



**K&H BIZTOSÍTÓ ZRT.**

**KOLLEKTÍV (CSOPORTOS) KOCKÁZATI ÉLET-,  
BALESET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSOK  
ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI**

2011. június 15.

## KOLLEKTÍV (CSOPORTOS) KOCKÁZATI ÉLET-, BALESET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSOK ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI 2011/KALT

Jelen Kollektív (csoporthoz) kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános feltételek (a továbbiakban: általános feltételek) – ellenkező megállapodás hiányában – a K&H Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéseire (a továbbiakban: szerződés) vonatkoznak.

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

### I. A szerződés alanyai (a Biztosító, a Szerződő, a Biztosított és a kedvezményezett)

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 a szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
2. Szerződő az a fél, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, a szerződést megkötö és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal, valamint teljesíti a biztosítotti csoportokkal kapcsolatos adminisztrációs kötelezettségeket.
3. A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés keretében biztosítható csoportnak tekintendő a Szerződővel jogviszonyban álló (pl. munkaviszony, közalkalmazotti, köztisztviselői vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, bank és hitelviszonyokat megtestesítő szerződések, bankszámla és betétszerződés, folyószámla-szerződés stb.) személyek azon köre, akik a Szerződő által meghatározott, jogviszonyhoz kapcsolható – biztosítási szerződéstől független – ismérveknek megfelelnek.
  - a) A Szerződő a biztosítási szerződésben választása szerint a Biztosítottakat egyénileg vagy kizárólag valamely közös ismérvhez való tartozás alapján határozhatja meg.
  - b) A Biztosítottak azok a személyek, akiknek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.
  - c) Egy biztosítási szerződésen belül a Biztosítottak különböző biztosítotti csoportba sorolhatóak.
  - d) Egy biztosítási csoportba tartozó Biztosítottak azonos jellegű biztosítási szolgáltatásra jogosultak, de a szerződés adott Biztosítottra vonatkozóan másként is rendelkezhet egy csoporton belül.
  - e) A csoport létszáma változtatható, illetve a Biztosítottak cserélhetőek.
  - f) A Biztosított és a Szerződő között fennálló – a biztosítotti csoporthoz tartozást megalapozó – jogviszony megszűnése esetén a biztosítási védelem adott Biztosított vonatkozásában megszűnik.
4. Amennyiben a Szerződő és a Biztosított különböző személy, a szerződéshez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges a kedvezményezett kijelöléséhez és módosításához is. A biztosítotti nyilatkozat beszerzésére a Szerződő köteles.
5. Kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult.
  - a) A Szerződő a Biztosított írásbeli hozzájárulásával ajánlattételkor, illetve a tartamon belül bármikor kedvezményezettet jelölhet meg és módosíthat.
  - b) **A Biztosított írásbeli hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződés kedvezményezettet kijelölő része semmis, ez esetben kedvezményezettnek a Biztosítottat, illetve az örökösét kell tekinteni.**
  - c) Több kedvezményezett esetében százalékosan meg kell határozni jogosultságuk arányát (csak egész számú % lehet, melynek összege 100%, pl. két személy esetében 60%-40%). Ennek hiányában a Biztosító a kedvezményezettek részére egyenlő arányban teljesít.
  - d) A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.

- e) A szerződésben kedvezményezett lehet
  - e.a) a Biztosított,
  - e.b) a Szerződő,
  - e.c) a Biztosított örököse(i),
  - e.d) a szerződésben megnevezett más személy(ek).
- f) A Biztosított életében esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a Biztosított, kivéve, ha a szerződés másként rendelkezik.
- g) A Biztosított halála esetén a kedvezményezett a Biztosított örököse, ha a szerződésben más kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a kedvezményezett jelölése hatályát veszítette, illetve érvénytelen.

## **II. A szerződés létrejötte**

1. A szerződés a Szerződő és a Biztosító megállapodása alapján jön létre, melyet a Szerződő ajánlatával kezdeményez.
2. A Biztosító jogosult ajánlattételkor a biztosítás első díjának megfelelő díjelőleget beszedni, melyet kamatmentes előlegként kezel. Ha a szerződés létrejön, a Biztosító az előleget a biztosítási díjba beszámítja. Amennyiben a szerződés nem jön létre, a Biztosító az előleget a Szerződőnek visszautalja.
3. A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatbírálást végez, amelyhez a Biztosítottak egészségfelmérő nyilatkozatát kéri, vagy összehatártól függően orvosi vizsgálatát rendeli el. A Biztosító jogosult a kockázatbíráláshoz szükséges egyéb dokumentumok, írásos nyilatkozatok bekérésére is. A Biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.
4. A Biztosítottaknak és a Szerződőnek a VIII. pontban szabályozott közlési kötelezettsége alapján a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitölteniük. A Biztosító által feltett kérdésekre adott válaszok az ajánlat részét képezik.
5. A kockázatbírálás eredményétől függően a Biztosító az ajánlatot vagy annak egy-egy Biztosítottra vonatkozó részét elfogadja vagy elutasítja, vagy az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a Biztosító nem köteles megindokolni.
6. A kockázatbírálás időtartama az ajánlat átadásától számított 15 nap. Fenti határidőn belül a Biztosítónak nyilatkoznia kell arról, hogy elfogadja-e az ajánlatot, illetve milyen kiegészítő dokumentumokat kér be a Szerződőtől, vagy egy-egy Biztosítottól.
7. A Biztosító a kockázatbírálás eredményeképpen változtatásokat eszközölhet a szerződésben az ajánlathoz képest, megjelölve azt a szerződésben.
8. Amennyiben a Szerződő nem kívánja elfogadni ezen változtatásokat, 15 napon belül írásban elállhat a szerződéstől. Amennyiben a Szerződő nem válaszol a megadott határidőn belül, a szerződés a biztosítási szerződésben (kötvényben) és a Biztosító által a szerződés részeként mellékelte módosítást tartalmazó egyéb dokumentumokban megjelölt változtatásokkal jön létre.

## **III. A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete**

1. A szerződés – ellenkező megállapodás hiányában – a díj megérkezését követő nap 0. órájától lép hatályba, feltéve, hogy a szerződés létrejött, vagy utóbb létrejön. Az első biztosítási díjat azon a napon kell megérkezettnek tekinteni, amikor a díjat a Biztosító számláján jóváírják.
2. A Biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésének időpontjában kezdődik meg.
3. A biztosítási szerződés létrejöttkor megjelölt Biztosítottakon kívül újonnan biztosítandó személyek esetében a Biztosító kockázatviselése a Szerződő írásbeli közlése alapján, ellenkező megállapodás hiányában, a Biztosító tudomásszerzését követő nap 0. órájától kezdődik meg feltéve, hogy a vonatkozó biztosítási díj a Biztosító számlájára megérkezett, vagy meg fog érkezni az elszámolásra vonatkozó írásbeli megállapodás szerint.

4. A szerződés létrejöttékor baleset/betegsége folytán keresőképtelen állományban lévő (vagy baleset/betegsége folytán egészségügyi fekvőbeteg intézményben gyógykezelt) Biztosított vagy belépésekor baleset/betegsége folytán keresőképtelen állományban lévő (vagy baleset/betegsége folytán egészségügyi fekvőbeteg intézményben gyógykezelt) új Biztosított vonatkozásában a szerződés a keresőképtelen állomány vagy a kórházi gyógykezelést követő keresőképtelen állomány megszűnését követő hónap első napjának 0. órájától hatályos (kockázatviselés kezdete), feltéve, hogy a kockázatbírálás során elfogadásra kerül a Biztosító részéről. Ezen Biztosítottak esetében a Biztosító várakozási időt köthet ki.

#### **IV. Várakozási idő**

1. **A kockázati életbiztosítás vonatkozásában a Biztosító nem alkalmaz várakozási időt.**
2. A Biztosító a jelen feltételek hatálya alá tartozó egészségbiztosításoknál (pl. kórházi napi térítés, műtéti térítés, TB I., II. fokú rokkantság, kritikus betegségek) a biztosítási szerződésben várakozási időt köthet ki, amelynek időtartama a szerződés hatálybalépésétől számított maximum 180 nap lehet.
3. Várakozási idő kikötése esetén a Biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre, valamint az akut bakteriológiai fertőzésekből eredő biztosítási eseményekre terjed ki. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan biztosítási eseményekre, amelyek a várakozási idő alatt következnek be és balesettel, akut bakteriológiai fertőzéssel okozati összefüggésben nem állnak. Ezen esetekben a Biztosítót szolgáltatási kötelezettség nem terheli.
4. Amennyiben a várakozási idő alatt olyan balesettel, akut bakteriológiai fertőzéssel okozati összefüggésben nem álló biztosítási esemény következik be, amely a különös feltételek értelmében a szerződés adott Biztosítóra vonatkozó részének megszűnését vonja maga után, a Biztosító visszafizeti az adott Biztosítóra befizetett díjat.
5. Amennyiben a várakozási idő alatt olyan balesettel, akut bakteriológiai fertőzéssel okozati összefüggésben nem álló biztosítási esemény következik be, amely a különös feltételek értelmében valamely biztosítási kockázat megszűnését vonja maga után, de a szerződés adott Biztosítóra vonatkozó része nem szűnik meg, a Biztosító a megszűnő kockázatra vonatkozó díjrészt fizeti vissza az adott Biztosítóra vonatkozó díjból.

#### **V. A szerződés megszűnésének esetei**

1. A szerződés megszűnik:
  - a) a szerződésben meghatározott lejáratú időpontban, vagy
  - b) a díjfizetés elmulasztása esetén, az első elmaradt díj esedékességétől számított 60 nap elteltével, vagy
  - c) a X. pontban foglaltak szerint, vagy
  - d) a különös feltételekben meghatározott egyéb esetekben, vagy
  - e) felmondással.
2. Adott Biztosított vonatkozásában megszűnik a biztosítási szerződés:
  - a) a Biztosított halála esetén, kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek, vagy
  - b) a Biztosított Szerződővel fennálló jogviszonyának megszűnésével, vagy
  - c) a X. pontban foglaltak szerint, vagy
  - d) közlési kötelezettség megsértése esetén, vagy
  - e) a Biztosított cseréje esetén (a Szerződő által jelzett új Biztosított lép a helyébe), vagy
  - f) a különös feltételekben meghatározott egyéb esetekben, vagy
  - g) felmondással (a Szerződő által jelzett, csere nélküli kilépéssel).

3. A Szerződő és a Biztosító a szerződést vagy a szerződést adott Biztosított(ak), illetve kockázatok és biztosítási fedezet vonatkozásában írásban, a biztosítási év végére – legkésőbb a biztosítási év végét megelőző 30 nappal – írásban felmondhatja, kivéve, ha a felek másképp állapodnak meg (Isd. még XIII.7 pont).

#### **VI. A biztosítási díj módosításának lehetősége a Biztosító részéről**

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

**A Szerződő az évfordulót megelőző 50. napig köteles értesíteni a Biztosítót, hogy az a-c, pontok közül melyik lehetőséget választja. Amennyiben a Szerződő ezen kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a Biztosító az a) pontban megfogalmazottaknak megfelelően jár el.**

#### **VII. A biztosítás területi hatálya**

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

#### **VIII. A Szerződő és a Biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége, a Szerződő kötelezettségei**

1. A Szerződő és a Biztosított köteles közlési és változás-bejelentési kötelezettségének eleget tenni.
2. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Szerződő és a Biztosított köteles ajánlattételkor a Biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, és amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban feltett kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.
3. A változás-bejelentési kötelezettség abban áll, hogy a Szerződő köteles a biztosítás tartama alatt 15 napon belül írásban bejelenteni nevének, címének, levelezési címének, egyéb azonosítóinak illetve a Biztosított(ak) foglalkozásának, sporttevékenységének megváltozását. A sporttevékenység megváltozását csak akkor kell jelezni, ha az I.3. pontban jelzett ismérv a sporttevékenység (pl. sportegyesület) és a sportot versenyszerűen vagy hivatásszerűen végzi(k).
4. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és e célból a Biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatotokat írhat elő.
5. A Szerződő köteles a Biztosítottak névjegyzékét átadni a Biztosító által kért adattartalommal és formában. A névjegyzék minimális tartalma: Biztosított(i) csoport(ok) neve, Biztosított(i) létszáma(i) és munkatevékenység(ük) foglalkozási veszélyességi kategória szempontjából, ezen belül az egyes Biztosítottak neve, neme, születési dátuma, a biztosítási szerződésbe való belépésének dátuma.
6. A Szerződő köteles a változást követő 30 napon belül írásban jelezni, ha a Biztosítottak körében változás történik, kivéve, ha a szerződés másként rendelkezik.

#### **IX. A Biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól közlési és változás bejelentési kötelezettség megsértése esetén**

1. A közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítják, hogy:
  - 1.1. a Biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte; vagy
  - 1.2. az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítás tartama alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a Biztosító tudomására jutott, és az 15 napon belül nem élt a X. pontban szereplő módosítási, illetve felmondási lehetőségével; vagy
  - 1.3. az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
2. Azt, hogy a felsorolt esetek valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.
3. A közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító nem mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet fennállásától a biztosítási esemény bekövetkezéséig már legalább 5 év eltelt.

#### **X. A Biztosító szerződésmódosítási és felmondási lehetősége új, lényeges körülmények felmerülése esetén**

1. Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik vele, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot jelen általános feltételek és a különös feltételek értelmében nem vállalhatja – a szerződést 30 nappal írásban felmondhatja. Erre a következményre a Szerződőt a módosító javaslat megtételekor figyelmeztetni kell.
2. Ha a Szerződő (Biztosított) a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 30 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik.
3. Ha a Biztosító csak később szerez tudomást a szerződéskor már fennállott lényeges körülményekről, az ebből eredő jogokat a szerződés illetve az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatok és biztosítási fedezet fennállásának csupán az első öt évében gyakorolhatja.

#### **XI. A Biztosító mentesülésének egyéb esetei**

1. A Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, amennyiben a biztosítási eseményt a kedvezményezett szándékosan okozta.
2. A szerződés adott Biztosítottra vonatkozó része a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg abban az esetben, ha a Biztosított
  - a) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
  - b) a kockázatviselés kezdetétől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében hal meg.
3. A kiegészítő baleset és egészségbiztosítások vonatkozásában a Biztosító mentesül, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a Szerződő illetve a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.
  - 3.1. A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el a kiegészítő baleset és egészségbiztosítások balesetbiztosítást tartalmazó részének vonatkozásában különösen, ha
    - a) a baleset bekövetkeztekor igazoltan alkoholos állapotban volt,
    - b) kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták, vagy
    - c) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel.

- 3.2. A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el az egészségbiztosítások vonatkozásában különösen, ha
- a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás következtében történt,
  - a biztosítási esemény kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták.
4. A kiegészítő baleset és egészségbiztosítások balesetbiztosítást tartalmazó részének vonatkozásában mentesül a Biztosító, ha a baleset a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be.
5. A kiegészítő baleset és egészségbiztosítások vonatkozásában a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztekor úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható, ennek megfelelően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie, és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell. Gondoskodni kell a megfelelő ápolásról és baleset esetén annak következményeinek lehetőség szerinti csökkentéséről. Mentesül a Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól annyiban, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.
6. **A Biztosító mentesülésének egyéb eseteit a különös feltételek tartalmazzák.**

## **XII. Kizárt kockázatok**

- A kockázatelbírálás eredményeképp a Biztosító a biztosítási kötvénybe kikötéseket tehet, melynek következményeként nem visel kockázatot a feltüntetett betegség(ek)kel, testrész(ek)kel, eseményekkel kapcsolatban.
- A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon esetekre, ha a biztosítási esemény közvetlenül összefüggésben áll
  - harci eseményekkel, vagy más háborús cselekményekkel (Jelen feltételek szempontjából háborús eseménynek minősül a háború (hadüzenettel vagy anélkül), határviellongás, felkelés, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, polgárháború, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. légi csapás vagy tengeri akció.),
  - felkelésekkel, zavargásokkal, lázadásokkal, terrorcselekményekkel,
  - radioaktív, illetve ionizáló sugárzással,
  - HIV vírusfertőzéssel.
- A Biztosító kockázatviselése továbbá nem terjed ki arra az esetre, ha a Biztosított halála gépi erővel hajtott szárazföldi, vízi járművel, vagy bármilyen légi járművel, vagy sporteszközzel sportversenyen való részvétel következtében vagy ilyen eseményekre való felkészülés során következik be.
- A kiegészítő balesetbiztosítások valamint az egészségbiztosítások balesetbiztosítást tartalmazó része vonatkozásában a biztosítási védelemből kizárt további kockázatok:
  - a Biztosított a kockázatviselés kezdetétől számított két éven belül elkövetett öngyilkossága, öngyilkossági kísérlés következményei,
  - bármilyen gyorsasági versenyen, vagy erre való felkészülésen való részvétel során bekövetkező baleset,
  - a polgári légiforgalmon kívüli repülés során bekövetkezett baleset.
- A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:
  - kóros elmeállapot,
  - nukleáris energia,
  - állam elleni bűncselekmény,
  - a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye.

6. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a Biztosított alábbi sporttevékenységeivel:
- autó-motor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rally, moto-cross, ügyességi versenyek gépkocsival, go-kart sport, autóröncs sport (auto-crash), motorcsónak sport;
  - repülősportok: sportrepülés, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, sárkány és ultrakönnyő repülés, paplanrepülés, hőlégballonozás, bunjee jumping;
  - egyéb: búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes ill. nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás illetve sziklamászás V. foktól, illetve 4000 m felett, barlangászat.
7. A kizárt kockázatok egyéb eseteit a különös feltételek tartalmazzák.

### **XIII. A szerződés tartama, a biztosítási év és évforduló**

- A szerződés megköthető határozott vagy határozatlan tartamra.
- A határozott tartamra kötött szerződés tartama, ellenkező megállapodás hiányában, legalább egy év. A szerződés a határozott idő lejártával megszűnik.
- Biztosítási időszaknak – kivéve, ha a megkötött szerződés ettől rövidebb időre szól – egy év tekintendő.
- A biztosítási évforduló minden naptári évben az a nap, amelyik a szerződés kezdetének napja.
- A biztosítási év az az időszak, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik, és ettől számítva egy évig tart.
- A szerződés kezdetének (létrejöttének) napja az a nap, amelyet a Biztosító a biztosítási keretszerződésben ekként feltüntet, de semmiképpen sem lehet az ajánlat kelte előtti időpont.
- A legalább 1 évre kötött határozott tartamú szerződés esetében a biztosítás tartama további egy évvel meghosszabbodik abban az esetben, ha a Szerződő fél vagy a Biztosító a tartam lejáratá előtt legalább 30 nappal írásbeli nyilatkozatában eltérően nem rendelkezik. A legalább 1 évre kötött határozott tartamú, illetve a határozatlan tartamra kötött szerződést a felek kizárólag írásban, ajánlott levélben a biztosítási időszak végére mondhatják fel. A felmondási idő 30 nap.
- A Biztosító a szerződés meghosszabbítása esetére a biztosítási szerződés díját a kockázati tényezők figyelembevételével módosíthatja, amelyről a tartam lejáratá előtt legalább 45 nappal írásban értesíti a Szerződőt.
- Amennyiben a Biztosító kockázatviselése valamely Biztosított személy vonatkozásában megszűnik, az erre irányuló bejelentéssel egyidejűleg a Szerződő jogosult új Biztosított megnevezésére (Biztosított csere). Az új Biztosított esetében a jelen feltételeknek a szerződés létrejöttére vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni azzal, a biztosítási védelem az eredetileg megállapított tartamig tart. Ez vonatkozik arra az esetre is, ha Biztosított csere nélkül új Biztosított lép be a szerződésbe, illetve a biztosított csoport létszáma bővül.
- A Szerződő felek évente egy alkalommal (biztosítási évfordulók) elszámolnak egymással, kivéve, ha a szerződésben a felek másként rendelkeznek.

### **XIV. A biztosítási díj**

A biztosítási díj megállapítása, a Biztosított belépési kora

- A biztosítási díj a Biztosító által vállalt kötelezettségek (így különösen a kockázatviselés) ellenértéke.
- A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító díjszabása alapján, különösen a Biztosított belépési korának, egészségi állapotának, nemének, foglalkozásának, sport és szabadidő tevékenységének, valamint a biztosítás tartamának és összegének/összegeinek a figyelembevételével történik.
- A Biztosító a Biztosított belépési korát úgy állapítja meg, hogy a szerződés kezdetének (XIII./6. bekezdés) évszámából vagy újonnan belépő Biztosított esetében a szerződésbe való belépésének évszámából levonja a Biztosított születésének évszámát.
- Amennyiben a Biztosított születésének évszámát helytelenül közölték és emiatt a szükségesnél alacsonyabb biztosítási díj került megállapításra, akkor a biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosított tényleges belépési korának és a ténylegesen befizetett díjnak megfelelő szolgáltatás kerül



kifizetésre. Ha a megállapított díj meghaladja a szükséges mértéket, úgy a díjtöbbletet a Biztosító a Szerződőnek visszautalja.

- Amennyiben a tényleges születési évszám alapján a szerződés létre sem jött volna, akkor a Biztosító érvénytelenségre hivatkozással megtámadhatja a szerződést.
- A Biztosító az egy főre jutó biztosítás díját Biztosított csoportonként és Biztosítottanként határozza meg. Alapesetben egy Biztosított csoporton belül a biztosítási szolgáltatás és a Biztosítottak egy főre jutó biztosítási díja azonos, de adott csoport(ok)ra vagy Biztosított(ak)ra vonatkozóan a szerződés másként is rendelkezhet (pl. azonos díj, de kor szerint eltérő biztosítási összeg; bér meghatározott százalékához igazodó biztosítási összegek vagy biztosítási díjak; kockázati díjemelés adott Biztosítottra; stb.).
- Új, illetve kilépő Biztosított esetén a Biztosító a szerződés biztosítási díját adott Biztosítottra meghatározott díjjal módosítja.
- A Biztosító jogosult a biztosítási díjat évente egyszer - kivéve, ha a szerződés másként rendelkezik - a biztosítási évfordulón módosítani, az az újraszámolni az aktuális Biztosítottak, valamint az elmúlt időszak vonatkozásában bekövetkezett változások figyelembe vételével. (Lsd. még XIII. 9. pont).

#### **XV. A biztosítási díj fizetése**

- A szerződés éves díjú. A biztosítási évre vonatkozó éves díj havi, negyedéves és féléves részletekben is fizethető, továbbá a szerződés ettől eltérő ütemezésről is rendelkezhet.
- A díjfizetés gyakoriságát a Szerződő ajánlattételkor határozza meg, és bármely biztosítási évfordulón megváltoztathatja, ha a változtatási szándékot a biztosítási évforduló előtt legalább 60 nappal írásban jelzi a Biztosítónak.
- A biztosítás első díja a szerződés létrejöttékor, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak (biztosítási év, félév, negyedév, hónap) az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
- A szerződés létrejötte előtt befizetett első biztosítási díjat a Biztosító díjelőlegnek tekinti, és kamatmentes letétként kezeli.
- A biztosítási díjat a Szerződő köteles valamennyi Biztosított esetében egyösszegben a megállapodásban rögzített gyakorisággal megfizetni.
- A Szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díjat a Biztosító számláján jóváírják.

#### **XVI. A díjfizetés elmulasztásának következményei**

- Amennyiben a Szerződő a biztosítási díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, a Biztosító erről a Szerződőt a fenti határidőn belül írásban értesíti.
- Amennyiben a fenti határidőn belül a Biztosítóhoz nem érkezik meg az esedékes díj, a Szerződő a befizetésre halasztást nem kapott, vagy a Biztosító a biztosítási díj iránti igényét bírósági úton nem érvényesíti, a Biztosító az első elmaradt díj esedékességétől számított 60 napig viseli a kockázatot. Ez alatt az idő alatt a Szerződő az elmaradt díjat pótolhatja, és egyben be kell fizetnie az esedékes díjat is.
- Ha a Szerződő az első elmaradt díj esedékességétől számított 60 napon belül fizetési kötelezettségét nem teljesíti, a szerződés e határidő leteltével megszűnik.
- Amennyiben a Biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, úgy adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási év végéig járó díjat, ide tartozóan az elmaradt díjat is, a Biztosítónak jogában áll a szolgáltatás(ok) összegéből levonnia.

#### **XVII. Biztosítási esemény**

Biztosítási esemény az az esemény, ami a Biztosító szolgáltatását kiváltja. A biztosítási esemény meghatározása az egyes különös feltételekben található.

### **XVIII. A biztosítási esemény bejelentésének határideje**

1. A biztosítási eseményt 15 napon belül írásban a Szerződő közreműködésével kell bejelenteni a Biztosítónál, kivéve, ha a különös feltételek vagy a szerződés másként rendelkeznek.
2. Abban az esetben, ha a fenti határidőt nem tartják be és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné váltak, a Biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.

### **XIX. A Biztosító szolgáltatása, teljesítésének esedékessége, a teljesítéshez szükséges dokumentumok**

1. A Biztosító a szerződés alapján a biztosítási esemény bekövetkezésekor a különös feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezi magát, a szolgáltatás időpontjában esetlegesen fennálló díjhátralék levonása után (lásd XVI.4. pont).
2. A kárigény teljesítéséhez az 1. számú mellékletben foglaltak szerinti dokumentumokat kell benyújtani.
3. A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges valamennyi okmány beérkezését követő 30 napon belül teljesíti, kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek.
4. Abban az esetben, ha a kárigény teljesítéshez szükséges dokumentumokat felhívás ellenére sem vagy hiányosan nyújtják be, úgy a Biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el, illetve elutasíthatja azt.  
A kárigény teljesítéséhez szükséges dokumentumoknak minősülnek: a különös feltételekben meghatározott biztosítási eseménytől függően a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolására, a mentesülési okok kizárására, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének igazolására szolgáló dokumentumok.
5. A Biztosító szolgáltatási kötelezettségének lehetőség szerint a kedvezményezett bankszámlájára történő banki utalással tesz eleget.
6. Amennyiben a biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt nem következik be, úgy a biztosítási szerződés a Biztosító szolgáltatása nélkül megszűnik.

### **XX. Elévülési idő**

1. A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje a biztosítási esemény bekövetkeztének napjától számított 5 év.
2. Az elévülési idő alatt a nem kifizetett szolgáltatást a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.

### **XXI. Értékkövetés (indexálás)**

Jelen feltétel hatálya alá tartozó biztosítások nem indexálhatóak, kivéve, ha kiegészítő feltétel másként rendelkezik.

Biztosítási évfordulókor a biztosítási kockázatok és fedezetek biztosítási összegeik vonatkozásában módosíthatóak.

### **XXII. Fő- és kiegészítő biztosítások**

1. Jelen feltételek vonatkozásában a kockázati életbiztosítás, mint főbiztosítás, a baleset és egészségbiztosítások, mint ehhez tartozó kiegészítő biztosítások kerülhetnek megkötésre. A főbiztosításra és a kiegészítő biztosításokra az azokra vonatkozó különös feltételeket kell alkalmazni a jelen általános feltételekkel együtt.
2. A kiegészítő biztosítások Biztosítottjai megegyeznek a főbiztosítás Biztosítottjaival. A kiegészítő biztosítások és a főbiztosítás Szerződője is azonos.

### 3. A kiegészítő biztosítások tartama

- 3.1. A kiegészítő biztosítást a Szerződő vagy a főbiztosítással egyidőben köti meg, vagy a főbiztosítás bármely biztosítási évfordulójakor.
- 3.2. Amennyiben a kiegészítő biztosítást a főbiztosítással együtt kötötték meg, ennek kezdeti időpontja megegyezik a főbiztosításéval.
- 3.3. A főbiztosítás bármely biztosítási évfordulója előtt 30 nappal bármelyik kiegészítő biztosítás felvehető, illetve mindkét fél által felmondható.
- 3.4. A kiegészítő biztosítás lejárata a főbiztosítás lejáratához igazodik.
- 3.5. A kiegészítő biztosítás későbbi választása esetén a Biztosítottaknak új egészségfelmérő nyilatkozatot kell tenniük. A Biztosító a kiegészítő biztosítás megkötését kockázatalbírálástól teszi függővé.
- 3.6. A kiegészítő biztosítás a következő esetekben szűnik meg:
  - a) a főbiztosítás megszűnésével,
  - b) a kiegészítő biztosítás felmondásával,
  - c) a biztosítási szerződés megszűnésével,
  - d) díjnemfizetés esetén (az esedékességtől számított 60. napon),
  - e) a különös feltételekben meghatározott esetekben.

### XXIII. Maradékjog

A biztosítási szerződésnek maradékjogai nincsenek, így különösen a Biztosítottak nyereségrészesedésre nem jogosultak, a biztosítási szerződésnek visszavásárlási értéke nincs, kölcsönrel nem terhelhető és nincs lehetőség díjmentesítésre. A különös feltételek ettől eltérően rendelkezhetnek.

### XXIV. Egyéb rendelkezések

#### 1. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) hatályosságának feltételei

- a) A Biztosító a hozzá eljuttatott ajánlatokat, jognyilatkozatokat, bejelentéseket csak akkor köteles hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A Biztosító nyilatkozatait szintén írásban juttatja el a szerződésben érdekelt személyeknek. A Biztosító a mindenkor rendelkezésre álló címre küldi leveleit. A Szerződő kötelessége, hogy a Biztosító tudomására hozza esetlegesen megváltozott címét.
- b) Amennyiben a Szerződő egy hónapnál hosszabb időre külföldre utazik, magyarországi kézbesítési meghatalmazottat kell megneveznie, és erről a Biztosítót írásban értesítenie kell. Ennek hiányában a Biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

#### 2. Ügyfél-átvilágítás

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

## **XXV. Adatközlés, adatkezelés**

1. A biztosítási ajánlatban kért adatok az ajánlat elbírálásához és a biztosítási szerződés megkötéséhez szükségesek. A biztosítási ajánlat megadásával és aláírásával a Biztosított önkéntesen és határozottan kinyilvánítja bejegyzését az őt érintő, az általa megadott adatok feldolgozásába, nyilvántartásába és kezelésébe. A Biztosított a jelen fejezetben foglaltak szerint adja meg hozzájárulását ahhoz, hogy a Biztosító személyes és különleges adatai azon részét, amely a kiszervezett tevékenység elvégzéséhez elengedhetetlenül szükséges, a Biztosító részére kiszervezett tevékenységet végző adatkezelőnek és adatfeldolgozó személynek átadja, és az adatokat a megbízott személy - ideértve a külföldit is - kezelje illetve feldolgozza. Ezen személyekkel szemben a Biztosítottat ugyanolyan jogok illetik meg (biztosítási titok megőrzése, stb.), mint a Biztosítóval szemben. A kiszervezett tevékenységet végzők aktuális listájáról a Biztosító ügyfélszolgálat ad felvilágosítást.

Amennyiben a biztosítási szerződés megkötése során a Szerződő képviselőjében független biztosításközvetítő járt el, hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító ezen biztosításközvetítő felé a biztosítási szerződésre vonatkozó adatokat átadja.

2. A Biztosított tudomásul veszi, hogy az adatszolgáltatás önkéntes, de az adatkezelés a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések elbírálásához szükséges. A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető, a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat pedig addig kezeli, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
3. Biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosító harmadik fél részére, csak akkor adhat ki, ha a Biztosított vagy törvényes képviselője a kiszolgáltatható titokkört pontosan megjelölve írásbeli felmentést ad erre. A Biztosító felmentő nyilatkozatok hiányában biztosítási titkot kizárólag a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló törvényben felsorolt szerveknek és csak az ott megjelölt körben szolgáltatathat ki.
4. A K&H Biztosító Zrt. valamint biztosításközvetítői a Biztosított biztosítási ajánlaton és azok mellékletein közölt személyes és különleges adatait a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a szolgáltatással kapcsolatosan az adatvédelmi törvény alapján a szerződés hatálya alatt, illetve annak lejártával a törvényi előírásoknak megfelelően, a kötelező megőrzés idejéig nyilvántartja és kezeli. A Biztosított hozzájárulása, személyes adatainak fenti célból történő kezelésére vonatkozóan megfelelő tájékoztatáson alapul. A Biztosítót a Biztosítottal kapcsolatosan tudomására jutott személyi körülményekre, vagyoni helyzetre, valamint biztosítási szerződésekre vonatkozó adatok tekintetében (biztosítási titok) titoktartási kötelezettség terheli.
5. A Biztosított személyes adatainak kezeléséről tájékoztatást kérhet, kérheti azok helyesbítését, illetve - a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével - azok törlését is. A Biztosító, mint adatkezelő, a Biztosított kérésére tájékoztatást köteles adni az általa kezelt adatairól és az adatkezelésről, a törvényben meghatározott körben annak körülményeiről.

A Biztosított jogosult a biztosítási szerződés feltételeként meghatározott orvosi vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló törvény értelmében az adott szolgáltatónál megtekinteni.

6. A Biztosított tudomásul veszi, hogy személyes adatainak kezelése (továbbítása) ellen tiltakozhat akkor, ha az kizárólag az adatkezelő vagy az adatátvevő jogának vagy jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve, ha az adatkezelést törvény rendelte el. Tiltakozhat továbbá abban az esetben is, ha a tiltakozás jogának gyakorlását egyébként törvény lehetővé teszi. A Biztosító, mint adatkezelő köteles a Biztosított bejelentését a törvény előírása szerint kivizsgálni és a Biztosítottat írásban tájékoztatni. A Biztosított jogainak megsértése esetén, a Biztosító, mint adatkezelő ellen bírósághoz, az adatvédelmi biztoshoz és a Biztosító belső adatvédelmi felelőséhez fordulhat. A Biztosító, mint adatkezelő köteles megtéríteni a Biztosított által igazolt kárt annyiban, amennyiben azt jogellenes adatkezeléssel vagy a technikai adatvédelem követelményeinek megszegésével okozta.

7. A biztosítási esemény bekövetkezésének esetére a Biztosított önkéntes és határozott hozzájárulását adja ahhoz, hogy a Biztosító a személyes és különleges adatok azon részét, amely a kárigény elbírálásához elengedhetetlenül szükséges, a kár rendezését vagy annak elbírálását végző megbízottja részére átadja.
8. A személyes adatok védelmével, kezelésével kapcsolatos tájékoztatás csak természetes személyekre vonatkozik.

## XXVI. Értelmezések, fogalmak, meghatározások

1. A baleset, a munkahelyi baleset, a munkahelyi úti baleset és a közlekedési baleset fogalma
  - 1.1. Jelen általános feltételek szempontjából a **baleset** olyan hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri.
  - 1.2. Jelen általános feltételek szempontjából balesetnek minősülnek az alábbi a Biztosított akaratán kívüli események is:
    - a) vízbefúlás,
    - b) villámcsapás,
    - c) mérgező gázok belélegzése.
  - 1.3. Jelen általános feltételek szerint – a fentiekől eltekintve – **nem minősül balesetnek**:
    - a) az ember vagy állat által terjesztett bakteriális vagy vírusfertőzés még abban az esetben sem, ha balesetszerű fizikális ok váltja ki, kivéve, ha a különös feltételek ettől eltérően rendelkeznek,
    - b) a rándulás, ficam, megemelés, rovarcsípés (beleértve a kullancs és darázscsípést is), hóguta, fagyás, napszúrás és gerinc sérvek,
    - c) a foglalkozási betegség (ártalom),
    - d) a Biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be,
    - e) az orvosi műtét következménye,
    - f) az agyvérzés, a szívinfarktus és az azok miatt bekövetkező esemény,
    - g) a porckorongsérv és hasi sérv, kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről illetve ha a hasi sérv az ép hasfalat közvetlenül érő egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye.
  - 1.4. Jelen általános feltételek szempontjából **munkahelyi baleset** az olyan baleset, amely a Biztosítottat a munkaviszonyából eredően a foglalkozása körében végzett tevékenysége közben vagy azzal összefüggésben a munkahelyen vagy a munkára kijelölt egyéb helyen munkaidőben éri. Nem számít munkahelyi balesetnek az engedély nélkül végzett munkával okozati összefüggésben bekövetkezett baleset. (A Biztosító munkahelyi balesettel kapcsolatos mentesüléséről lsd. még a XI.4. pontot is.) A munkába menet és jövet bekövetkezett baleset nem minősül munkahelyi balesetnek.
  - 1.5. Jelen általános feltételek szempontjából **munkahelyi úti baleset** az olyan baleset, amely a Biztosítottat a lakásról (szállásról) munkába, illetőleg a munkából lakásra (szállásra) menet közben a legközelebbi útvonalon közlekedve éri.
  - 1.6. Jelen általános feltételek alkalmazásában **közlekedési balesetnek** minősül a Biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként, mint közlekedésben résztvevő szenved balesetet. **Nem minősül közlekedési balesetnek**:
    - a) a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre,
    - b) a kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,
    - c) a jármű vezetőjét, utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.

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

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

## 3. A Biztosított sporttevékenységének minősítése

- 3.1. Hivatásos sportoló az a Biztosított, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá egyéni vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik a sportági szakszövetség, illetőleg a sportszövetség feltételei szerint megszerzett hivatásos sportolói engedéllyel.
- 3.2. Jelen általános feltételek szempontjából versenyző sportoló az a Biztosított (a továbbiakban: versenyző sportoló), aki sporttevékenységet nem hivatásos sportolóként végez, feltéve hogy versenyen (bajnokságon, meccsen) is indul, függetlenül a verseny jellegétől (függetlenül pl, attól, hogy helyi, kerületi, megyei, területi, országos, nemzetközi stb. vagy barátságos-e a verseny, mi a tétje, stb.).
- 3.3. Jelen általános feltételek szempontjából a versenyző sportoló lehet élvonalbeli versenyző sportoló, regionális szinten versenyző sportoló vagy területi szinten versenyző sportoló.
  - a) Élvonalbeli versenyző sportoló az a Biztosított (a továbbiakban: élvonalbeli versenyző sportoló), aki nemzetközi, országos (nemzeti) versenyen indul.
  - b) Regionális szinten versenyző sportoló az a Biztosított (a továbbiakban: regionális szinten versenyző sportoló), aki több megyét érintő versenyen indul, feltéve hogy nem élvonalbeli versenyző sportoló.
  - c) Területi szinten versenyző sportoló az a Biztosított, aki nem regionális szinten versenyző sportoló és nem élvonalbeli versenyző sportoló.
- 3.4. Jelen általános feltételek szempontjából hobby sportoló az a Biztosított, aki sporttevékenységét nem hivatásos sportolóként és nem versenyző sportolóként végzi.

## XXVII. A panaszok bejelentése

1. A szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat szóban és írásban, a Biztosító általános feltételek mellékletét képező Ügyfélértájékoztatóban feltüntetett elérhetőségein lehet bejelenteni.
2. A Biztosító köteles a panaszokat, bejelentéseket kivizsgálni, és köteles a vizsgálat eredményéről 30 napon belül írásban tájékoztatást adni.

## 1. SZÁMÚ MELLÉKLET

### Tájékoztató a K&H Biztosító által a kárrendezés során bekérhető okiratokról

érvényes: 2010. április 1-jétől

A biztosítókról és biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (Bit.) 2010. április 1-jei hatályú módosítása kötelezően előírja, hogy a biztosító a biztosítási szerződési feltételekben köteles meghatározni, hogy a káresemény bekövetkezése esetén milyen károkat és költségeket milyen okiratok bemutatása ellenében térít.

A K&H Biztosító (továbbiakban: Biztosító) a törvény által előírt kötelezettségének eleget téve a szerződési feltételeit az alábbi rendelkezésekkel egészíti ki.

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

Biztosítási esemény bekövetkeztek minden esetben	A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatvány.
	Biztosítási kötvény.
	Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása.
	A kedvezményezett nyilatkozata a számlaszámról, ahova a kifizetés teljesíthető
	A kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány, feltéve, hogy a kedvezményezett a szerződésben név szerint nem neveztek meg.
	Kiskorú kedvezményezett esetén, a törvényi előírást meghaladó kifizetésnél gyámhatósági végzés.
	Pénzmosási törvény előírásainak megfelelő kifizetésnél a törvény szerinti azonosító adatok
	Teljes orvosi dokumentáció: diagnózis és felállításának időpontját igazoló iratok, orvosi leírás, zárójelentés, kórházi igazolás, elszámolási nyilatkozat, korábbi orvosi iratok, műtéti leírás, ambuláns lap, röntgen lelet, ápolási dokumentáció, teljes kórházi kórlap, szövettani lelet, kontroll eredmények.
	Háziorvosi egészségi dokumentáció.
	OEP nyilvántartásában szereplő egészségügyi adatok.
	ORSZSI (OOSZI) által kiállított TB rokkantsági határozat, illetve egyéb hatósági határozat, Orvosszakértői Intézet vizsgálati jegyzőkönyv.
	Igazságügyi Orvosszakértő által elvégzett vizsgálati eredmény, illetve vélemény.
	A Biztosító orvos szakértője által elvégzett vizsgálati eredmény, illetve vélemény.
	Felvett egyéb hivatalos, vagy tanúkkal igazolt nem hivatalos jegyzőkönyv vagy igazolás a baleset és a sérülés megtörténtéről, körülményeiről.
	Ha volt hatósági eljárás annak határozata, illetve jegyzőkönyve, alkohol vizsgálati eredménnyel együtt.
	Sportszervezet igazolása sportolói tagságról.
	Munkáltatói igazolás
Folyószámlához kapcsolódó biztosítás esetén folyószámla igazolás a banktól.	
Halál esetén	Halotti anyakönyvi kivonat
	Halottvizsgálati bizonyítvány
	Boncolási jegyzőkönyv
	Hitelfedezeti termék vagy hitelfedezeti záradékos szerződés esetén banki igazolás a hitelszerződés adatairól (pl. a hitelszerződés létrejöttének dátumáról, a fennálló tartozás mértékéről stb.).

A felsorolt okiratokon kívül a Szerződőnek, illetve a Biztosítottnak joga van egyéb okiratokat, dokumentumokat is benyújtani a biztosítási esemény bekövetkezésének és a teljesítendő szolgáltatás mértékének igazolására - a bizonyítás általános szabályai szerint, annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

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

## Tisztelt Ügyfelünk!

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

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

Engedje meg, hogy röviden bemutassuk azt a biztosítótársaságot, amellyel szerződést kíván kötni. A K&H Biztosító Zárt körűen jegyzett Részvénytársaság 1992-ben alakult, székhelye:

1068 Budapest, Benczúr u. 47.

A társaság alapításkori alaptőkéje: 3.520.000.000,- Ft

A társaság tulajdonosa: KBC Insurance NV. 100%

Biztosításközvetítőként a K&H Bank Zrt. járt el fiókhálózata és arra jogosultsággal rendelkező munkatársai révén. A K&H Bank székhelye: 1051 Budapest, Vigadó tér 1., jogi formája: részvénytársaság. Felügyeleti hatósága: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete.

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

### K&H Biztosító Zrt.

székhely: 1068 Budapest, Benczúr u. 47.

levelezési cím: 1535 Budapest, Pf. 782

e-mail cím: [bizosito@kh.hu](mailto:bizosito@kh.hu)

telefonszám: (06-1-20/30/70) 335-3355

Információ található a [www.kh.hu](http://www.kh.hu) címen is.

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

Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Levélcím: 1535 Budapest, 114 Pf. 777.

Telefonszám: 06-1-4899-100

Fax: 06-1-4899-102

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

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

- A megkötendő biztosítási szerződésre, a szerződő felek jogaira és kötelezettségeire a biztosítási szerződési feltételek az irányadók.
- Kérjük szíveskedjék ezeket gondosan áttanulmányozni és ajánlatát csak ezt követően aláírni!
- A jognyilatkozatok csak írásban érvényesek és a szerződő (biztosított) nyilatkozata csak akkor hatályos, ha az a Biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut.

Az adatvédelem és adatkezelés legfontosabb szabályairól a biztosítási feltételek tartalmaznak információkat és rendelkezéseket.

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

A hatályos szja. törvény értelmében kamatjövdelemnek minősül a magánszemély biztosítási szerződéshez fűződő maradékjogból, illetve életbiztosítási szerződés alapján a biztosító szolgáltatása címén megszerzett - egyébként nem adómentes - bevételének az a része, amely meghaladja a befizetett biztosítási díjak összegéből (kivéve, ha azt a magánszemély költségként elszámolta) a kivont díjtartaléknak a kivonás előtti díjtartalékhoz viszonyított arányos részét (szja. törvény 65.§ (1) bekezdés d. pont).

A vonatkozó adójogszabályok értelmében az adóelőnyök az alábbiak lehetnek:

- kamatadó-mentesség 10 év után lejáratkor vagy visszavásárláskor
- 5 év utáni lejárat vagy visszavásárlás esetén a kamatadó mértéke csak 8%
- a részvisszavásárlás időpontját 4 évvel megelőzően befizetett biztosítási díjak kamatjövdelemének 50%-a, a 6 évvel korábban befizetett biztosítási díjak kamatjövdelemének 100%-a után nem kell kamatadót fizetni. A kamatadó számításánál a keletkező kamatjövdelemek a hozzájuk tartozó díjak befizetésének dátumától függően kerülnek megjelölésre.
- a biztosítási szolgáltatás után nem kell sem személyi jövdelemadót, sem örökösödési illetéket fizetni.

**A tájékoztatás a hatályos jogszabályi rendelkezéseken alapul, amelyek a későbbiekben változhatnak.**

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

A sikeres együttműködés reményében

K&H Biztosító Zrt





## **BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ KOLLEKTÍV (CSOPORTOS) KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI 2011/KBH**

### **I. Általános rendelkezések**

1. Az itt nem szabályozott kérdésekben a K&H Biztosító Zrt. Kollektív (csoportos) kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéseinek általános feltételeit (a továbbiakban általános feltételek) is alkalmazni kell. Jelen feltételeket és az általános feltételeket a biztosítási szerződésre együtt kell értelmezni és alkalmazni.
2. Jelen feltételekben meghatározott baleseti halál, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a teljes szerződés (fő- és kiegészítő biztosítás) megszűnik.

### **II. Biztosítási esemény**

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

### **III. Biztosítási összeg**

A baleseti halál esetére szóló biztosítási összeget a biztosítási szerződés tartalmazza.

### **IV. A Biztosító szolgáltatása**

1. A balesettől számított egy éven belül a balesetből kifolyólag bekövetkező halál esetén a Biztosító a biztosítási esemény időpontjában hatályos biztosítási szerződésben rögzített biztosítási összeget fizeti ki.
2. A haláleseti kifizetésbe a Biztosító az ugyanazon esemény miatt baleseti maradandó rokkantsági és égési sérülés szolgáltatásként általa kifizetett összeget beszámítja.

### **V. A kárigény bejelentése, a Biztosító teljesítésének esedékessége, a teljesítéshez szükséges dokumentumok**

A Biztosító az általános feltételek XIX. pontjában foglaltak szerint jár el.



## **A BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁSRA (1–100%) VONATKOZÓ KOLLEKTÍV (CSOPORTOS) KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI 2011/KBR1**

### **I. Általános rendelkezések**

1. Az itt nem szabályozott kérdésekben a K&H Biztosító Zrt. Kollektív (csoportos) kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéseinek általános feltételeit (a továbbiakban általános feltételek) is alkalmazni kell. Jelen feltételeket és az általános feltételeket a biztosítási szerződésre együtt kell értelmezni és alkalmazni.
2. Jelen feltételekben meghatározott 100%-os baleseti maradandó egészségkárosodás, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződés (fő- és kiegészítő biztosítás) adott Biztosított vonatkozásában megszűnik.

### **II. Biztosítási esemény**

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

### **III. A biztosítási védelemből kizárt kockázatok**

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

### **IV. Biztosítási összeg**

A 100%-os baleseti maradandó egészségkárosodás esetére szóló biztosítási összeget a biztosítási szerződés tartalmazza. Ezen összegből az egészségkárosodás százalékos fokának megfelelő összeg kerül kifizetésre a V. pont rendelkezései szerint.

### **V. A Biztosító szolgáltatása**

1. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége akkor válik esedékessé, ha az egészségkárosodás maradandó, vagy ha az egészségkárosodás mértéke folyamatosan változik és a baleset napjától számított 2 év eltelt. Ez utóbbi esetben a Biztosító a szolgáltatásának mértékét a baleset napjától számított 2 év letelte után fennálló egészségkárosodás mértékének megfelelően állapítja meg.
2. Amennyiben a biztosított egészségkárosodásának mértéke folyamatosan változik, úgy mind a biztosítottnak, mind a Biztosítónak joga van biztosítási eseményenként a bejelentett baleset napjától számított 2 évig évenként egy alkalommal a maradandó egészségkárosodás orvosi megállapítását kérni, azaz mind a Biztosítottnak, mind a Biztosítónak joga van annak megállapítását kérni, hogy az egészségi állapot orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A Biztosított ismételt szolgáltatási igény bejelentéssel és megfelelő kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával kezdeményezheti a maradandó

egészségkárosodás megállapítását. Állapotrosszabbodás esetén a Biztosító csak a már korábban megállapított és egészségkárosodási fok és az új egészségkárosodási fok közötti különbözetet téríti meg.

3. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában hatályos biztosítási szerződésben rögzített biztosítási összegből a maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő összegű szolgáltatást nyújt.
4. A térítés mértékét (az egészségkárosodás fokát) a Biztosító orvosa az alábbiak szerint állapítja meg:

**Testrészek, érzékszervek egészségkárosodása** **Egészségkárosodás foka (%)**

• mindkét szem látóképességének teljes elvesztése.....	100%
• egy kar vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége.....	70%
• egyik comb csípőízületben történő elvesztése vagy a csípőízület teljes működésképtelensége....	70%
• egy kar könyökízület fölöttig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége.....	65%
• egyik kar könyökízület alattig való vagy egyik kéz teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége.....	60%
• egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elvesztette.....	65%
• egyik comb részleges csonkolása vagy a térdízület teljes működésképtelensége.....	60%
• mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése.....	60%
• egyik lábszár részleges csonkolása.....	50%
• egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elvesztette.....	45%
• egyik szem látóképességének teljes elvesztése.....	35%
• egyik bokaízület elvesztése vagy teljes működésképtelensége.....	30%
• egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége.....	20%
• egyik fül hallóképességének teljes elvesztése.....	15%
• a szaglóérzék teljes elvesztése.....	10%
• egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége.....	10%
• az ízezőképesség teljes elvesztése.....	5%
• egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége.....	5%
• bármely más lábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége.....	2%

5. Ha a térítés mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, a szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi és/vagy szellemi épség (működőképesség) orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás mértékét a fenti táblázat figyelembevételével a Biztosító orvosa állapítja meg. A Biztosított más orvosszakértői testületek határozata nem köti, így például a társadalombiztosítási szervek határozata nem szolgál alapul a szolgáltatás mértékének megállapításánál. A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

6. A Biztosító szolgáltatása nem lehet nagyobb a teljesítés esedékességekor hatályos biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnél. (Több körülmény fennállása esetén sem.) A Biztosító az egyes biztosítási események bejelentésének sorrendjében teljesít mindaddig, amíg a balesetből eredő egészségkárosodások összesített százalékos mértéke el nem éri a 100%-ot. Az utolsó egészségkárosodás százalékosan olyan mértékben vehető figyelembe, hogy az összesített egészségkárosodás mértéke nem haladhatja meg a 100%-ot, függetlenül attól, hogy egy vagy több baleset történt.



7. Amennyiben a baleset előtt már meglévő betegségek vagy fogyatékoságok közrehatottak a maradandó egészségkárosodás mértékében, és ez a közrehatás legalább 25%-os volt, a Biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékével csökkenti.
8. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak abban az esetben áll be, ha a biztosítási esemény bejelentésére és megállapítására még a Biztosított életében kerül sor.
9. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.
10. Ha a Biztosító a szolgáltatási kötelezettségét már megállapította, de a szolgáltatásként fizetendő összeg nagysága még nem állapítható meg, a Biztosító saját döntése alapján a Biztosított részére kifizetheti a tényállás alapján a Biztosítottnak minimálisan járó összeget. Ez az összeg a végleges egészségkárosodási kifizetésbe beleszámít.
11. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál az egészségi állapotot a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

**VI. A kárigény bejelentése, a Biztosító teljesítésének esedékessége, a teljesítéshez szükséges dokumentumok**

1. A Biztosító az általános feltételek XIX. pontjában foglaltak szerint jár el.
2. A Biztosító az alábbi határidőkön belül teljesít:
  - a) az orvosi szempontból egyértelműen tisztázott károsodások alapján megállapított szolgáltatást a Biztosító az utolsó irat beérkezését követő 30 napon belül,
  - b) egyéb esetekben a károsodás véglegessé válását követően 30 napon belül, illetőleg legkésőbb a balesetet követő 2 év letelte után 30 napon belül.



## KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉS KOLLEKTÍV (CSOPORTOS) KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI 2011/KKNT

### I. Általános rendelkezések

1. Az itt nem szabályozott kérdésekben a K&H Biztosító Zrt. Kollektív kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéseinek általános feltételeit (a továbbiakban általános feltételek) is alkalmazni kell. Jelen feltételeket és az általános feltételeket a biztosítási szerződésre együtt kell értelmezni és alkalmazni.
2. A kórházi kezelési, ápolási költségeket a Biztosító nem téríti.
3. A Szerződő választása szerint valamely főbiztosításhoz jelen kiegészítő biztosítást úgy is megkötheti, illetve a Biztosító jelen kiegészítő biztosítást az általa meghatározott főbiztosításhoz úgy is nyújthatja, hogy a Biztosító szolgáltatása csak a balesetből eredő kórházi napi térítésre terjed ki. Ebben az esetben jelen feltételekben foglaltakat értelemszerűen kell alkalmazni.

### II. A Biztosított

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

### III. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a Biztosított orvosilag szükséges gyógykezelése fekvőbetegként kórházban betegség vagy baleseti következmény miatt abban az esetben, ha legalább 1 éjszakát kórházban tölt. A biztosítási esemény a gyógykezeléssel kezdődik és a szükséges gyógykezelés végéig tart.
2. Kórházi ápolásnak (jelen feltételek szempontjából gyógykezelésnek) számít a szülés is.
3. Nem képezi a biztosítási esemény tárgyát:
  - a) A terhesség alatti kórházi ápolás és a terhesség-megszakítás,
  - b) A házi ápolás, valamint az olyan kórházi kezelések és kivizsgálások, amelyek okozati összefüggésben állnak különösen a geriátriával, rehabilitációval, pszichoterápiás, természetgyógyászati kezeléssel, utógondozással, gyógypedagógiával, logopédiával, gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázssal, fürdőkúrával vagy a fogyókúrával,
  - c) A mesterséges megtermékenyítés, sterilizáció, esztétikai, plasztikai sebészet (utóbbi kettőnél kivéve, ha egészségi állapotromlás elhárítása miatt orvosilag szükséges), illetve ezekre irányuló vizsgálat valamennyi formája,
  - d) Az olyan kórházi kezelések és kivizsgálások, amelyeknek nem a Biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozása a célja (pl. szűrés, esztétikai, plasztikai műtétek, stb.).
4. A gyógykezelés olyan orvosi kezelés, amely az orvostudomány általánosan elismert álláspontja szerint megfelelő az egészség újbóli helyreállítására, az állapot javítására vagy a rosszabbodás megakadályozására.
5. A betegség az orvostudomány elismert állása szerint rendellenes biológiai, testi, pszichoszociális és szociális állapot.

### IV. Biztosítási összeg

A Biztosítási összeget a biztosítási szerződés tartalmazza.



## V. A Biztosító szolgáltatása

1. A jelen feltételekben meghatározott kórházi kezelés esetében a Biztosító a biztosítási esemény időpontjában hatályos biztosítási szerződésben meghatározott napi térítést szolgáltatja minden naptári napra abban az esetben, ha a Biztosított kórházi tartózkodását megfelelő okmányokkal igazolja.
2. A Biztosított balesete esetén a Biztosító a baleset napjától számított egy éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges és megkezdett kórházi gyógykezelésre nyújt szolgáltatást.
3. A Biztosított maximálisan 90 napot vehet igénybe egy biztosítási év alatt. A Biztosító a biztosítási szerződésben ettől eltérő időszakot is megállapíthat.

## VI. Önrész

1. A Szerződő a biztosítási szerződésben önrészt választhat, melynek mértékét és típusát a biztosítási szerződés tartalmazza. Az önrész típusa lehet levonásos vagy meghaladásos.
  - a) A **levonásos önrész** azt jelenti, hogy az önrészként megállapított napokra a Biztosító nem szolgáltat.
  - b) A **meghaladásos önrész** azt jelenti, hogy ha a kórházban tartózkodás az önrészként megjelölt napokat meghaladja, úgy a Biztosító – visszamenőleg az első naptól – a kórházi tartózkodás teljes időtartamára szolgáltat.

## VII. Kizárt kockázatok

A kockázatviselés köréből kizártak:

- a) A biztosítás illetve a kockázatviselés kezdete előtt megkezdődött gyógykezelések (ide értve a várakozási idő alatt megkezdődött gyógykezeléseket is).
- b) Azok a betegségek és baleseti következmények, amelyek a kockázatviselés kezdete előtt keletkeztek, illetve amelyeket a kockázatviselés kezdete előtt diagnosztizáltak, azonban csak a kockázatviselés kezdete után kerül sor a gyógykezelésre (ide értve a várakozási idő alatt megkezdődött gyógykezeléseket is).
- c) Olyan betegségek és balesetek, valamint azok következményei, amelyek alkohol vagy kábítószer élvezete miatt alakulnak ki illetve következnek be, továbbá ha ezek miatt rosszabbodnak. Nem terjed ki a kockázatviselés a megvonási eljárásokra és az elvonókúrára.
- d) Olyan betegségek és balesetek, valamint azok következményei, amelyek a Biztosított által elkövetett bűncselekmények miatt keletkeztek.
- e) A tartam első két évében elkövetett öngyilkosság és kísérletének következményei.
- f) Az általános feltételekben kizárt kockázatok

## VIII. A kárigény bejelentése, a Biztosító teljesítésének esedékessége, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

A Biztosító az általános feltételek XIX. pontjában foglaltak szerint jár el.



## **A CSONTTÖRÉSRE, ILL. 28 NAPOT MEGHALADÓ GYÓGYTARTAMRA VONATKOZÓ KOLLEKTÍV BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI 2011/28NAP**

### **I. Általános rendelkezések**

1. Az itt nem szabályozott kérdésekben a K&H Biztosító Zrt. Kollektív (csoportos) kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéseinek általános feltételeit (a továbbiakban általános feltételek) is alkalmazni kell. Jelen feltételeket és az általános feltételeket a biztosítási szerződésre együtt kell értelmezni és alkalmazni.

### **II. Biztosítási esemény**

1. Biztosítási esemény a Biztosítottat a biztosítás tartama alatt ért baleset, melynek következtében a Biztosított csonttörést, csontrepedést, vagy 28 napon túl gyógyuló sérülést szenved. Jelen feltételek szempontjából 28 napon túli gyógyulónak minősül az a sérülés, melynek következtében a Biztosított az adott időszakban munkavégzésre képtelen. Azonos balesetből eredően az egymást követő többszöri, 28 napnál rövidebb gyógytartamok nem adódnak össze. A fogtörés nem minősül biztosítási eseménynek.
2. A biztosítási esemény időpontja a baleset bekövetkeztének napja.

### **III. Biztosítási összeg**

A biztosítási összeget a kötvény tartalmazza.

### **IV. A Biztosító szolgáltatása**

1. Balesetből származó csonttörés, csontrepedés, biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget fizeti.
2. A balesetenként bekövetkezett törések, repedések számától függetlenül a Biztosító csak egyszer téríti a biztosítási összeget.
3. A Biztosító szolgáltatása maximum 3 biztosítási eseményből eredő kifizetésre terjed ki egy biztosítási évben.
4. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosító által kijelölt orvosokkal ellenőriztesse a Biztosítottnál a gyógyulás időtartamát.

### **V. A kárigény bejelentése, a Biztosító teljesítésének esedékessége, a teljesítéshez szükséges dokumentumok**

A Biztosító az általános feltételek XIX. pontjában foglaltak szerint jár el.