroscopos technikával végzett térdműtétre,
 - h) olyan betegségekre és balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek alkohol vagy kábítószer élvezete miatt alakulnak ki, illetve következnek be, továbbá ha ezek miatt rosszabbodnak,
 - i) olyan betegségekre és balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek zavargások és verekedések során keletkeztek,
 - j) olyan betegségekre és balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek a Biztosított által elkövetett bűncselekmények miatt keletkeztek,
 - k) az öngyilkosság és kísérletének következményeire a tartam első 2 évében.

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:

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

3. A műtétek csoportba sorolásának kivonatos tájékoztatója:

WHO kód	Műtét megnevezése	WHO kód	Műtét megnevezése
1. csoport			
50148	koponyaüregi daganat vagy cysta eltávolítása	5810H	gerinc belső rögzítése
5014E	agydaganat eltávolítása	51340	szívárványhártya-előesés kimetszése
5814H	teljes térdprotézis beültetése	51360	szívárványhártya-plasztika, varrat
5815C	csípőprotézis fejének cseréje	51510	idegen test eltávolítása mágnessel a szemből
50117	koponyaüregi vérömleny eltávolítása	51570	üvegtestcsere
50201	nyílt agykoponyasérülés ellátása	51630	szemeltávolítás
50311	ideggyök gerinccsatornán belüli műtéte	52090	kimetszés a közép, illetve a belsőfülben
50337	gerincvelői daganatok eltávolítása	53010	gége egy részének eltávolítása
50340	gerinctörésnél csontdarab kiemelése a gerinccsatornából	53152	hangréstágító műtét külső feltárással
52077	belső hallójárat feltárása scala (hátsó koponyagödör) felől	53431	mellkasfal egy darabjának eltávolítása
53240	felső tüdőlebe ny eltávolítása	53574	botallvezeték lekötése
53340	hörgővarrat	53611	a jobb koszorúsér áthidaló műtéte (bypass-műtét)
53350	tüdőátültetés (féloldali)	53625	koszorúsér szűkület műtéti tágítása
53471	rekesszizomvarrat	53836	érpótlás a medencei és combverőér között
53530	billentyűplasztika aortabillentyűn	54030	nyaki nyirokcsomók kiterjesztett eltávolítása
53742	pitvari sérülés ellátása	54560	vastagbél teljes eltávolítása
53750	szívátültetés	58030	nyaki porckorong-sér eltávolítása
55280	hasnyálmirigy-átültetés	58101	nyaki csigolya rögzítése (csont + lemez)
55551	veseátültetés	58145	térd csontos beroppanás kiemelése, csontpótlás, lemez
58151	TEP, teljes csípőprotézis		
2. csoport			
5382L	hasi aorta tágulatának kimetszése		

3. csoport

5792H félcső lemezelés
 50440 idegátültetés
 50631 pajzsmirigylebeny eltávolítása
 51150 szem kötőhártyájának varrása
 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 varrása
 54700 feregnyúlvány-eltávolítás (vakbélműtét)
 55110 epehólyag-eltávolítás
 55300 lágyéksérv-műtét
 56011 prosztata húgycsővön keresztüli kisebbítése
 56520 féldoldali petefészkek-eltávolítás
 56830 méheltávolítás hasi úton
 57902 combnyakszegezés
 57924 csavarozás
 58480 combamputáció
 58610 emlőeltávolítás

4. csoport

50420 idegvarrat
 58240 feszítőín-varrat a kézen
 5790B bőrön keresztül történő dróttűzés
 51440 szemlencse-eltávolítás
 51470 szemlencse-beültetés
 51850 külső hallójárat képzése vagy helyreállítása
 51950 dobhártya plasztikája
 52130 orr eltávolítása

52600 nyálmirigy vagy nyálvezeték bemetszése
 53150 hangréstágító műtét gégetükrözéssel
 53845 visszerek eltávolítása, lekötése
 55311 lágyéksérv-műtét laparoszkóppal
 56741 méhszájplasztika
 56900 méh nyálkahártyájának eltávolítása kaparókanálal
 57220 fogós szülés
 57400 császármetszés
 57723 arccsonttörés ellátása (minilemez, csavar, T lemez)
 57890 végtaghosszabbítás a felkaron
 57903 fedett combnyak csavarozása
 58096 ízület ideiglenes áttűzése
 58130 külbokaszalag varrat
 58177 kéztőcsontprotézis beültetése
 58330 izom-, ínkiirtás
 58400 kezujjamputáció

5. csoport – nem térített műtétek

52000 dobhártya „felszúrása”
 52100 orrvérzés ellátása edzőszerrel
 52310 fog sebészi eltávolítása
 52810 mandula eltávolítása
 57100 gátmetszés
 57520 terhesség-megszakítás
 57880 belső fémrögzítés eltávolítása (szeg, lemez, stb.)
 58750 mellplasztika
 58840 bőrfüggelék kimetszése (szemölcs eltávolítása)
 58900 bőrvarrat
 59801 sterilizáció
 81050 idegentest-eltávolítás gégetükrözéssel
 81230 gyomormosás

kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás különös feltétele

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

Több Biztosított esetében a Szerződő biztosítottanként eltérő kiegészítő biztosítás(oka)t, illetve a kiegészítő biztosítás(ok)hoz eltérő biztosítási összegeket jelölhet meg.

A Szerződő választása szerint a főbiztosításhoz jelen kiegészítő biztosítást úgy is megkötheti, illetve a biztosító jelen kiegészítő biztosítást az általa meghatározott főbiztosításhoz úgy is nyújthatja, hogy a biztosító szolgáltatása csak a balesetből eredő kórházi napi térítésre terjed ki. Ebben az esetben jelen feltételekben foglaltakat értelemszerűen kell alkalmazni.

I. általános rendelkezések

1. a szerződés alanyai (a Biztosított)

- 1.1. Biztosított csak olyan személy lehet, aki a szerződés megkötésekor nem áll kórházi kezelés, táppénz, illetve rokkant nyugdíjazás alatt.

II. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a Biztosított orvosilag szükséges, betegség miatti, fekvőbetegként kórházban történő gyógykezelése abban az esetben, ha legalább 1 éjszakát kórházban tölt. A Biztosított balesete miatti kórházi kezelés esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja. A biztosítási esemény a gyógykezeléssel kezdődik és a szükséges gyógykezelés végéig tart.
2. Kórházi ápolásnak számít a szülés is.
3. Nem képezi a biztosítási esemény tárgyát:
 - a terhesség alatti kórházi ápolás és a terhesség-megszakítás,
 - a házi ápolás, valamint geriátriai, rehabilitációs (fizioterápiás, fizikoterápiás, fürdőgyógyászati), pszichoterápiás, természetgyógyászati kezelés, gyógypedagógiai, logopédiai és a gyógytorna esetei,
 - a mesterséges megtermékenyítés valamennyi formája.
4. A gyógykezelés olyan orvosi kezelés, amely az orvostudomány általánosan elismert álláspontja szerint megfelelő az egészség újbóli helyreállítására, az állapot javítására vagy a rosszabbodás megakadályozására.
5. A betegség az orvostudomány elismert állása szerint rendellenes biológiai, testi, pszichoszociális és szociális állapot.
6. Amennyiben a biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt nem következik be, úgy a biztosítási szerződés a Biztosító szolgáltatása nélkül szűnik meg a tartam végén.

III. a Biztosító szolgáltatása, a biztosítási összeg

1. a Biztosító szolgáltatása

- 1.1. A jelen feltételben meghatározott kórházi kezelés esetében a Biztosító a biztosítási esemény időpontjában aktuális napi térítést szolgáltatja minden naptári napra abban az esetben, ha a Biztosított kórházi tartózkodását megfelelő okmányokkal igazolja, figyelembe véve jelen feltétel III./1.2. pontját.
- 1.2. **A Biztosított maximálisan 100 nap térítést vehet igénybe egy biztosítási év alatt.**
- 1.3. A Biztosított tartam alatt bekövetkezett balesetéből eredően a tartamon túl bekövetkező kórházi ápolása esetén a Biztosító szolgáltatása a balesettől számított 1 évig áll fenn. A Biztosító szolgáltatásakor, a térítés mértékének megállapításánál, az utolsó aktuális biztosítási összeget kell figyelembe venni.

- 1.4. A biztosítási szolgáltatás alapja a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási összeg.
- 1.5. Amennyiben a Biztosított folyamatos kórházi ápolási időszaka alatt – az évforduló napján – módosult a szerződés, úgy a Biztosító térítés mértékének megállapításakor a biztosítási esemény első napján aktuális biztosítási összeget veszi figyelembe.
- 1.6. A kórházi kezelési, ápolási költségeket a Biztosító nem téríti.

2. a biztosítási összeg

- 2.1. A biztosítási összeget a biztosítási kötvény tartalmazza. Amennyiben a biztosítási összeg a biztosítási szerződés tartama alatt módosul, a Biztosító új kötvényt állít ki.

IV. a Biztosító kockázatviselésből kizárt események

1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az általános feltételekben meghatározott eseményekre.
2. A kockázatviselés nem terjed ki továbbá:
 - a) a biztosítás, illetve a kockázatviselés kezdete előtt megkezdődött gyógykezelésekre,
 - b) azok a betegségekre és 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 betegségekre és balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek alkohol vagy kábítószer élvezete miatt alakulnak ki illetve következnek be, továbbá ha ezek miatt rosszabbodnak. Nem terjed ki a kockázatviselés a megvonási eljárásokra és az elvonókúrára,
 - d) olyan betegségekre és balesetekre, valamint azok következményeire, amelyek a biztosított által elkövetett bűncselekmények miatt keletkeztek,
 - e) az öngyilkosság és kísérletének következményeire a tartam első 2 évében.

keresőképtelenségi napi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltétele

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

Több Biztosított esetében a Szerződő biztosítottanként eltérő kiegészítő biztosítás(oka)t, illetve a kiegészítő biztosítás(ok)hoz eltérő biztosítási összegeket jelölhet meg.

A Szerződő választása szerint a főbiztosításhoz jelen kiegészítő biztosítást úgy is megkötheti, illetve a Biztosító jelen kiegészítő biztosítást az általa meghatározott főbiztosításhoz úgy is nyújthatja, hogy a Biztosító szolgáltatása csak a balesetből eredő keresőképtelenségre terjed ki. Ebben az esetben jelen feltételekben foglaltakat ennek megfelelően kell alkalmazni.

A Biztosító a biztosítási ajánlat elfogadása előtt kérheti annak írásos igazolását, hogy a Biztosított a kötelező egészségbiztosítás rendszerében táppénzre jogosult, azaz kérheti annak igazolását, hogy a Biztosított az 1997. LXXX. törvényben meghatározott mértékű pénzbeli egészségbiztosítási járulékot fizet. A Biztosító jövedelemigazolás benyújtását is előírhatja.

I. általános rendelkezések

1. a szerződés alanyai (a Biztosított)

- 1.1. Biztosított csak olyan személy lehet, aki a szerződés megkötésekor nem áll kórházi kezelés, keresőképtelenség, illetve rokkant nyugdíjazás alatt.
- 1.2. Nem köthető biztosítás olyan személyre, aki e feltétel szempontjából saját jogon nem jogosult táppénzre (például: nappali tagozatos hallgató, munkanélküli, nyugdíjas, stb.).
- 1.3. A Biztosított köteles a Biztosítónak bejelenteni, ha a biztosítás tartama alatt szűnik meg a táppénzre való jogosultsága. Ebben az esetben:
 - a jogosultság megszűnés hónapjának utolsó napján a szerződés keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része is megszűnik az adott Biztosított vonatkozásában.
 - a Biztosító a tartam alatt megszűnt kiegészítő biztosítás meg nem szolgáltat díját jóváírja a Szerződő részére.
- 1.4. A Biztosított köteles a Biztosítónak írásban, a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatának kézhezvételétől számított 15 napon belül bejelenteni, ha a biztosítás tartama alatt öregségi, rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjra, illetve egyéb nyugdíjszerű ellátásra szerez jogosultságot. A nyugdíjjogosultság megszerzését követően a szerződés keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része a következő díjesedékeség első napján szűnik meg.
- 1.5. Jelen kiegészítő biztosítás tekintetében a Biztosító nem tesz különbséget a tekintetben, hogy a Biztosított Magyarországon vagy külföldön szerez táppénzre jogosultságot.

II. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset, illetve a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül diagnosztizált váratlan betegség, amelynek következtében a Biztosított a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház (ld. általános feltétel) által igazoltan, saját jogon folyamatosan keresőképtelen állományban van és táppénzt vesz igénybe.
2. Biztosítási eseménynek minősül a saját jogon igénybe vett kórházi táppénzes állomány is.
3. A Szerződő választása szerint a Biztosító kockázatviselése kiterjedhet:
 - betegségekre és balesetre is,
 - csak balesetekre.
4. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja
 - a Biztosított betegség miatti keresőképtelensége esetén a keresőképtelen állomány első napja,
 - a Biztosított balesete miatti keresőképtelensége esetén a baleset időpontja.

5. Biztosítási eseménynek minősül a saját jogon keresőképtelen állományra jogosult felnőtt Biztosított gyermekápolási táppénze, amennyiben az ápolat gyermek a szerződésben biztosítottként van megjelölve.
6. Amennyiben a biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt nem következik be, úgy a biztosítási szerződés a Biztosító szolgáltatása nélkül szűnik meg a tartam végén.

III. a Biztosító szolgáltatása, a biztosítási összeg

1. a Biztosító szolgáltatása

1.1 A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén

- betegségből eredően a kockázatviselés tartama alatti keresőképtelen napokra (beleértve a kórházi tartózkodást is),
- balesetből eredően a baleset napjától számított 1 éven belüli keresőképtelen napokra (beleértve a kórházi tartózkodást is) nyújt szolgáltatást.

1.2 A folyamatos keresőképtelenség esetén a Biztosító a szerződésben meghatározott önrészen felüli napokra tér.

1.3 A Biztosító jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában **az önrészt 15 napban** határozza meg.

1.4 A tartam alatt egymást követő többszöri önrészt meg nem haladó rövidebb keresőképtelenségre vonatkozó időszakok nem adódnak össze. Az önrész figyelembe vétele minden keresőképtelen állomány esetében újra indul.

1.5 A Biztosító egy biztosítási éven belül legfeljebb 100 táppénzes napra térít. Amennyiben a keresőképtelenség időszakába beleesik a biztosítás évfordulója, abban az esetben a 100 nap nem kezdődik újra, hanem folytatódag.

1.6 A szolgáltatás mértékének megállapítása úgy történik, hogy a Biztosított keresőképtelenné válásának időpontjában aktuális biztosítási összeget meg kell szorozni azon napok számával, amikor a Biztosított táppénzes állományban volt, figyelembe véve az önrészt.

1.7 Amennyiben a Biztosított baleset miatti keresőképtelensége a szerződés megszűnését követően, de a kockázatviselés tartama alatti balesetét követő 1 éven belül következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeget kell figyelembe venni.

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

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

1.10 Amennyiben a Biztosított folyamatos keresőképtelenségi időszaka alatt az évforduló napján módosult a szerződés, úgy a Biztosító a térítés mértékének megállapításakor a biztosítási esemény napján aktuális biztosítási összeget veszi figyelembe.

1.11 A kezelési, ápolási költségeket a Biztosító nem téríti.

2. a biztosítási összeg

2.1. A biztosítási összeget a biztosítási kötvény tartalmazza. Amennyiben a biztosítási összeg a biztosítási szerződés tartama alatt módosul, a Biztosító új kötvényt állít ki.

IV. a Biztosító teljesítésének feltételei

1. a biztosítási esemény bejelentésének határideje

1.1. A szolgáltatási igényt először legkésőbb az önrész leteltétől számított 14 napon belül, majd azt követően 14 napos időközönként kell írásban a Biztosítónak bejelenteni.

1.2. A fenti határidő elmulasztása az általános feltételben rögzített következményeket vonhatja maga után.

2. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

2.1. A Biztosító az általános feltétel V/2. pontjában foglaltak szerint jár el. A kárigény teljesítéséhez a következő dokumentumokat kell még benyújtani:

- a) a táppénz megállapítására jogosult, orvos által kiállított, a táppénzes állomány igazolására rendszeresített nyomtatvány másolatát,
 - b) a táppénzes állomány okát igazoló orvosi dokumentumok másolatát,
 - c) annak írásos igazolását, hogy a Biztosított a kötelező egészségbiztosítás rendszerében táppénzre jogosult.
- 2.2. A szolgáltatási igénybejelentőt (és a baleseti jegyzőkönyvet) folyamatos keresőképtelenség esetén csak az első bejelentés alkalmával kell benyújtani.
- 2.3. Folyamatos keresőképtelenség esetén a Biztosítottnak 60 nap elteltével be kell nyújtania a Biztosítónak az egészségi állapotát leíró új kezelőorvosi dokumentumokat.
- 2.4. Olyan baleset vagy betegség esetén, amely keresőképtelenséget okoz, elfogadható a külföldi kezelő/házi orvostól vagy kórháztól kapott igazolás, illetve azon külföldi hatóság igazolása, amely táppénz folyósítására jogosult.

V. a Biztosító kockázatviselésből kizárt események

1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az általános feltételekben meghatározott eseményekre.
2. **A kockázatviselés nem terjed ki továbbá:**
 - a) a kockázatviselés kezdete előtt történt balesettel, illetve a kockázatviselés kezdetekor meglévő betegséggel okozati összefüggésben álló keresőképtelenségre,
 - b) a terhesség alatti keresőképtelenségre, kivéve, ha a keresőképtelenség a Biztosító orvosának véleménye alapján nem áll összefüggésben a terhességgel,
 - c) a szülésre és annak következményére abban az esetben, ha a fogamzás a szerződés hatályba lépése előtt történt (a fogamzás időpontjának a születéstől visszafelé számított 270. napot kell tekinteni),
 - d) az olyan keresőképtelenségre, amely
 - nem a Biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozása miatt következett be,
 - okozati összefüggésben áll különösen a geriátriával, rehabilitációval, utógondozással, gyógytornával, logopédiával, gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázssal, fürdőkúrával vagy a fogyókúrával,
 - alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet végez
 - az öngyilkosság és kísérletének következményei,
 - e) a CSED (TGYÁS)-en, GYED-en, GYES-en lévő Biztosított keresőképtelenségére,
 - f) a művi terhesség-megszakítás eseteire, illetve a mesterséges megtermékenyítés, sterilizáció, plasztikai sebészet (kivéve, ha baleset következményének elhárítása miatt orvosilag szükséges) bármely formájával kapcsolatos keresőképtelenségre.

VI. a biztosítási díj módosításának lehetősége a Biztosító részéről

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

69%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodásra vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltétele

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

Több Biztosított esetében a Szerződő biztosítottanként eltérő kiegészítő biztosítás(oka)t, illetve a kiegészítő biztosítás(ok)hoz eltérő biztosítási összegeket jelölhet meg.

A jelen feltételben meghatározott 69%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződés (fő- és kiegészítő biztosítás) adott Biztosított vonatkozásában megszűnik.

I. általános rendelkezések

1. a szerződés alanyai (a Biztosított)

- 1.1. Biztosított csak olyan személy lehet, aki a szerződés megkötésekor nem áll kórházi kezelés, táppénz, illetve rokkant nyugdíjazás alatt.
- 1.2. 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.
- 1.3. 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).

II. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a Biztosítottnál, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség, baleset következtében az arra jogosult bizottság által (a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás (egészségi állapot) mértékének megállapítására jogosult szerv) 69%-ot meghaladó össz-szervezeti végleges egészségkárosodás megállapítása.
2. 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.
3. Amennyiben a biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt nem következik be, úgy a biztosítási szerződés a Biztosító szolgáltatása nélkül szűnik meg a tartam végén.

III. a Biztosító szolgáltatása, a biztosítási összeg

1. a Biztosító szolgáltatása

- 1.1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az Orvos-szakértői intézet szakvéleménye keltének időpontjában aktuális biztosítási összeget téríti, és ezzel a szerződés megszűnik.
- 1.2. Biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási díj annak a biztosítási évnek a végéig illeti meg a Biztosítót, amelyben a biztosítási szolgáltatás esedékessé vált.
- 1.3. 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 szerződésre addig befizetett biztosítási díjakat. A Biztosító akkor is visszautalja a Szerződőnek a szerződésre 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 szerződés megszűnik.
- 1.4. A kezelési, ápolási költségeket a Biztosító nem téríti.

2. a biztosítási összeg

- 2.1. A biztosítási összeget a biztosítási kötvény tartalmazza. Amennyiben a biztosítási összeg a biztosítási szerződés tartama alatt módosul, a Biztosító új kötvényt állít ki.

IV. a Biztosító teljesítésének feltételei

1. a biztosítási esemény bejelentésének határideje

- 1.1. Az egészségkárosodás megállapításának kezdeményezését 15 napon belül írásban a Biztosító tudomására kell hozni. Az orvos-szakértői szakvélemény kézhezvételét 15 napon belül kell írásban a Biztosítónak bejelenteni.

2. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

- 2.1. A Biztosító az általános feltétel V/2. pontjában foglaltak szerint jár el. A kárigény teljesítéséhez a következő dokumentumokat kell még benyújtani:
- a) az egészségkárosodás megállapítására irányuló kérelem másolatát,
 - b) a szolgáltatási igény előterjesztésekor – az orvos-szakértői szakvélemény kézhezvétele után – be kell nyújtani az egészségkárosodás, illetve ezzel kapcsolatos ellátásra való jogosultság megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtatványok, határozatok, orvosi indoklások másolatát, valamint az Orvos-szakértői intézet szakvéleményének másolatát,
 - c) ha az egészségkárosodás okozati összefüggésbe áll balesettel, akkor a baleset körülményeit tartalmazó dokumentumok másolatát (rendőrségi határozat, jegyzőkönyv).

V. a Biztosító kockázatviselésből kizárt események

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

2. A kockázatviselés nem terjed ki továbbá:

- 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.