



K&H Biztosító Zrt.

K&H életbiztosítás
általános szerződési feltétele

2023. június 10.

tartalomjegyzék

ügyfélértéjékoztató	3
tájékoztató az életbiztosítási szerződéssel kapcsolatosan alkalmazandó adózási szabályokról	5
adatvédelmi tájékoztató (kivonat)	6
I. általános rendelkezések	7
1. értelmezések, fogalmak, meghatározások	7
2. a szerződés alanyai (a Biztosító, a Szerződő, a Biztosított és a Kedvezményezett)	11
3. a szerződés létrejötte, kockázatbírálás	12
4. a kockázatviselés kezdete, a várakozási idő	14
5. a szerződés és a kockázatviselés tartama, területi és időbeli hatálya	15
6. a szerződésmódosítás esetei	15
7. a szerződés és a kockázatviselés megszűnésének esetei	15
II. a biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	16
1. a Szerződő és Biztosító jogai és kötelezettségei	16
2. a Szerződő és a Biztosított közlési és változás-bejelentési kötelezettsége	17
3. a Biztosító szerződésmódosítási és felmondási lehetősége új, lényeges körülmények felmerülése esetén	17
III. a biztosítási díj	18
1. a biztosítási díj megállapítása, a Biztosított belépési életkora	18
2. a biztosítási díj fizetése	18
3. a díjfizetés elmulasztásának következményei	19
4. értékkövetés	19
5. a biztosítási díj és díjfizetés módosításának lehetősége a Biztosító részéről	20
IV. a Biztosító szolgáltatása és a szolgáltatás teljesítésének feltételei	20
1. a biztosítási esemény, a Biztosító szolgáltatása	20
2. a Biztosító szolgáltatásának teljesítési feltételei	20
V. a Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól	21
1. a Biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén	21
2. A Biztosító mentesülésének további esetei	22
VI. a Biztosító kockázatviseléséből kizárt események	22
VII. személyes adatok kezelése, biztosítási titok	23
VIII. záró rendelkezések	27
1. a nyilatkozatok (bejelentések, értesítések) érvényességének és hatályosságának feltételei	27
2. ügyfél-átvilágítás	27
3. technikai kamatláb, visszavásárlás, többlethozam	28
4. igények elévülése, az elévülési idő	28
5. a biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése	28
Mellékletek:	29
1. számú melléklet: Kondíciós lista	29
2. számú melléklet: tájékoztató a K&H Biztosító által a kárrendezés során bekérhető dokumentumokról	31

Ügyfélértájékoztató

Kedves Ügyfelünk!

Köszönjük megtisztelő bizalmát, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával biztosító-társaságunkat kereste meg.

Az életbiztosítási szerződés jellemzőiről a K&H életbiztosítás általános és különös feltételei adnak tájékoztatást.

A biztosítási időszakkal és tartammal, a kockázatviselés kezdetével, a biztosítási eseménnyel, a díjfizetéssel, a díjmódosítás módjával, idejével, az alap- és kiegészítő biztosításokkal, a Biztosító szolgáltatásával, annak teljesítési módjával, idejével, a szerződés megszűnésének eseteivel, a szerződés felmondásának feltételeivel, a Biztosító mentesülésének feltételeivel, az alkalmazott kizárásokkal, az értékkövetés módjával és mértékével kapcsolatos részletes szabályokat a fenti feltételek tartalmazzák.

A könnyebb tájékozódás érdekében e szabályokra vonatkozó rendelkezéseket félkövér betűtípussal jelöltük a szerződési feltételekben, ezért a biztosítási ajánlat aláírása előtt szíveskedjék ezeket a részeket fokozott figyelemmel áttanulmányozni.

Az ügyfelek az esetleges panaszukat a K&H Biztosító Zrt. székhelyén (1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 9, levelezési cím: 1851 Budapest), a +36 1/20/30/70 335 3355-ös telefon számon, szóban, írásban vagy e-mailen a biztosito@kh.hu címen adhatják elő.

A Biztosító köteles a panaszokat, bejelentéseket kivizsgálni és a vizsgálat eredményéről a panaszosnak a panasz kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban tájékoztatást adni.

A panasz elutasítása esetén az ügyfelek a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál (székhely: 1013 Budapest, Krisztina körút 55., levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest, telefon: +36 80 203 776) fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhetnek. A Magyar Nemzeti Bank fogyasztóvédelmi honlapján (<http://mnb.hu/fogyasztovedelem>) hasznos tájékoztatók, termékleírások, összehasonlítást segítő alkalmazások érhetőek el, illetve tájékozódni lehet a panaszok benyújtásának módjáról is.

A szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhatnak vagy a biztosító által elutasított panaszt követően a Pénzügyi Békéltető Testület (székhely: 1013 Budapest, Krisztina körút 55., levelezési cím: Pénzügyi Békéltető Testület 1525 Budapest Pf.:172.) eljárását kezdeményezhetik. A Pénzügyi Békéltető Testületnél kezdeményezhető eljárás formanyomtatványának elektronikus elérhetősége: www.mnb.hu/bekeltetes.

Adatkezelési panasszal kapcsolatosan a Biztosító belső adatvédelmi felelőséhez, bírósághoz vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz (székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11., telefon: +36 1 391 1400, +36 30 683 5969; e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu, internet: www.naih.hu, levelezési cím: 1363 Budapest, Pf.: 9.) fordulhat.

A panasz vagy a jogvita rendezésének sikertelensége esetén a bírói út igénybevétele is lehetséges. A Biztosító a panaszkezelési eljárásának részletes szabályait a honlapján (www.kh.hu) teszi közzé.

Tájékoztatjuk, hogy a Biztosító csak a feladatai ellátásához szükséges (a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával és a szolgáltatással összefüggő) adatokat, mint biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosult kezelni. Biztosítási titoknak minősül minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a Biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. A biztosítási titok tekintetében időbeli korlátozás nélkül - kivéve, ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító és a biztosításközvetítő tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

A biztosításközvetítő nem jogosult az ügyfélől biztosítási díjat átvenni, továbbá nem jogosult a Biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében közreműködni.

Az életbiztosítási szerződésre és az abból fakadó igények érvényesítésére a magyar jog szabályait kell alkalmazni.

A Biztosító fizetőképességével és pénzügyi helyzetével kapcsolatosan évente a honlapján (www.kh.hu) jelentést tesz közzé.

Javasoljuk, hogy a biztosítási ajánlat aláírása előtt ismerje meg, gondosan tanulmányozza át a szerződési feltételeinket, szükség esetén kérjen segítséget tanácsadójától, biztosításközvetítőjétől.

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy jelen feltétel szerint létrejött **kockázatnak minősülő életbiztosítási** szerződésre vonatkozó adózási szabályokat a „Tájékoztató az életbiztosítási szerződéssel kapcsolatosan 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.

A biztosítóra vonatkozó tájékoztató adatok:

a társaság neve	K&H Biztosító Zrt.
a társaság tulajdonosai	KBC Insurance NV., 100%
a társaság alaptőkéje	4 780 000 000 forint
a társaság székhelye	1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 9.
a székhely állama	Magyarország
cégjegyzékszám	01-10-041919
adószáma	10765920-4-44
a társasági formája	zártkörűen működő részvénytársaság
levelezési címe	K&H Biztosító Zrt., Budapest 1851
telefonos ügyfélszolgálat	+36 1/20/30/70 335 3355
e-mail cím	biztosito@kh.hu

A biztosító felügyeleti szerve:

felügyeleti szerv neve	Magyar Nemzeti Bank
székhelye	1013 Budapest, Krisztina krt. 55.
levélcíme	Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest
központi telefonszáma	+36 1 428 2600
webcíme	www.mnb.hu

tájékoztató az életbiztosítási szerződéssel kapcsolatosan alkalmazandó adózási szabályokról

Felhívjuk figyelmét, hogy jelen tájékoztatóban leírtak kizárólag a tájékoztatás célját szolgálják és sem adótanácsadásnak, sem hivatalos jogszabály értelmezésnek nem minősülnek. 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 Biztosítottra 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 kapcsolatfelvételt. 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 ügyfeivel való kapcsolatfelvételt 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/adatvedelem oldalon) a figyelem felkeltésére alkalmas módon is közzéteszik.

Adatkezeléssel kapcsolatos panaszával az érintett a Biztosító adatvédelmi tisztviselőjéhez, a Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatósághoz (székhelycím: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11.) valamint bírósághoz fordulhat. Adatkezeléssel kapcsolatos jogvitákban az illetékes törvényszék jár el.

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

K&H életbiztosítás általános feltétele

A K&H Biztosító Zrt. díjfizetés ellenében a létrejött életbiztosítási szerződésben foglalt szolgáltatást nyújtja. A Biztosítóval kötött szerződésre a K&H életbiztosítás általános feltétel (a továbbiakban: általános feltétel), és a K&H életbiztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltétel), az általános és különös feltételek szerves és elválaszthatatlan mellékletei, az alkalmazott záradékok, a hatályos terméktájékoztató, a biztosítási ajánlat, annak mellékletei, a biztosítási kötvény (biztosítási fedezetet igazoló dokumentum), ügyféltájékoztató, díjkalkuláció és igényfelmérő vonatkoznak.

Az általános feltételhez a Szerződő és a Biztosított az ajánlaton megjelölt választása szerinti szolgáltatásokat tartalmazó élet-, baleset- és egészségbiztosítások különös feltételei kapcsolódnak. Baleset- és egészségbiztosítási szolgáltatások kizárólag a kockázati életbiztosítás kiegészítéseként választhatók.

Az általános és különös feltételek eltérése esetén a különös feltételek rendelkezései az irányadóak. A hatályos terméktájékoztatóban, ügyféltájékoztatóban és díjkalkulációban megjelenő szerződésre vonatkozó rendelkezések és a feltételekben foglaltak eltérése esetén a feltételek rendelkezései az irányadóak. Jelen általános feltételben, valamint a különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

A szerződés nyelve magyar. A Biztosító nem köteles idegen nyelven elkészíteni a szükséges dokumentumokat, a dokumentumok magyar nyelvű szövege tekintendő hiteles szövegnek.

I. általános rendelkezések

1. értelmezések, fogalmak, meghatározások

1.1 a baleset fogalma

1.1.1. 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, amelynek következménye a Biztosított halála vagy egészségkárosodása.

1.1.2. Jelen általános feltétel szempontjából baleset:

- a) a vízbefúlás;
- b) a villámcsapás, vagy elektromos áram által kiváltott hatás;
- c) a gázok vagy gőzök belélegzése, mérgező vagy maró hatású anyagok szervezetbe való bekerülése, kivéve, ha ezek a hatások fokozatosan következnek be;
- d) a végtagon és a törzsön található izmok, inak, szalagok és hüvelyek szakadása a tervezett mozgásfolyamattól hirtelen eltérés következtében;
- e) a gyermekbénulás vagy a kullancscsípés következtében keletkező agyhártya- és/vagy agyvelőgyulladás, ha a betegség szerológiailag megállapításra került, és az legkorábban a kockázatviselés kezdetét követő 15. nap után, legkésőbb azonban a kockázatviselés megszűnését követő 15 napon belül lép fel. A betegség kezdetének (a biztosítási esemény időpontjának) azt a napot kell tekinteni, amikor a gyermekbénulásként vagy agyhártya- és/vagy agyvelőgyuladásként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz;
- f) a veszettség, amennyiben sor került a betegség megállapítására, és az legkorábban a kockázatviselés kezdetét követő 60. nap után, legkésőbb azonban a kockázatviselés megszűnését követő 60 napon belül lép fel. A betegség kezdetének azt a napot kell tekinteni, amikor a veszettségként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz;
- g) a tetanuszfertőzés, amennyiben sor került a betegség megállapítására, és az legkorábban a kockázatviselés kezdetét követő 20. nap után, legkésőbb azonban a kockázatviselés megszűnését követő 20 napon belül lép fel. A betegség kezdetének azt a napot kell tekinteni, amikor a tetanuszfertőzésként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.

1.1.3. Jelen általános feltétel szerint nem minősül balesetnek:

- a) az ember vagy állat által terjesztett bakteriális vagy vírusfertőzés még abban az esetben sem, ha azt balesetszerű fizikális ok váltja ki, kivéve, ha a különös feltételek ettől eltérően rendelkeznek;
- b) a rándulás, roppanás, többször ismétlődő (habituális) ficam, megemelés, patológiás törés, hóguta, fagyás, napszúrás, rovarcsípés;
- c) a hasi sérv kialakulása kivéve, ha a hasi sérv az egyébként ép hasfalat kívülről közvetlenül érő egyszeri, fizikai behatás következménye;
- d) a porckorong sérv kialakulása, kivéve, ha a porckorong sérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő egyszeri, fizikai behatás következménye;

- e) a foglalkozási betegség, a foglalkozási ártalom,
- f) az öncsonkítás, az öngyilkosság vagy ezek kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be;
- g) az orvosi műtét következménye (műhiba).

1.2 a közlekedési baleset fogalma

1.2.1. Jelen általános feltétel szempontjából **közlekedési baleset** 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 vagy a gépi meghajtású kerekes szék, ha az a sík úton önerejéből 10 km/óránál nagyobb sebességgel haladni nem képes, nem minősül járműnek. A járműnek nem minősülő eszközzel közlekedő személy gyalogosoknak minősül.

1.2.2. *Nem minősül közlekedési balesetnek:*

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

1.3 a kórház fogalma

1.3.1 Jelen általános feltétel szempontjából **kórház** a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

1.3.2 Jelen biztosítás szempontjából nem minősül kórháznak – még abban az esetben sem, ha abban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatórium, rehabilitációs intézet, pszichiátriai intézet, gyógyfürdő, gyógyüdülő, elmebetegek gyógy- és gondozóintézete, geriatrai és egyéb krónikus betegségeket ellátó intézet, szociális otthon, alkohol- és kábítószer-elvonó intézet, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.

1.4 a betegség fogalma

Jelen általános feltétel szempontjából **betegség** az emberi szervezet működésében bekövetkező olyan rendellenes állapot, amely csökkenti az élettartamot vagy rontja az életminőséget, azaz halált vagy funkciózavart és/vagy fájdalmat okoz, és amit az egyén vagy a környezete észlel.

1.5 a műtét fogalma és a műtéti lista

1.5.1. Jelen általános feltétel szempontjából **műtét** minden, a Biztosító által műtéti listába sorolt orvosi beavatkozás, amelyet az egészség megőrzésére, a betegségek gyógyítására vagy következményeinek a mérséklésére irányuló szándékkal, az orvosszakmai szabályok megtartása mellett a kűltakaró és/vagy a nyálkahártyák folytonosságának megsértésével hajtanak végre.

1.5.2. Jelen általános feltétel alapján nem minősül műtétnek az 1.5.1. pont szerinti orvosi beavatkozás,

- a) amelyeknek nem célja a Biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozása;
- b) amelyet a terhesség alatt végeznek el, kivéve, ha az orvosi beavatkozás a Biztosító orvosának véleménye alapján nem áll összefüggésben a terhességgel;
- c) amely szüléssel ok okozati összefüggésben áll, abban az esetben, ha a fogamzás a kockázatviselés kezdete előtt történt (a fogamzás időpontjának a születéstől visszafelé számított 270. napot kell tekinteni);
- d) amely varratkiszedésre irányul;
- e) amelyet a Biztosított térdén arthroscopos technikával végeznek a biztosítási ajánlat aláírásától számított 2 éven belül;
- f) amely bizonyíthatóan természetes személyek közötti verekedéssel, dulakodással, ütésekkel, rugásokkal ok okozati összefüggésben szerzett sérülések kapcsán válik szükségessé.

1.5.3. A Biztosító a műtéteket súlyosságuk alapján csoportokba sorolja (továbbiakban: műtétek besorolása).

1.5.4. Jelen általános feltétel szempontjából **műtéti lista** a műtétek nemzetközi kódrendszerrel azonosított (WHO-kód) felsorolása. A műtéti lista tartalmazza a műtétek besorolására vonatkozó információt is, melyet minden WHO kóddal azonosított műtéthez kapcsolódóan a Biztosító orvosa határoz meg. Amennyiben valamely elvégzett műtét a műtéti listában nem található meg, úgy azon műtét besorolását a Biztosító orvosa állapítja meg.

1.6 a **sportoló** fogalma

1.6.1 Jelen általános feltétel értelmében:

- a) **hivatásos sportoló** az a Biztosított, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá egyéni vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik a sportági szakszövetség, illetőleg a sportszövetség feltételei szerint megszerzett hivatásos sportolói engedéllyel.
- b) **versenyző sportoló** az a Biztosított, aki sporttevékenységet nem hivatásos sportolóként végez, feltéve hogy versenyzőként a biztosítási esemény bekövetkezését megelőző egy éven belül részt vett versenyeken is, függetlenül a verseny jellegétől.
- c) **hobbi sportoló** az a Biztosított, aki sporttevékenységét nem hivatásos sportolóként és nem versenyző sportolóként végzi.

1.7 a **sportolót ért baleset** fogalma

1.7.1 Jelen általános feltétel értelmében sportolót ért balesetnek minősül:

- a) külön megállapodás hiányában edzésen vagy bármilyen versenyen való részvétel során a hivatásos vagy versenysportolónak minősülő Biztosítottat ért baleset;
- b) a gépi erővel hajtott szárazföldi járművel, vízi-, vagy légi járművel sportversenyen, vagy ilyen versenyre történő felkészülés edzésén való részvétel során a Biztosítottat ért baleset;
- c) az UIAA (Union Internationale des Association d'Alpinisme) skáláján IV. nehézségi fok vagy annál magasabb nehézségi fokkal minősített hegy-, jég, szikla, gleccser-, szabad-, mászás vagy falmászás során a Biztosítottat ért baleset;
- d) barlangászás során a Biztosítottat ért baleset;
- e) alpesi sí (lesiklás, műlesiklás, óriás műlesiklás, szuper óriás lesiklás), északi sí (sífutás, síugrás), szabad stílusú sielés (sícross, slopestyle, bigair, buckasízés, síakrobatika, síbalett) és alternatív és extrém sielés, bob, síbob sportág országos vagy nemzetközi versenyén vagy ilyen versenyre történő felkészülés edzésén való részvétel során a hivatásos vagy versenysportolónak minősülő Biztosítottat ért baleset;
- f) bunjee jumping és bázisugrás közben a Biztosítottat ért baleset;
- g) 40 m alatt légzőkészülékkel végrehajtott búvárkodás során a Biztosítottat ért baleset.

1.7.2 Jelen általános feltétel értelmében légi járműnek minősül minden olyan mesterséges eszköz, amely saját energiaforrással, vagy az aerodinamikai felhajtóerőt kihasználva a levegőben képes haladni, és közben képes élőlényeket vagy tárgyakat szállítani.

1.7.3 Jelen általános feltétel értelmében vízi járműnek minősül a vízi közlekedésre, szállításra illetve úszó létesítmény továbbítására szolgáló úszó létesítmény.

1.8 **egészségkárosodás, maradandó egészségkárosodás** fogalma

- 1.8.1 Az egészségkárosodás olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.
- 1.8.2 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.

1.9 a maradandó egészségkárosodás számítása

- 1.9.1 A Biztosító orvosszakértője a 1.9.7. pontban szereplő táblázatban felsorolt testrészek és szervek részleges elvesztése, vagy funkciócsökkenése esetén a maradandó egészségkárosodás mértékét a táblázat szerinti százalékos mértékeket figyelembe véve arányosan állapítja meg. A táblázat célja a biztosítási szolgáltatás megállapítása elvének szemléltetése.
- 1.9.2 Az alsó és felső végtagok korlátozott működése, vagy az érzékszervek részleges károsodása esetén a Biztosító a működőképesség csökkenéssel arányosan alkalmazza a teljes végtagra vagy érzékszervre vonatkozó százalékos mértéket.
- 1.9.3 A Biztosító a maradandó egészségkárosodás megállapításakor a biztosítási eseményt megelőzően károsodott testrészek, vagy szervek egészségkárosodásának százalékos mértékét levonja a megállapított egészségkárosodás mértékéből. A Biztosító a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapításakor abban az esetben veszi figyelembe a korábbi egészségkárosodás fokát, ha a balesetben érintett testrész vagy szerv azonos.

- 1.9.4 A maradandó egészségkárosodás mértéke egy biztosítási esemény következményeként nem lehet nagyobb 100%-nál.
- 1.9.5 A Biztosító az egyes biztosítási események bejelentésének sorrendjében számítja ki az egészségkárosodás mértékét 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.
- 1.9.6 Amennyiben a baleset előtt már meglévő betegségek vagy fogyatékoságok közrehatottak a maradandó egészségkárosodás mértékének kialakulásához, és ez a közrehatás legalább 25%-os volt, úgy a Biztosító a maradandó egészségkárosodás mértékét a közrehatás mértékével csökkenti.
- 1.9.7 Testrészek és érzékszervek egészségkárosodás foka:

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 fölötti teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
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%

1.10 a keresőképtelenség és a táppénzre való jogosultság fogalma

- 1.10.1 Jelen általános feltétel értelmében **keresőképtelenség** a munkaképesség átmeneti, teljes vagy részleges elvesztésével járó állapot. Jelen feltétel alkalmazásában **nem minősül keresőképtelenségnek** a gyermekgondozást segítő ellátás folyósításának idején belül a Biztosított keresőképtelensége.
- 1.10.2 A **táppénz** a kötelező egészségbiztosítási ellátás pénzbeli ellátása. Táppénzre az a személy jogosult, akinek társadalombiztosítási jogviszonya fennáll, a kötelező egészségbiztosítás fennállása alatt egészségbiztosítási járulék fizetésére kötelezett és orvos által igazoltan keresőképtelenné válik. A fenti feltételek fennállása esetén a személy akkor jogosult táppénzre, ha saját vagy gyermeke betegsége folytán keresőképtelenné válik.

1.11 a dohánytermékek fogalma

- 1.11.1 Jelen általános feltétel értelmében dohánytermékek minősülnek az alábbi kategóriákba sorolható termékek:
- dohányzásra szánt dohánytermék:** cigaretta, szivar, szivarka, fogyasztási dohány, cigarettadohány (finomra vágott fogyasztási dohány), pipadohány (egyéb fogyasztási dohány), vízipipadohány, bármely olyan egyéb termék, amelyet dohányzás céljából gyártanak, még abban az esetben is, ha csupán részben tartalmaz – akár géntechnológiával módosított formában, akár nem ilyen formában – dohányt;
 - füst nélküli dohánytermék:** olyan dohánytermék, amelynek a felhasználása nem jár égési folyamattal, beleértve a rágódohányt, a tüszentésre szolgáló dohányterméket és a szájon át fogyasztott dohányterméket;
 - új dohánytermék kategóriák:** olyan dohánytermék, amely nem tartozik a következő kategóriák egyikébe sem: cigaretta, cigarettadohány, pipadohány, vízipapadohány, szivar, szivarka, rágódohány, tüszentésre szolgáló dohánytermék vagy szájon át fogyasztott dohánytermék, és amelyet 2014. május 19-e után hoznak Magyarországon forgalomba (pl. e-cigaretta, heets, iqos, stb.).

1.12 a **nikotin teszt** fogalma

A dohánytermék fogyasztás igazolására a Biztosított szervezetében lévő dohányfüst kimutatására alkalmas vér, vagy vizeletteszt.

1.13 az **alkoholizmus** fogalma

Jelen feltétel alkalmazásában alkoholizmusnak minősül, a szesztartalmú italok rendszeres, tartós fogyasztása következtében kialakuló jellegzetes szomatikus-pszichés, kóros elváltozások együttese, amikor a testi-lelki megbetegedés kóros tényezőjeként az alkohol jelölhető meg.

1.14 **maradékjog** fogalma

Az életbiztosítási szerződés feltételében meghatározott azon jog, amely a díjfizetés elmaradása, illetve a szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmarad.

1.15 a **fogyasztó** fogalma

Fogyasztónak minősül a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

1.16 a **biztosítási összeg** fogalma

A biztosítási szerződésben megjelölt és a Biztosított életével, egészségi állapotával kapcsolatos biztosítási szolgáltatások mértékét meghatározó, a biztosítási kötvényben számmal leírt érték.

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

- 2.1. 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.
- 2.2. A **Szerződő** az a fél, aki a biztosítási szerződést a Biztosítóval megkötöti és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal. Szerződő fél lehet fogyasztó, illetve fogyasztónak nem minősülő személy vagy szervezet.
- 2.3. A **Biztosított** az a természetes személy, akit biztosítottként a szerződésben megjelöltek és akinek az életével és/vagy egészségi állapotváltozásával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön. Egyéni vállalkozó és gazdasági társaság Szerződő esetén a Biztosított lehet az egyéni vállalkozó, a gazdasági társaságban vezető tisztségviselő szerepet betöltő személy, a gazdasági társaság tulajdonosa vagy munkavállalója.
- 2.4. Jelen általános feltétel alapján nem lehet Biztosított az a személy, aki az ajánlat aláírásakor
 - a) szervátültetésre vár, vagy aki ezt megelőzően szervátültetésen esett át, ide nem értve azon személyt, aki szervátültetés donora;
 - b) 50%-ot elérő vagy meghaladó orvos-szakértői intézet által megállapított össz-szervezeti egészségkárosodással rendelkező személy, ide értve a súlyos idegrendszeri (pl.: Parkinson-kór, Alzheimer-kór, sclerosis multiplex, skizofrénia, pszichiátriai gyógykezelés, pánikbetegség, depresszió) vagy mentális megbetegedést is;
 - c) alkohol-, gyógyszer- vagy drogfüggő személy;
 - d) 18 év feletti cselekvőképtelen vagy gondnokság alatt álló személy;
 - e) 18. életévét be nem töltött, állandó vagy fokozott felügyeletre, gondozásra szoruló tartósan beteg vagy súlyosan fogyatékos személy.
- 2.5. A biztosítási szerződés létrejöhet egy vagy több Biztosítottra is, egy szerződésben legfeljebb 5 természetes személy Biztosított jelölhető meg. A Főbiztosított a szerződésen elsőként megjelölt Biztosított lehet, a szerződésen megjelölt további biztosítottak Társbiztosított(ak). A szerződés tartama alatt Főbiztosított személye nem módosítható. A Társbiztosított(ak) a tartam során a szerződésből ki- és beléphetnek.
- 2.6. A Főbiztosított személyére a biztosítási szerződés akkor jöhet létre, ha a Főbiztosított belépési életkora legalább 18 év és legfeljebb 70 év, a lejáratú életkora legfeljebb 75 év. A Társbiztosított(ak) belépési életkora a szerződéshez történő csatlakozásuk időpontjában legalább 3 év és legfeljebb 70 év, a lejáratú életkora legfeljebb 75 év lehet. A különös feltételek a kiegészítő biztosítások tekintetében a fentiekől eltérően rendelkezhetnek a Biztosított belépési és lejáratú életkoráról. A belépési életkor a Biztosított biztosítási ajánlat aláírásának napján betöltött életéveinek száma. A lejáratú életkor a Biztosított biztosítási szerződés lejáratú időpontjában betöltött életéveinek száma.
- 2.7. Amennyiben a Szerződő és a Biztosított különböző személy, úgy a szerződés létrejöttéhez és a szerződés adott Biztosítottra vonatkozó módosításához az adott Biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges.

- 2.8. A Biztosítottak a szerződés létrejöttéhez adott hozzájárulásukat írásban bármikor visszavonhatják. A Főbiztosított hozzájárulásának visszavonása következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik. Adott Társbiztosított hozzájárulásának visszavonása következtében a szerződés az adott Társbiztosítottra vonatkozó része szűnik meg.
- 2.9. A szerződés bármely Biztosítottja a Szerződő és a többi Biztosított írásbeli beleegyezésével a szerződésbe Szerződőként bármikor beléphet. A belépésről a Biztosítót írásban kell értesíteni. Ezen esetekben a Biztosítottak és a Szerződő egyetemlegesen felelnek a folyó biztosítási időszakban esedékes biztosítási díjakért. A szerződésbe belépő Biztosított köteles a Szerződőnek a szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni. A belépéssel a Szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek a belépő Biztosítottra szállnak át. A Szerződő és a Biztosított(ak) hozzájárulásával harmadik személy a biztosítási szerződésbe új Szerződőként beléphet.
- 2.10. Amennyiben a Biztosított kiskorú és a Szerződő nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges. A biztosítási szerződés a gyámhatóság jóváhagyásával érvényes akkor is, ha a Biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatait tekintve részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.
- 2.11. **Kedvezményezett** az a személy, akit a szerződésben ekként meghatároztak, és aki a biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatásra jogosult.
- 2.11.1 A Biztosított életében esedékes szolgáltatások Kedvezményezettje ellenkező megállapodás hiányában a Biztosított.
- 2.11.2 A Biztosított halála esetén esedékes szolgáltatások Kedvezményezettje a szerződésben név szerint megjelölt Kedvezményezett, ennek hiányában a Biztosított örököse.
- 2.11.3 A Szerződő az adott Biztosított írásbeli hozzájárulásával ajánlattételkor, a szerződés tartama alatt bármikor a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal, a 2.11.2. pontban megfogalmazottak szerint az adott Biztosítottra vonatkozóan Kedvezményezettet jelölhet meg, illetve a Kedvezményezett-jelölést módosíthatja, feltéve, hogy a Kedvezményezett-jelölés vagy annak módosítása a biztosítási esemény bekövetkezése előtt a Biztosító tudomására jut.
- 2.11.4 A Kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik.
- 2.11.5 Több Kedvezményezett jelölése esetén a Kedvezményezettek jogosultságának arányát százalékosan kell meghatározni, mely százalékos arányok összege 100% kell legyen. A jogosultsági arány meghatározásának hiányában vagy félreérthetősége esetén a Biztosító a Kedvezményezettek részére egyenlő arányban teljesít.
- 2.11.6 Az adott Biztosított írásbeli hozzájárulása nélkül kötött szerződés Kedvezményezettet kijelölő része semmis, ez esetben Kedvezményezettnek a Biztosítottat, illetve örökösét kell tekinteni.
- 2.11.7 Amennyiben a biztosítási szerződésben Kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a Kedvezményezett jelölése hatályát veszítette (2.11.4.), vagy nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, akkor a Biztosított halála esetén esedékes szolgáltatások Kedvezményezettje a Biztosított örököse.
- 2.11.8 A Kedvezményezett megjelölhető visszavonhatatlan kedvezményezettként is. 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 visszavonhatatlan kedvezményezett jelölésről a Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítót.

3. a szerződés létrejötte, kockázatelbírálás

- 3.1 A biztosítási szerződés létrejöhet a Szerződő ajánlatának a Biztosító általi elfogadásával, vagy a Biztosító ajánlatának a Szerződő általi elfogadásával. A szerződés létrejöhet szóban és írásban egyaránt.
- 3.2 Szóban jön létre a szerződés
- távollévők között bármilyen, jognyilatkozat tételre, a jognyilatkozat közvetítésére, a jognyilatkozat rögzítésére alkalmas elektronikus eszköz, vagy alkalmazás felhasználásával, ha az elektronikus úton tett jognyilatkozatok ugyan nem elégitik ki a jelen szerződésben megfogalmazott írásbeliség követelményét, de a szerződés tartalma, a jognyilatkozat tétel időpontja, a jognyilatkozat tevők személye, továbbá a felek egyező akarata bizonyítható, vagy
 - jelen lévők között, a jognyilatkozatok írásbeli rögzítése és aláírása nélkül, kizárólag szóbeli egyeztetés keretében feltéve, hogy a szerződés tartalma, a jognyilatkozat tétel időpontja, a jognyilatkozat tevők személye, továbbá a felek egyező akarata bizonyítható.

A felek szóban megkötött szerződésnek tekintik különösen a telefonon, és/vagy informatikai, adatbiztonsági szempontból védett elektronikus rendszer felhasználásával fogyasztónak minősülő ügyfél által tett ajánlatot és annak Biztosító általi kifejezett, vagy a Ptk. 6:444.§-a alapján ráutaló magatartással történő elfogadását.

A szerződés szóban történő megkötöttsége nem érinti a felek jogszabályon, bírósági vagy hatósági határozaton, vagy megállapodáson alapuló azon kötelezettségét, amely írásbeli jognyilatkozat megtételére kötelezi őket.

3.3 Írásban jön létre a szerződés akár távollévők, akár jelenlévők között

- ha a biztosítási szerződés lényeges tartalmát a felek papír alapú, vagy digitális adathordozón írásba foglalták és a felek elektronikus eszköz segítségével saját kezűleg ellátták azt a rájuk jellemző kézjegyükkel írták alá, vagy
- ha a szerződés tartalma a megváltoztatás kizártsága mellett visszaidézhető és a jognyilatkozat tevő személye és a jognyilatkozat megtételének időpontja azonosítható (Ptk. 6:7 § (3). bek.).

A felek írásbeli szerződéskötésnek tekintik különösen:

- az elektronikus úton rögzített dokumentumon elektronikus eszköz segítségével, vagy papír alapú dokumentumon kézzel írott aláírással történő megerősítését, vagy
- az aláírás nélkül megkötött szerződést, ha a felek azt olyan informatikai, adatbiztonsági szempontból védett elektronikus rendszerben hozzák létre, amely alkalmas a tartalom jognyilatkozat megtételét követő megváltoztathatatlanságának szavatolása mellett a tartalom időkorlát nélküli visszaidézhetőségére, a nyilatkozattétel és a nyilatkozattevő személyének azonosítására.

A biztosító az elektronikus úton történő szerződéskötés speciális szabályairól, a jognyilatkozat megtételéhez a biztosító által javasolt eszköz használatba vételekor tájékoztatja a jognyilatkozat tevőt.

3.4 A Szerződő, ha ajánlatot tesz a Biztosító részére, az ajánlathoz annak hatályossá válásától számított 15 napig, ha az ajánlat Biztosító általi elbírálásához a Biztosított orvosi vizsgálatára van szükség, 60 napig van kötve.

3.5 A Biztosító biztosítottanként és biztosítási szolgáltatásonként 1. számú mellékletben meghatározott minimális biztosítási összegeket ír elő, melyeknél alacsonyabb összegekre nem lehet ajánlatot tenni.

3.6 A Szerződő ajánlata a Biztosítóhoz történő beérkezéssel válik hatályossá. A Szerződő ajánlati kötöttsége az ajánlat Biztosítóhoz történő beérkezését követő napon kezdődik. A Szerződő ajánlata Biztosítóba történő beérkezésének napja a függő közvetítő általi biztosításközvetítés esetén az ajánlat biztosításközvetítő általi átvétel napja vagy a digitálisan rögzített, a Szerződő által aláírt, Szerződő számára a Biztosító által elektronikusan továbbított ajánlat megküldésének a napja.

3.7 A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatelbírálást végez. A kockázatelbírálás során a Biztosító kérheti a Szerződő és a Biztosított szóbeli vagy írásbeli nyilatkozatát, ideértve a Biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát valamint egészségi állapotával, korábbi orvosi vizsgálataival kapcsolatos dokumentumait is. A Szerződő és Biztosított köteles a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően megtenni. A Biztosító számára rendelkezésre álló kockázatelbírálási idő azonos a Szerződő ajánlati kötöttségének az idejével.

- A Biztosító az egészségi nyilatkozatot írásban vagy előre egyeztetett időpontban telefonon kérheti a Biztosítottól. Amennyiben az egészségi nyilatkozat megtételére telefonon kerül sor, úgy a beszélgetésről hangfelvétel készül, melyet a Biztosító mindaddig megőrizz, amíg a szerződésből igény érvényesíthető, illetve amíg a Biztosított jogszabály kötelezi. A Biztosítónak jogában áll az ily módon ismertté vált adatokat ellenőrizni.
- Orvosi vizsgálat esetén a Biztosított az elvégzett orvosi vizsgálat eredményét az 1997. évi CLV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.
- A biztosítási ajánlat jellemzői alapján a Biztosító bizonyos esetekben a kockázatelbírálás elvégzésétől eltekinthet. Amennyiben a Biztosító nem végez kockázatelbírálást, úgy az erre vonatkozó információt a Biztosító az ajánlaton feltünteti.

3.8 A Szerződő és a Biztosított szóban vagy írásban megtett nyilatkozatai, a Biztosító által feltett kérdésekre adott válaszok, valamint az orvosi vizsgálat eredménye az ajánlat, illetve a biztosítási szerződés részét képezi.

3.9 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. A Biztosító a létrejött biztosítási szerződésről fedezetet igazoló dokumentumot (továbbiakban: kötvényt) állít ki, melyet megküld a Szerződő részére. A biztosítási ajánlat elfogadása az ajánlattal megegyező vagy az ajánlattól eltérő tartalmú kötvény kiállításával vagy fogyasztónak minősülő szerződő esetén ráutaló magatartással történik.

3.9.1 Ha a Biztosító a Szerződő ajánlatát az ajánlati kötöttség ideje alatt írásba foglalt nyilatkozattal elfogadja, akkor a biztosítási szerződés a Biztosító elfogadó nyilatkozatának a Szerződőhöz történő megérkezésekor létrejön. A megküldött kötvény a szerződés Biztosító általi írásbeli elfogadó nyilatkozata is egyben. A kötvényt a Biztosító a Szerződő részére elektronikus vagy postai levél formájában küldi meg. A felek a kötvény megérkezése időpontjának tekintik, a Biztosító által a Szerződőnek küldött elektronikus üzenet Biztosító általi elküldésének időpontját vagy postai levél esetén postai levélküldemény Szerződő vagy képviselője általi átvételének időpontját. A biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a Biztosítónak az ajánlattal egyetértést kifejező elfogadó nyilatkozata lényeges kérdésnek nem minősülő, azt nem érintő

kiegészítő vagy eltérő feltételt tartalmaz. A kiegészítő vagy eltérő feltételek a biztosítási szerződés részévé válnak, kivéve, ha a Szerződő késelem nélkül tiltakozik a kiegészítő vagy eltérő feltételekkel szemben.

- 3.9.2 A lényeges eltérésre a Biztosító a kötvény kiküldésekor a Szerződő figyelmét felhívja. Ha a Szerződő az ajánlattól eltérő tartalommal kiállított kötvényben szereplő eltérést a kötvény kézhezvételét követő 15 napon belül írásban nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint, a Biztosító nyilatkozatának Szerződőhöz történő megérkezésekor jön létre. Ha a felhívás elmarad, a kötvény az ajánlat szerinti tartalommal jön létre. Ha a Szerződő az eltérést a fentiek értelmében rendelkezésre álló határidőn belül elutasítja, a szerződés nem jön létre.
- 3.9.3 Ha a Szerződő fogyasztó, a biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a Biztosító a Szerződő ajánlatára annak beérkezésétől számított 15 napon belül, illetve ha az ajánlat elbírálásához a Biztosított orvosi vizsgálatára van szükség, 60 napon belül nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában a Biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és díjszabásnak megfelelően tették. Ilyen esetben a biztosítási szerződés az ajánlat szerinti tartalommal az ajánlat Biztosító részére történő átadás időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatbírálási idő elteltét követő napon jön létre. Ha a Szerződő nem fogyasztó, a biztosítási szerződés a Biztosító ráutaló magatartásával nem jöhet létre.
- 3.10 Ha a Biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött biztosítási szerződés lényeges kérdésben eltér a szerződési feltételektől, a Biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a biztosítási szerződést jelen szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha Szerződő a Biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a Biztosító a biztosítási szerződést a módosító javaslat Szerződő általi elutasításától vagy a módosító javaslat Szerződő általi kézhezvételtől számított 15 napon belül 30 napos felmondási idővel felmondhatja. A Biztosító a módosító javaslatát a Szerződő pedig annak elfogadását vagy elutasítását akár szóban akár írásban megteheti. Szóbeli nyilatkozatnak kizárólag a Biztosító által kezdeményezett telefonhívás során tett nyilatkozat minősül, telefonhívásról a Biztosító felvételt készít.
- 3.11 Ha a Biztosító a Szerződő ajánlatának elutasítása után, vagy a Biztosító a Szerződő az ajánlattól lényeges kérdésekben eltérő új ajánlatot tesz, úgy a biztosítási szerződés csak akkor jön létre, ha a Szerződő az új ajánlatot a Biztosító abban megjelölt ajánlati kötöttségének ideje alatt elfogadja. Ha a Biztosító nyilatkozata kifejezetten mást nem tartalmaz, a Biztosító ajánlata részének kell tekinteni a Szerződő által az eredeti ajánlatra tett nyilatkozatait, illetve a Biztosítónak és a biztosításközvetítőnek az eredeti ajánlattételhez kapcsolódóan nyújtott tájékoztatásait akkor is, ha azok nincsenek mellékelve a Biztosító új ajánlatához.
- 3.12 A Szerződő a Biztosító 3.11. pontja szerint tett új ajánlatát elfogadhatja
- a) írásban oly módon, hogy az írásbeli nyilatkozata a Biztosító ajánlati kötöttségének az ideje alatt megérkezik a Biztosítóhoz. A biztosítási szerződés az elfogadó nyilatkozat Biztosítóhoz történő megérkezésekor jön létre.
- b) szóban oly módon, hogy a Biztosító ajánlati kötöttségének ideje alatt a Biztosító által kezdeményezett telefonhívás során az elfogadó nyilatkozatot megteszi. A Biztosító a szóbeli nyilatkozatról hangfelvételt készít. A biztosítási szerződés az elfogadó nyilatkozat a Szerződő általi szóbeli megtételekor jön létre.
- 3.13 Ha a kockázatbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, az ajánlatot a biztosító csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az ajánlati lapon a figyelmet kifejezetten felhívta, és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.
- 3.14 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.

4. a kockázatviselés kezdete, a várakozási idő

- 4.1 **A Biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat megtételének napját követő nap 0.00 órájától kezdődik, amennyiben a biztosítási szerződés utóbb létrejön.**
- 4.2 A Biztosító a biztosítási szerződésben várakozási időt köt ki, melynek időtartama a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap, kivéve, ha a felek ennél rövidebb határidőben állapodnak meg. A Biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges: kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki.
- 4.3 Amennyiben a kockázatbírálás során a Biztosító által meghatározott orvosi vizsgálat kerül elvégzésre, akkor a Biztosító eltekint a várakozási időtől.
- 4.4 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.

5. a szerződés és a kockázatviselés tartama, területi és időbeli hatálya

- 5.1 **A biztosítási szerződés határozott időtartamra jön létre. A szerződés tartama a kockázatviselés kezdetének és a biztosítási szerződés lejáratára kötvényben ekként megjelölt napjai közötti időszak, amely csak egész számú év lehet. A biztosítási szerződés tartama legalább 5 év és legfeljebb 25 év lehet.**
- 5.2 A biztosítási évforduló a szerződés tartama alatt minden naptári évben az a nap, amely a kockázatviselés kezdetének napja.
- 5.3 **A biztosítási időszak egy év, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik.**
- 5.4 A Biztosító kockázatviselése a nap 24 órájában az egész világra kiterjed, feltéve, hogy a különös feltételek másként nem rendelkeznek.

6. a szerződésmódosítás esetei

- 6.1 A Biztosító a biztosítási szerződés fennállása alatt a Szerződő által kezdeményezett, a szerződés keretein belül választott biztosítási összegek változtatására, új biztosítási kockázat igénylésére irányuló szerződésmódosítási igénnyel kapcsolatban kockázatelbírálást végezhet, vagy az igényt indoklás nélkül elutasíthatja.
- 6.2 A kockázatelbírálás eredményétől függően a Biztosító jogosult a szerződésmódosítási igényt teljesíteni vagy elutasítani. A Biztosító a szerződésmódosítási igény teljesítéséről vagy elutasításáról a Szerződőt írásban tájékoztatja.
- 6.3 A Biztosító kockázatviselése a szerződésmódosítási igény teljesítése esetén az adott biztosítási kockázat vonatkozásában az igény elbírálásához szükséges valamennyi irat és adat Biztosítóhoz való megérkezését követő biztosítási évfordulótól kezdődik, amennyiben az elbíráláshoz szükséges valamennyi irat legkésőbb a biztosítási évforduló előtt 60 nappal beérkezik a Biztosítóhoz. A biztosítási szerződés tartama alatt további élet- és/vagy egészségbiztosítási kockázat vállalása esetén a várakozási idő az adott kockázat tekintetében a kockázatra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap, kivéve, ha a felek ennél rövidebb határidőben állapodnak meg.
- 6.4 A baleseti kockázatot is tartalmazó szerződés balesetbiztosítási kockázatokra vonatkozó részét a Biztosító írásban a biztosítási időszak utolsó napjára egyoldalúan jogosult megszüntetni. Erről a Biztosító legalább 30 nappal a biztosítási időszak utolsó napját megelőzően köteles a Szerződőt tájékoztatni. Ha a Szerződő a megszüntetett kockázat(ok) nélkül a szerződést nem kívánja fenntartani, jogosult a biztosítási szerződést az időszak utolsó napjára felmondási idő nélkül felmondani. A felmondást a biztosítási időszak utolsó napjára a Biztosítóval közölni kell.
- 6.5 **A Biztosító jogosult a jelen szerződést egyoldalúan módosítani a szerződés bármely részének tekintetében a Biztosítóra kötelező bírósági vagy hatósági intézkedések alapján, illetve az irányadó jogszabályi környezet változása miatt, ideértve az MNB által kiadott szabályozó normák és a felügyeleti vagy bírósági gyakorlat megváltozását is. A jelen általános feltétel változása olyan mértékű lehet, amelyet a fentiekben felsorolt változások vagy intézkedések előírnak, vagy indokolnak. A módosítást a Biztosító köteles a módosítás hatálybalépését legalább 30 nappal megelőzően írásban közölni a Szerződővel.**

7. a szerződés és a kockázatviselés megszűnésének esetei

- 7.1 **A biztosítási szerződés megszűnik az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén:**
- a) a biztosítási szerződés lejáratának napján, amennyiben a Főbiztosított életben van;
 - b) a Főbiztosított halála esetén, a haláleset bekövetkezésének napján;
 - c) a Főbiztosított 100%-os baleseti eredetű maradandó egészségkárosodása esetén, a maradandó egészségkárosodás mértéke megállapításának napján;
 - d) a Főbiztosított 69%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodása esetén az egészségkárosodás mértékének megállapítása napján;
 - e) a Főbiztosított szerződés létrejöttéhez adott hozzájárulásának visszavonásával, amennyiben nem ő a szerződő fél, az aktuális biztosítási időszak végén;
 - f) a Biztosító felmondásával a jelen általános feltétel I.3.10. pontjában meghatározott esetben (ráutaló magatartással létrejött szerződés utólagos felmondása);
 - g) a Biztosító a biztosítási szerződést érintő lényeges körülmények megváltozása a Biztosítónak erről való tudomásszerzése esetén, a 30 napos felmondási idő elteltével (II.3.1. pont);
 - h) a Szerződő nyilatkozatának a Biztosítóhoz történő beérkezését követő napon 0.00 órakor a jelen általános feltétel I.7.4. pontjában meghatározott esetben (30 napon belüli felmondás);
 - i) a Szerződő a jelen általános feltétel III.5.5. pontjában rögzített díjtétel korrekciója miatt rendkívüli felmondása esetén;

- j) a Szerződő halálának időpontjában, amennyiben a Biztosított vagy a Biztosított engedélyével harmadik személy a Szerződő helyébe nem lép;
- k) a jelen általános feltétel I.7.3.d) pontja szerinti esetben, amennyiben a Szerződő a Biztosító által megszüntetett kockázatok nélkül a szerződést nem kívánja fenntartani, jogosult a teljes szerződést felmondási idő nélkül a biztosítási időszak utolsó napjára felmondani;
- l) 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;
- m) a Szerződő a jelen általános feltétel I.6.4. pontjában rögzített szerződésmódosítás el nem fogadása miatti rendkívüli felmondása esetén.

7.2 A Biztosító kockázatviselése megszűnik a biztosítási szerződésben rögzített kiegészítő biztosítások tekintetében:

- a) a biztosítási évforduló napján, amennyiben a Szerződő rendes felmondással az évforduló előtt 30 nappal írásban kéri a kiegészítő biztosítási védelem megszüntetését;
- b) az adott Biztosított betöltött éveinek száma meghaladja az általános vagy a különös feltételekben meghatározott lejáratú életkort;
- c) a Társbiztosított vonatkozásában a Társbiztosított 100%-os baleseti eredetű maradandó egészségkárosodása esetén a maradandó egészségkárosodás mértéke megállapításának napján;
- d) a Társbiztosított vonatkozásában a Társbiztosított 69%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodása esetén az egészségkárosodás mértékének megállapítása napján;
- e) a kiegészítő biztosítások különös feltételeiben szabályozott esetekben.

7.3 A biztosítási szerződés rendes felmondása

- a) A Szerződő a szerződést, Társbiztosítottak esetén az adott Társbiztosítottra vonatkozó részét, valamint a biztosítási szerződés bármely kiegészítő biztosítását írásban 30 napos felmondási idő mellett, a biztosítási időszak utolsó napjára mondhatja fel.
- b) Az élet- és/vagy egészségbiztosítási kockázatot tartalmazó biztosítási szerződést, a biztosítási kockázat jelentős növekedésének esetét kivéve a Biztosító rendes felmondással nem szüntetheti meg.
- c) A rendes felmondással megszüntetett biztosítási szerződés vagy kiegészítő biztosítás nem reaktiválható, a Biztosító a biztosítási védelmet nem állítja helyre.
- d) Az élet- és/vagy egészségbiztosítási kockázatot tartalmazó biztosítási szerződés balesetbiztosítási kockázatokra vonatkozó részét a Biztosító írásban a biztosítási időszak utolsó napjára jogosult megszüntetni, melyről a Biztosító legalább 30 nappal a biztosítási időszak utolsó napját megelőzően köteles a Szerződőt tájékoztatni.

7.4 Az életbiztosítási szerződés 30 napon belüli különös felmondása

- a) A szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy Szerződő, a szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül megtett írásbeli nyilatkozatával a szerződést – indoklás nélkül – felmondhatja. Nem illeti meg a Szerződőt a felmondási jog abban az esetben, ha a szerződést hitelfedezeti életbiztosításként kötötte meg.
- b) Szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető ezen felmondási jogáról.
- c) A Szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a Biztosító köteles 30 napon belül a Szerződő által a szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni.
- d) A Biztosító a visszafizetésre kerülő biztosítási díj után kamatot nem fizet, a biztosítási díjból költségeket nem von le.
- e) A 30 napon belüli különös felmondással megszüntetett biztosítási szerződés nem reaktiválható, a Biztosító a szerződést nem állítja helyre.

II. a biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

1. a Szerződő és Biztosító jogai és kötelezettségei

- 1.1. A Szerződő a biztosítási szerződés alapján a biztosítási díj fizetésére köteles. A Szerződő a Biztosított hozzájárulásával jogosult a biztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatok megtételére.
- 1.2. A Szerződő jogosult a biztosítási szerződésével kapcsolatban a Biztosítótól adatot, információt kérni, figyelemmel a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályokra is.

- 1.3. Amennyiben a Szerződő és a Biztosított eltérő személy, a Szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosította(ka)t köteles tájékoztatni.
- 1.4. A Biztosító köteles a biztosítási szerződés alapján a szerződési feltételekben meghatározott szolgáltatások nyújtására.
- 1.5. A Szerződő, a Biztosított(ak) (az egyes kiegészítő biztosítások tekintetében), a Kedvezményezett(ek), illetve a szolgáltatási igényre jogosult(ak) köteles(ek) a biztosítási esemény bekövetkezését szolgáltatási igény bejelentés formájában a jelen általános feltétel IV/2.1. pontjában meghatározott módon a Biztosítónak bejelenteni. A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igény teljesítését szükség esetén a Szerződő, a Biztosított(ak), Kedvezményezett(ek), vagy szolgáltatásra jogosult(ak) személyes megjelenéséhez kötheti.

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

- 2.1 A közlési kötelezettség alapján a Szerződő és a Biztosított biztosítási ajánlat megtetelekor, a biztosítási kockázatok bővítésekor, a kockázatok biztosítási összegének növelésekor, valamint a szolgáltatási igény bejelentésekor kötelesek a Biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítás elvállalása és a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges, és amelyeket ismertek, vagy ismerniük kellett. A Biztosító írásban vagy szóban feltett kérdéseire – különös tekintettel az adott Biztosított egészségi állapotára, dohányzási szokására, fizikai testméreteire (testmagasság és testsúly) vonatkozó kérdésekre – adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal, valamint a Biztosító által rendszeresített formanyomtatványon és/vagy hangfelvétel(ek)en szereplő nyilatkozatok megtételével a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- 2.2 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 és teszt vizsgálatot írhat elő. A Szerződőt és Biztosított(ak)at az orvosi és teszt vizsgálat elvégzése nem mentesíti a közlési kötelezettségük alól.
- 2.3 A változás-bejelentési kötelezettség alapján a Szerződő és a Biztosított köteles a biztosítás tartama alatt 15 napon belül írásban bejelenteni a biztosítási ajánlatban közölt, illetve a szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását, továbbá a saját, illetve a tényleges tulajdonos azonosítási adataiban beállott változást.
- 2.4 Lényeges körülménynek minősül minden, amire a Biztosító kérdést tett fel, vagy amire a Szerződő és Biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta. Így különösen, de nem kizárólagosan a Szerződő és Biztosított neve, címe, levelezési címe, telefonszáma, e-mail címe, egyéb személyes adatok, illetve a Biztosított születési dátuma, dohányzási szokása, foglalkozása, sport- és egyéb tevékenysége. Amennyiben a Szerződő nem tudja megítélni, hogy az adott körülmény lényegesnek minősül-e, úgy erre vonatkozóan a Biztosítótól írásban állásfoglalást kérhet. Amennyiben ezt elmulasztja, utóbb arra nem hivatkozhat, hogy a bejelentést azért mulasztotta el, mert annak lényeges voltát nem tudta megítélni.
- 2.5 A Biztosított nem köteles az egészségi állapotában beállott változást a Biztosítónak bejelenteni, kivéve, ha a kiegészítő biztosítás feltételei a kiegészítő biztosítás tekintetében másként nem rendelkeznek.
- 2.6 A közlésre és változás-bejelentésre vonatkozó kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt és a Biztosítottat. Sem a Szerződő, sem a Biztosított nem védekezhet olyan körülmény vagy változás nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, vagy neki bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre, illetőleg bejelentésre köteles lett volna.
- 2.7 Amennyiben a Szerződő és a Biztosított a közlési és változásbejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a Biztosító mentesülhet a szolgáltatási kötelezettség teljesítése alól a jelen általános feltétel V.0. pontjában körülírt módon.

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

- 3.1 Ha a Biztosító a szerződés létrejötte után 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 adott Biztosított vonatkozásában írásban felmondással 30 nappal a biztosítási jogviszony megszüntetheti. Amennyiben a Biztosító ezen felmondási jogával nem él, a szerződés az eredeti tartalommal marad hatályban.
- 3.2 Jelentős kockázattöbbletet minősül, ha a Biztosító a tudomására jutott lényeges körülmény alapján a szerződésre vonatkozóan eltérő díjat, pótdíjat, kizárást, egyéb feltételek teljesülését, elutasítást alkalmazna vagy a szerződés a szerződési feltételek szerint nem jöhetett volna létre.

- 3.3 Ha a Szerződő 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 megtetelekor a szerződő fél figyelmeztetést felhívta.
- 3.4 A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt. 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.

III. a biztosítási díj

1. a biztosítási díj megállapítása, a Biztosított belépési életkora

- 1.1. A biztosítási díj a Biztosító által vállalt kötelezettségek, így különösen a kockázatviselés ellenértéke.
- 1.2. A kockázatviselés kezdetekor a Biztosított belépési életkora a Biztosított betöltött életéveinek száma a biztosítási ajánlat Szerződő általi aláírásának időpontjában. Értékkövetés esetén a Biztosított belépési életkora a Biztosított betöltött éveinek a száma az adott biztosítási évforduló időpontjában.
- 1.3. A biztosítási díj kiszámítása a Biztosított(ak) belépési életkorának, dohányzási szokásának, valamint a biztosítás tartamának és összegének/összegeinek a figyelembevételével történik.
- 1.4. A kockázatbírálás eredményeként a Biztosító az III.1.2. pontban kalkulált díjat a Biztosított egészségi állapotától függően megemelheti.
- 1.5. A szerződés tartama alatt a szerződésbe belépő új Biztosított belépési életkora az új Biztosított betöltött életéveinek száma az írásbeli bejelentés Biztosító általi tudomás szerzését követő biztosítási évfordulón.
- 1.6. Biztosító a fentiek szerint kiszámított éves biztosítási díjból a jelen általános feltétel 1. számú mellékletében részletezett kedvezményt adhat, melynek mértéke az ajánlaton szerepel. Amennyiben a Szerződő a szerződés kezdetekor a biztosítási díj mértékét befolyásoló kedvezményt vett igénybe és a biztosítási szerződés tartama során a kedvezményre jogosító körülmények megváltoznak vagy utóbb már nem állnak fenn, úgy a Szerződő a kedvezményre való jogosultságát elveszti. Ebben az esetben a Szerződő köteles a kedvezményre jogosító körülmények megváltozásának időpontját követően a kedvezmény nélkül számított biztosítási díj megfizetésére, amely akkor esedékes, amikor a Biztosító erre vonatkozóan díjfizetési felhívást küld, vagy a csoportos beszedési megbízással a díj beszedését első alkalommal megkísérli.
- 1.7. A kedvezményekkel csökkentett, azaz a fizetendő biztosítási díj tekintetében a Biztosító minimális értéket határoz meg, mely érték alatt a biztosítási szerződés nem jöhet létre, amennyiben a szerződési feltételek ettől eltérően nem rendelkeznek. A biztosítási díj minimális értékét a Biztosító a jelen általános feltétel 1. számú mellékletében határozza meg.

2. a biztosítási díj fizetése

- 2.1 A biztosítási szerződés rendszeres, éves díjfizetésű. A biztosítási időszakra vonatkozó éves díj féléves, negyedéves és havi díjfizetési gyakorisággal is fizethető.
- 2.2 A Szerződő a biztosítási díj fizetését banki átutalással vagy csoportos beszedési megbízással teljesítheti. A Szerződő a díjfizetés módját a biztosítási ajánlatban az ajánlattételkor határozza meg, melyet a tartam során megváltoztathat, amennyiben változtatási szándékát a soron következő díjfizetési esedékesség előtt legalább 15 nappal jelzi a Biztosítónak.
- 2.3 A biztosítási szerződés létrejötte előtt befizetett első biztosítási díjat a Biztosító kamatmentes letétként kezeli és visszautalja a Szerződőnek, amennyiben a biztosítási szerződés nem jön létre.
- 2.4 A díjfizetés gyakoriságát a Szerződő ajánlattételkor határozza meg, melyet bármely biztosítási évfordulón megváltoztathat, amennyiben változtatási szándékát a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal jelzi a Biztosítónak.
- 2.5 A biztosítási szerződés első díja a felek által meghatározott időpontban, ennek hiányában a biztosítási szerződés létrejöttkor, minden későbbi díj a díjfizetési gyakorisági időszak (biztosítási év, félév, negyedév, hónap) első napján esedékes. A kötvény kibocsátásával egyidejűleg a Biztosító az első díj megfizetésére póthatáridőt határozhat meg.
- 2.6 A Szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díjat a Biztosító számláján jóváírják.
- 2.7 A biztosítási díj a kockázatviselés kezdetének napjától számított időszakra vonatkozik.

2.8 A biztosítási szerződés biztosítási esemény bekövetkezése miatti megszűnése esetén a Biztosító a teljes biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti. A biztosítási szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a Biztosító addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor a kockázatviselése véget ért.

3. a díjfizetés elmulasztásának következményei

- 3.1 Amennyiben a Szerződő a rendszeres biztosítási díjra vonatkozó fizetési kötelezettségét az esedékesség időpontjáig nem teljesíti, úgy a Biztosító erről – legalább 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 gyakoriság szerinti díj esedékességétől számított 60. napig viseli a kockázatot. Ez alatt az idő alatt a Szerződő az elmaradt gyakoriság szerinti díjat pótolhatja.
- 3.3 Amennyiben a Szerződő az első elmaradt díjrészlet esedékességétől számított 60 napon belül fizetési kötelezettségét nem teljesíti, a biztosítási szerződés e határidő leteltével megszűnik, kivéve, ha a Biztosító díjkövetelését késedelem nélkül bírósági úton nem érvényesíti. Ez esetben a Biztosító kockázatviselése a díjrendezettség napjával szűnik meg. Amennyiben a Szerződő az első biztosítási díjat nem fizeti meg, a Biztosító kockázatviselése az ajánlat megtételének napját követő nap 0.00 órakor szűnik meg.
- 3.4 Amennyiben az esedékes díj egy részét fizették csak meg és a Biztosító az elmaradt díjrész megfizetésére eredménytelenül hívta fel a Szerződőt, úgy a biztosítási szerződés változatlan biztosítási összeggel, a befizetett díjrésszel arányos időtartamra marad fenn.
- 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.
- 3.6 A Szerződőnek lehetősége van a díjfizetés elmulasztása miatt a kifizetés nélkül megszünt biztosítási szerződés helyreállítását (reaktiválás) kérni. A Szerződő a reaktiválást az első elmaradt díjrészlet esedékességétől számított 6 naptári hónapon belül az elmaradt biztosítási díjak megfizetése esetén kérheti a Biztosítótól.
- 3.7 A biztosítási szerződés tartama alatt reaktiválást legfeljebb két alkalommal lehet igénybe venni.
- 3.8 A Biztosító a Szerződő reaktiválási kérelmének értékelésekor kockázatelbírálást ír elő, melynek során a Biztosított egészségi nyilatkozatát vagy orvosi vizsgálatát is kéri, melyek közül az utóbbit a Szerződő saját költségére köteles elvégeztetni.

4. értékkövetés

- 4.1 **Az értékkövetés a biztosítási összegnek az árszínvonal változásához évente egy alkalommal történő hozzáigazítása, biztosítási szerződés értékállóságának megőrzése érdekében.**
- 4.2 Amennyiben a különös feltételek erről másként nem rendelkeznek és a Biztosító a biztosítási ajánlaton a Szerződő figyelmét erre felhívta, a Biztosító évente egy alkalommal felajánlhatja a szerződés értékkövetését, mely mindig a biztosítási évfordulók napjával válik hatályossá. A Szerződő a Biztosító által felajánlott mértékben növelheti a biztosítási szerződésben szereplő biztosítások biztosítási összegeit. Az értékkövetés keretében a Biztosító a biztosítási évforduló előtt legalább 60 nappal értesítést küld a Szerződőnek a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási összeg(ek)ről és a szerződés díjáról. A Szerződőnek jogában áll az értékkövetést az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül visszautasítani. Amennyiben a Szerződő az értékkövetést a 30 napos határidőn belül nem utasítja vissza, úgy a biztosítási szerződés a megnövelt biztosítási díjjal lép hatályba a biztosítási évforduló napján.
- 4.3 A Biztosító a biztosítási összeg és a biztosítási díj változásáról külön fedezetet igazoló dokumentumot nem állít ki, feltéve, ha 4.2. pontban rögzített értékkövetési értesítésben a Biztosító valamennyi szerződést érintő változást közölte. Amennyiben a Szerződő a felajánlott értékkövetést a rendelkezésre álló határidőn belül visszautasította, a Biztosító a visszautasítás tudomásul vételét jelzi a Szerződőnek.
- 4.4 Ha a Szerződő a Biztosító által felajánlott értékkövetést bármely biztosítási évfordulón visszautasította, a Biztosító ezt követően nem ajánl fel értékkövetést. A Szerződő későbbi értékkövetésre vonatkozó kérelme esetén a Biztosító jogosult kockázatelbírálást végezni és annak eredményétől függően az értékkövetést teljesíteni, vagy indoklás nélkül elutasítani.
- 4.5 Az értékkövetés mértékét a Biztosító az adott év április első napjától a következő év március 31. napjáig a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett adott évet megelőző naptári évre vonatkozó éves fogyasztói árindexe alapján határozza meg. Az értékkövetés mértéke legalább 4%.
- 4.6 Az értékkövetéskor a kockázati életbiztosítás esetében a Biztosító az értékkövetés mértékével azonos arányban növeli meg a biztosítási összeget. A Biztosító a biztosítási összeg növekmény díjának (továbbiakban: díjnövekmény)

számításakor a Biztosított aktuális életkorát, aktuális tevékenységét (dohányzási szokás, foglalkozás, sport) és szerződés hátralévő tartamát veszi figyelembe. Az értékkövetéssel módosított fizetendő biztosítási díj az értékkövetést megelőző biztosítási évre vonatkozó díj és a díjnövekmény összege. Értékkövetéskor a fizetendő biztosítási díj a biztosítási összegnél nagyobb arányban is nőhet.

- 4.7 Az értékkövetéskor az egészség- és balesetbiztosítások esetében a Biztosító az értékkövetés mértékével azonos arányban növeli meg a biztosítási összeget és a biztosítási díjat.

5. a biztosítási díj és díjfizetés módosításának lehetősége a Biztosító részéről

- 5.1 A Biztosító jogosult a biztosítási szerződésben szereplő kockázati életbiztosítás díjtételét évente egy alkalommal a biztosítási évforduló napjával módosítani, amennyiben a díjtétel számításának alapját képező halálozási adatok a díjtétel megváltoztatásának hatályba lépését megelőző 2 éves időszakban legalább 5%-kal eltérnek a tényleges halálozási adatoktól. A díjtétel változtatása következtében a biztosítási szolgáltatás mértéke nem változik.
- 5.2 A Biztosító jogosult a biztosítási szerződésben szereplő egészség- és balesetbiztosítások díjtételét évente egy alkalommal a biztosítási évforduló napjával módosítani, amennyiben a Biztosító által kezelt összes szerződése alapján az azonos biztosítási eseményekre kiterjedő szolgáltatások Biztosító által kalkulált mértéke vagy gyakorisága a díjtétel korrekcióját megelőző időszakban a Biztosított érintő közterheket figyelembe véve legalább 5%-kal eltér a ténylegesen nyújtott szolgáltatások mértékétől, vagy gyakoriságától. A díjtétel változtatása következtében a biztosítási szolgáltatás mértéke nem változik.
- 5.3 A díjtétel változásának a mértéke egy alkalommal 20%-nál magasabb nem lehet. Egy-egy szerződés Biztosítottja egészségi állapotának változása önmagában nem eredményezi a díjtétel Biztosító általi módosítását. A Biztosító legalább 60 nappal a szerződésmódosítás hatályba lépése előtt tájékoztatja a Szerződőt a díjtétel változásáról. A Biztosító a díjtétel változásáról kötvényt nem állít ki, feltéve, hogy a tájékoztatás során a Biztosító valamennyi szerződést érintő módosítást közölte a Szerződéssel.
- 5.4 A Biztosító jogosult új fizetési lehetőségek bevezetésére, illetve egyes fizetési módok megszüntetésére, az utóbbi esetben a Szerződő számára más fizetési módot ajánl fel.
- 5.5 Amennyiben a Biztosító az előző bekezdésekben foglaltak szerint a biztosítási díj módosításáról vagy díjfizetési mód megszüntetéséről szóló közlése alapján a Szerződő a biztosítási szerződést nem kívánja fenntartani, a Biztosító rendkívüli felmondási lehetőséget biztosít a Szerződő számára. A Szerződő ez alapján jogosult a Biztosító által közölt módosítás hatályba lépését megelőző 15. napig a Biztosítóhoz írásban eljuttatott nyilatkozatával a biztosítási szerződést a szerződés módosítását megelőző utolsó napra felmondani. Amennyiben a Szerződő a biztosítási szerződés felmondására nyitva álló határidőn belül nem él a biztosítási szerződés felmondásának a jogával, úgy a biztosítási szerződés a módosított feltételekkel hatályban marad.

IV. a Biztosító szolgáltatása és a szolgáltatás teljesítésének feltételei

1. a biztosítási esemény, a Biztosító szolgáltatása

- 1.1. A biztosítási esemény az egyes különös feltételekben ekként meghatározott esemény.
- 1.2. A Biztosító a különös feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a különös feltételekben meghatározott biztosítási szolgáltatást nyújtja a Kedvezményezett(ek) részére.
- 1.3. A Biztosító a szolgáltatási igény benyújtásával kapcsolatban felmerült költségeket csak abban az esetben téríti meg, amennyiben a különös feltételekben erre kifejezetten kötelezettséget vállalt.

2. a Biztosító szolgáltatásának teljesítési feltételei

2.1. a szolgáltatási igény bejelentésének határideje

- 2.2.1 A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 15 napon belül kell írásban bejelenteni a Biztosítóknak, amennyiben a különös feltételek ettől eltérően nem rendelkeznek.
- 2.2.2 Abban az esetben, ha a Szerződő és/vagy a Biztosított, vagy a Kedvezményezett a IV.2.2.1. pont szerinti határidőt nem tartja be, a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából szükséges felvilágosítást nem adják meg, vagy a

felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetatlenné válik, a Biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.

2.2. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

- 2.2.1. A szolgáltatási igény bejelentése esetén a Biztosítóhoz be kell nyújtani a Biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt, valamint a biztosítási szerződésben meghatározott élet-, baleset- és egészségbiztosítások esetén a 2. számú mellékletben meghatározott dokumentumok másolatát. A Biztosító kérheti ezen dokumentumok eredeti példányának a bemutatását.
- 2.2.2. A Biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételéül orvosi vizsgálatot írhat elő. Ez esetben a Biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a Biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését lehetővé nem teszi. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosított egészségi állapotát az általa megnevezett orvosokkal ellenőriztesse. Az orvosi vizsgálat költségét a Biztosító viseli.
- 2.2.3. A Biztosító kérheti a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes idegen nyelvű dokumentum magyar nyelvű hiteles fordításának benyújtását.
- 2.2.4. A Biztosító a szolgáltatási igény Biztosítóhoz történő beérkezését követő 15 napon belül megküldött megkeresésében egyéb iratokat is kérhet.

2.3. a Biztosító teljesítésének esedékessége

- 2.3.1. Kockázati életbiztosítás esetén a Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az elbírálásához szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül teljesíti, feltéve, hogy a szolgáltatásra jogosult átvilágítása a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. LIII. törvényben előírtak szerint korábban megtörtént.
- 2.3.2. Baleset- és egészségbiztosítások esetén a Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül teljesíti.
- 2.3.3. Amennyiben a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

2.4. a Biztosító teljesítésének a módja

- 2.4.1. A Biztosító a szolgáltatást banki átutalással, a szolgáltatásra jogosult által megjelölt magyarországi pénzintézet által vezetett fizetési számlára, egy összegben, a díjfizetés devizanemében, banki átutalással teljesíti.
- 2.4.2. A szolgáltatásra jogosult a szolgáltatás teljesítését ettől eltérő módon is kérheti. A 2.2 pontban leírtakhoz képest eltérő módon teljesített szolgáltatással kapcsolatban felmerülő költségeket a Biztosító a szolgáltatásra jogosult(ak)ra hárítja át, oly módon, hogy a szolgáltatási összeget ezen költségek összegével csökkenti.
- 2.4.3. A Biztosító ügyfélszolgálatán készpénzben nem teljesít szolgáltatást, postai kézbesítés és teljesítés kizárólag igazolt magyarországi lakcímre történhet.

V. a Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól

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

- 1.1. A közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő fél bizonyítja, 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 módosítási, illetve felmondási lehetőségével; vagy
 - c) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
- 1.2. Amennyiben a szerződés több Biztosíttóra is vonatkozik és a közlési- vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre, vagy változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértésére a többi Biztosított esetén nem hivatkozhat.

- 1.3. Amennyiben az életbiztosítási szolgáltatással kapcsolatos igénynek van jogalapja, a közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a biztosítási szerződés megkötésétől, a szerződésben vagy a szerződésmódosítás során a szerződésben a Biztosító által vállalt új kockázat esetén a szerződésmódosítás időpontjától a biztosítási esemény bekövetkezéséig öt év már eltelt.
- 1.4. Amennyiben az életbiztosítási szolgáltatással kapcsolatos igénynek van jogalapja, a változásbejelentési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a változásbejelentési határidő leteltét követően öt év már eltelt.

2. A Biztosító mentesülésének további esetei

- 2.1. Életbiztosítási szolgáltatás esetén a Biztosító mentesül a szolgáltatási összeg megfizetése alól, amennyiben a Biztosított halálának oka összefüggésben van:
- a) a Kedvezményezett szándékos magatartásával
 - b) a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekményével
 - c) a Biztosított biztosítási ajánlat aláírásának a napjától számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosságával, vagy öngyilkossági kísérletével, akkor is, ha a Biztosított az öngyilkosság elkövetésekor zavart tudatállapotban volt.
- 2.1. Balesetbiztosítások esetén a Biztosító mentesül a szolgáltatási összeg megfizetése alól, amennyiben:
- a) a Biztosító bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlan magatartással a Szerződő, a Biztosított, vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta;
 - b) a Biztosított halálának oka összefüggésben van a Kedvezményezett szándékos magatartásával.
- 2.3 Súlyosan gondatlan magatartásnak minősül, ha a Szerződő, a Biztosított vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk vagy a Kedvezményezett közül bármelyikük a baleset bekövetkezésének az időpontjában
- a) igazoltan alkoholos állapotban volt, vagy
 - b) kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták, vagy
 - c) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelyre nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel, vagy
 - d) munkavégzése során a munkavédelmi szabályokat súlyosan megsértette, vagy
 - e) legalább két közlekedési szabályt megszegett
- és a biztosítási esemény bekövetkezése ezek egyikével okozati összefüggésben áll.
- 2.4 A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztekor úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható, így különösen késedelem nélkül orvosi vagy egészségügyi segítséget kell igénybe vennie. Nem jelenti a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Biztosított az őt törvény szerint megillető rendelkezési joggal élve az egészségügyi beavatkozáshoz nem tesz eleget. Mentesül a Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.

VI. a Biztosító kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon biztosítási eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
- a) háború, harci cselekmény, felkelés, zavargás, lázadás, zendülés, polgárháború, forradalom, tüntetés, sztrájk, munkahelyi rendbontás, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, kormány elleni puccs, vagy puccskísélet, terrorcselekmény;
 - b) radioaktív, illetve ionizáló sugárzás;
 - c) a Biztosított alkoholizmusa;
 - d) kábítószer, kábító hatású anyag, vagy gyógyszer olyan mértékű fogyasztása, melyek a Biztosított tudatzavarát és fizikai teljesítmény csökkenését okozták.
2. A kiegészítő baleset- és egészségbiztosítások alkalmazásában a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon biztosítási eseményekre, amelyek részben vagy egészben összefüggésben állnak:
- a) a Biztosított önmagán végrehajtott gyógyeljárása, vagy bármilyen beavatkozása, vagy a Biztosított nem orvos által elvégzett gyógyeljárás vagy beavatkozás miatt a Biztosítottat ért balesettel vagy a Biztosított megbetegedésével;

- b) a Biztosított olyan betegségével vagy balesetével, amelyek alkohol vagy kábítószer tartós fogyasztása miatt alakulnak ki, következnek be, vagy ezek miatt rosszabbodnak;
- c) a Biztosított által elkövetett bűncselekménye(k)e(l).
3. A kiegészítő balesetbiztosítások alkalmazásában a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon biztosítási eseményekre, amelyek részben vagy egészben összefüggésben állnak:
- a) légi járművek használata – ide értve a segédmotoros vitorlázó repülőgépet és olyan ultralight légi járművet, amely személyszállítási felhasználási módra engedélyezett – és ejtőernyős ugrás során a Biztosítottat ért balesettel, kivéve, ha a balesetet a Biztosított utasszállító repülőgép utasaként szenvedte el;
- b) a Biztosított kóros elmeállapota vagy pszichiátriai megbetegedése vagy a lelki működésének zavarai miatt a Biztosítottat ért balesettel;
- c) a Biztosítottat sportolóként ért balesetével.
4. A kiegészítő egészségbiztosítások alkalmazásában a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon biztosítási eseményekre, amelyek részben vagy egészben összefüggésben állnak:
- a) a Biztosított addiktológiai, függőségekkel foglalkozó orvosi ellátásával;
- b) a Biztosított művi terhesség-megszakítás eseteivel, kivéve, ha az anya egészségének a megőrzése, életének megmentése érdekében, vagy bűncselekmény kapcsán vált szükségessé a terhesség-megszakítás;
- c) a mesterséges megtermékenyítés bármelyik formájával;
- d) a kizárólag meddőség megszüntetése miatti orvosi ellátással;
- e) sterilizációval, vagy nemi jelleg megváltoztatásával;
- f) fogászati orvosi kezeléssel;
- g) esztétikai céllal végzett orvosi kezeléssel, sebészeti beavatkozással és ezek következményeivel;
- h) a krónikus betegségek rehabilitációjával, gondozásával, így különösen a geriátriai, gyógypedagógiai, pszichoterápiás, természetgyógyászati, logopédiai ellátással, gyógytornával, fogyókúrával, fizioterápiás, fizikoterápiás, fűrdőgyógyászati, infúziós keringésjavító vagy infúziós fájdalomcsillapító kezelésekkkel.
5. Baleset és egészségbiztosítások esetén, amennyiben a Biztosított labdajátékot, küzdősportot és téli sportot a biztosítási ajánlat aláírásakor hivatásos vagy versenysportolóként űz, vagy azt megelőzően űzött, akkor a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a Biztosított mindkét térdízületére és bokaízületére.
6. A Biztosító a kockázatviselése nem terjed ki a különös feltételekben kizárt további kockázatokra.
7. Amennyiben a biztosítási szerződés egészségi kockázatelbírálás nélkül jön létre, vagy új Biztosított belépésekor a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés egészségi kockázatelbírálás nélkül kezdődik el, akkor a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel okozati összefüggésben álló eseményekre:
- a) a Biztosított olyan betegsége, vagy kóros állapota, amely a Biztosító kockázatviselése kezdetét megelőző 3 évben bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselés kezdetét megelőző 3 éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést, orvosi ellenőrzést igényelt;
- b) a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselésének kezdetét megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása;
- c) egészségbiztosítás esetén a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselésének kezdetét megelőzően keletkezett sérülése, egészségkárosodása és annak szövődményei.

VII. személyes adatok kezelése, biztosítási titok

1. A Biztosítót és a viszontbiztosítót a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bit.) alapján biztosítási titoktartási kötelezettség terheli az alábbiak szerint.
- 1.1 A Biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény (Bit.) által meghatározott egyéb cél lehet.
- 1.2 Az VII.1.1. pontban meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a Biztosító vagy a viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

- 1.3 A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény (Bit.) másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- 1.4 Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a Biztosító a VII.1.1. pontban meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.
- 1.5 Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha
- a Biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad;
 - a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn;
 - a Biztosító vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.
- 1.6 A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn
- a feladatkörében eljáró Felügyelettel;
 - az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel;
 - büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal;
 - a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel;
 - a VII.1.7.pontban foglalt esetekben az adóhatósággal;
 - a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal;
 - a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal;
 - a feladatkörében eljáró gyámhatósággal;
 - az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel;
 - törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel;
 - a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
 - törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével;
 - az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval;
 - a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviseelővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval;
 - a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval;
 - fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel;
 - a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával;
 - a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs Szabadság Hatósággal;
 - a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adataira és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval,

- t) a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel,
- u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,
- v) a Gfbt. szerinti e-kárbejelentő felületen megadott adatoknak a kárbejelentő alkalmazás működtetése, a biztosítási eseményhez kapcsolódó, szükséges információk begyűjtése és a biztosítók részére kárrendezés céljából történő továbbítása tekintetében a MABISZ-szal

szemben, ha az a)-j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy adatkérésrel, illetve írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)-s) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is. *

- 1.7 A VII.1.6.e) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a Biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját.

- 1.8 Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közgazdasági együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

- 1.9 A Biztosító vagy a viszontbiztosító a VII.1.6. és VII.1.11. pontokban, a VII.1.5. pontban, a VII.1.16. pontban és a VII.1.18. pontban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

- 1.10 A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a VII.1.6. pontban meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

- 1.11 A Biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel;

b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

- 1.12 A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a Biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

- 1.13 Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

- 1.14 Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvény 164/B. § szerinti adattovábbítás.

- 1.15 A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

a) a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,

b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a biztosító vagy a viszontbiztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmus-finanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesít.

1.16 Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító és a viszontbiztosító által a harmadik országbeli Biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:

- a) ha a Biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- b) ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.

1.17 A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

1.18 Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

1.19 A VII.1.18. pontban meghatározott adatok átadását a Biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

1.20 Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a VII.1.4. pont alá eső adatok vagy az Infotv. szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.

1.21 A Biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a VII.1.6 b), f) és j) pontjai, illetve a VII.1.11. pontja alapján végzett adattovábbításokról.

1.22 A Biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

1.23 A Biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

1.24 A Biztosító és a viszontbiztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

1.25 A Bit. alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

1.26 Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

1.27 A biztosító a hagyatéki eljárás jogerős lezárásáról történő tudomásszerzés napjáig az elhunyt szerződő által kötött életbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan, kizárólag az érintett biztosítási szerződés díjfizetéssel történő fenntartása érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, az általános szerződési feltételekről, a szerződés díjegylenlegéről, az esedékes díjtarozás összegéről, valamint a szerződés évfordulójáról az elhunyt szerződő közeli hozzátartozója részére – annak írásbeli kérelmére – adatot szolgáltat, feltéve, hogy e minőségét a kérelmező okirattal igazolja. A közeli hozzátartozó részére történő ezen adatszolgáltatás nem jelenti a biztosítási titok sérelmét. A biztosító a kérelmező személyes adatait az adatszolgáltatást követően öt évig, illetve – ha a VII/1.22. pont szerinti időtartam ezt meghaladja – a VII/1.22. pontban meghatározott időtartamig kezeli.

1.28 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 az e biztosító által kezelt és a Bit. 149. § (3)-(6) bekezdéseiben meghatározott adatok vonatkozásában.

- 1.29 A Biztosító, a viszontbiztosító, a függő biztosításközvetítő (ügynök, többes ügynök), a független biztosításközvetítő (alkusz), a Biztosított személyes adatait annak hozzájárulásával jogosult kezelni. Különleges személyes adatok kezeléséhez a személyes adatok külföldi adatkezeléséhez, illetőleg a biztosítási feladatok ellátása érdekében esetlegesen igénybe vett más cégek részére való átadásához a Biztosított, a károsult írásbeli hozzájárulására van szükség.
- 1.30 A Biztosított, a károsult személyes adatairól jogosult tájékoztatást kapni, kérésére adatait a Biztosító nyilvántartásában módosíthatja.

VIII. záró rendelkezések

1. a nyilatkozatok (bejelentések, értesítések) érvényességének és hatályosságának feltételei

- 1.1. A szerződő felek nyilatkozatának érvényességéhez írásbeli alak szükséges. Az írásbeli alakot mellőző közlések csak akkor alkalmasak joghatás kiváltására, ha ebben a felek megállapodnak, vagy azt az ügyféltájékoztató, vagy a jelen általános szerződési feltétel rendelkezései, vagy a biztosítás különös szerződési feltételei kifejezetten lehetővé teszik. Az írásban tett nyilatkozatok közlése kizárólag a Szerződő és a Biztosított által aláírt a Biztosító által rendszeresített formanyomtatványon, a Biztosító vagy függő biztosításközvetítőjének elektronikus rendszerén keresztül a Biztosító részére történő benyújtása esetén alkalmas joghatás kiváltására.
- 1.2. A Biztosító a hozzá eljuttatott nyilatkozatokat, bejelentéseket köteles érvényesnek tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A Biztosító nyilatkozatait szóban vagy írásban juttatja el a szerződésben érdekelt személyeknek. A Biztosító mindenkor a Szerződő utolsó rendelkezése szerinti címre vagy tartós adathordozóra küldi közléseit. Amennyiben a Szerződő, (vagy Biztosított) a címére vonatkozó változásbejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a Biztosító kizárja az ebből eredő, vagy ezzel összefüggő a Szerződőt és a Biztosítottat ért bármilyen kárért vagy hátrányért való felelősségét.
- 1.3. A Biztosító egyszerű, azonosított vagy ajánlott postai küldeményként feladott leveleit a postára adás napjától számított 5 munkanapon belül úgy tekinti, hogy azt a Szerződő megkapta.
- 1.4. Amennyiben a Biztosító a nyilatkozatot a Szerződőnek, a Biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak az általa ismert utolsó címére tértivevényes levélben küldi, az abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a címzés helyén átvették és azt a kézbesítési okirat igazolja.
- 1.5. A Biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozat csak akkor alkalmas a szerződésből eredő jogok gyakorlására és kötelezettségek teljesítésére, ha az teljes körűen tartalmazza azokat az adatokat, amelyek a nyilatkozat és az általa elérni kívánt joghatás érvényességéhez szükségesek, és a Biztosítóhoz megérkezik. A Biztosítóhoz megérkezettnek minősül az a szóban tett nyilatkozat is, amelyet a Biztosító vagy a Biztosító függő biztosításközvetítőjének ügyfélszolgálati rögzített telefonján keresztül tesznek meg.
- 1.6. A Szerződő vagy a Biztosított biztosítási szerződéskötésre irányuló nyilatkozatát szóban, telefonon keresztül is megteheti, amennyiben a telefonbeszélgetést a Biztosító hívásazonosítóval látja el és a rendszerében rögzíti és tárolja. A Biztosító a telefonbeszélgetést a Szerződő kérésére tartós adathordozón bocsátja rendelkezésére. A szóban létrejött szerződést a Biztosító a szóban tett nyilatkozatoknak megfelelő biztosítási ajánlat és kötvény formájában írásba foglalja és azt elektronikus úton a Szerződő által megadott e-mail címre küldi el vagy tartós adathordozón bocsátja a Szerződő rendelkezésére. A szerződés vonatkozásában annak létrejöttét követően a felek a bejelentéseket, tájékoztatásokat – a Ptk. rendelkezéseit szem előtt tartva – írásban kötelesek egymás felé intézni.

2. ügyfél-átvilágítás

- 2.1 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.
- 2.2 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.

3. technikai kamatláb, visszavásárlás, többlethozam

- 2.1 A technikai kamatláb a biztosítási szerződés tartama alatt 0%.
- 2.2 A biztosítási szerződésnek maradékjogai nincsenek, így a Szerződő nem jogosult kötvénykölcsönre, a szerződésnek nincs visszavásárlási értéke és nincs lehetőség díjmentesítésre sem. A Biztosító tőke- és hozamgaranciát nem vállal.
- 2.3 A Biztosító a díjtartalékon keletkező többlethozam 80%-át a matematikai tartalékban osztja szét.

4. igények elévülése, az elévülési idő

- 4.1 A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje 5 év.
- 4.2 Az elévülési idő kezdőnapja az egyes igények esedékességének a napja, így
- a biztosítási esemény bejelentésének elmaradása esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének a napja;
 - a biztosítási esemény bejelentése esetén az utolsó irat Biztosítóhoz történő beérkezését követő 16. nap;
 - a biztosítási esemény bejelentése esetén, amennyiben a Biztosító által igényelt információ szolgáltatás elmarad a Biztosító által ennek teljesítésére meghatározott határnapot követő nap, határnap hiányában a felhívást tartalmazó levél keltétől számított 30. nap.
- 4.3 Az igény esedékességének napjától az elévülési idő utolsó napjáig a ki nem fizetett szolgáltatást a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.
- 4.4 Az elévülési idő utolsó napját követően benyújtott szolgáltatási igényeket a Biztosító jogosult elutasítani. Az elévült követelést bírósági vagy pénzügyi békéltetőtestületi eljárásban sem lehet érvényesíteni.

5. a biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése

- 5.1 Abban az esetben, ha a biztosítási kötvény megsemmisült vagy elveszett, a Biztosító a Szerződő kérésére a hatályos eredetivel megegyező tartalmú új kötvényt állít ki.

hatálybalépés dátuma: 2023. június 10.

Melléletek:

1. számú melléklet: Kondíciós lista

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

hatályos: 2022. július 4-től

minimálisan fizetendő biztosítási díj

- éves díj: 36 000 forint
- féléves díj: 18 000 forint
- negyedéves díj: 9 000 forint
- havi díj: 3 000 forint

díjkezdvézmények

fizetési gyakoriság szerinti díjkezdvézmények

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

fizetési mód szerinti díjkezdvézmény

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

családi díjkezdvézmény

- természetes személy Szerződő és 1 főnél több Biztosított esetén egy szerződésen belül: 15%

A díjkezdvézmények mértéke összeadódik és legfeljebb 35%-ot érhet el egy szerződésben.

biztosítási szolgáltatások, minimális és maximális biztosítási összegek (BŐ) és lépésközök

(A megadott összegek forintban értendők.)

biztosítási szolgáltatások (18 év felett)	minimális BŐ	maximális BŐ	lépésköz*
kockázati életbiztosítás	500 000	50 000 000	100 000
kiegészítő balesetbiztosítási fedezetek			
baleseti halál	500 000	50 000 000	100 000
baleseti maradandó egészségkárosodás 10-100%	500 000	50 000 000	100 000
csonttörés, csontrepedés	5 000	50 000	1 000
baleseti kórházi napi térítés 1. naptól	2 000	20 000	1 000
baleseti műtéti térítés (25-200%)	150 000	1 500 000	50 000
égési sérülés	500 000	5 000 000	50 000
baleseti keresőképtelenségi napi térítés 16. naptól térít	2 000	10 000	1 000
közlekedési baleseti halál	500 000	50 000 000	100 000
közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodás10-100%	500 000	20 000 000	100 000
kiegészítő egészségbiztosítási fedezetek			
bármely okú kórházi napi térítés 1. naptól	2 000	20 000	1 000
bármely okú műtéti térítés (25-200%)	150 000	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	2 000	10 000	1 000

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

biztosítási szolgáltatások (18 év alatt)	minimális BŐ	maximális BŐ	lépésköz*
kockázati életbiztosítás	0	500 000	100 000
kiegészítő balesetbiztosítási fedezetek			
baleseti halál	500 000	5 000 000	100 000
baleseti maradandó egészségkárosodás 10-100%	500 000	5 000 000	100 000
csonttörés, csontrepedés	2 000	20 000	1 000
baleseti kórházi napi térítés 1. naptól	1 000	10 000	1 000
baleseti műtéti térítés (25-200%)	100 000	200 000	50 000
égési sérülés	200 000	2 000 000	50 000
baleseti keresőképtelenségi napi térítés 16. naptól térít	n/a	n/a	n/a
közlekedési baleseti halál	500 000	5 000 000	100 000
közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodás10-100%	500 000	5 000 000	100 000
kiegészítő egészségbiztosítási fedezetek			
bármely okú kórházi napi térítés 1. naptól	1 000	10 000	1 000
bármely okú műtéti térítés (25-200%)	100 000	200 000	50 000
69%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodás	n/a	n/a	n/a
bármely okú keresőképtelenségi napi térítés 16. naptól térít	n/a	n/a	n/a

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

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

hatályos: 2023. június 10-től

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

Szolgáltatási igény bejelentésekor benyújtandó dokumentumok	bármely okú halál	baleseti eredetű halál	baleseti eredetű egészségkárosodás	égési sérülés	csonttörés, csontrepedés	műtéteti térítés	kórházi napi térítés	keresőképtelenségi napi térítés	69%-ot meghaladó egészségkárosodás
a Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és aláírt szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány	X	X	X	X	X	X	X	X	X
a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban indult hatósági eljárás során keletkezett, valamint az eljárás anyagának részét képező iratok, az eljárást lezáró határozat	X	X	X	X	X	X	X	X	X
a biztosítási esemény körülményeinek tisztázásához szükséges iratok, így különösen rendőrség, munkahely, közlekedési vállalat, oktatási intézmény által felvett baleseti jegyzőkönyv és határozat, a balesettel kapcsolatos szakértői vélemények	X	X	X	X	X	X	X	X	X
a Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel és annak előzményével kapcsolatos adatokkal összefüggő, a Biztosított egészségi állapotát és kórelőzményi adatait bemutató hiteles egészségügyi dokumentumok, így különösen a házi vagy üzemorvosi karton, járó- és fekvőbeteg ellátás során keletkezett és a gyógyszerfelhasználást igazoló iratok, az első orvosi ellátást leíró iratok, diagnózis és felállításának időpontját igazoló iratok, orvosi leírás, zárójelentés, kórházi igazolás, elszámolási nyilatkozat, korábbi orvosi iratok, műtėti leírás, ambuláns lap, röntgen lelet, ápolási dokumentáció, teljes kórházi kórlap, szövettani lelet, kontroll eredmények	X	X	X	X	X	X	X	X	X
társadalombiztosítási szerv vagy más személy, szervezet által kezelt biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosítotti adatokat tartalmazó iratok	X	X	X	X	X	X	X	X	X
a Biztosított születési időpontját igazoló hivatalos dokumentum, pl.: születési anyakönyvi kivonat, személyazonosító igazolvány, útlevél, vezetői engedély	X	X	X	X	X	X	X	X	X
a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését befolyásoló sporttevékenységével kapcsolatos tagsági igazolvány, jogviszonyt igazoló dokumentum, verseny, vagy mérkőzés jegyzőkönyve	X	X	X	X	X	X	X	X	X
kiskorú vagy gondnokolt Kedvezményezett esetén, a törvényi előírást meghaladó kifizetésnél gyámhatósági végzés és nyilatkozat törvényes képviselő személyéről	X	X	X	X	X	X	X	X	X
véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredménye, amennyiben ilyen készült	X	X	X	X	X	X	X	X	X
a Biztosított biztosítási esemény során jármű vezetőjeként történő sérülése esetén a Biztosított vezetői engedélye és jármű forgalmi engedélye	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Igazságügyi Orvos-szakértő által elvégzett vizsgálati eredmény, illetve vélemény	X	X	X	X	X	X	X	X	X
felvett egyéb hivatalos, vagy tanúkkal igazolt nem hivatalos jegyzőkönyv vagy igazolás a baleset és a sérülés megtörténtéről, körülményeiről	X	X	X	X	X	X	X	X	X
amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, az eljárást befejező határozat másolata, feltéve, hogy az a jogalap megállapításához szükséges, így különösen az eljárást megtagadó, felfüggesztő vagy megszüntető, illetve jogerős bírósági határozat másolata, különös tekintettel a hatósági alkohol vizsgálati eredményre	X	X	X	X	X	X	X	X	X
pénzmosási törvényben rögzített ügyfél-átvilágítás végrehajtásához szükséges azonosító adatok és nyilatkozatok	X	X	X	X	X	X	X	X	X
halottvizsgálati bizonyítvány	X	X							
boncolási jegyzőkönyv	X	X							
halotti anyakönyvi kivonat	X	X							

a Biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontjának, lefolyásának, valamint a halál körülményeinek tisztázásához szükséges iratok	x	x							
hitelfedezeti záradékkal rendelkező szerződés esetén a hitelintézet igazolása a hitelszerződés adatairól, így különösen a kölcsön- vagy hitelszerződés létrejöttének dátumáról, a fennálló tartozás mértékéről	x	x							
a Kedvezményezett jogosultságát igazoló okirat(ok), így különösen jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány, feltéve, hogy a Kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg	x	x	x	x	x	x	x	x	x
csonttörést vagy csontrepedést igazoló röntgen lelet vagy orvosi igazolás					x				
képalkotó vizsgálat eredménye, amennyiben készült (pl.: MR, CT, röntgen)					x	x			
kórházi zárójelentés és intenzív osztály zárójelentése, amennyiben történt ilyen ellátás						x	x	x	
műtét esetén zárójelentés mely tartalmazza az elvégzett műtét megnevezését, műtét dátumát, valamint műtéti leírást, műtét WHO kódját						x			
keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által kiállított, a hatályos jogszabályok szerint a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány („Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről”) annak kiállítását követő 15 napon belül folyamatos keresőképtelenség esetén is									x
folyamatos keresőképtelenség esetén a Biztosított egészségi állapotát leíró új kezelőorvosi dokumentumok 60 naponként									x
annak írásos igazolása, hogy a Biztosított a kötelező egészségbiztosítás rendszerében táppénzre jogosult									x
külföldi kezelő/házi orvostól vagy kórháztól kapott igazolás, illetve azon külföldi hatóság igazolása, amely táppénz folyósítására jogosult									x
a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás (egészségi állapot) mértékének megállapítására jogosult szerv által kiállított szakvélemény, határozat, vizsgálati jegyzőkönyv									x
a biztosítás megszűnését követően kelt orvos-szakértői intézet szakvéleménye esetén a 69%-ot meghaladó egészségkárosodás megállapítására irányuló igény benyújtása időpontjának igazolása									x
kezelő orvos, háziorvos nyilatkozata a biztosítási esemény háttérében álló alapbetegségek megnevezésével és a betegségek első kórismézésének pontos időpontjával									x
idegen nyelvű dokumentumok hivatalos fordítása	x	x	x	x	x	x	x	x	x

a kockázati életbiztosítás különös feltétele

Jelen különös feltétel a K&H Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) biztosítási szerződéseinek haláleseti szolgáltatásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek.

Jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H életbiztosítás általános feltétele (a továbbiakban általános feltétel) az irányadó, mely feltételre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött.

I. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a Biztosított a szerződés tartama alatt bekövetkezett bármely okú halála.
2. A biztosítási esemény időpontja a Biztosított elhalálzásának az időpontja.

II. a Biztosító szolgáltatása

1. A Biztosító a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező halála esetén a biztosítási esemény időpontjában a biztosítási szerződésben rögzített bármely okú halálra meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a haláleseti szolgáltatásra jogosult Kedvezményezett(ek) részére.
2. Amennyiben a Biztosító a Biztosított életkora, vagy más kockázati tényező helytelen bevallása miatt a valósnál alacsonyabb díjat állapított meg a kockázati életbiztosítás ellenértékéért, a Biztosító legfeljebb a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási ajánlat aláírásakor bevallott életkornak, dohányzási szokásnak, foglalkozásnak, sportolás szintjének és a valós életkornak megfelelően kiszámított díjak arányában csökkentett biztosítási összeget teljesíti.

III. a biztosítási díj

1. A kockázati életbiztosítás díja függ az általános feltétel III.1. pontjában megfogalmazottakon túl a Biztosított dohányzási szokásától is. A biztosítási díj meghatározása szempontjából a Biztosító három különböző, dohányzási szokástól függő csoportba sorolja a Biztosított(ak)at a Biztosított(ak) nyilatkozata alapján:
 - a) **Dohányzónak** minősül az a Biztosított, aki a nyilatkozattételkor napi rendszerességgel dohányterméket, füst nélküli dohányterméket, vagy új dohánytermék kategóriába sorolt terméket fogyaszt, vagy akinek a Biztosító által az egészségi kockázatfelmérés során elvégzett nikotin teszt eredménye vagy orvosi dokumentum ezt igazolja.
 - b) **Alkalmi dohányzónak** minősül az a Biztosított, aki a nyilatkozattételt megelőző 24 hónapban dohányterméket, füst nélküli dohányterméket, vagy új dohánytermék kategóriába sorolt terméket nem napi rendszerességgel fogyasztott, vagy 24 hónapon belül hagyta abba a dohányzást.
 - c) **Nem dohányzónak** minősül az a Biztosított, aki a nyilatkozattételkor nem dohányzik és a nyilatkozattételt megelőző 24 hónapban egyáltalán nem fogyasztott dohányterméket, füst nélküli dohányterméket, vagy új dohánytermék kategóriába sorolt terméket, vagy akinek a Biztosító által az egészségi kockázatfelmérés során elvégzett nikotin teszt eredménye ezt igazolja.
2. Amennyiben a Biztosító a Biztosított dohányzási szokására vonatkozó kérdést nem tesz fel, abban az esetben a Biztosítottat az Alkalmi dohányzó kategóriába sorolja.
3. A Biztosító a Biztosított nyilatkozata alapján megismert a Biztosított dohányzási szokására jellemző kategóriát az ajánlaton és a kötvényen is feltünteti.
4. A Biztosító jogosult a biztosítási ajánlat elfogadása előtt a dohányzástól való mentesség ellenőrzésére nikotin tesztet végeztetni és az eredmény alapján a Biztosított díját a dohányzási szokástól függő csoportnak megfelelő díjra módosítani. A Biztosító a módosított kategóriát figyelemfelkeltésre alkalmas módon feltünteti a kötvényen.

IV. a Biztosított változásbejelentési kötelezettsége

1. Jelen életbiztosítás vonatkozásában a dohányzási szokások a biztosítás szempontjából lényeges körülménynek minősülnek.

2. A Nem dohányzó biztosított kategóriába sorolt Biztosított köteles a dohányzás elkezdését az állapot beálltától számított 15 napon belül írásban bejelenteni a Biztosítónak. A változásbejelentés elmulasztása esetén az általános feltétel V. pontja értelmében a biztosító mentesülhet szolgáltatási kötelezettsége alól.
3. A Dohányzó biztosított kategóriába sorolt Biztosított köteles a dohányzás abbahagyását az állapot beálltától számított 15 napon belül írásban bejelenteni a Biztosítónak.

V. a Biztosító szerződésmódosítási lehetősége

1. A jelen különös feltétel IV.2. pontjában meghatározott esetben a Biztosító a változásbejelentést legalább 90 nappal követő biztosítási évfordulóval a Biztosítottat a Dohányzó biztosított kategóriába sorolja a jelen különös feltétel III. pontjának a figyelembevételével.
2. A jelen különös feltétel IV.2. pontjában meghatározott esetben a változásbejelentést legalább 90 nappal követő biztosítási évfordulótól módosul a biztosítási díj. A módosult biztosítási díj kiszámítása a biztosítás létrejöttkor hatályos díjtarifa szerint a Biztosított aktuális életkorának, tevékenységének (foglalkozás, sport, egyéb), dohányzási szokások szerinti kategóriájának és a biztosítási összegnek, továbbá a biztosítás hátralévő tartamának a figyelembe vételével történik.
3. A jelen különös feltétel IV.3. pontjában meghatározott esetben a Biztosító 24 hónappal a változásbejelentést követően kockázatbírálást végez, melynek során felméri a Biztosított dohányzási szokását. Amennyiben a kockázatbírálás eredményeként a Biztosított jelen feltétel szerinti Nem dohányzó kategóriába sorolható, a Biztosító a kockázatbírálás napját legalább 90 nappal követő biztosítási évfordulóval a Biztosítottat a Nem dohányzó biztosított kategóriába sorolja a jelen különös feltétel III. pontjának a figyelembevételével, amennyiben a Biztosító kockázata a kockázatviselés kezdetéhez képest jelentősen nem növekedett.
4. A jelen különös feltétel IV.3. pontjában meghatározott esetben a változásbejelentést legalább 90 nappal követő harmadik biztosítási évfordulótól módosul a biztosítási díj. A módosult biztosítási díj kiszámítása a biztosítás létrejöttkor hatályos díjtarifa szerint a Biztosított aktuális életkorának, tevékenységének (foglalkozás, sport, egyéb), dohányzási szokások szerinti kategóriájának és a biztosítási összegnek, továbbá a biztosítás hátralévő tartamának a figyelembe vételével történik.

VI. a Biztosító teljesítésének a feltételei

1. a biztosítási esemény bejelentésének módja

- 1.1 A szolgáltatási igényt a haláleseti Kedvezményezettnek kötelezettsége benyújtani a Biztosító részére.

2. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

- 2.1. A Biztosító teljesítéséhez az általános feltétel IV.2.2. pontjában meghatározott dokumentumokat kell benyújtani.

VII. a Biztosító mentesülése és a kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító mentesülésének eseteit és a kockázatviseléséből kizárt eseményeket az általános feltétel tartalmazza.

a baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás különös feltétele

Jelen különös feltétel a K&H Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) biztosítási szerződéseinek baleseti haláleseti szolgáltatásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a biztosítási szerződés jelen feltételben leírt szolgáltatást tartalmazza.

Jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H életbiztosítás általános feltétele (a továbbiakban általános feltétel) az irányadó, mely feltételre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött.

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 biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

II. a Biztosító szolgáltatása

1. A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 1 éven belül bekövetkező halála esetén a Biztosító a biztosítási szerződésben az elhalálozás napján rögzített biztosítási összeget fizeti ki a haláleseti szolgáltatásra jogosult Kedvezményezett(ek) részére.
2. Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesete miatti halála a biztosítási szerződés megszűnését követően, de a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 1 éven belül következik be, úgy a Biztosító a szerződés megszűnésének az időpontjában a biztosítási szerződésben rögzített biztosítási összeget veszi figyelembe.
3. A Biztosító a haláleseti szolgáltatását csökkenti a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodási szolgáltatásként ugyanazon biztosítási esemény miatt az általa korábban kifizetett összeggel.
4. Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező baleset miatti halála a biztosítási szerződés megszűnését követően, de a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 1 éven belül következik be, és a Biztosító a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra a baleseti halál esetére vonatkozó szolgáltatási összegnél magasabb szolgáltatási összeget fizetett ki, úgy a Biztosító nem teljesít haláleseti szolgáltatást.
5. A Biztosító a Biztosított halála után a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül teljesíti a szolgáltatását.

III. a Biztosító teljesítésének a feltétele

1. a biztosítási esemény bejelentésének módja

- 1.1 A szolgáltatási igényt a haláleseti Kedvezményezettnek kötelezettsége benyújtani a Biztosító részére.

2. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

- 2.1 A Biztosító teljesítéséhez az általános feltétel IV.2.2. pontjában meghatározott dokumentumokat kell benyújtani.

IV. a Biztosító mentesülése és a kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító mentesüléseinek eseteit és a kockázatviseléséből kizárt eseményeket az általános feltétel tartalmazza.

Közlekedési baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás különös feltétele

Jelen különös feltétel a K&H Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) biztosítási szerződéseinek közlekedési baleseti haláleseti szolgáltatásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződés jelen feltételben leírt szolgáltatást tartalmazza.

Jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H életbiztosítás általános feltétele (a továbbiakban általános feltétel) az irányadó, mely feltételre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött.

I. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a Biztosítottat a biztosítás tartama alatt ért közlekedési baleset, ha a közlekedési baleset következtében a baleset megtörténtétől számított 1 éven belül meghal.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a közlekedési baleset időpontja.

II. a Biztosító szolgáltatása

1. A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 1 éven belül bekövetkező halála esetén a Biztosító a biztosítási szerződésben az elhalálozás napján rögzített biztosítási összeget fizeti ki a haláleseti szolgáltatásra jogosult Kedvezményezett(ek) részére.
2. Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező közlekedési balesete miatti halála a biztosítási szerződés megszűnését követően, de a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 1 éven belül következik be, úgy a Biztosító a szerződés megszűnésének az időpontjában a biztosítási szerződésben rögzített biztosítási összeget veszi figyelembe.
3. A Biztosító a haláleseti szolgáltatását csökkenti a közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodási szolgáltatásként ugyanazon biztosítási esemény miatt az általa korábban kifizetett összeggel.
4. Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező közlekedési balesete miatti halála a biztosítási szerződés megszűnését követően, de a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 1 éven belül következik be, és a Biztosító a közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra a közlekedési baleseti halál esetére vonatkozó szolgáltatási összegnél magasabb szolgáltatási összeget fizetett ki, úgy a Biztosító nem teljesít haláleseti szolgáltatást.
5. A Biztosító a Biztosított halála után a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül teljesíti a szolgáltatását.

III. a Biztosító teljesítésének a feltétele

1. a biztosítási esemény bejelentésének módja

- 1.1. A szolgáltatási igényt a haláleseti Kedvezményezettnek kötelezettsége benyújtani a Biztosító részére.

2. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

- 2.1. A Biztosító teljesítéséhez az általános feltétel IV.2.2. pontjában meghatározott dokumentumokat kell benyújtani.

IV. a Biztosító mentesülése és a kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító mentesülésének eseteit és a kockázatviseléséből kizárt eseményeket az általános feltétel tartalmazza.

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

Jelen különös feltétel a K&H Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) biztosítási szerződéseinek baleteti eredetű maradandó egészségkárosodás szolgáltatásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződés jelen feltételben leírt szolgáltatást tartalmazza.

Jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H életbiztosítás általános feltétele (a továbbiakban általános feltétel) az irányadó, mely feltételre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött.

I. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baletet, melynek következtében a Biztosított legalább 10%-os mértékű maradandó egészségkárosodást szenved.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baletet időpontja.

II. a Biztosító szolgáltatása

1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben a maradandó egészségkárosodás mértékének a megállapításakor rögzített biztosítási összeg maradandó egészségkárosodás mértékével megegyező százalékát nyújtja szolgáltatásként.
2. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége akkor válik esedékessé, ha az egészségkárosodás maradandó, vagy ha az egészségkárosodás mértéke folyamatosan változik és a baletet napjától számított 2 év eltelt.
3. Amennyiben a Biztosított egészségkárosodásának mértéke folyamatosan változik, úgy mind a Biztosítottnak, mind a Biztosítónak joga van biztosítási eseményenként a bejelentett baletet napjától számított 2 évben egy alkalommal a Biztosított maradandó egészségkárosodásának orvosszakértői megállapítását kérni. Amennyiben a baletet napjától számított 2 év eltelt, a Biztosító orvosszakértője megállapítja az igazolhatóan fennálló egészségkárosodás mértékét.
4. A Biztosított ismételt szolgáltatási igény bejelentéssel és megfelelő kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával legfeljebb a biztosítási esemény bekövetkezését követő 4 évig évente egy alkalommal kezdeményezheti a maradandó egészségkárosodás ismételt megállapítását. A felülvizsgálat eredményétől függően a Biztosító a jelen különös feltétel III/1. pontja szerinti szolgáltatást teljesíti, oly módon, hogy a biztosítási eseménnyel összefüggésben történt korábbi teljesítések összegét az utóbb teljesítendő szolgáltatás összegéből levonja.
5. A maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosszakértője az általános feltétel a I.1.9.7. pontjában található táblázat szerint állapítja meg. Amennyiben a maradandó egészségkárosodás mértéke az I.1.9.7. pont alapján nem állapítható meg, úgy a maradandó egészségkárosodás mértékét a testi és/vagy szellemi épség (működőképesség) orvosi szempontból csökkent mértéke alapján kell megállapítani. A Biztosítót más orvosszakértői testületek határozata nem köti, így például a társadalombiztosítási szervek határozata nem szolgál alapul az egészségkárosodás mértékének és maradandó jellegének megállapításánál.
6. **A baletet előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.**
7. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak abban az esetben áll be, ha a biztosítási esemény bejelentésére és a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítására még a Biztosított életében sor kerül. Ha a Biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodásnak csak olyan foka után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat megállapítása szerint figyelembe vehető.
8. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a baletetet követő 15 napon belül meghal.
9. Amennyiben a Biztosító a szolgáltatási kötelezettségét már megállapította, de a maradandó egészségkárosodás mértéke még nem állapítható meg, a Biztosító saját döntése alapján a Biztosított részére előleget fizethet ki.

III. a Biztosító teljesítésének feltétele

1. A Biztosító teljesítéséhez az általános feltétel IV.2.2. pontjában meghatározott dokumentumokat kell benyújtani.

IV. a Biztosító mentesülése és a kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító mentesülésének eseteit és a kockázatviseléséből kizárt eseményeket az általános feltétel tartalmazza.

az eltartott kiskorúak ingyenes baleseti eredetű maradandó egészségkárosodására (10-100%) vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltétele

Jelen különös feltétel a K&H Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) biztosítási szerződéseinek baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás szolgáltatásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződés jelen feltételben leírt szolgáltatást tartalmazza.

Jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H életbiztosítás általános feltétele (a továbbiakban általános feltétel) az irányadó, mely feltételre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött.

I. a Biztosított

1. Jelen különös feltétel alapján Társbiztosított(ak) a biztosítási szerződésben megjelölt, a szerződéshez történő csatlakozásuk időpontjában legfeljebb 18 éves, a Főbiztosított személy vér szerinti, mostoha vagy örökbefogadott, a Főbiztosítottal egy háztartásban élő gyermekei, amennyiben a Főbiztosítotton kívül legalább egy 18 évet meghaladó belépési életkorral rendelkező Társbiztosítottat is megjelöltek a biztosítási szerződésben.

II. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a Társbiztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a Társbiztosított legalább 10%-os mértékű maradandó egészségkárosodást szenved.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

III. a Biztosító szolgáltatása

1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben a maradandó egészségkárosodás mértékének a megállapításakor rögzített biztosítási összeg maradandó egészségkárosodás mértékével megegyező százalékát nyújtja szolgáltatásként.
2. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége akkor válik esedékessé, ha az egészségkárosodás maradandó, vagy ha az egészségkárosodás mértéke folyamatosan változik és a baleset napjától számított 2 év eltelt.
3. Amennyiben a Biztosított egészségkárosodásának mértéke folyamatosan változik, úgy mind a Biztosítottnak, mind a Biztosítónak joga van biztosítási eseményként a bejelentett baleset napjától számított 2 évben egy alkalommal a Biztosított maradandó egészségkárosodásának orvosszakértői megállapítását kérni. Amennyiben a baleset napjától számított 2 év eltelt, a Biztosító orvosszakértője megállapítja az igazolhatóan fennálló egészségkárosodás mértékét.
4. A Biztosított ismételt szolgáltatási igény bejelentéssel és megfelelő kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával legfeljebb a biztosítási esemény bekövetkezését követő 4 évig évente egy alkalommal kezdeményezheti a maradandó egészségkárosodás ismételt megállapítását. A felülvizsgálat eredményétől függően a Biztosító a jelen különös feltétel 1.1. pontja szerinti szolgáltatást teljesíti, oly módon, hogy a biztosítási eseménnyel összefüggésben történt korábbi teljesítések összegét az utóbb teljesítendő szolgáltatás összegéből levonja.
5. A maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosszakértője az általános feltétel I.1.9.7. pontjában található táblázat szerint állapítja meg. Amennyiben a maradandó egészségkárosodás mértéke az I.1.9.7. pont alapján nem állapítható meg, úgy a maradandó egészségkárosodás mértékét a testi és/vagy szellemi épség (működőképesség) orvosi szempontból csökkent mértéke alapján kell megállapítani. A Biztosítót más orvosszakértői testületek határozata nem köti, így például a társadalombiztosítási szervek határozata nem szolgál alapul az egészségkárosodás mértékének és maradandó jellegének megállapításánál.
6. **A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.**
7. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak abban az esetben áll be, ha a biztosítási esemény bejelentésére és a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítására még a Biztosított életében sor kerül. 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.
8. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.

- Amennyiben a Biztosító a szolgáltatási kötelezettségét már megállapította, de a maradandó egészségkárosodás mértéke még nem állapítható meg, a Biztosító saját döntése alapján a Biztosított részére előleget fizethet ki.

IV. a Biztosító teljesítésének feltétele

- A Biztosító teljesítéséhez az általános feltétel IV.2.2. pontjában meghatározott dokumentumokat kell benyújtani.

V. a Biztosító mentesülése és a kockázatviseléséből kizárt események

- A Biztosító mentesülésének eseteit és a kockázatviseléséből kizárt eseményeket az általános feltétel tartalmazza.

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

Jelen különös feltétel a K&H Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) biztosítási szerződéseinek közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás szolgáltatásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződés jelen feltételben leírt szolgáltatást tartalmazza.

Jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H életbiztosítás általános feltétele (a továbbiakban általános feltétel) az irányadó, mely feltételre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött.

I. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért közlekedési baleset, melynek következtében a Biztosított legalább 10%-os mértékű maradandó egészségkárosodást szenved.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a közlekedési baleset időpontja.

II. a Biztosító szolgáltatása

1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben a maradandó egészségkárosodás mértékének a megállapításakor rögzített biztosítási összeg maradandó egészségkárosodás mértékével megegyező százalékát nyújtja szolgáltatásként.
2. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége akkor válik esedékessé, ha az egészségkárosodás maradandó, vagy ha az egészségkárosodás mértéke folyamatosan változik és a közlekedési baleset napjától számított 2 év eltelt.
3. Amennyiben a Biztosított egészségkárosodásának mértéke folyamatosan változik, úgy mind a Biztosítottnak, mind a Biztosítónak joga van biztosítási eseményként a bejelentett közlekedési baleset napjától számított 2 évben egy alkalommal a Biztosított maradandó egészségkárosodásának orvosszakértői megállapítását kérni. Amennyiben a közlekedési baleset napjától számított 2 év eltelt, a Biztosító orvosszakértője megállapítja az igazolhatóan fennálló egészségkárosodás mértékét.
4. A Biztosított ismételt szolgáltatási igény bejelentéssel és megfelelő kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával legfeljebb a biztosítási esemény bekövetkezését követő 4 évig évente egy alkalommal kezdeményezheti a maradandó egészségkárosodás ismételt megállapítását. A felülvizsgálat eredményétől függően a Biztosító a jelen különös feltétel III/1. pontja szerinti szolgáltatást teljesíti, oly módon, hogy a biztosítási eseménnyel összefüggésben történt korábbi teljesítések összegét az utóbb teljesítendő szolgáltatás összegéből levonja.
5. A maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosszakértője az általános feltétel a I.1.9.7. pontjában található táblázat szerint állapítja meg. Amennyiben a maradandó egészségkárosodás mértéke a I.1.9.7. pontja alapján nem állapítható meg, úgy a maradandó egészségkárosodás mértékét a testi és/vagy szellemi épség (működőképesség) orvosi szempontból csökkent mértéke alapján kell megállapítani. A Biztosítót más orvosszakértői testületek határozata nem köti, így például a társadalombiztosítási szervek határozata nem szolgál alapul az egészségkárosodás mértékének és maradandó jellegének megállapításánál.
6. **A közlekedési baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.**
7. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak abban az esetben áll be, ha a biztosítási esemény bejelentésére és a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítására még a Biztosított életében sor kerül. 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.
8. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.
9. Amennyiben a Biztosító a szolgáltatási kötelezettségét már megállapította, de a maradandó egészségkárosodás mértéke még nem állapítható meg, a Biztosító saját döntése alapján a Biztosított részére előleget fizethet ki.

III. a Biztosító teljesítésének feltétele

1. A Biztosító teljesítéséhez az általános feltétel IV.2.2. pontjában meghatározott dokumentumokat kell benyújtani.

IV. a Biztosító mentesülése és a kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító mentesülésének eseteit és a kockázatviseléséből kizárt eseményeket az általános feltétel tartalmazza.

baleseti eredetű maradandó égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltétele

Jelen különös feltétel a K&H Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) biztosítási szerződéseinek baleseti eredetű maradandó égési sérülés szolgáltatásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződés jelen feltételben leírt szolgáltatást tartalmazza.

Jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H életbiztosítás általános feltétele (a továbbiakban általános feltétel) az irányadó, mely feltételre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött.

I. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a Biztosított égési sérülést szenved.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

II. a Biztosító szolgáltatása

1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában a biztosítási szerződésben rögzített biztosítási összeg az égési sérülés súlyosságától függő II.3., 4., 5. pontokban meghatározott százalékos mértékét nyújtja szolgáltatásként.
2. Az égési sérülés az izom- vagy hámszövet olyan sérülése, amelyet hő, elektromosság, vegyi anyagok, súrlódás vagy sugárzás okoz. Elsőfokú égés csak a bőr felszínét érintő, felületes égés. Másodfokú égés, a bőr mélyebb rétegeibe hatoló, részleges mélységű égés. Harmadfokú égés a bőr minden rétegére kiterjedő égés. A negyedfokú égés a mélyebb szöveteket, például az izom- vagy csontszövetet is károsító égés.
3. Az égési sérülés súlyosságától függő százalékos mértéket a sérült testfelületet ért égés mélységétől és a teljes testfelülethez viszonyított kiterjedtségétől függően az alábbi táblázat határozza meg:

égés mélysége	égési sérülés kiterjedtsége			
	1-10%	11-20%	21-60%	61-100%
I. fokú	-	-	-	-
II. fokú	-	-	30%	60%
III. fokú	25%	50%	100%	200%
IV. fokú	50%	100%	200%	200%

4. Az égési sérülés százalékos mértéke szájüreg legalább III. fokú égése esetén 100%, légcső legalább III. fokú égése esetén 200%.
5. Amennyiben a Biztosított igazoltan, közvetlenül az égési sérülések következtében a biztosítási eseményt követő 2 éven belül meghal, az égési sérülés százalékos mértéke 200%.
6. Ha a Biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle mélységű és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a Biztosító a szolgáltatásának mértékét úgy határozza meg, hogy az egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadja, és az így kapott százalékkértékhez hozzárendeli a sérült testfelület legnagyobb felületét érő égés mélységét meghatározó égési fokot.
7. Egy biztosítási eseményhez kapcsolódóan a Biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg a biztosítási összeg 200%-át.
8. 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.

III. a Biztosító teljesítésének feltétele

1. A Biztosító teljesítéséhez az általános feltétel IV.2.2. pontjában meghatározott dokumentumokat kell benyújtani.

IV. a Biztosító mentesülése és a kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító mentesülésének eseteit és a kockázatviseléséből kizárt eseményeket az általános feltétel tartalmazza.

csonttörésre és csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltétele

Jelen különös feltétel a K&H Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) biztosítási szerződéseinek csonttörés, csontrepedés szolgáltatásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződés jelen feltételben leírt szolgáltatást tartalmazza.

Jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H életbiztosítás általános feltétele (a továbbiakban általános feltétel) az irányadó, mely feltételre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött.

I. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a Biztosított csonttörést vagy csontrepedést szenved. Jelen különös feltétel alapján a fogtörés nem minősül csonttörésnek.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

II. a Biztosító szolgáltatása

1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a bekövetkezett törések és/vagy repedések számától függetlenül a biztosítási esemény időpontjában a biztosítási szerződésben rögzített biztosítási összeget fizeti ki.
2. A Biztosító egy biztosítási évben legfeljebb 5 alkalommal nyújt szolgáltatást.

III. a Biztosító teljesítésének feltétele

1. A Biztosító teljesítéséhez az általános feltétel IV.2.2. pontjában meghatározott dokumentumokat kell benyújtani.

IV. a Biztosító mentesülése és a kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító mentesülésének eseteit és a kockázatviseléséből kizárt eseményeket az általános feltétel tartalmazza.

a bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítás különös feltétele

Jelen különös feltétel a K&H Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) biztosítási szerződéseinek műtéti szolgáltatásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződés jelen feltételben leírt szolgáltatást tartalmazza.

Jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H életbiztosítás általános feltétele (a továbbiakban általános feltétel) az irányadó, mely feltételre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött.

I. a Biztosított

1. Biztosított csak olyan személy lehet, aki a biztosítási ajánlat aláírásakor nem áll kórházi kezelés alatt, nincs betegszabadságon, táppénzre, vagy rokkantsági járadékra nem jogosult.
2. Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a Biztosított(ak) belépési életkora legalább 3 év és legfeljebb 60 év lehet a szerződéshez történő csatlakozásuk időpontjában, lejáratí életkora 65 év lehet.

II. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség vagy baleset, melynek következtében a Biztosított műtetre szorul.
2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a Biztosított baleset miatti műtétje esetén a baleset időpontja, a Biztosított betegség miatti műtétje esetén a műtét elvégzésének napja.

III. a Biztosító szolgáltatása

1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a műtét időpontjában a biztosítási szerződésben rögzített bármely okú műtéti térítésre vonatkozó biztosítási összegnek az elvégzett műtét besorolása szerinti, jelen különös feltétel VI. pontjában meghatározott százalékát nyújtja.
2. A Biztosító a Biztosított betegsége esetén a kockázatviselés tartama alatt elvégzett műtétekre, a Biztosított balesete esetén a baleset napjától számított 1 éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges műtétekre nyújt szolgáltatást.
3. Amennyiben a műtét a biztosítási szerződés megszűnését követően, de a biztosítási eseményben meghatározott baleset időpontjától számított 1 éven belül következik be, akkor a szolgáltatás mértékének a megállapításánál a szerződés megszűnésének napján a biztosítási szerződésben rögzített biztosítási összeget kell figyelembe venni.
4. A Biztosító szolgáltatása egy biztosítási éven belül elvégzett több műtét esetén sem haladhatja meg a bármely okú műtéti térítésre a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg háromszorosát. A műtéti beavatkozást követő 2 héten belül elvégzett ugyanazon műtéti beavatkozás jelen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül újabb műtétnek.
5. Egy napon, vagy egy eljárásban vagy eltérő időpontokban ugyanazon biztosítási esemény miatt végzett több műtéti beavatkozás esetén a Biztosító ezen műtéti beavatkozások besorolásának megfelelő legmagasabb százalékos értékének alapján állapítja meg szolgáltatásának mértékét. Amennyiben a Biztosító ugyanazon biztosítási eseményből adódóan szolgáltatást teljesített, úgy a különböző besorolású műtétek esetén megállapított magasabb szolgáltatási összegből levonja a korábban teljesített szolgáltatás összegét.

IV. a Biztosító teljesítésének feltételei

1. a biztosítási esemény bejelentésének határideje

- 1.1 A szolgáltatási igényt a műtét elvégzését követő 15 napon belül kell írásban bejelenteni a Biztosítóknak.

2. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

- 2.1 A Biztosító teljesítéséhez az általános feltétel IV.2.2. pontjában meghatározott dokumentumokat kell benyújtani.

V. a Biztosító mentesülése és a kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító mentesülésének eseteit és a kockázatviseléséből kizárt eseményeket az általános feltétel tartalmazza.

VI. műtétek besorolása és a műtéti lista kivonata

1. A műtétek csoportba sorolása a műtéti listán található meg. A műtétek csoportba sorolásának kivonatos tájékoztatója a 3. pont alatt található meg.
2. A műtéti térítés biztosítás esetében a Biztosító térítése biztosítási esemény bekövetkeztekor:
- az **1. csoportba** tartozó műtét esetén a **biztosítási összeg 200%-a**,
 - a **2. csoportba** tartozó műtét esetén a **biztosítási összeg 100%-a**,
 - a **3. csoportba** tartozó műtét esetén a **biztosítási összeg 50%-a**,
 - a **4. csoportba** tartozó műtét esetén a **biztosítási összeg 25%-a**.
- e) az **5. csoportba** tartozó műtétek nem térített műtétnek minősülnek. Amennyiben a Biztosítottn 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		3. csoport	
50148	.....koponyaüregi daganat vagy cysta eltávolítása	53836	.....érpótlás a medencei és combverőér között
5014E	.....agydaganat eltávolítása	54030	.....nyaki nyirokcsomók kiterjesztett eltávolítása
5814H	.....teljes térdprotézis beültetése	54560	.....vastagbél teljes eltávolítása
5815C	.....csípőprotézis fejének cseréje	58030	.....nyaki porckorongsérv eltávolítása
50117	.....koponyaüregi vérömleny eltávolítása	58101	.....nyaki csigolya rögzítése (csont + lemez)
50201	.....nyílt agykoponyasérülés ellátása	58145	.....térd csontos beroppanás kiemelése, csontpótlás, lemez
50311	.....ideggyök gerincszakaszon belüli műtéte	3. csoport	
50337	.....gerincvelői daganatok eltávolítása	5792H	.....félcső lemezelés
50340	.....gerinctörésnél csontdarab kiemelése a gerincszakaszból	50440	.....idegátültetés
52077	.....belső hallójárat feltárása scala (hátsó koponyagödör) felől	50631	.....pajzsmirigylebeny eltávolítása
53240	.....felső tüdőlebeny eltávolítása	51150	.....szem kötőhártyájának varrása
53340	.....hörgővarrat	53778	.....pacemaker és defibrillátor beültetése
53350	.....tüdőátültetés (féloldali)	53856	.....érpótlás a comb és lábszárverőér között
53471	.....rekeszizomvarrat	53932	.....érsérülés ellátása foltal
53530	.....billentyűplasztika aortabillentyűn	54065	.....hashártya mögötti nyirokcsomók eltávolítása
53742	.....pitvari sérülés ellátása	54131	.....lépeltávolítás
53750	.....szívátültetés	54361	.....gyomor részleges eltávolítása
55280	.....hasnyálmirigy-átültetés	54430	.....gyomor vagy nyombél varrása
55551	.....veseátültetés	54700	.....féregnyúlvány-eltávolítás (vakbélműtét)
58151	.....TEP, teljes csípőprotézis	55110	.....epehólyag-eltávolítás
2. csoport		55300	.....lágycsöv-műtét
5382L	.....hasi aorta tágulatának kimetszése	56011	..... prosztatata húgycsővön keresztüli kisebbítése
5810H	.....gerinc belső rögzítése	56520	.....féloldali petefészek-eltávolítás
51340	.....szívárványhártya-előesés kimetszése	56830	.....méheltávolítás hasi úton
51360	.....szívárványhártya-plasztika, varrat	57902	.....combnyakszegezés
51510	.....idegen test eltávolítása mágnessel a szemből	57924	.....csavarozás
51570	.....üvegtestcsere	58480	.....combamputáció
51630	.....szemeltávolítás	58610	.....emlőeltávolítás
52090	.....kimetszés a közép, illetve a belsőfülben	4. csoport	
53010	.....gége egy részének eltávolítása	50420	.....idegvarrat
53152	.....hangréstágító műtét külső feltárásból	58240	.....feszítőin-varrat a kézen
53431	.....mellkasfal egy darabjának eltávolítása	5790B	.....bőrön keresztül történő dróttűzés
53574	.....botallvezeték lekötése	51440	.....szemlencse-eltávolítás
53611	.....a jobb koszorúsér áthidaló műtéte (bypass-műtét)	51470	.....szemlencse-beültetés
53625	.....koszorúsérűkület műtéti tágitása	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 lágycsérvműtét laparoscóppal
 56741 méhszájplasztika
 56900 méh nyálkahártyájának
 eltávolítása kaparókanállal
 57220 fogós szülés
 57400 császármetszés
 57723 arccsonttörés ellátása
 (minilemez, csavar, T lemez)
 57890 végtaghosszabbítás a felkaron
 57903 fedett combnyak csavározása
 58096 ízület ideiglenes áttűzése
 58130 külbokaszalag varrat
 58177 kéztőcsontprotézis beültetése
 58330 izom-, ínkiirtás

58400 kézujjamputáció
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 bõrfüggelék kimetszése
 (szemölcs eltávolítása)
 58900 bőrvarrat
 59801 sterilizáció
 81050 idegentest-eltávolítás
 gégetükrözéssel
 81230 gyomormosás

a baleseti műtéti térítés kiegészítő biztosítás különös feltétele

Jelen különös feltétel a K&H Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) biztosítási szerződéseinek baleseti műtéti szolgáltatásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződés jelen feltételben leírt szolgáltatást tartalmazza.

Jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H életbiztosítás általános feltétele (a továbbiakban általános feltétel) az irányadó, mely feltételre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött.

I. a Biztosított

1. Biztosított csak olyan személy lehet, aki a biztosítási ajánlat aláírásakor nem áll kórházi kezelés alatt, nincs betegszabadságon, táppénzre, vagy rokkantsági járadékra nem jogosult.

II. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset, melynek következtében a Biztosított műtétre szorul.
2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a baleset időpontja.

III. a Biztosító szolgáltatása

1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a műtét időpontjában a biztosítási szerződésben rögzített baleseti műtéti térítésre vonatkozó biztosítási összegnek az elvégzett műtét besorolása szerinti jelen különös feltétel VI. pontjában meghatározott százalékát nyújtja.
2. A Biztosító a Biztosított balesete esetén a baleset napjától számított 1 éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges műtétekre nyújt szolgáltatást.
3. Amennyiben a műtét a biztosítási szerződés megszűnését követően, de a biztosítási eseményben meghatározott baleset időpontjától számított 1 éven belül következik be, akkor a szolgáltatás mértékének a megállapításánál a szerződés megszűnésének napján a biztosítási szerződésben rögzített biztosítási összeget kell figyelembe venni.
4. A Biztosító szolgáltatása egy biztosítási éven belül elvégzett több műtét esetén sem haladhatja meg a baleseti műtéti térítésre a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg háromszorosát. A műtéti beavatkozást követő 2 héten belül elvégzett ugyanazon műtéti beavatkozás jelen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül újabb műtétnek.
5. Egy napon, vagy egy eljárásban ugyanazon biztosítási esemény miatt eltérő időpontokban végzett több műtéti beavatkozás esetén a Biztosító ezen műtéti beavatkozások besorolásának megfelelő legmagasabb százalékos érték alapján állapítja meg a szolgáltatásának mértékét.

IV. a Biztosító teljesítésének feltételei

1. a biztosítási esemény bejelentésének határideje

- 1.1 A szolgáltatási igényt a műtét elvégzését követő 15 napon belül kell írásban bejelenteni a Biztosítóknak.

2. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

- 2.1. A Biztosító teljesítéséhez az általános feltétel IV.2.2. pontjában meghatározott dokumentumokat kell benyújtani.

V. a Biztosító mentesülése és a kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító mentesülésének eseteit és a kockázatviseléséből kizárt eseményeket az általános feltétel tartalmazza.

VI. műtétek besorolása és a műtéti lista kivonata

- A műtétek csoportba sorolása a műtéti listán található meg. A műtétek csoportba sorolásának kivonatos tájékoztatója a 3. pont alatt található meg.
- A műtéti térítés biztosítás esetében a Biztosító térítése biztosítási esemény bekövetkeztekor:
 - az **1. csoportba** tartozó műtét esetén a **biztosítási összeg 200%-a**,
 - a **2. csoportba** tartozó műtét esetén a **biztosítási összeg 100%-a**,
 - a **3. csoportba** tartozó műtét esetén a **biztosítási összeg 50%-a**,
 - a **4. csoportba** tartozó műtét esetén a **biztosítási összeg 25%-a**.
 - az **5. csoportba** tartozó műtétek nem térített műtétnek minősülnek. Amennyiben a Biztosítottn az 5. csoportba sorolt műtétet hajtják végre, a Biztosító **nem nyújt szolgáltatást**.
- A műtétek csoportba sorolásának kivonatos tájékoztatója:

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

WHO kód	Műtét megnevezése
58101	.....nyaki csigolya rögzítése (csont + lemez)
58145	.....térd csontos beroppanás kiemelése, csontpótlás, lemez
3. csoport	
5792H	.....félcső lemezelés
50440	.....idegátültetés
50631	.....pajzsmirigylebeley eltávolítása
51150	.....szem kötőhártyájának varrata
53778	.....pacemaker és defibrillátor beültetése
53856	.....érpótlás a comb és lábszárverőér között
53932	.....érsérülés ellátása folttal
54065	.....hashártya mögötti nyirokcsomók eltávolítása
54131	.....lépeltávolítás
54361	.....gyomor részleges eltávolítása
54430	.....gyomor vagy nyombél varrata
54700	.....féregnyúlvány-eltávolítás (vakbélműtét)
55110	.....epehólyag-eltávolítás
55300	.....lágycsér-műtét
56011	.....prostatata húgycsovön keresztüli kisebbítése
56520	.....féloldali petefészkek-eltávolítás
56830	.....méheltávolítás hasi úton
57902	.....combnyakszegezés
57924	.....csavarozás
58480	.....combamputáció
58610	.....emlőeltávolítás
4. csoport	
50420	.....idegvarrat
58240	.....fesztítőín-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	.....lágycsér-műtét laparoszkóppal
56741	.....méhszájplasztika
56900	.....méh nyálkahártyájának eltávolítása kaparókanállal
57220	.....fogós szülés
57400	.....császármetés
57723	.....arccsonttörés ellátása (minilemez, csavar, T lemez)

57890 végtaghosszabbítás a felkaron
 57903 fedett combnyak csavározása
 58096 ízület ideiglenes áttűzése
 58130 külbokaszalag varrat
 58177 kéztőcsontprotézis beültetése
 58330 izom-, ínkiirtás
 58400 kézujjamputáció
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 fémrögztés eltávolítása
 (szeg, lemez, stb.)
 58750 mellplasztika
 58840 bőrfüggelék kimetszése
 (szemölcs eltávolítása)
 58900 bőrvarrat
 59801 sterilizáció
 81050 idegentest-eltávolítás
 gégetűkrözéssel
 81230 gyomormosás

bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás különös feltétele

Jelen különös feltétel a K&H Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) biztosítási szerződéseinek kórházi napi térítés szolgáltatásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződés jelen feltételben leírt szolgáltatást tartalmazza.

Jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H életbiztosítás általános feltétele (a továbbiakban általános feltétel) az irányadó, mely feltételre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött.

I. a Biztosított

1. Biztosított csak olyan személy lehet, aki a biztosítási ajánlat aláírásakor nem áll kórházi kezelés alatt, nincs betegszabadságon, táppénzt nem kap, vagy rokkantsági járadékra nem jogosult.
2. Jelen különös feltétel alkalmazásában a Főbiztosított(ak) belépési életkora legalább 18 év és legfeljebb 60 év, a Társbiztosítottak belépési életkora legalább 3 év és legfeljebb 60 év lehet a szerződéshez történő csatlakozásuk időpontjában. A Biztosított(ak) lejáratú életkora legfeljebb 65 év lehet.

II. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség vagy baleset, melynek következtében a Biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, amennyiben az orvosilag szükséges.
2. Jelen különös feltétel szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából, a kórházba több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a kórházi felvétel és elbocsátás napja között minden éjszakát a kórházban tölt az orvosi ellátással összefüggésben. A kórházi felvétel több napra szól, ha a kórházból való elbocsátás későbbi napon történt, mint a kórházi felvétel. A kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító szolgáltatása szempontjából a kórházi ellátás első napja a kórházi felvétel napja, a kórházi ellátás utolsó napja a kórházból történő elbocsátás napja.
3. A biztosítási esemény időpontja a Biztosított betegség miatti kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a kórházi fekvőbeteg-ellátás első napja, a Biztosított baleset miatti kórházi fekvőbeteg-ellátása esetén a baleset időpontja.

III. a Biztosító szolgáltatása

1. A Biztosító a Biztosított betegsége esetén a kockázatviselés tartama alatti kórházi fekvőbeteg-ellátásra, az ellátási napokra nyújt szolgáltatást. A Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesete esetén a Biztosító a baleset napjától számított 1 éven belül, a baleseti következmények elhárítása miatt szükségessé vált kórházi fekvőbeteg-ellátásra, az ellátási napokra nyújt szolgáltatást. A kórházi kezelési vagy ápolási költségekre a Biztosító nem nyújt szolgáltatást.
2. A szolgáltatás összege a kórházi fekvőbeteg-ellátás első napján a biztosítási szerződésben rögzített biztosítási összeg és a kórházi fekvőbeteg-ellátási napok számának a szorzata. Amennyiben a biztosítási évforduló napján a Biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesült és a biztosítási szerződésen értékkövetés történt, úgy a Biztosító a biztosítási évforduló napjától kezdve az értékkövetéssel növelt biztosítási összeggel számítja ki a szolgáltatás mértékét.
3. **A Biztosító egy biztosítási év alatt legfeljebb 100 kórházi fekvőbeteg-ellátási napra nyújt szolgáltatást.**
4. A Biztosított tartam alatt bekövetkezett balesetéből eredően a tartamon túl igénybe vett kórházi fekvőbeteg-ellátása esetén a Biztosító a baleset időpontjától számított legfeljebb 1 évig nyújt szolgáltatást. A Biztosító a biztosítási tartamon túl teljesített szolgáltatási összeg kiszámításakor a biztosítási szerződésben a biztosítási szerződés megszűnésének a napján rögzített biztosítási összeget veszi figyelembe.

IV. a Biztosító teljesítésének feltétele

1. A Biztosító teljesítéséhez az általános feltétel IV.2.2. pontjában meghatározott dokumentumokat kell benyújtani.

V. a Biztosító mentesülése és a kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító mentesülésének eseteit és a kockázatviseléséből kizárt eseményeket az általános feltétel tartalmazza.
2. **Az általános feltétel VI. fejezetében rögzített a kockázatviseléséből kizárt biztosítási eseményeken túlmenően jelen különös feltétel alkalmazásában a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon biztosítási eseményekre, amelyek részben vagy egészben összefüggésben állnak a Biztosított olyan kórházi ellátásával, vagy ápolásával, amelynek célja nem a Biztosított betegségének megállapítása, vagy egészségi állapota romlásának megakadályozása, vagy egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat, a szülő gyermeke miatti kórházi tartózkodás, vagy a Biztosított szülőjének ápolása miatti kórházi tartózkodása.**

baleseti kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás különös feltétele

Jelen különös feltétel a K&H Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) biztosítási szerződéseinek baleseti kórházi napi térítés szolgáltatásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződés jelen feltételben leírt szolgáltatást tartalmazza.

Jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H életbiztosítás általános feltétele (a továbbiakban általános feltétel) az irányadó, mely feltételre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött.

I. a Biztosított

1. Biztosított csak olyan személy lehet, aki a biztosítási ajánlat aláírásakor nem áll kórházi kezelés alatt, vagy rokkantsági járadékra nem jogosult.

II. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset, melynek következtében a Biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, amennyiben az orvosilag szükséges.
2. Jelen különös feltétel szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából, a kórházba több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a kórházi felvétel és elbocsátás napja között minden éjszakát a kórházban tölt az orvosi ellátással összefüggésben. A kórházi felvétel több napra szól, ha a kórházból való elbocsátás későbbi napon történt, mint a kórházi felvétel. A kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító szolgáltatása szempontjából a kórházi ellátás első napja a kórházi felvétel napja, a kórházi ellátás utolsó napja a kórházból történő elbocsátás napja.
3. A biztosítási esemény bekövetkeztének az időpontja a baleset időpontja.

III. a Biztosító szolgáltatása

1. A Biztosító a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesete esetén a baleset napjától számított 1 éven belül, a baleseti következmények elhárítása miatt szükségessé vált kórházi fekvőbeteg-ellátásra, az ellátási napokra nyújt szolgáltatást. A kórházi kezelési vagy ápolási költségekre a Biztosító nem nyújt szolgáltatást.
2. A szolgáltatás összege a kórházi fekvőbeteg-ellátás első napján a biztosítási szerződésben rögzített biztosítási összeg és a kórházi fekvőbeteg-ellátási napok számának szorzata. Amennyiben a biztosítási évforduló napján a Biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesült és a biztosítási szerződésen értékkövetés történt, úgy a Biztosító a biztosítási évforduló napjától kezdve az értékkövetéssel növelt biztosítási összeggel számítja ki a szolgáltatás mértékét.
3. **A Biztosító egy biztosítási év alatt legfeljebb 100 kórházi fekvőbeteg-ellátási napra nyújt szolgáltatást.**
4. A Biztosított tartam alatt bekövetkezett balesetéből eredően a tartamon túl igénybe vett kórházi fekvőbeteg-ellátása esetén a Biztosító a baleset időpontjától számított legfeljebb 1 évig nyújt szolgáltatást. A Biztosító a biztosítási tartamon túl teljesített szolgáltatási összeg kiszámításakor a biztosítási szerződésben a biztosítási szerződés megszűnésének a napján rögzített biztosítási összeget veszi figyelembe.

IV. a Biztosító teljesítésének feltétele

1. A Biztosító teljesítéséhez az általános feltétel IV.2.2. pontjában meghatározott dokumentumokat kell benyújtani.

V. a Biztosító mentesülése és a kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító mentesülésének eseteit és a kockázatviseléséből kizárt eseményeket az általános feltétel tartalmazza.
2. **Az általános feltétel VI. fejezetében rögzített a kockázatviseléséből kizárt biztosítási eseményeken túlmenően jelen különös feltétel alkalmazásában a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon biztosítási eseményekre, amelyek részben vagy egészben összefüggésben állnak a Biztosított olyan kórházi ellátásával, vagy ápolásával, amelynek célja nem a Biztosított betegségének megállapítása, vagy egészségi állapota romlásának megakadályozása, vagy egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat, a szülő gyermeke miatti kórházi tartózkodás, vagy a Biztosított szülőjének ápolása miatti kórházi tartózkodása.**

bármely okú keresőképtelenségi napi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltétele

Jelen különös feltétel a K&H Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) biztosítási szerződéseinek keresőképtelenségi napi térítés szolgáltatásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződés jelen feltételben leírt szolgáltatást tartalmazza.

Jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H életbiztosítás általános feltétele (a továbbiakban általános feltétel) az irányadó, mely feltételre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött.

I. a Biztosított

1. Biztosított csak olyan saját jogon táppénzre jogosult személy lehet, aki a biztosítási ajánlat aláírásakor nem áll kórházi kezelés alatt, nincs betegszabadságon, vagy táppénzen, és rokkantsági járadékra nem jogosult.
2. Jelen különös feltétel alkalmazásában a Főbiztosított(ak) belépési életkora legalább 18 év és legfeljebb 60 év, a Társbiztosítottak belépési életkora legalább 3 év és legfeljebb 60 év lehet a szerződéshez történő csatlakozásuk időpontjában. A Biztosított(ak) lejáratú életkora legfeljebb 65 év lehet.

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 által igazoltan, saját jogon, folyamatosan keresőképtelen állományban van és az Európai Unió bármely országában táppénzt vesz igénybe.
2. Amennyiben a Biztosított gyermeke a biztosítási szerződés biztosítottja, úgy biztosítási eseménynek minősül a saját jogon táppénzre jogosult felnőtt Biztosított gyermekét ért, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül diagnosztizált váratlan betegség vagy baleset, melynek következtében a Biztosított a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos által igazoltan, gyermeke jogán, folyamatosan keresőképtelen állományban van és az Európai Unió bármely országában táppénzt vesz igénybe.
3. A biztosítási esemény időpontja a Biztosított betegség miatti keresőképtelensége esetén a keresőképtelen állomány első napja, a Biztosított balesete miatti keresőképtelensége esetén a baleset időpontja.

III. a Biztosító szolgáltatása

1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosított betegségéből eredően a kockázatviselés tartama alatti igazolt keresőképtelen napokra (beleértve a kórházi tartózkodást is), a Biztosított balesetéből eredően a baleset napjától számított 1 éven belüli igazolt keresőképtelen napokra (beleértve a kórházi tartózkodást is) nyújt szolgáltatást. A Biztosító a kezelési, ápolási költségekre nem nyújt szolgáltatást.
2. A folyamatos keresőképtelenség esetén a Biztosító a keresőképtelenség első 15 napjára (továbbiakban önrészesedés) nem nyújt szolgáltatást.
3. A Biztosító a szolgáltatás mértékét úgy állapítja meg, hogy a biztosítási szerződésben a Biztosított keresőképtelenné válásának időpontjában rögzített biztosítási összeget megszorozza azon önrészesedéssel csökkentett napok számával, amely napokon a Biztosított igazoltan, megszakítás nélkül keresőképtelen állományban volt. Amennyiben a biztosítási évforduló napján a Biztosított igazoltan keresőképtelen állományban volt és a biztosítási szerződésen értékkövetés történt, úgy a Biztosító a biztosítási évforduló napjától kezdve az értékkövetéssel növelt biztosítási összeggel számítja ki a szolgáltatás mértékét.
4. A tartam alatt egymást követő, többszöri és önrészesedést meg nem haladó keresőképtelenségre vonatkozó időszakok napjainak számát a szolgáltatás mértékének kiszámításakor a Biztosító nem adja össze. Megszakított keresőképtelenség esetén a Biztosító az önrészesedést minden újra indult keresőképtelen időszak esetében alkalmazza.
5. **A Biztosító egy biztosítási éven belül legfeljebb 100 keresőképtelen napra nyújt szolgáltatást.**

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 szerződésben a biztosítási szerződés megszűnésének a napján rögzített biztosítási összeget kell figyelembe venni.

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

1. A Biztosított köteles a Biztosítónak bejelenteni, ha a biztosítás tartama alatt megszűnik a saját jogú keresőképtelen állományra való jogosultsága. Ebben az esetben, a jogosultság megszűnésének napján aktuális díjfizetési gyakoriság időszak utolsó napján a szerződés keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része is megszűnik az adott Biztosított vonatkozásában.
2. 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 nyugdíjjogosultság megszerzését követő díjesedékeség első napján, de legkésőbb a nyugdíjjogosultság megszerzését követő hónap utolsó napján szűnik meg.

V. a Biztosító teljesítésének feltételei

1. a biztosítási esemény bejelentésének határideje

- 1.1. A szolgáltatási igényt első alkalommal a Biztosított keresőképtelenné válásának napjától számított 30 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 teljesítéséhez az általános feltétel IV.2.2. pontjában meghatározott dokumentumokat kell benyújtani.

VI. a Biztosító mentesülése és a kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító mentesülésének eseteit és a kockázatviseléséből kizárt eseményeket az általános feltétel tartalmazza.
2. **Az általános feltétel VI. fejezetében rögzített a kockázatviseléséből kizárt biztosítási eseményeken túlmenően jelen különös feltétel alkalmazásában a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon biztosítási eseményekre, amelyek részben vagy egészben összefüggésben állnak**
 - a) a Biztosított kockázatviselés kezdete előtt történt balesetével, illetve a Biztosított kockázatviselés kezdetekor meglévő, ismert betegségével;
 - b) a Biztosított terhességével, kivéve, ha a biztosítási esemény a Biztosító orvosának véleménye alapján nem áll összefüggésben a terhességgel;
 - c) a Biztosított öngyilkossági kísérletével vagy annak következményeivel;

a Biztosított olyan keresőképtelenségével, mely nem a Biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozása miatt következett be.

baleseti keresőképtelenségi napi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltétele

Jelen különös feltétel a K&H Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) biztosítási szerződéseinek baleseti keresőképtelenségi napi térítés szolgáltatásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződés jelen feltételben leírt szolgáltatást tartalmazza.

Jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H életbiztosítás általános feltétele (a továbbiakban általános feltétel) az irányadó, mely feltételre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött.

I. a Biztosított

1. Biztosított csak olyan saját jogon táppénzre jogosult személy lehet, aki a biztosítási ajánlat aláírásakor nem áll kórházi kezelés alatt, nincs betegszabadságon, vagy táppénzen, és rokkantsági járadékra nem jogosult.

II. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset, amelynek következtében a Biztosított a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos által igazoltan, saját jogon, folyamatosan keresőképtelen állományban van és az Európai Unió bármely országában táppénzt vesz igénybe.
2. Amennyiben a Biztosított gyermeke a biztosítási szerződés biztosítottja, úgy biztosítási eseménynek minősül a saját jogon táppénzre jogosult felnőtt Biztosított gyermekét ért, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset, melynek következtében a Biztosított a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos által igazoltan, gyermeke jogán, folyamatosan keresőképtelen állományban van és az Európai Unió bármely országában táppénzt vesz igénybe.
3. A biztosítási esemény bekövetkeztének az időpontja a baleset időpontja.

III. a Biztosító szolgáltatása

1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosított balesetéből eredően a baleset napjától számított 1 éven belüli igazolt keresőképtelen napokra (beleértve a kórházi tartózkodást is) nyújt szolgáltatást. A Biztosító a kezelési, ápolási költségekre nem nyújt szolgáltatást.
2. A folyamatos keresőképtelenség esetén a Biztosító a keresőképtelenség első 15 napjára (továbbiakban önrészesedés) nem nyújt szolgáltatást.
3. A Biztosító a szolgáltatás mértékét úgy állapítja meg, hogy a biztosítási szerződésben a Biztosított keresőképtelenné válásának időpontjában rögzített biztosítási összeget megszorozza azon önrészesedéssel csökkentett napok számával, amely napokon a Biztosított igazoltan, megszakítás nélkül keresőképtelen állományban. Amennyiben a biztosítási évforduló napján a Biztosított igazoltan keresőképtelen állományban volt és a biztosítási szerződésen értékkövetés történt, úgy a Biztosító a biztosítási évforduló napjától kezdve az értékkövetéssel növelt biztosítási összeggel számítja ki a szolgáltatás mértékét.
4. A tartam alatt egymást követő, többszöri és önrészesedést meg nem haladó keresőképtelenségre vonatkozó időszakok napjainak számát a szolgáltatás mértékének kiszámításakor a Biztosító nem adja össze. Megszakított keresőképtelenség esetén a Biztosító az önrészesedést minden újra indult keresőképtelen időszak esetében alkalmazza.
5. **A Biztosító egy biztosítási éven belül legfeljebb 100 keresőképtelen napra nyújt szolgáltatást.**
6. 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 szerződésben a biztosítási szerződés megszűnésének a napján rögzített biztosítási összeget kell figyelembe venni.

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

1. A Biztosított köteles a Biztosítónak bejelenteni, ha a biztosítás tartama alatt szűnik meg a saját jogú keresőképtelen állománya való jogosultsága. Ebben az esetben, a jogosultság megszűnésének napján aktuális díjfizetési gyakoriság időszak utolsó napján a szerződés keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része is megszűnik az adott Biztosított vonatkozásában.

2. 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 nyugdíjjogosultság megszerzését követő díjesedékesség első napján, de legkésőbb a nyugdíjjogosultság megszerzését követő hónap utolsó napján szűnik meg.

V. a Biztosító teljesítésének feltételei

1. a biztosítási esemény bejelentésének határideje

- 1.1. A szolgáltatási igényt első alkalommal a Biztosított keresőképtelenné válásának napjától számított 30 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 teljesítéséhez az általános feltétel IV.2.2. pontjában meghatározott dokumentumokat kell benyújtani.

VI. a Biztosító mentesülése és a kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító mentesülésének eseteit és a kockázatviseléséből kizárt eseményeket az általános feltétel tartalmazza.
2. **Az általános feltétel VI. fejezetében rögzített a kockázatviseléséből kizárt biztosítási eseményeken túlmenően jelen különös feltétel alkalmazásában a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon biztosítási eseményekre, amelyek részben vagy egészben összefüggésben állnak**
 - a) a Biztosított kockázatviselés kezdete előtt történt balesetével;
 - b) a Biztosított öngyilkossági kísérletével vagy annak következményeivel;
 - c) a Biztosított olyan keresőképtelenségével, mely nem a Biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozása miatt következett be.

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

Jelen különös feltétel a K&H Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) biztosítási szerződéseinek 69%-ot meghaladó össze-szervezeti egészségkárosodás szolgáltatásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződés jelen feltételben leírt szolgáltatást tartalmazza.

Jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H életbiztosítás általános feltétele (a továbbiakban általános feltétel) az irányadó, mely feltételre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött.

I. a Biztosított

1. Biztosított csak olyan saját jogon táppénzre jogosult személy lehet, aki a biztosítási ajánlat aláírásakor nem áll kórházi kezelés alatt, nincs betegszabadságon, vagy táppénzen, és rokkantsági járadékra nem jogosult.
2. Nem lehet Biztosított az a személy,
 - a) aki a kockázatviselés kezdetét megelőzően a mindenkori jogszabályok által a munkaképesség, egészségkárosodás véleményezésére feljogosított Orvos-szakértői intézethez már benyújtott a munkaképesség csökkenésének, illetve egészségkárosodásának megállapítására irányuló kérelmet, akit ezen intézetek véleményeztek, illetve új vagy régi véleményezettként tartanak nyilván,
 - b) akinek rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjra jogosultsága volt, azonban az a kockázatviselés kezdete előtt megszűnt,
 - c) 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).
3. Jelen különös feltétel alkalmazásában a Főbiztosított(ak) belépési életkora legalább 18 év és legfeljebb 60 év, a Társbiztosítottak belépési életkora legalább 3 év és legfeljebb 60 év lehet a szerződéshez történő csatlakozásuk időpontjában. A Biztosított(ak) lejáratú életkora legfeljebb 65 év lehet.

II. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, a Biztosított kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett váratlan betegsége vagy balesete, melynek következtében a kockázatviselés tartama alatt az egészségkárosodás megállapítására benyújtott igénybejelentés alapján, az arra jogosult bizottság (a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás (egészségi állapot) mértékének megállapítására jogosult szerv) szakvéleménye legalább 69%-ot meghaladó össz-szervezeti, végleges egészségkárosodást állapított meg.
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.

III. a Biztosító szolgáltatása

1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az Orvos-szakértői intézet szakvéleménye keltének időpontjában a biztosítási szerződésben rögzített biztosítási összegnek megfelelő szolgáltatást nyújt.
2. A Szerződőnek a szerződésre befizetett díjak visszajárnak, amennyiben a várakozási idő letelte előtt
 - a) következett be a Biztosított olyan balesettel okozati összefüggésben nem álló betegsége, egészségi állapotromlása, testi vagy szellemi fogyatkozása, amely a jelen különös feltételben szabályozott egészségkárosodás alapjául szolgál,
 - b) a Biztosított vonatkozásában rokkantsággal összefüggő igényt jelentettek be a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez, kivéve, ha annak alapja igazolhatóan a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkezett baleset.
3. A biztosítási díj visszafizetésével a szerződés jelen különös feltétel szerinti biztosítást tartalmazó része a kockázatviselés kezdetének időpontjára visszamenőleges hatállyal megszűnik.

IV. a Biztosító teljesítésének feltétele

1. A Biztosító teljesítéséhez az általános feltétel IV.2.2. pontjában meghatározott dokumentumokat kell benyújtani.

V. a Biztosító mentesülése és a kockázatviseléséből kizárt események

A Biztosító mentesülésének eseteit és a kockázatviseléséből kizárt eseményeket az általános feltétel tartalmazza.