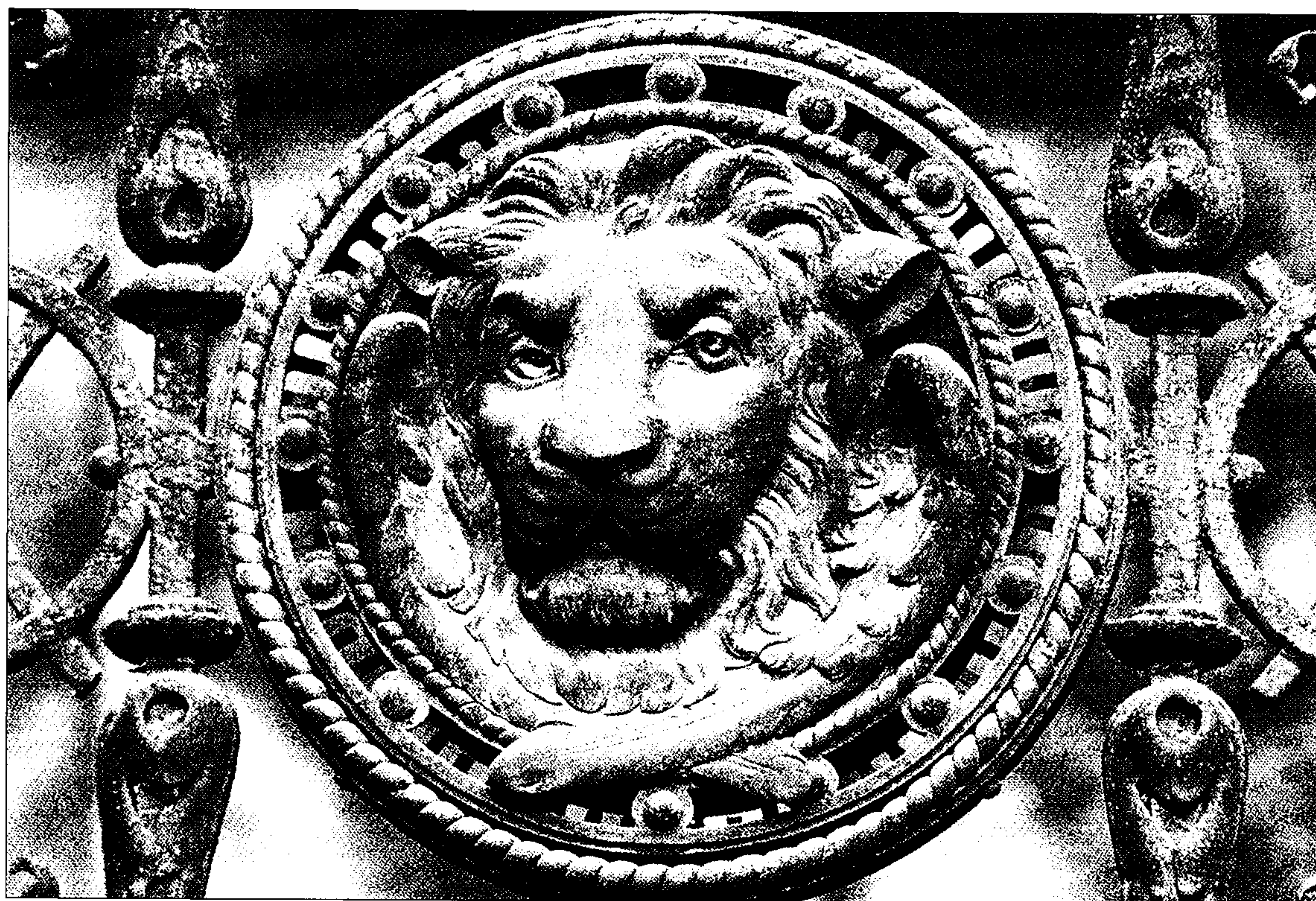


ING NATIONALE-NEDERLANDEN



ELSŐ FEJEZET

BIZTOSÍTÁSTÖRTÉNET, CÉGFILOZÓFIA, ÜZLETI ETIKA

A NATIONALE-NEDERLANDEN TÖRTÉNETE

A hőskor

A 19. század középső harmadában alakult Hollandiában az a két biztosítótársaság, amelyek egy évszázaddal későbbi egyesülését, majd az ezt követő tervszerű és szakadatlan globalizációját immár a világ tíz legnagyobb vállalata közé rangsorolt ING Csoport neve fémjelzi.

A már szinte történelmi kezdetek egyik szereplőjét Nationale-nak, a másikat Nederlandennek hívták. Az előbbi székhelye a rotterdami kikötőben volt, az utóbbié pedig Hágában, az ország kormányzati-közigazgatási központjában. Hollandia két legjelentősebb biztosítótársasága azonban csak földrajzi értelemben került közel egymáshoz: a két cég egymás legnagyobb versenytársának, valósággal legyűrendő ellenfelének számított.



A Nederlanden első plakátja



A Nationale szimbóluma

A Nederlanden biztosító egy keserű felismerést követő huszáros lépésnek köszönheti létrejöttét. Egészen pontosan 1844-ben egy Tielben székelő tűzkárbiztosító vezetősége és két alkalmazottja, Gerrit Jan Dercksen és Christiaan Marianus Henny között párás vita lángolt fel. A holland biztosítási szakma hőskorának e két lelkes ügynöke ugyanis kisegítő munkatársak egész sorát szervezte be szűkebb pátriája, Zutphen holland kisváros körzetében. Azután leírhatatlan volt a megrökönyödésük, amikor a cég vezetői kapásból velük egyenrangú ügynökké nevezték ki az általuk toborzott beosztottakat. Így jött el a pillanat, hogy Dercksen és Henny a teljes önállósulás mellett döntött: 1845-ben megalapították a később Nederlanden néven ismertté vált saját tűzkárbiztosító társaságukat. Tényleg mesebeli kezdetek voltak, a vitathatatlan hozzáértés mellett még bárhogy lehetett bütykölni a szakmát: állítólag viharok idején Dercksen és Henny távcsővel pásztázta a padlásról a tanyákat, és ha valahol fellobbant a tűz, maguk loholtak lélekszakadva a tűzoltókért...

A kisemberek biztosítója: a Nationale

A Nationale-t életbiztosítási tevékenységre 1863-ban alapította Rotterdamban William Sierwerts van Reesema ügyvéd és Simon van der Heldt biztosítási ügynök. A kezdő

cég elsősorban a kisembereknek – iparosoknak, boltosoknak, tisztviselőknek, a hollandiai gátaikon dolgozó ezer és ezer kubikusnak – szánta szolgáltatásait: a temetkezési költségeket is magában foglaló életbiztosítást, a nyugdíjbiztosítást és a pályakezdést megkönnyítő biztosítási konstrukciókat.

A Nationale fennállásának első évtizedében két pusztító járvány is végigsöpört Hollandián, a céget ért viszontagságok anyagi csőddel fenyegettek. A vezetés úgy döntött, nem támogatja tovább a kisbiztosításokat, és emeli a díjakat; a profil ennek ellenére hosszú időn át az iparosréteg életbiztosítása maradt.

A Nederlanden a világban

Alig egy évtizeddel a megalapítása után a Nederlandennek már sikerült megvetnie a lábát az ország határain kívül is: első külföldi ügynökét 1856-ban Batáviában, az akkori Holland Kelet-India fővárosában nevezte ki. A távoli gyarmat ígéretes piacnak bizonyult: csekély volt a konkurencia, és kedvezőek voltak a biztosítási díjak. A terület egyben hídfőállása lett a cég távol-keleti terjeszkedésének Szingapúr, Hongkong, a Fülöp-szigetek, Kína és Japán felé. A kinevezett ügynökök felbukkantak a világ minden táján a kiterjedt holland tengeri kereskedelem révén, amely különösen Dél-Afrika és a Karib-tenger térségében volt jelentős. Így a Nederlandennek már 1900 előtt 139 vezérképviselője volt a földkerekség legkülönbözőbb pontjain. Noha üzleti szempontból nem minden ügynökség hozott egyértelmű hasznot, rajtuk keresztül a cég mégis gyarapodott valamivel, ami ekkor még a profitnál is értékesebbnek tűnt: nemzetközi tapasztalatokkal a biztosítási ipar világpiacán.

A Nationale a holland piacon

A 19-20. század fordulóján néhány próbálkozását leszámítva a Nationale – nevéhez híven – elsősorban a nemzeti piacra összpontosította erőfeszítéseit. Ennek oka nem a kezdeményezőkétség hiánya volt, hanem jól átgondolt üzletpolitikai megfontolások: az ügyfél bizalmának megnyerését talán egyetlen biztosítási ágazatban sem tartották annyira elsőrendűnek, mint éppen az életbiztosítás területén. Itt ugyanis nemcsak a szakma hírnevét nem mindig öregbítő – sokszor éppen lejárató – elődök és versenytársak okozta erkölcsi hitelrontással kellett megküzdenie: a Hollandia déli részén élő katolikus közösség például vallási megfontolásokból tiltakozott az életbiztosítás pusztá ténye ellen.

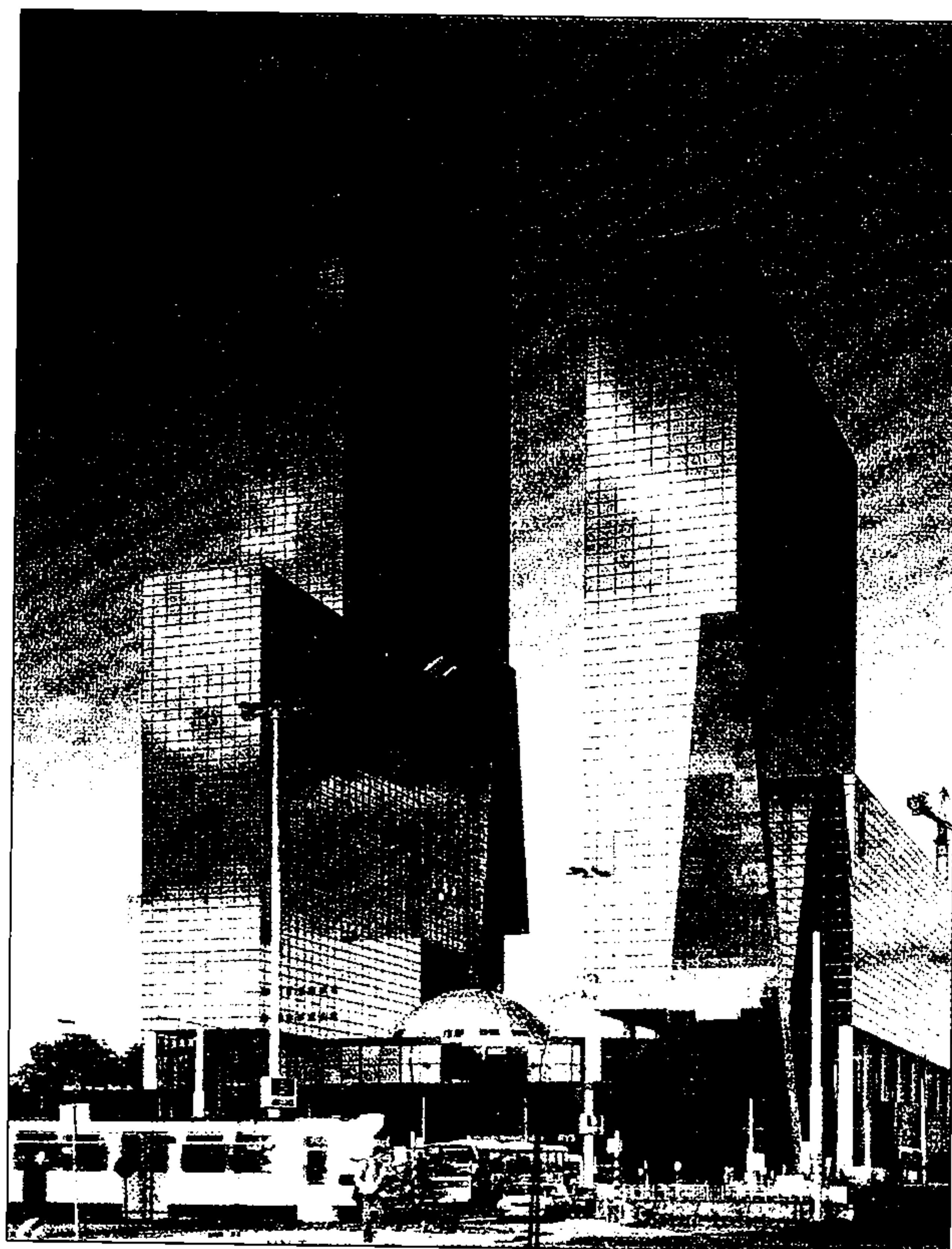
A világegés után...

A második világháború befejezése után Hollandia is nehezen ocsúdott a szörnyű katasztrófából. A Nederlanden vezérigazgatója azt azért megállapíthatta, hogy a százéves cég túlélte a megpróbáltatásokat. Európa-szerte gyors ütemben indult meg a háborús károk helyreállítása, s ebből a biztosítótársaságok is kivették a részüket a lakásépítés és az ipari rekonstrukció széles körű finanszírozásával. Az 1950-es évek végén kezdődő fellendülés jótékony hatása a biztosítási szakmában is érezhető volt. A kormányok fokozott szerepet vállaltak az állástalanok, a betegek és az idősek szociális ellátásában, s egy ideig úgy tűnt, ez fékezi a biztosítási üzletág fejlődését. Azonban hamarosan nyilvánvalóvá vált, hogy az állami gondoskodás inkább csak fokozza a lakosság körében a szociális biztonság iránti igényt, amelynek kielégítésében még az eddigieknél is jelentősebb szerep várt a biztosítótársaságokra.

Szilárd háttér otthon, terjeszkedés külföldön

A háború utáni évtizedben a csendes, de kitartó otthoni építkezéssel párhuzamosan a Nederlanden megbízott ügynökökkel és fiókirodákkal dolgozott külföldön – eleinte a korábban bevált üzletpolitikát követve. Éveken át az 1939-ben megvásárolt belga De Vaderlandsche volt a határokon túli egyetlen leányvállalata. Külpiaci esélyeit nagyban növelte a Kanadába és Ausztráliába irányuló holland kivándorlási hullám, csak hogy in-
 nentől kezdve már biztos gyakorlattá vált a felismerés: egy új külföldi vállalat kiépítése számos buktatóval jár, sokkal előnyösebb a célországban már ismert és jó hírnévnek ör-
 vendő cég megvásárlása! Ennek jegyében került sor 1956-ban a kanadai Commercial Life megvételére – ez a biztosító lett a cég második, határokon túli leányvállalata. Ugyanebben az évben az „ősi ellenség”, a Nationale is megtette első óvatos lépéseit, megszerezte a kis Omnium biztosítót Belgiumban. Három évvel később a sort a Nederlanden folytatta: megegyezett Kanada legrégebbi biztosítótársaságával, a Halifax Insurance Companyval, a két cég később Halifax Life néven egyesült.

A terjeszkedés következő állomása Nagy-Britannia volt, ahol 1962-ben kezdődtek meg a tárgyalások a brit Orion cég átvételéről. Az egyeztetések már befejező szakaszukhoz közeledtek, amikor világgá röppent egy hír, amely az üzleti élet szereplői számára már várható és törvényszerű volt – viszont a széles közvélemény és a két biztosítótársaság eleddig egymással rivalizáló alkalmazotti gárdája előbb hitetlenkedve, majd megdöbbenéssel fogadta.



Az N-N és az RVS székháza Rotterdamban

Megszületik a Nationale-Nederlanden

„Az évszázad egyesülését” – vagyis a Nationale és a Nederlanden biztosítótársaságok megállapodását – 1962. október 26-án hozták nyilvánosságra. Mindkét cég már korábban is kereste a partnerekkel való társulás lehetőségét. Az egyesülés előnyei vitathatatlanok voltak: nem csupán a két cég belpiaci pozícióit szilárdította meg, de jelentősebb szerephez juttatta őket a bővülő nemzetközi piacon. Az egyesült biztosítótársaság első közös külföldi leányvállalata az Orion lett.

Hallatlanul lényeges szempont volt az Európai Közösség egységes piacának létrejöte is. A hőskor két nagy vetélytársa helyesen ismerte fel, hogy anyagi erőforrásaik, piaci részesedésük és szakértelmük összpontosításával világviszonylatban is jelentős cég alapjait vethetik meg, amelyre több mint fényes jövő vár. A hivatalos társulás előtt alig három hónappal a Nationale nagyszabású ünnepség színhelye volt, a cég ekkor ünnepelte fennállása századik évfordulóját. 1963. április 3-án a Nederlandennel együtt a vál-

lalat újjászületett, s Nationale-Nederlanden néven folytatták közös életüket. „Az évszázad egyesülése” ugyanakkor jelképes erejű mozzanata a legnyilvánvalóbb gazdasági folyamatnak: a teljes lendülettel elszabaduló globalizációnak. Csak így érthetjük meg a következő oldalakon az újabb kiemelkedő állomást, az ING Csoport létrejöttét és felfutását a világ tíz legnagyobb vállalata közé.

Az N-N lendületet vesz

A harmonikus kapcsolat megteremtése természetesen jóval hosszabb időt vett igénybe: a két cég dolgozóinak ténylegesen hozzá kellett szokniuk ahhoz a gondolathoz, hogy a volt versenytárral immár közös célok érdekében kell együttműködniük. A biztosítási szakmában az üzleti tisztességgel kivívott jó hírnév talán mindennél fontosabb. Ezért nem volt különösebben meglepő, hogy a két partner egy ideig még a saját neve alatt folytatta tevékenységét. Ugyanez volt a helyzet jó nevű leányvállalataik esetében is. Az egyesülést az új közös székház felépítése koronázta meg. A hágai központ átadási ünnepsége 1969-ben szimbolikusan is lezárta az egyesülés kezdeti időszakának hat esztendejét, s egyben arra is alkalmat adott, hogy a cég történetében először együtt lehessenek a Nationale-Nederlanden valamennyi tengerentúli leányvállalatának vezetői. Ez a hagyomány a későbbiekben is folytatódott: az 1976-ban, 1981-ben és 1986-ban rendezett N-N-konferenciáknak, majd az ING létrejötte után a Csoport vezetői találkozóinak döntő szerepük volt nemcsak a Társaság nemzetközi stratégiájának kialakításában, hanem abban is, hogy szeretetteljes és tartós emberi kapcsolatok szövődjenek a világ különböző tájain a közös cél érdekében fáradozó munkatársak között. E közös érzés és tudat ápolásának apró, mégis jelentős eseménye volt az új cégembléma bevezetése a székház felavatásával egy időben. A korábbi leányvállalatok egyéni szimbólumait felváltó grafika megformálását alapos tervezőmunka előzte meg: a narancs választását az indokolta, hogy meleg, feltűnő és szemet gyönyörködtető szín. Az N betű fölötti lendületes vonal valójában a betű megkettőzésének a jele egyes nyugat-európai népek kézírásában, emellett pedig a biztonság gondolatát sugallja a szemlélőnek.

Egy újabb lépés: az N-N az USA-ban

A megjelenés az Egyesült Államok piacán nem csupán szakmai presztízsokokból volt hatalmas kihívás, hanem jelentős üzleti haszonnal is kecsegtetett. Emlékezzünk erre később is: az Egyesült Államokban költik el a világ biztosításra szánt összegeinek több mint a felét.

A Nederlanden már a 19. században jelentkezett az USA piacán, és önálló irodával is rendelkezett. Amerikai érdekeltségeinek képviselőjét 1956-tól a század elején alapított, dinamikusan fejlődő New Hampshire-i cég, a Peerless Insurance Company látta el, amelynek többségi tulajdonhányadát 1974-ben a Nationale-Nederlanden szerezte meg, s így helyet kért magának az amerikai vagyon- és kárbiztosítási piacon. Mindössze néhány hónappal később a Wisconsin National Life Insurance Company felvásárlásával az N-N megkezdte terjeszkedését az Egyesült Államok életbiztosítási piacán is, ahol legnagyobb beruházása a Life Insurance Company of Georgia 97%-os tulajdoni hányadának a megvásárlása volt – ezért a cég 1979-ben több mint háromszázötvenmillió dollárt fizetett. Az „alkalmi vétel” kifejezés persze kissé szokatlanul cseng ebben az összefüggésben, de az biztos, hogy az N-N páratlan lehetőséget ragadott meg. A Life of Georgia iránt több vevő is érdeklődött, a Nationale-Nederlanden kiválasztásában viszont megint csak nagy szerepe volt valaminek: az amerikai cég részvényeit birtokló három

alapító család ragaszkodott ahhoz, hogy az új tulajdonos a jövőben is őrizze meg a vállalat egyéni arculatát, ez pedig pontosan megfelelt az N-N üzleti filozófiájának. Erről az üzleti, vagy cégfilozófiáról, illetve az amerikai terjeszkedésnek most már az ING Csoport égisze alatt zajló nagy ezredfordulós történetéről természetesen még szót kell ejtenünk.

Az N-N a Távol-Keleten

A Nederlanden már alapítása után néhány évvel megjelent az egykori Holland Kelet-India térségében, s az idők folyamán leányvállalataival együtt jelentős piaci részesedésre tett szert. A maláj szigetvilág holland gyarmatai Indonézia néven azonban 1949-ben elnyerték függetlenségüket, néhány évvel később az összes holland vállalatot államosították, és a Nederlandennek is félre kellett állnia az útból. Az indonéz hatóságok 1971-től újra engedélyezték a külföldi biztosítótársaságok működését. A Nationale-Nederlanden megragadta a kínálkozó alkalmat: a már ismert, jól csengő Nederlanden néven jelentkezett a távoli piacon, majd 1976-ban vegyes vállalatot alakított két indonéz céggel.

A világ biztosításra szánt összegeinek húsz százalékát Japánban költik el, így az Egyesült Államok után a távol-keleti szigetország a földkerekség második legnagyobb biztosítási piaca. Japán annál is inkább fölkelte a külföldi biztosítótársaságok érdeklődését, mivel ezt a hatalmas piacot meglepően kevés biztosítócég uralta. A Nationale-Nederlanden érdeklődését történelmi hagyományok is ösztönözték, hiszen a 19. század vége és a második világháború közötti időszakban a Nederlanden vagyon- és kár-biztosítással foglalkozó ügynökökkel képviseltette magát a Felkelő Nap országában. Az 1980-as évek elején a helyi viszonyok gondos tanulmányozása után a biztosítótársaság vezetése úgy döntött, hogy ismét megjelenik a japán piacon. Az üzlet beindításához az út az engedélyezési eljárások hosszú során át vezetett. A helyzetet bonyolította, hogy a Nationale-Nederlanden – bevált gyakorlatától eltérően – kénytelen volt az alapoktól kezdeni. Az 1982-ben megnyílt ideiglenes képviseleti iroda szemléletesen példázza a biztosítási munka egy adott helyzethez való igazításának követelményét: a legfontosabb tevékenység a céggel kapcsolatos információk szolgáltatásából állt. A helyi szokások szerint ugyanis az ember csak azzal lép üzleti kapcsolatba, akit előzőleg alkalma volt alaposan megismerni. A japán gyakorlatnak megfelelően ehhez segítőtársra is szükség volt: tanácsadó céggént az Asahi Mutual Life biztosítótársaságot fogadták fel. Innentől pedig már csak három röpké év kellett az engedélyeztetési eljárás befejezéséig, és 1986 áprilisában – az európai biztosítótársaságok közül elsőként – a Nationale-Nederlanden megkezdhette üzleti tevékenységét Japánban. A központ megnyitását hamarosan fiókirodák létesítése követte (Osaka, Tokió, Hiroshima, Sapporo és Nagoya). A termékválaszték hét biztosításból állt.

Japánban a biztosítási kötvények eladását többnyire a háziasszonyok végzik. A Nationale-Nederlanden azonban merész újításra szánta el magát: az életbiztosítási kötvények zömének értékesítését a Showa/Shell több mint ötezer töltőállomást számoló hálózatára bízta. Az önálló vállalkozóként működő benzinkutasok, akik már korábban is foglalkoztak vagyon- és kárbiztosítási kötvények árusításával, kiterjedt törzsvevőkörrel rendelkeztek, így adva volt a tartós ismeretségen alapuló bizalom, amely olyannyira nélkülözhetetlen a japán üzleti életben. A töltőállomásokon természetesen csak az első kapcsolatfelvételt kellett sor, az üzletkötés az ezt követő személyes találkozókon jött létre.

Jóval eredményesebb volt a terjeszkedés a dinamikusan fejlődő távol-keleti „kis tigriszek” – Dél-Korea, Szingapúr, Hongkong, Tajvan és a Fülöp-szigetek – piacain, s ez nagyban hozzájárult ahhoz, hogy az N-N ázsiai forgalma elérje a biztosító összbevételének 8 százalékát.

Európa

A Nationale-Nederlanden terjeszkedése nem csupán a tengerentúlra korlátozódott: a biztosítótársaság mindig is tartós és rendkívüli figyelmet szentelt az Európában zajló politikai-gazdasági folyamatoknak, és soha nem mulasztotta el megragadni a kedvező alkalmat üzleti tevékenysége bővítésére. Az 1970-es évek közepén két dél-európai országban került sor demokratikus rendszerváltozásra: Görögország és Spanyolország ezáltal vonzó piaccá vált a külföldi befektetők számára. A Nationale-Nederlanden már a rendszerváltozást követő évben, 1976-ban megjelent a spanyol piacon, és 1978-ban megnyitotta madridi központját. Sikeres terjeszkedését mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy néhány év múlva Bilbaóban, Barcelonában, Valenciában, Benidormban és Marbellában is saját kirendeltséget, illetve szolgáltató irodát nyithatott.

Ezzel egy időben az N-N Írországra is kiterjesztette tevékenységét: 1980-ban társult a Nationale-Nederlanden nemzetközi családjához a Hibernian Life Association.

Most átlépünk egy másik nagyságrendbe: 1991-ben létrejön az Internationale Nederlanden Group (ING Csoport)

Eljött egy év, amelyik újabb minőségi változásokat ígért: 1983 második felében a holland lapokban már egyre többet lehetett olvasni az N-N és az Amfas Group esetleges egyesüléséről. Az Amfas Group tekintélyes holland biztosítótársaságokat és *bankokat* foglalt magában.

Hollandiában a hivatalos politika hosszú ideje nem támogatta a biztosítótársaságok és a bankszféra közeledését: még az életbiztosítást megillető adókedvezmények eltörlésének gondolata is felmerült. A modern élet követelményei viszont egyre közelebb hozták egymáshoz a két üzletágot. Ez tükröződött abban is, hogy a Nationale-Nederlanden már 1974-ben többségi tulajdonhányadra tett szert egy áruvásárlási hitelnyújtással foglalkozó cégben.

Néhány évvel később végképp nyilvánvalóvá vált, hogy a banki szféra és a biztosítási ágazat merev szétválasztása nem tartható tovább. Az ügyfél igényeihez rugalmasan alkalmazkodó, egyre differenciáltabb szolgáltatásokat nyújtó pénzpiacon mind nehezebb megvonni a határt a bankok és a biztosítók illetékességébe tartozó tevékenységi formák között, s ezek erőszakolt elkülönítésének előbb-utóbb az ügyfél, az állampolgár látja a kárát. Ennek felismerése indította a holland kormányzatot arra, hogy 1990. január 1-jei hatállyal feloldja a bankok és biztosítótársaságok egyesülését tiltó jogszabályokat. A liberalizációban később természetesen más szempontok is közrejátszottak: 1994. július 1-jén létrejött az Európai Unió egységes biztosítási piaca. Ez nemcsak a külpiaci terjeszkedés új lehetőségeit nyitotta meg a nemzeti vállalatok előtt, hanem egyben éles versenyhelyzetet is teremtett, amelyben csak a legerősebbeknek van esélyük a fennmaradásra.

Így került sor a liberalizációt követő évben az N-N történetének leggyökeresebb változására: a harmadik legnagyobb holland bankkal, az NMB Postbank Group-pal való egyesülésre. Az új cég – amelyen belül a partnerek megőrizték jogi önállóságukat – az Internationale Nederlanden Group (ING) nevet kapta, és jelképéül a már sokak által favorizált szimbólumot, az oroszlánt választotta.

Az senki számára nem volt kétséges, hogy a Nationale-Nederlanden és az NMB Postbank Group egyesülése révén két tekintélyes cég talált egymásra, melyek egymást kiegészítő tevékenységükkel tovább bővíthetik a korszerű pénzügyi szolgáltatások választékát, és emelhetik azok színvonalát. Az ING színre lépő vezetése azonban a végső-kig tisztában volt valami mással is. Jól tudta, hogy az egyesülés megteremti a feltételét az 1990-es években új sebességbe kapcsoló nemzetközi globalizációnak. A vállalat előzményei, eddigi története olyan eredményeket és olyan adaptációs készséget mutatott fel, amelyek meggyőzően bizonyították életképességét. Az ING formálódó stratégiájára döntő hatást gyakorolt az a tény, hogy a technológia fejlődésével számos földrajzi akadály gyakorlatilag megszűnt, és kialakult a globális pénzügyvilág: a nemzetközi pénzügyi tranzakciók mértéke az áruk, szolgáltatások (és bérek) nemzetközi kereskedelmének több tízszerese (százszorosa). Ez a fejlemény, akárcsak a multinacionális cégek növekvő ereje kihívást jelent a nemzetek gazdasági szuverenitásával szemben is.

Mint ahogy pontosan ez játszódik le a politikai-gazdasági színtéren: a világgazdaság súlypontja az Atlanti-óceán térségéről a Csendes-óceánra tolódik át, miközben a fejlett országok gazdaságában egyre nő a banki szolgáltatói szektor; Nyugat-Európa régóta reményt keltően vajúdik az unión; a kontinens keleti fele pedig maga mögött hagyja a több évtizedes diktatúrákat, és készen áll a piacgazdaságra.

Az ING helyesen mérte fel, hogy itt az idő a globalizációra – de azt is hozzá kell tennünk: nem volt más választása, ha fejlődni akart. Felpörgette hát a motort, hogy megjelenjen és helyet kérjen a három legfontosabbnak ítélt területen: Amerikában, az Európai Unióban és a fellendülő gazdaságokban. Ennek a párhuzamosan zajló nem mindennapi stratégiának a legfőbb állomásai pedig a következők voltak.

Az új kelet-közép-európai demokráciákban (Magyarország, Csehország, Szlovákia, Lengyelország, Románia), majd Mexikóban, Chilében, Argentínában sorra megjelenik a Csoport. Az ING vagy meglévő bankokat vásárol meg, vagy új céget alapít („greenfield operation”), ezek közül éppen a magyar cégindítás példaértékű és hivatkozási alap a nemzetközi biztosításban.

Az újabb nevezetes év 1995, az ING ekkor szerzi meg a patinás londoni Barings bankházat dél-amerikai és távol-keleti hálózatával együtt, s a jól ismert nevet nemzetközi bankhálózata nevébe is beolvasztja (ING Barings).

Az Equitable of Iowa megvásárlása 2,3 milliárd dollárért 1997-ben azt jelenti hogy az USA-ban már meglévő N-N vállalatokkal együtt a cég helyet kér magának a húsz legnagyobb amerikai életbiztosító között – abban az országban, amely a világ életbiztosításra költött összegének a felét mondhatja magáénak. Még ebben az évben az ING-t bevezetik és jegyzik a New York-i tőzsdén. Gyakorlatilag a hazai piac kibővítésére szolgál a belga BBL bank megvétele 1998-ban; ez a „második hazai pálya” (second home market) szívós munkával éri el a „kritikus tömeget”, vagyis azt a nagyságrendet, amely már garantálja a fennmaradást a globalizációs küzdelemben.

A következő fontos állomás a nagy pénzügyi hagyományokkal rendelkező, Hollandiával határos fejlett német iparvidék bankjának a kiszemelése. Németországban erős törvények védik a banki biztosítási piacot, ennek ellenére az ING 1998-ban második nagy sikerét is elkönnyelheti: többségi tulajdont szerez a nagy hírű BHF bankban.

Eljön 1999. Az átfogó szempontok alapján rangsoroló *Forbes* magazin hivatalos listáján az ING nyolc amerikai és egy japán cég társaságában bekerül a világ tíz legnagyobb vállalata közé!

Több mint hatmilliárd dollár – ez volt az ára a Relia Star amerikai biztosítónak,

amelynek megvásárlása 2000 májusában a Csoportot az első tíz egyesült államokbeli életbiztosító közé röpíti; a világ legnagyobb biztosítási piacán az újabb lenyűgöző esemény ideje 2000 júliusa: az Aetna óriáscég életbiztosítási üzletágának megvételével *az ING az Egyesült Államok első számú életbiztosítója!* Az ING globális elismertsége teljessé vált.

A MAGYAR BIZTOSÍTÁS TÖRTÉNETE

Nincsen pontos ismeretünk arról, hogy mikor jelent meg Magyarországon az első biztosítás. A legrégebbi írásos emlék az egykori Felső-Magyarországról került elő: a tűzkár-biztosítás megszületéséről tanúskodik, amely egy lengyel biztosítótársaság módozata volt a 18. században.

A 19. században aztán megjelenik a szállítmánybiztosítás: közútra és vasúti szállításra, valamint vízi szállítmányokra lehetett biztosítást kötni. Mivel pedig Magyarországon a gabonakereskedelem folyami hajózási eszközökön zajlott, magától értetődő, hogy 1807-ben az első szállítmánybiztosító, a Császári és Királyi Kiváltságos Hajózási Bátorosító Társaság a hajózás és a gabonaforgalom gócpontjában, Rév-Komáromban alakult meg. Részvényese volt gróf Széchenyi István is. Az 1848-as nagy komáromi tűzvész, az ostromzár, az ágyúzás és Győr gabonakereskedelmének fellendülése 1854-ben a Társaság megszűnéséhez vezetett.

A szabadságharc idején és az azt követő években a biztosítás ügye természetesen lekerül a napirendről, de 1857-ben az Első Magyar Általános Biztosító Társaság megalakulásával, melynek vezérigazgatója Léway Henrik volt, új korszak kezdődik a magyar biztosítástörténetben. E részvénytársaság célja az, hogy felvállalja a kockázatokat, azaz biztosításokat értékesítsen tűz- és jégkárokra, vízen és szárazon szállított javakat fenyegető veszélyekre – és az emberi életre.

Magyarországon az 1860-as évek elején három magyar és kilenc külföldi, 1901-ben pedig már 54 biztosítótársaság tevékenykedett, ebből 20 volt magyar. Az életbiztosítók közül a leánykiházasítási és a temetkezési módozatok jutottak nagyobb szerephez – olyannyira, hogy kormányrendeletben kellett örködni szabályszerű tevékenységük felett. Az emberek érdeklődése a biztosítás iránt nőttön-nőtt, s ezt a növekvő jólét is előmozdította.

Az ipari munkások kötelező baleset-biztosításáról szóló törvény 1907-ben újabb mérföldkövet jelentett: az állam először avatkozott be a biztosításpolitikába. Ekkor a következő jelentős intézkedéseket vezették be: az államvasutak a jegyhez számított baleset-biztosítási bélyeg kiadását; a Nemzetközi Balesetbiztosító a gyermek-balesetbiztosítást egyszeri díjfizetéssel, esetleg díjvisszatérítéssel a gyermek 18. évében; és ugyanez az intézet a tikettet, amely a tanulók baleseti halála vagy rokkantsága esetén a temetkezési költségek 5, illetve az orvosi költség 1%-át fedezte.

Az életbiztosítási ág a 20. század elején nagyon lassan fejlődött, s ez egész Európára jellemző volt. A halandósági arány alig-alig változott, a gazdasági helyzet nem javult. A bankkamatok alacsony mértéke miatt közkedvelté váltak a járadékbiztosítások.

Hasonlítsuk össze néhány ország adatait arról, hogy az emberek hány százaléka rendelkezett életbiztosítással a 20. század elején:

Anglia	68,5
Németország	15,5
Amerika	33,1
Osztrák-Magyar Monarchia	3,9

Az 1911-es év fontos dátum a biztosítás történetében.

Olaszországban – bár nagy ellenállást kiváltva – megkezdődött az életbiztosítással foglalkozó társaságok államosítása. Ez újabb lendületet adott az ügy magyarországi pártolóinak is: 1911-ben a képviselőház a biztosítási aktívák állampapírban való elhelyezése mellett voksolt. A kormány erősen amellett volt, hogy az életbiztosítási díjtartalékok 50%-át a biztosítók állampapírokba fektessék.

A háborús éveket a biztosításügy is nagyon megérezte – merthogy eddig ismeretlen feladatokat kellett megoldania. A kormány sokféle intézkedést hozott: az angol és a francia társaságokhoz még felügyelőbiztosokat is kinevezett, s volt olyan cég is, amelyik kivonult, átadva teljes állományát egy másik intézetnek. A magyar érdekeltségű cégeknek mérlegükben az utolsó tőzsdenap árjegyzékei szerint kellett elszámolniuk befektetéseiket. Rendeletet hoztak a belföldi társaságoknak a külföldiekkel szembeni követeléseik, illetve tartozásaik bejelentésére. Moratóriumokban szabályozták az esetleges kifizetések mértékét, illetve lehetőségét. Az életbiztosítási díjbevételek jelentősen csökkentek, viszont az elemi károk elleni biztosításokból befolyt díjak magasabbak voltak, mint az 1914-es évben.

Sok bonyodalmat okozott a háborús haláleseti károk térítése. A nem megfelelően igazolt halálesetnél csak a kötvény értékének megfelelő összeget fizették ki a biztosítók. A háború egy új életbiztosítási termék születését is előidézte: a kölcsönös hadi életbiztosítás közkedvelt módozat lett.

A forradalmi népkormány 1918-ban engedélyezési eljárást léptetett életbe, ha valaki új biztosítótársaságot kívánt alapítani; 1919. március 21-e után pedig a biztosítók vezetését pénzügyi biztosok vették át.

A trianoni békeszerződés 1920-ban egy hatalmas üzletállomány leválását is jelentette. Még a továbbműködés feltételeinek tisztázása is gondot okozott. 1921-22-ben aztán lassú, de megfigyelhető fejlődésnek indult a biztosítás. Mivel azonban a valuta árfolyama szinte napról napra esett, a növekvő számú kötések ellenére az üzletállomány szinte semmit sem ért. 1923-ban megalakult az Állami Felügyelő Hatóság, melynek a biztosítók és a biztosítottak érdekeit egyaránt szem előtt kellett tartania. A felügyelő hatóság mellé Biztosítási Szaktanácsot rendeltek. Aztán 1924-ben létrejött a Magyar Betörésbiztosítási Kötelék, amelynek az egységes ágazati elvek kialakítása volt a feladata. A kormánynak eközben meg kellett gátolnia, hogy megfelelő tőke nélkül új biztosítótársaságok alakuljanak, és elrendelte a biztosítási alap felemelését, amelynek mértékét az üzletmenet szabta meg. Trianon után öt évvel minden ágazat üzleti eredménye emelkedő volt: az életbiztosítási ágazatban 25%-os fejlődést tapasztaltak; 1926-ban ismét betelepültek a külföldi társaságok. Az ügynökök jogállását 1928-ban kormányrendeletben szabályozták.

A második világháború utáni első időszakot a szakmában is a reménytelenség, a mozdulatlanság jellemezte. Sok jó szakember elhagyta a pályát. Volt viszont olyan, aki az Állami Biztosító megalapításán fáradozott. A már eluralkodó sztálinista elmélet elvetette a versenyt, és a centralizált monopolszervezet magasabbrendűségét, az általános kötelezettségből fakadó előnyöket hirdette. A csalást, a biztosítottak megtévesztését, az inkorrekt kárrendezést a verseny természetes velejárójának tekintette.

Az Állami Biztosító megalakulása 1949-ben újabb korszakot nyitott a magyar biztosításban. Hazánkban akkor még 230 biztosítóegyesület és néhány olasz érdekeltségű intézet működött, ám ezek felszámolása, átvétele vagy beolvasztása 1952-ig megtörtént. Így 1952 novemberétől 1986. július 1-jéig az ÁB monopolhelyzetű biztosító lett.

A magyar biztosítás új szakasza négy évvel megelőzte a rendszerváltó demokráciát: az olvadás 1986-ban kezdődött, amikor is az addig egységes állami biztosítási piacot az

ÁB portfóliójának megosztásával két részre választották. Az újonnan születő, de még szintén teljesen állami tulajdonban lévő Hungária Biztosítóba elsősorban a gépkocsikhoz kapcsolódó üzleti állományt irányították, míg az ÁB kezelésében maradtak a vagyonbiztosítás gépkocsin kívüli ágazatai, s persze a teljes életbiztosítási üzletág.

Az első, már részben külföldi tulajdonban lévő vállalat 1987-ben kapott szabad utat a magyar biztosításügybe: ez volt a Generali Budapest; majd 1989-ben engedélyezték az első külföldi és magántulajdoni többségű biztosító, a Providencia megalapítását – annak a Generali konszernnek, amely már a Generali Budapestben is lehetőséget kapott egy kisebbségi tulajdonrész megszerzésére.

A magyar biztosítási piac magánkézbe kerülésének nagy időszaka 1991 eleje, amikor egyszerre öt külföldi tulajdonú biztosító kap alapítási engedélyt, köztük a Nationale-Nederlanden, amely az első százszázalékosan külföldi kézben lévő magyarországi biztosító lett.

A magyar biztosítási piac addigi meghatározó szereplői, az ÁB és a Hungária szintén külföldi – százszázalékos holland, illetve német – tulajdonba kerültek. Az 1990-es években sorra alakultak az új biztosítótársaságok, számuk napjainkra már meghaladja az egy tucatot.

A biztosításügy szabályozó testülete az Állami Biztosításfelügyelet (ÁBIF) volt; 2000. április 1-től a pénzügyi szervezetek ellenőrzésére (a korábbi pénzpiaci felügyeleti szervek összevonásával) egy új szervezetet hoztak létre, a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletét, amely elődjéhez hasonlóan a Pénzügyminisztérium irányítása alatt működik. Fő funkciója az, hogy biztosítsa a fogyasztók védelmét, valamint felügyelje a társaságok alapítását és működését. Esetenként a kormány konzultatív testületének szerepét is betölti.

A biztosítók érdekképviselőt a Magyar Biztosítók Szövetsége, a MABISZ látja el, célja a biztosítók közös érdekeinek összehangolása ágazati szinten. Vezetőjét, a MABISZ elnökét az éves közgyűlésen rotációs elv alapján választják meg a tagok.

A NATIONALE-NEDERLANDEN MAGYARORSZÁGI BIZTOSÍTÓ Rt. MEGALAKULÁSA

A Nationale-Nederlanden fennállásának negyedszázados évfordulóján megjelent a cég történetét, filozófiáját összegző kiadvány: szerkesztői 1988-ban még a pusztán lehetőséget is kizárták annak, hogy a közeli jövőben az N-N „a keleti blokk országainak” piacán színre lépjen.

Az N-N Magyarországi Biztosító Rt. létrejöttének előzményei elválaszthatatlanul összefonódtak a közelmúlt magyar történelmének eseményeivel. Az 1980-as évek közepén felgyorsult magyarországi reformfolyamatnak pedig fontos szakmai állomása volt az Állami Biztosító monopóliumának megszüntetése.

A Nationale-Nederlanden vezetése tüstént felismerte a magyar gazdaság átalakulásában rejlő lehetőségeket: 1990 második felében benyújtotta a magyarországi cégalapítás iránti kérelmét, amelyre az engedélyt 1991. január 1-jén kapta meg. A döntés egyúttal a vállalat terjeszkedési stratégiájának módosítását is maga után vonta: szokásától eltérően a cég nem valamilyen belföldi biztosító felvásárlásával jelent meg a piacon, hanem úgynevezett „greenfield operation”-t (zöldmezős beruházást) hajtott végre, vagyis az alapokról indulva építette ki leányvállalatát. A holland üzletemberek jó hírneve és a Németalföldre fűződő kyszámú, de jelentős magyar kapcsolatok hagyománya olyan erkölcsi tőkét képviselt, amely könnyen áthidalhatta a magyar magánbiztosítás történetében keletkezett négy évtizedes űrt.

A cégalapítás jogi megerősítését több hónapos előkészítő munka követte, amelynek eredményeként 1991 szeptemberében megkezdődött az értékesítési tevékenység. Ennek beindulását a tekintélyes biztosítótársaság stílusához illő, visszafogott hangnemű reklámkampány tudatta a közvéleménnyel, arra helyezve a hangsúlyt, hogy az N-N olyan jól kipróbált, magas színvonalú és változatos termékeket tesz hozzáférhetővé Magyarországon, amelyeket már eddig is milliók választottak a világ legkülönbözőbb pontjain. Ez természetesen azt is jelentette, hogy a biztosítótársaság szolgáltatásai számos, a magyar piacon újdonságnak számító terméket tartalmaztak, mint amilyen az értékőrző, az inflációkövető vagy a tandíjak gondját megoldó biztosítás.

A hivatalos megnyitóra 1991. szeptember 24-én került sor.

A megnyitást követő hat hónap eredményei a legmerészebb várakozásokat is felülmúlták: a magyarországi vállalkozás a nemzetközi sikerekben igazán nem szűkölködő ING Csoport eddigi legátütőbb zöldmezős beruházásának bizonyult. A cégindítás és az azt követő fejlődés a fellendülő országok biztosítási piaca számára azóta is etalon.

A Nationale-Nederlanden Magyarországi Biztosító Rt. évek óta megszakítatlanul őrzi az életbiztosítási piacon 1997-ben megszerzett vezető pozícióját. Minden jel arra mutat, hogy előnyét versenytársaival szemben fokozatosan növeli. Az N-N életbiztosításai a legkelendőbbek, bármelyik módozatot szívesen vásárolják, s ezt a legszemléletesebben az jelzi, hogy díjbevétele meghaladja a magyar életbiztosítási piac második és harmadik helyezettjének összebevételét. Az N-N Magyarországi Biztosító Rt.-nek több száz-ezer életbiztosítási szerződése és ügyfele van, akikkel tekintélyes számú igazgatóságának képviselői tartják a kapcsolatot (minden megyében legalább egy igazgatóság van, Budapesten természetesen jóval több). A munka szervezettségét mi sem jellemzi jobban, mint az, hogy az adminisztratív munkatársi gárda alig egytizede az értékesítési hálózatban dolgozóknak; ez a tény különösen költséghatékony módszert jelent, és az N-N megkülönböztetett helyzetéből fakadóan hozzájárul az értékesítési munkatársak kiemelt juttatási rendszeréhez. Az is természetes, hogy az egyre szaporodó üzleti dokumentáció feldolgozása, az üzleti állomány kiszolgálása elképzelhetetlen lenne az éppen legkorszerűbb számítástechnikai rendszer nélkül.

Az ING Csoport Magyarországon is a teljes körű, integrált pénzügyi szolgáltatás igényével, szakosított vállalataival van jelen. Még az ING 1991 márciusi létrejötte előtt bejegyezték az N-N Magyarországi Biztosító Rt.-t (1991. jan. 1.), amely élet-, nyugdíj- és egészségbiztosítást nyújt; az év második felében megalakult az ING Bank (később ING Barings Magyarország) és az N-N Magyarországi Ingatlanberuházási Kft.

Az ING Barings elsősorban a nagyvállalatok számára végez pénzügyi szolgáltatást, illetve azok vezetésének és az N-N Biztosító ügyfeleinek nyújt lakossági banki szolgáltatást; ezenkívül pedig különálló céggént működteti az ING Barings Értékpapír Részvénytársaságot, amelynek százszázalékos tulajdonosa.

Az N-N Biztosító 1996-ban létrehozott leányvállalata az N-N Pénztárszolgáltató és Tanácsadó Rt., amely anyacégével közösen adminisztrációs és üzletviteli háttérét adja az 1996-ban megalapított N-N Országos Önkéntes Nyugdíjpénztárnak és az 1997-ben indult N-N Országos Magánnyugdíjpénztárnak. A vagyonkezelési feladatok ellátásával – a nyugdíjpénztárak hozzájárulása után – a Pénztárszolgáltató az ugyancsak a Csoportba tartozó ING Investment Management Magyarországi Vagyonkezelő Rt.-t bízta meg. Tudnunk kell, hogy az N-N nyugdíjpénztárai társadalmi szervezetek, együttes taglétszámuk és vagyonuk alapján pedig a magyar nyugdíjpénztári piac három vezető szereplője közé tartoznak.

A CÉG FILOZÓFIÁJA

Világunkban minden olyan dolog, jelenség, amelynek emberi tevékenység az alapja, valamilyen cél vagy eredmény elérésének szándékára vezethető vissza. Az üzleti élet főszereplői, a különböző cégek és vállalatok mindezt felfokozottan érzékelik. Az alkalmazkodás kényszere a piaci és gazdasági helyzet gyakran szélsőséges változásaihoz, a kielezett konkurenciaharc és a hatékony irányítás kialakítása nélkülözhetetlenné teszi, hogy a vállalat a célját érthetően és rugalmasan határozza meg. Egyetlen társaság sem bízhatja magát a szerencsére. A célok által meghatározott feladatok eredményes megvalósítása nagymértékben függ az általános szemlélettől, hozzáállástól – már nem is újkeletű szakzsargonnal: a cég filozófiájától.

A cég filozófiája a célok alapján meghatározza az egyéni és csoportfeladatok irányát, az ösztönzés és ellenőrzés alapvető szempontjait. Az a társaság, amely olyan filozófiával rendelkezik, amelyet mindenki megért, elfogad – netán lelkesedik is érte –, és amely minden munkatársa számára lehetővé teszi, hogy egyéni feladata fontosságáról meggyőződjön, a lehető leghatékonyabban és a lehető legkisebb erőfeszítéssel éri el céljait. A cég munkatársai nagyobb erkölcsi és anyagi megbecsülésben is részesülnek, s ez ismételten elősegíti, hogy az újabb célkitűzések hatékonyan megvalósuljanak.

Az ING Csoport meghirdetett és vállalt filozófiája a szinergia. Ez azt jelenti, hogy nagyon szoros kapcsolatokat kell és érdemes létrehozni az egyazon országban különféle területeken működő ING-vállalatok között. A szinergia azonban nem elsődlegesen, illetve nem feltétlenül jelent vállalati összeolvadást, hanem az egyes vállalatok üzleti pozíciójában rejlő lehetőségek közös, integrált kiaknázását tűzi ki célul. A szinergiában részt vevő vállalatok megőrzik sajátos arculatukat, azonban vannak közösen, azaz hatékonyabban, olcsóbban működtethető részlegeik. A költségcsökkentésnek jelentős hatása lehet a versenyképességre, hozzájárul a tagvállalatok munkatársainak egyéni sikeréhez is. A szinergiát korunk hatalmas változása, a globalizáció hozta felszínre: a globalizálódó világ gazdaságban, mint ahogy eddigi történetünk is mutatta, a versenyképességet folyamatosan fenn kell tartani.

Az N-N Magyarországi Biztosító Rt. filozófiájában leginkább a következő gondolatok az irányadók.

- *Az életbiztosítási szolgáltatásnak nincs alternatívája.*

A biztonságra törekvés, a biztonság elérésének, fenntartásának és növelésének vágya a legősibb, legösztönösebb emberi tulajdonság. Biztonsága megteremtésére az ember számos módszert kipróbált, ezek között azonban egy sem volt, amely a korszerű életbiztosítás garantálta nyugalom érzésével vetekedhetett volna. Az életbiztosítási üzletág az emberek legalapvetőbb szükségleteire kínál megoldást.

- *Az életbiztosítás célja mások szolgálatában rejlik.*

Az életbiztosítás az az üzletág, amely a jövő biztonságát garantáló terméket a jelenben – nagyon sokszor a biztonság iránti igény megjelenése előtt – kívánja értékesíteni. Ez a probléma teszi az életbiztosítás értékesítésének feladatát egyszerre nehézé és széppé. Az életbiztosítási termékek megalkotása és értékesítése során létfontosságú, hogy a cég az alapvető emberi szükségletek által teremtett problémákat és azok alakulását megértse. Az életbiztosítás első számú parancsolata az emberek szolgálata. Olyan vállalkozás ez, amely az egyének, családok problémáira és szükségleteire érzékenyen reagálva hozza létre és értékesíti a biztonságot garantáló terméket.

- *Az N-N Biztosító Rt. értékesítési hálózata a legteljesebb mértékben ügyfélközpontú.*

A Társaság tevékenységének és fejlődésének alapja az ügyfél igényeinek kielégítése.

Egy cégnek, hogy sikeresebb legyen, és az életbiztosítási piacon jobb pozíciókat tudjon kivívni, ügyfelei igényeit teljesen meg kell ismernie, és ezekre a versenytársaknál hatékonyabb és jobban megalkotott módozatokat kell ajánlania. Mindehhez az N-N képviselőjének megfelelő és biztos háttér áll a rendelkezésére.

- *A biztosító sikerének egyik legfőbb titka a képviselő.*

A képviselő hozza létre a cég és az ügyfél közötti bizalmi kapcsolatrendszer alapját; érzékeli és közvetíti az ügyfelek problémáit, majd legjobb tudása szerint megoldja őket. A jó képviselő megjeleníti és megvalósítja a biztosító által megfogalmazott célkitűzéseket.

- *A biztosító egy-egy pillanatban örömmel nyugtázhajja kiemelkedő eredményeit, de sohasem lehet elégedett. Egy biztosító fejlődése állandó követelmény.*

Az új körülményekhez és szükségletekhez való rugalmas alkalmazkodás a fennmaradás, a fejlődés – az élet – alapvető feltétele. Mindez az életbiztosítási cégeknél a képviselői tevékenység és az irányítás kölcsönhatása révén valósul meg. A képviselő által érzékelt és jelzett változásokra a vezetés reagál, és új feladatokat határoz meg – amelyeket a képviselő teljesít. Az a képviselő, aki e kölcsönhatás erősítésében nem tud helytállni, a társaság által kitűzött célok megvalósításához sem járulhat hozzá. A biztosító ezért csak ahhoz a képviselőjéhez ragaszkodhat, aki egyaránt képes az új igények felmérésére és az új értékesítési követelmények kielégítésére.

- *A Társaság biztosítja a feladatok ellátásához szükséges feltételeket minden képviselője és alkalmazottja számára.*

Minden képviselő a hatékony munkavégzést elősegítő oktatásban és felügyeletben részesül. A meghatározott feladatok végrehajtását a legkorszerűbb képzési és számítástechnikai rendszer biztosítja.

- *A Társaság minden munkatársának is folyamatos előrelépést kell mutatnia.*

A képzési, oktatási és felügyeleti rendszer mellett ezt az ösztönzési rendszer is lehetővé teszi. A cég kizárólag munkatársai felkészültségének, tudásának és képességeinek állandó bővülése révén fejlődhet. Az N-N a hosszú távú érdekelttség megvalósításának rendelte alá aprólékosan kidolgozott ösztönzési rendszerét.

- *A Társaság munkatársainak szemlélete, hozzáállása, az önmagukba, valamint a közösségbe vetett bizalmuk döntő szerepet játszik a cég sikerességében.*

Az N-N azt a nézetet képviseli, miszerint csak lelkes, jó hangulatú közösségben, a bizalmi légkör kialakításával lehet hosszú távú eredményeket elérni, és mindent megtesz a jó és alkotó jellegű munkahelyi légkör kialakításáért. Arra törekszik, hogy ösztönző tanulmányutak és színvonalas rendezvények szervezésével ne csupán a jól dolgozó munkatársait jutalmazza, hanem elismerje családjuk segítő támogatását is. A munkatársak családi és közösségi életének harmóniája az N-N szerint a sikeres tevékenység egyik fő záloga.

AZ ÉLETBIZTOSÍTÁS JELENTŐSÉGE

Számos képviselő zavarba jön, ha megkérdezik, mivel is foglalkozik pontosan. Ilyenkor esetleg megpróbálják az „életbiztosítás” szó elkerülésével megadni a választ. Pedig csak arra kéne gondolniuk, hogy az életbiztosítás értékesítése nem kizárólag egyéni anyagi előnyökkel kecsegtető szakma, de igen fontos igényeket kielégítő küldetés is.

- *Az életbiztosítás megteremti és növeli mind az egyedülálló emberek, mind a családok biztonságát.*

Az életbiztosítás lehetőséget ad a családok és az egyének biztonságának szilárd megalapozására. Akik önmaguk és családjuk igényeinek kielégítésén éppen elégszer eltűnődtek, belátják, hogy semmi sem vetekedhet az életbiztosítási kötvény garantálta

nyugalom érzésével. Azt elkerülni lehetetlen, hogy szeretteink magukra maradjanak, az életbiztosítás azonban módot nyújt arra, hogy egy távozás után keletkezett kitölthetetlen érzelmi űrt ne súlyosbítsanak megoldatlan anyagi problémák.

Az életbiztosítás a biztonság alapvető, ősi vágyát elégíti ki, ezért magától értetődő társadalmi szükséglet. Ha ezt a biztonságot az ember nem képes elérni, akkor saját maga és családja jövőjére nézve nem lát garanciát, és a közösségben sem találja meg a helyét. Az életbiztosítás ezt előzi meg; emellett abban segít, hogy a megcsönkült családokat anyagilag támogassa, az otthonokat és az üzleteket a felszámolástól megmentse. Lehetővé teszi, hogy az emberek bizakodóbban tekintsenek a jövő felé, az életet optimistábban ítélik meg, munkájukat pedig örömmel végezzék.

- *Az életbiztosítás számottevően hozzájárul az elosztási és újraelosztási viszonyok alakításához.*

Az életbiztosítást jó néhányan nem tartják produktív ágazatnak. Ekkor azonban érdemes arra gondolni, hogy az egyének és családok által biztosításba fektetett anyagi javak egyszerre három formában is hozzájárulnak a nemzetgazdaság, a társadalom és az egyének gyarapodásához.

Először is, az életbiztosítás által teremtetett biztonságérzet – mivelhogy remélhetően enyhíti az ismeretlen jövőtől való szorongást – elősegíti azt, hogy az ember a lehető legteljesebben töltse be helyét családi és magánéletében, munkájában, szűkebb közösségében és a társadalomban.

Másodszor, a díjtartalékok jelentős részét a biztosítók állampapírokba fektetik. Ezeket az állam azért bocsátja ki, hogy a befolyó pénzekből megoldja az infrastrukturális és termelő ágazatokban szükséges beruházásainak egy részét – például kórházak, iskolák, üzemek építését. Így a biztosítások – a befektetett összegben keresztül – kiemelkedő szerepet játszanak a gazdaság fejlődésében, az életszínvonal, a társadalmi jólét növekedésében.

És végül, a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító kötelezettsége – azaz a biztosítási összeg kifizetése – közvetlenül megakadályozza, hogy az érzelmi és anyagi katasztrófa szélére sodródott emberek olyan kényszerhelyzetbe kerüljenek, hogy odahagyják szeretteiket, tehetségüket, szakértelmüket. Az életbiztosítási üzletág mellett, hogy közvetlen segítséget nyújt az állampolgárnak, az államra nehezedő terheket is nagymértékben csökkenti: a szükséghelyzetbe jutott családok, árvák eltartásának terheit nem kell teljes mértékben magára vállalnia.

- *Az életbiztosítás a „legbiztosabb” megtakarítási forma.*

Ez a biztonság két területen, pszichológiai és gazdasági síkon jelentkezik, s ezt most mondjuk másképp is: lélekben és pénztárcában. Az ember természeténél fogva nehezen viseli a szüntelenül változó kihívások teremtette, mindig új formában felbukkanó nehézségeket. Az állandó és egyszer már felvállalt kiismerhető korlátokhoz azonban hamar hozzászokik. Mennyivel könnyebb úgy megtakarítani, hogy a családok a biztosításra szánt évi, félévi, negyedévi, havi összeget rendszeresen és tudatosan félreteszik – és az e fölötti részből biztosítják alapvető kiadásait –, mint ha a hó végén az esetleges újabb költségektől félve rosszkedvűen, esetlegesen rendezik tartozásukat! Gazdasági szempontból is az életbiztosítás jelenti az egyetlen olyan megtakarítási formát, amelynél viszonylag alacsony összeggel lehet korszerű, professzionális befektetést megvalósítani úgy, hogy a befektetett összeg a piaci, gazdasági és konjunkturális kockázatoknak legkevésbé kitéve garantál biztos hasznot.

- *Az életbiztosítás nemes szándékú pénzügyi szolgáltatás.*

Az életbiztosítás valamikor olyan emberek törekvéseként jött létre, akik nem a mások rovására akartak meggazdagodni, hanem barátaik, üzlettársaik életét és biztonságát féltették, és ezért közös alapot hoztak létre a károk következményeinek enyhítésére. A biztosítás eredeti és jelenlegi gyakorlata között a legfőbb különbség nem az elért haszon növekedése: a legnagyobb változást azoknak az évszázadokon keresztül csiszolódott tudományos, gazdasági és szociológiai módszereknek az alkalmazása jelenti, amelyeket az egymást követő nemzedékek a biztosítás terén fokozatosan bevezettek.

- *Az életbiztosítás elmélete és gyakorlata tudományos alapokon nyugszik.*

Annak érdekében, hogy az emberek biztonsága a lehető legkisebb mértékben legyen kitéve a gazdasági és természeti kockázatoknak, és hogy a biztosítottak számára a befektetett javak a legnagyobb hozammal kamatozzanak, az életbiztosítási tudományág az évszázadok alatt felhalmozódott tudás és tapasztalat alapján rendkívül hatékony kutatási, fejlesztési, információs és oktatási rendszert hozott létre. Az N-N számára létkérdés munkatársai ismereteinek, készségeinek folyamatos fejlesztése, illetve az ismeretek és információk hatékony továbbításának és feldolgozásának biztosítása.

- *Az életbiztosítási piac – éppen azért, mert alapvető emberi szükségleteket elégít ki – sohasem telítődik.*

Az emberélet természetes változási folyamata szakadatlanul újratermeli azokat a szükségleteket, amelyek kielégítésére az életbiztosítás kínálja a legkézenfekvőbb módot. A házasságkötés, születés és kinevezés által testet öltött újabb felelősséggel, az új otthon vásárlásával párhuzamosan a biztosítási igények is folyamatosan növekednek.

A képviselőnek nem kell és nem is szabad titkolnia, hogy hivatása az emberek biztonságának és jólétének garantálása. Nyugodtan lehet büszke arra, hogy életbiztosítási képviselőként dolgozik! Az életbiztosítás fontosságát előbb-utóbb Magyarországon is mindenki felismeri, és az életbiztosítási képviselőt mindinkább általános tisztelet övezi.

ÜZLETI ETIKA

A biztosító és a képviselők számára egyaránt már az indulástól fogva nélkülözhetetlen volt egyfajta biztosítási üzleti etika kidolgozása. Olyan hozzáállásról, illetve magatartásformákról van itt szó, amelyeket a társadalom erkölce, világnézete minden belső kényszer nélkül amúgy is illendőnek, üdvösnek, követendőnek tartana. Minthogy azonban a legfőbb cél az, hogy az ügyfelek mindenkor a legmagasabb szintű szolgáltatásokban részesüljenek, egy normarendszer keretében – a vállalkozói megbízási szerződés ezt Etikai kódexnek nevezi – a Nationale-Nederlandennek elvárásokat kell támasztania a képviselővel szemben az üzleti viselkedés terén. Ez az oka annak, hogy a következőkben bizonyos magatartások szabályairól, illetve kötelezettségéről beszélünk, amelyek megsértésének jogkövetkezményei vannak.

Általános magatartási szabályok

A képviselőnek üzleti tevékenysége, illetőleg nyilvános fellépése során tiszteletben kell tartania a társadalmi együttélés általánosan elfogadott szabályait.

A képviselőnek tiszteletben kell tartania az üzleti magatartás szabályait, és tartózkodnia kell a tisztességtelen verseny bármely eszközének alkalmazásától.

A képviselő az üzleti kapcsolataiban tanúsított magatartásával is kifejezésre juttatja, hogy az ügyfél biztosítási ajánlattételét az N-N a bizalom megnyilvánulásaként értékeli.

A képviselő olyan biztosítási szerződés létrehozására törekedjen, amely megfelel

az ügyfél hosszú távú és tartós érdekeinek, illetve összhangban áll az ügyfél lehetőségeivel.

A képviselő ennek figyelembevételével köteles elősegíteni, hogy a biztosítási szerződés megkötése révén mind az ügyfél, mind az N-N kölcsönösen előnyös helyzetbe kerüljön.

A tájékoztatás kötelezettsége

A képviselő minden részletre kiterjedően ismerje az N-N valamennyi termékének általános és különös szerződési feltételeit, és ezekről az ügyfélnek adjon pontos, egyértelmű és valóságghú felvilágosítást.

A képviselő ismerje az életbiztosításra vonatkozó hatályos magyar jogszabályokat, és azokról az ügyfelet minden esetben tájékoztassa.

A képviselő köteles tájékoztatni az ügyfelet képviseleti jogosultságának terjedelméről.

A képviselő tartózkodjon attól, hogy a biztosítási szolgáltatásokat illetően túlzott és megalapozatlan várakozásokat keltsen az ügyfélben.

A képviselőnek a kötvény átadásakor ismételt tájékoztatnia kell az ügyfelet a szerződés feltételeiről.

A képviselőnek az ügyfél kérésére tájékoztatást kell adnia az Etikai kódex rendelkezéseiről.

A tájékozódás kötelezettsége

A képviselőnek tájékozódnia kell – az ügyfél személyiségi jogainak, különösen a személyes adatok védelmére vonatkozó jogszabályoknak, az N-N üzleti szabályzatainak, illetőleg az Etikai kódexnek a sérelme nélkül – minden olyan körülményről, amely hatással lehet az ügyfél biztosítási ajánlatának elbírálására.

A képviselő utasítsa vissza az ajánlat átvételét, ha figyelmeztetése ellenére az ügyfél az ajánlatában olyan megtévesztő vagy téves adatot szolgáltat, melyről a képviselőnek tudomása van, és amely hatással lehet az ajánlat elbírálására.

A képviselőnek tilos az ügyfelet, illetőleg az N-N-t megtévesztenie, vagy tévedésben tartania, ha a megtévesztő vagy téves körülményről tud, vagy tudnia kell.

Az adatvédelem kötelezettsége

A képviselő az ügyféltől, illetőleg az ügyféllel kapcsolatban tudomására jutott értesüléseket bizalmasan kezeli – akkor is, ha a biztosítási szerződés nem jön létre.

A képviselőnek mindenkor tiszteletben kell tartania az ügyfél személyiségi, különösen a személyes adatok védelméhez fűződő jogait. Ez arra az esetre is érvényes, ha az N-N-nel fennálló munkaviszonya vagy megbízási szerződése időközben bármely okból megszűnik.

A személyes kapcsolattartás kötelezettsége

A képviselő az ügyfél biztosítási ajánlatát személyesen veszi át, illetőleg az életbiztosítási kötvényt személyesen adja át.

A képviselőt az ajánlat átvétele, illetőleg a kötvény átadása során kivételesen indokolt esetben az N-N üzleti szabályzataival összhangban az értékesítési igazgató által kijelölt másik képviselő helyettesítheti. A képviselő nem jogosult arra, hogy helyettest jelöljön ki.

A képviselő az ügyfelet a biztosítási szerződés megkötését követően évente legalább

egy alkalommal személyesen meglátogatja, és tájékoztatja a biztosításával kapcsolatos időszerű kérdésekről és lehetőségekről.

A biztosítási szerződés megkötését követően a személyes látogatások során a képviselő helyett az N-N üzleti szabályzataival összhangban más - helyettesítő vagy átvevő - képviselő is eljárhat.

A helyettesítő vagy átvevő képviselőnek olyan mértékben kell megismernie az ügyfél biztosítással kapcsolatos helyzetét, amilyen mértékben az tőle a vonatkozó jogszabályok, az N-N üzleti szabályzatai és az Etikai kódex alapján elvárható.

Az együttműködés kötelezettsége

A képviselő a biztosítási esemény bekövetkezését követően nyújtson segítséget az ügyfélnek a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges okiratok beszerzésének előmozdítása érdekében.

A képviselő közreműködésének korlátai

A képviselőnek tilos az ügyfél helyett vagy nevében befizetést teljesíteni vagy nyilatkozatot tenni.

Ha az ügyfél az ajánlat átadásával egyidejűleg az első biztosítási időszak díját a képviselő kezéhez fizeti, a képviselő a díj átvételét az N-N sorszámozott és a képviselőnek az ügyfél előtt saját kezűleg aláírt nyugtájával igazolja.

A képviselőnek tilos az ügyféltől bármely biztosítási tanácsadásért ellenszolgáltatást elfogadnia.

A képviselőnek tilos a megbízási díjából az ügyfelet részesítenie.

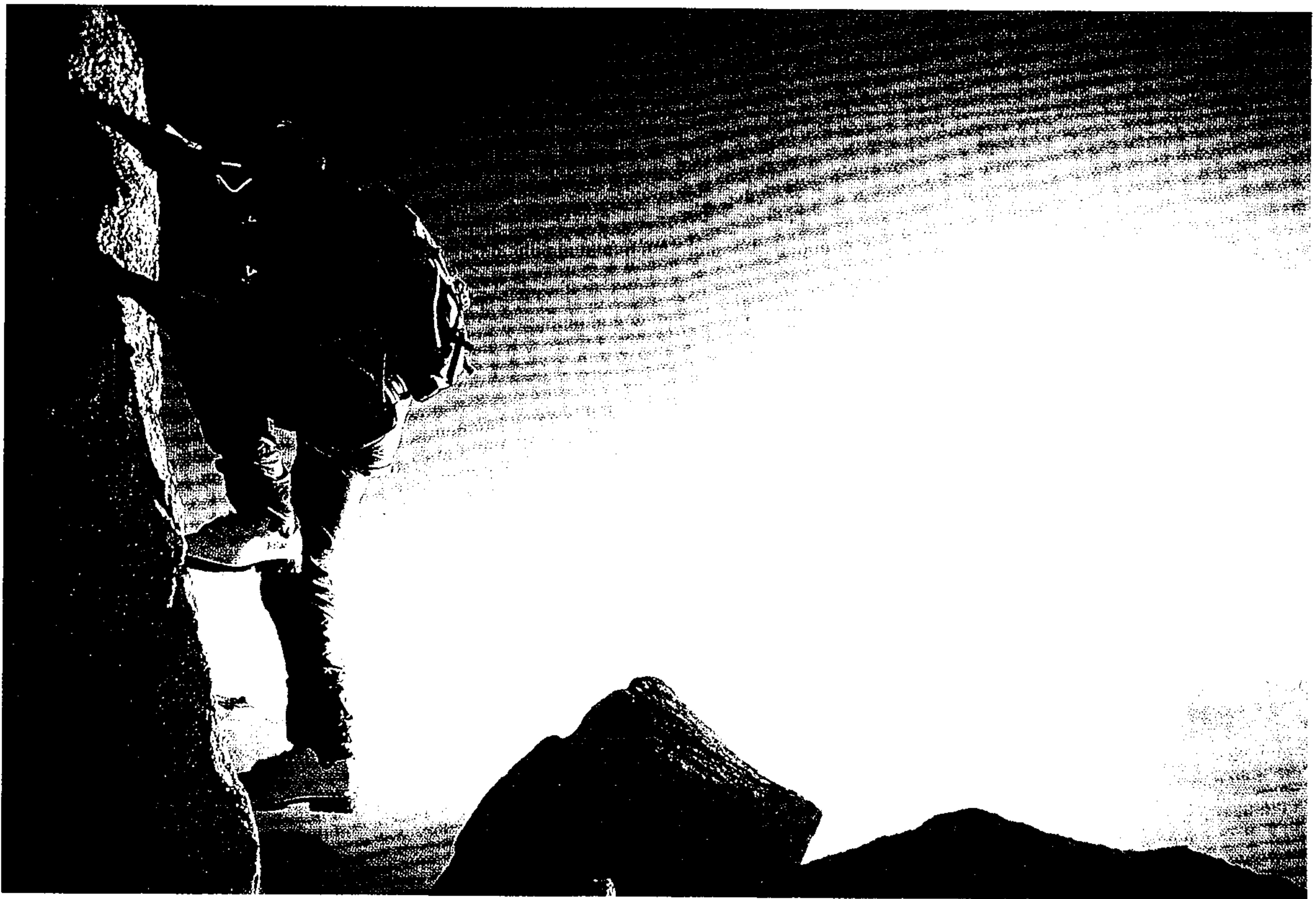
Egyes üzletszerzési módszerek tilalma

A képviselőnek tilos az ügyfél előtt más magyarországi biztosítótársaságot vagy annak képviselőjét, termékét bírálni, illetve az ügyfelet más biztosítótársasággal kötött biztosítási szerződésének megszüntetésére ösztönözni.

Az N-N és a képviselő megbízási szerződésének megszűnését követően is köteles a képviselő tartózkodni attól, hogy az N-N ügyfele előtt az N-N-t, annak képviselőjét vagy termékét bírálja, vagy hogy az ügyfélt az N-N-nel kötött biztosítási szerződése megszüntetésére ösztönözze.

A képviselő az ügyféllel történő kapcsolatfelvétel kezdetén megbizonyosodik arról, hogy az ügyféllel az N-N más képviselője nem áll tényleges üzleti kapcsolatban.

Ha az ügyfél a kapcsolatfelvételt megelőzően az N-N más képviselőjének üzleti tevékenysége nyomán már az N-N ügyfelévé vált, illetőleg a kapcsolatfelvétel időpontjában az N-N más képviselőjével már felvette az üzleti kapcsolatot, és a képviselő nem helyettesítő vagy átvevő minőségben jár el, a képviselőnek az ügyféllel kapcsolatban tartózkodnia kell minden további üzleti lépéstől.



MÁSODIK FEJEZET

BIZTOSÍTÁSI ALAPFOGALMAK

Mindenekelőtt tisztáznunk kell a „biztosítás” szó jelentését, mégpedig úgy, hogy egyidejűleg el is helyezzük más ismert fogalmak összefüggésrendszerében. Az ezekhez való viszony alapján értjük meg ugyanis a biztosítás lényegét, az emberek életében betöltött funkcióját. Most tehát egyenként megismerjük az alapfogalmakat, majd röviden áttekinthetjük a biztosítás konkrét megjelenési formáit; a kockázatkezelés főbb módszereit; illetve belső összefüggéseit.

Abból indulunk ki, hogy olvasónk most kezdi a szakmát, és eddigi ismeretei közt semmiféle meghatározás nem szerepelt a biztosításról. A tárgyalást egy nagyon általános fogalommal, a biztonsággal kezdjük.

A BIZTONSÁG

A **biztonság** az értelmező szótár elsődleges jelentése szerint veszélytől, bántódástól mentes, zavartalan állapot. Minden emberi cselekvés egyik legősibb mozgatórugója a biztonságra való törekvés. Ezért nem elégedett meg annak idején az ősember saját szórzatével: magára öltötte az elejtett állatok irháját ruhaként, és egyre biztonságosabb helyeket talált, majd épített, hogy védje magát az időjárás viszontagságaitól. Mindenféle fegyvert hozott létre, hogy *biztonságban* legyen a vadállatok vagy egy másik embercsoport támadásaival szemben, illetve, hogy *biztosítsa* alapvető szükségleteit, fennmaradását. És most már nagyot ugrunk az időben: az emberek azért gyűjtenek pénzt a bankszámlájukon, hogy biztonságban érezzék magukat bizonyos fenyegetettségekkel (betegséggel, munkanélküliséggel, megrokkánással stb.) szemben. Az ember szinte valamennyi tevékenységében (például, amikor óvatosan lelép a járdáról) felfedezhetjük a biztonságra való törekvést.

A biztonság érzete persze meglehetősen szubjektív. Az egyes embertől függ, mikor érzi úgy, hogy semmiféle bántódás nem érheti. Van, aki a hullámvasúton vagy egy tengerjáró hajón is a legtökéletesebb biztonságban érzi magát, a másiknak viszont egy ilyen út a katasztrofális veszély forrását jelenti – és soha nem lenne képes nyugalomban végigülni.

Összegezve tehát: az ember egyik alapvető célkitűzése, hogy minden körülmények között és minden szempontból biztonságban érezze magát. Másrészt azonban az emberek többsége azt sem szereti, ha mindig minden kiszámíthatóan, az előre ismert módon és végkimenetellel zajlik le, hiszen a tökéletes biztonság állapota végtelenül unalmas is lehet. S ha belegondolunk, akkor a biztonságra való törekvéssel legalább egyenrangú, egy bizonyos réteg, embercsoport számára pedig egyenesen vonzóbb a veszélyre, a kockázat vállalására irányuló tevékenység.

Végül is az ember biztonságra törekszik – vagy kockáztat? Hol az egyikre, hol a másikra – esete, helyzete válogatja; s leginkább egyszerre szeretné megvalósítani élete során a kockáztatás izgalmát és a biztonságot. A légióba beálló kalandvágyó fiú a becsületrend reményében azt is kockáztatja, hogy esetleg meghal, azt viszont semmiképpen sem akarja kockáztatni, hogy a koszos bakancsa miatt sötétzárkát kapjon, ezért biztos, ami biztos: kitisztítja.

A fenti példából látható, hogy az ember minden tevékenysége többféle kockázattal jár, többféle veszélyt hordoz. Hogy egy kicsit közelebb kerüljünk ahhoz, mit is értünk kockázat és veszély alatt, fogadjuk el az alábbi megállapításokat.

Kockázatosnak nevezzük azokat a helyzeteket, cselekvéseket, történeteket, amelyekben a részt vevő szereplőt anyagi, erkölcsi, egészségbeli stb. nyereség vagy veszteség érheti, és ennek a nyereségnek vagy veszteségnek a tényleges mértékét nem lehet előre tudni.

A **kockázat** az ezekben helyzetekben, cselekedetekben, történetekben rejlő nyereség vagy veszteség lehetősége. Például veszek egy lottószelvényt, azaz kockára teszem az árát. Az esetek többségében – sajnos – kidobom ezt a pénzt, mivel nem találom el a számokat. Ha viszont egyszer nyerek... hát, ez a remény megéri a kockáztatást!

Veszélyesnek nevezzük azokat a kockázatos helyzeteket, ahol a szereplők döntő részben csak veszíthetnek, és szinte alig-alig nyerhetnek; illetve ahol az esetleges nyereség aránytalanul kisebb a lehetséges veszteséghez képest. **Veszély** tehát a nyerési eséllyel nem kecsegtető kockázat.

A **kár** a kockázatos helyzetek, cselekvések és történetek negatív végeredménye, vagyis az a veszteség, amely a szereplőket éri. Az emberek többsége a kár alatt főleg az anyagi veszteséget érti, de beszélhetünk például egészségkárosodásról is.

A nyerési lehetőséget, tehát a kockázatot – egyénenként változó mértékig – minden ember keresi. Ugyanakkor a nyerési eséllyel nem kecsegtető szituációkat (s ez megint csak egyénenként változik), tehát a veszélyt mindenki próbálja elkerülni, vagy legalábbis védekezik ellene. S nemcsak az egyértelmű veszélyeket, hanem a kockázat várható negatív következményét is megpróbáljuk kivédeni, de legalábbis alacsonyabb szintre csökkenteni – vagyis ezekkel a negatív következményekkel szemben biztonságban akarunk lenni.

Hazardőröknek nevezzük azokat az embereket, akik az átlagos mértéket messze meghaladó kockázatot vállalnak az átlagos mértéket messze meghaladó nyereség reményében. Még mielőtt tudnánk, hogy mi a biztosítás, le kell szögeznünk: a hazardírozás nem része. A biztosításnak csak a veszélyek, illetve a kockázatok negatív következményeinek enyhítése, esetleg kiküszöbölése lehet a célja.

A KOCKÁZATKEZELÉS MÓDSZEREI

Minden ember törekszik a kockázat kezelésére és helyes arányainak megítélésére, s ennek egyik eszköze a biztosítás. Nézzük meg, hogy a kockázat kezelésének milyen más módszerei, stratégiái léteznek, s így jobban látjuk majd a biztosítás sajátosságait is.

A kockázat kikerülése

A legegyszerűbb stratégia a kockázat kezelésére, ha szépen kitérünk az útjából. Így eleve nem teremtünk olyan helyzeteket, vagy nem végzünk olyan tevékenységeket, amelyek kockázatosak lehetnek – vagyis ahol bizonyos negatív következmények, károk érhetnek. Ha például valaki a hegytetőre építi a házát egy folyó hullámterével szemben, akkor azt gyakorlatilag nem moshatja el az árvíz; az illető bebiztosította magát az árvíz-kárral szemben.

A kockázat kikerülésének stratégiája bizonyos helyzetekben a kockázat kezelésének legjobb, esetleg egyedül lehetséges módszere. A kockázatkerülő ember biztosra megy. Általánosságban mégis kijelenthetjük, hogy ez a stratégia nagyon sok helyzetben csak hozzávetőleges és nagy áldozatokat igénylő megoldást jelent. Sok esetben a kicsi (vagy kis valószínűségű) várható kárt kerüljük ki a nagy (vagy nagy valószínűségű) nyereség feláldozásával. Van olyan ember, aki soha életében nem száll fel repülőre, mert hallott már arról, hogy a gép bizonyos meghibásodások miatt lezuhanhat. Az emberek jelentős része ezzel a „bojkott”-tal nem veszít semmit, hiszen egyébként sem utazna repülővel, de vannak esetek, amikor a kockázat kikerülése nem valósítható meg. Például hiába tudom, hogy a levegő tele van egészségre káros anyagokkal, gázokkal, porral, baci-lusokkal, mégsem tehetem meg, hogy a fertőződés kockázatának kikerülése érdeké-

ben nem veszek levegőt... Így tehát a stabil, teljesen biztosnak tűnő kockázatkerülő módszert képtelenség az életünk során teljes egészében megvalósítani.

A legtöbb esetben az a célszerű, ha az ember nem akar tökéletes biztonságra törekedni, és egy kicsit kockáztat, de a lehetséges negatív következmények mértékét és valószínűségét megpróbálja mérsékelni.

Ez a megfontolás jellemző az összes többi kockázatkezelési stratégiára, így a következőre is.

A kár megelőzése

Az ember a saját és másoktól szerzett tapasztalatából tudja, hogy az eredményt elérheti úgy is, ha olyan tevékenységeket végez, amelyek szinte vonzanak bizonyos károkat; valamint úgy, hogy csak elvétele jelentkezik (anyagi) veszteség. Igen sok esetben az ember tudatos döntésén múlik, milyen szituációba keveredik, hogyan rendezi el maga körül a világot, s hogy milyen tevékenységeket végez ugyanazon cél elérése érdekében. Egy ember ténykedését akkor lehet kármegelőzőnek nevezni, ha mindig tudatosan törekszik arra, hogy olyan tevékenységekkel érje el célját, amelyekkel a kár bekövetkezésének a valószínűsége minimális – még ha ez a tevékenység további erőfeszítést is igényel az embertől.

Mit is jelent ez? Ha valaki erős zárat szerel fel lakása ajtajára, s később riasztóberendezést is, akkor újabb erőfeszítést tesz a betörés, tehát a kár megelőzése érdekében. Ezzel ugyan nem kerüli el garantáltan a kár bekövetkezésének a lehetőségét, de jelentősen csökkenti a valószínűségét. Az erős zár és a riasztóberendezés a betörő számára kedvezőtlenebb, mint a mindenféle védelem nélküli ajtó. A példából azonban az is látszik, hogy a kár megelőzésének módszere csak az egyik fél cselekedeteit jelenti. A lakástulajdonos hiába tesz bármit a lakása védelméért, a betörő cselekedeteiért nem vállalhat garanciát. Egy másik példával érzékeltetve: hiába határozom el, hogy a gépkocsim épségének megóvása érdekében minden közlekedési szabályt betartok (vállalva a lassabb haladást, a rám dudálást, a lemazsolázást), soha nem lépem túl a sebességhatárokat, tiszteletben tartom a záróvonalat stb., az úton nem én közlekedem egyedül. Az én szabálytiszteletem ellenére a szemközti sávban száguldozó, záróvonalat átlépő vezető az én vétlen autóm is összetörheti. Az tehát, hogy én egy személyben mindent megteszek a kár megelőzése érdekében, még nem garantálja azt, hogy valóban nem szenvedek kárt.

A kármegelőzés összefoglalva azt jelenti, hogy az ember olyan tudatos lépéseket tesz, melyekkel csökkenti a kár bekövetkezésének valószínűségét, bár teljesen nem zárja ki. Ha a kár mégis bekövetkezik egy területen, ennek előnytelen és tovaggyűrűző hatásai lehetnek más területeken is. Ha valóban biztonságra törekszünk, rendelkezünk kell valamilyen stratégiával arra az esetre, amikor a bekövetkezett kár továbbterjedését kell megakadályoznunk. Például nem tudjuk megakadályozni, hogy megkapjunk egy súlyos betegséget, de ha nem gyógyítatjuk magunkat, akkor a betegség következtében elveszíthetjük munkánkat, vagyis a megélhetésünk forrását, elszegényedünk stb. A gyógyítás pedig sokszor pénzkérdés. Az önbiztosítás arra szolgál, hogy megakadályozza a károk tovaggyűrűzését.

Önbiztosítás

Az önbiztosításnak létezik egy széles körben alkalmazott általános eszköze, a tartalékolás, valamint egy bizonyos szituációban alkalmazható módszere, a kockázat belső kiegyenlítése. Nézzük meg ezeket.

Tartalékolás

Ha gyorsan ki akarjuk küszöbölni egy bekövetkezett kár hatását, illetve meg akarjuk akadályozni további káros következményeit, akkor célszerű, ha az előre nem látható eseményekre tartalékokkal rendelkezünk. Ilyen előre nem látható esemény lehet egy baleset, megbetegedés vagy tüzeset stb. Az ember ilyenkor időlegesen vagy véglegesen elveszítheti valamely vagyontárgyát, munkaeszközét – vagy valamilyen képességét. Az elvesztett dolgok hiánya kényelmetlenséget, esetleg további anyagi károkat okoz. Ha viszont az ember elegendő tartalékkal rendelkezik, akkor azonnal lehet pótolni a hiányt, illetve megfelelően lehet helyettesíteni az elvesztett tárgyat.

A tartalékképzés történhet természetben, illetve pénzben is. Mindig jó, ha van ott-hon megfelelő tartalék gomb, néhány fajta szög, csavar, áramszünet esetére gyertya vagy éppen tartalék konzervek, tartós élelmiszerek. Egy vállalatnál célszerű, ha létezik bizonyos tartalék kapacitások, épületek, bár sokszor fölöslegesnek tűnnek a normális termelőfolyamathoz. Egy országnak szüksége van gabona- és olajtartalékokra, gyorsan felállítható tábori kórházakra stb. Ezekben az esetekben a pénztartalék nem igazán képes helyettesíteni a természetbeni tartalékokat. Nagyobb méretű károknál azonban a pénztartalék gyorsan át tudja hidalni a problémákat.

A tartalékoló önbiztosítás az egyik legfontosabb kockázatkezelési stratégia, és az élet minden területén találkozunk vele. Számos esetben ez az egyedül megfelelő módszer – de van, amikor csődöt mond. Egy példa: ha valaki folyamatosan retteg attól, hogy leég a háza, akkor célszerű, ha van neki tartalékban egy másik. Ha az első leég, tüstént át tud költözni a másikba, s máris kivédte a lakástűz káros hatását. Csakhogy ez a második ház is leéghet, ezért – biztos, ami biztos – jó, ha van az embernek egy harmadik, s ugyanilyen megfontolásból egy negyedik, ötödik háza is. Ez a stratégia mellett, hogy a legtöbb ember számára nem elérhető, nagyon pazarló lehet más területen is, viszont világosan ráismerhetünk az önbiztosításra. Megállapíthatjuk, hogy itt az önbiztosítás nem a megfelelő kockázatkezelési stratégia. Ez az a pillanat, amikor az önbiztosítás módszerét a biztosítással kell felcserélni.

A kockázat megosztása, belső kiegyenlítése

Az önbiztosítás másik formájának alkalmazási lehetősége elég szűk, és csak különleges helyzetekben kerülhet rá sor. Így példán keresztül megvilágítjuk, miről is van szó.

Egy vállalkozó két üzletágban is érdekelt: működtet egy strandot, valamint nagyüzemi formában zöldséget termeszt. Erre a két üzletágra a kora nyári eső különbözőképpen hat. A strandüzletnek árt, a veteményesnek kifejezetten jó. Ugyanez a helyzet a tartósan eső nélküli, meleg, napfényes időjárással, csak éppen megfordítva. Azt lehetne mondani, hogy ennek a vállalkozónak szinte mindegy, milyen az időjárás, mert minden lehetséges változat esetén egy átlagos hasznot tesz zsebre.

A kockázatmegosztási stratégia lényege tehát több, egymástól jelentős mértékben eltérő tevékenység, s ezek megfelelő arányú kombinációjával kiegyenlíthetjük a felmerülő kockázatot.

A VESZÉLYKÖZÖSSÉG

A kockázatkezelés e módszereinek közös sajátossága, hogy a veszélynek kitett egyén egyedül lép fel a kockázattal szemben, s azt egyéni stratégiákkal kezeli. A biztosítás elsősorban abban különbözik ezektől a módszerektől, hogy *a kockázat kezelésének csoportos stratégiája*.

A biztosítás segítségével a veszélynek kitett ember nem egyedül, hanem egy közösség tagjaként száll szembe a veszéllyel. Ezt a közösséget **veszélyközösségnek** nevezzük.

A veszélyközösségek már az emberi történelem korai szakaszában megjelentek. Az egyik nagyon régi történet szerint a folyón felhajózó ókori kínai kereskedők problémája az volt, hogy a parton végig rablók tanyáztak, akik rendszeresen fosztogatták bárkáikat. Ha valamelyik bárkát elfogták, annak teljes árukészlete veszendőbe ment, a tulajdonost óriási veszteség érte. A többi bárka azonban épségben, a tulajdonos minden vesztesége nélkül érkezett meg rendeltetési helyére. Az egészben a legrosszabb nem a veszteség ténye volt, hanem bizonytalan és katasztrófaszerű jellege. A legtöbbször ugyanis nem érte semmilyen veszteség a kereskedőt, de ha mégis, akkor mindene elveszett, és teljesen elszegényedett. Éppen ezért a kereskedők a teljes tönkremenés kockázatát szívesen kicserélték volna a többé-kevésbé biztos (legalábbis elég gyakran bekövetkező), de kicsi veszteséggel. Ennek megfelelően cselekedtek: összeálltak csoportokba, s mindegyikük annyi részre osztotta a teljes árukészletét, ahányan a csoportban voltak. Minden bárkára minden kereskedő árukészletének csak egy részét tették fel – azaz minden bárkán, minden kereskedőnek volt áruja. Ha valamelyiket kirabolták, akkor ugyan az egész bárka odaveszett, de mindegyik kereskedő csak árukészletének kisebbik hányadát veszítette el, tehát nem jutott teljes csődbe.

Európában a középkori céhek is sok vonatkozásban veszélyközösségként működtek. Minden céhnél volt egy úgynevezett céhláda, amelyben a céhtagok befizetéseit tartották. Ha valamelyik tagot valami súlyos katasztrófa érte (leégett a háza, meghalt valamelyik hozzátartozója, vagy munkaképtelenné vált), anyagi kárát ebből a céhládából fedezték – részlegesen vagy teljesen.

Ahhoz, hogy emberek egy csoportja veszélyközösségként működhessen, bizonyos feltételeknek kell érvényesülni.

- *Egy csoport csak ugyanazzal a veszéllyel szemben alkothat veszélyközösséget.* Ha tehát a csoport minden tagját különböző veszély fenyegeti – például az egyiket, hogy leég a háza, a másikat, hogy agyvérzést kap, a harmadikat, hogy halála után nem tud gondoskodni a gyermekéről –, és összejönnek, hogy ezeket megbeszéljék, akkor ugyan lehet, hogy közösséget alkotnak, de ez a közösség nem veszélyközösség. Veszélyközösséget csak azok alkotnak, akik mindannyian attól tartanak, hogy leég a házuk, *vagy* hogy agyvérzést kapnak, *vagy* hogy haláluk után nem tudnak gondoskodni a gyermekükről. Természetesen ugyanaz a személy tartozhat több különböző veszélyközösségbe is, de ezeket világosan el kell különíteni egymástól.

- *A veszélyközösségnek homogénnek kell lennie.* A homogenitás (azaz egyneműség) az összemérhetőséget jelenti minőségi és mennyiségi értelemben egyaránt. Nem elegendő, ha a potenciális kár lehetősége a veszélyközösség tagjainál ugyanaz, tehát hogy mindenki lakástűztől vagy mindenki gépkocsi-totálkártól tart. A potenciális kár mértékének is nagyjából azonosnak vagy legalábbis bizonyos határokon belülnek kell lennie. Jó példa erre az épületbiztosítások esete: biztosítási szempontból nem alkot veszélyközösséget egy lakástulajdonos és egy vegyipari gyár tulajdonosa, bár mindkettő fél attól, hogy leég az építménye. A két épület minőségi és értékbeli különbözősége

miatt a kár bekövetkezésének valószínűsége és mértéke is jelentősen eltér. A két tényező közül a veszélyközösség szempontjából a minőségi a meghatározó; az egyik épület lakás, míg a másik ipari termelés céljait szolgálja, veszélyes üzem, így a felmerülő kockázat és az esetleg bekövetkező tűz hatása lényegesen nagyobb.

- *A veszélyközösségnek elég nagynak kell lennie.* Erre azért van szükség, hogy megvalósulhasson a kockázatkiegyenlítődés. Gondoljunk csak arra, hogy ha – az előző példánál maradva – a veszélyközösség minden tagja lakástűztől tart, de ebben a közösségben mindössze tízen, százan (vagyis kevesen) vannak, akkor egy bekövetkező tűz esetén az egy tagra jutó térítés összege olyan magas, amelyet valószínűleg senki nem tudna teljesíteni. Ellenben, ha a tagok száma ezer vagy több ezer, az egy főre eső kártérítés összege már megfizethető mértékű. Az igazsághoz természetesen az is hozzátartozik, hogy ha több tag (és ezzel együtt lakás) van egy közösségben, akkor a lakástűzek bekövetkezésének valószínűsége nagyobb, vagyis megnő a várható tüzek száma, ezzel párhuzamosan pedig a kifizetendő kártérítés mértéke.

A NAGY SZÁMOK TÖRVÉNYE

A biztosításról eddig azt tudjuk, hogy a kockázat kezelésének csoportos stratégiája, amely a veszélyközösség megszervezésén alapul.

A káresemények bekövetkezési valószínűségeinek meghatározásakor fontos szerepe van a **nagy számok törvényének**. Ez azt jelenti, hogy minél többen vannak egy veszélyközösségben, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy egy adott időszakra vonatkozó tényleges kárhányad megegyezik a korábbi tapasztalatok alapján becsült (előrejelzett) kárhányaddal, vagy legalábbis közelít ahhoz. Pontosan ez az elv, ami lehetővé teszi a kockázatok kiegyenlítését.

A kockázatkiegyenlítődés lényege pedig az, hogy a veszélyközösség tagjait érő – előre meghatározott – kár(ok) következményeit a tagok közösen vállalják. Ezért összességében mindenkinek alacsonyabb – s így folyamatosan elviselhető mértékű – terhet jelent egy-egy kár, mint ha az adott kockázatot egyénileg (nem közösen) kezelnék.

A kockázatkiegyenlítődés elve azért van szoros kapcsolatban a biztosításokkal, mert a biztosítók üzleti alapon, vállalatként működnek. Az üzletszerű működés pedig megköveteli a viszonylag stabil üzletmenetet, vagyis azt, hogy a bevételek és a kiadások – a tartalékokat figyelembe véve – ne csak hosszú, hanem rövidebb távon is egyensúlyban legyenek.

Nézzük meg most már konkrétan, hogyan valósul meg a kockázatkiegyenlítődés, hogyan kezelik a biztosítók a kockázatot.

A KOCKÁZAT KEZELÉSE A BIZTOSÍTÓKNÁL

Kárfelosztás

A biztosítóknál alkalmazott kockázatkezelési módszerek közül a régebbi és az egyszerűbb módszer a kárfelosztás. A kárfelosztó biztosítók működésének alapelve a *felosztó-kirovó* rendszer. A következő példa szemlélteti, miről is van szó.

A probléma, amelynek megoldására egy falu lakossága összeállt, s temetkezési egyesületet alkotott, a következő volt: a méltó temetés gyakran anyagi gondot okozott a hozzátartozóknak, mert a temetési költségeket a többé-kevésbé mindig váratlanul bekövetkező halál után közvetlenül ki kellett fizetni, és a háztartásokban nem mindig akadt tartalék pénz.

A megoldást az jelentette, hogy a tagok temetéséről az egyesület gondoskodott. A gyakorlatban ez úgy történt, hogy amikor valaki meghalt, a temetési költségeket felosztották az egyesület tagjai között. Mindenki kirótták a rá eső részt, és a befolyt pénzből fedezték a temetés kiadásait. Az elv az volt, hogy a költségek egy töredékének a kifizetése még váratlanul sem okozhat leküzdhetetlen anyagi nehézséget.

Miért működött jól – szinte önkéntesen szerveződve – ez a rendszer? Mert rendkívül egyszerű, átlátható, igazságos volt. Csak akkor kellett fizetni, ha káresemény történt. Ha abban az évben egy haláleset volt, akkor a tagok egyszer fizettek. Ha ketten haltak meg, kétszer volt fizetési kötelezettségük. De ha hónapokon, éveken keresztül senki nem halt meg, akkor éveken keresztül nem kellett fizetniük.

A példa alapján látható a kárfelosztó rendszer egy fontos jellemvonása, amelyet egyben gyengeségének is tekinthetünk. Ez pedig a felosztó-kirovó rendszer *utólagos* jellege, vagyis az, hogy a kár fedezésére szolgáló összeget csak a kár bekövetkezése után gyűjtötték be a veszélyközösség tagjaitól. Ez a módszer szubjektív bizonytalansági tényezőket vitt a folyamatba, melyeket csak egymást személyesen ismerő kisebb veszélyközösségben lehetett kielégítően kezelni. Ilyen bizonytalansági tényező például az, hogy utólag, a kár bekövetkezése után a veszélyközösség valamely tagja bejelentette, hogy nem akarja (vagy nem tudja) teljesíteni a rá kirótt befizetést, esetleg épp most akar kilépni az egyesületből. Fennállt a veszélye annak, hogy a rossz piaci helyzetre, a pangó üzletmenetre vagy egyéb váratlan kiadásokra hivatkozva akár egyszerre többen is megtagadhatták a fizetést, ami – a pénzhiány miatt – megakadályozhatta, hogy a temetés időben lezajlódjék.

Egy vállalat nem teheti ki magát efféle bizonytalansági tényezőknél, ezért a kárfelosztó rendszer ma már nagyon ritkán alkalmazható. A sok ezer ügyfél biztonságát garantáló magánbiztosítók a modernebb, stabilabb, pénzügyi szempontból is biztonságosabban működő kockázatfelosztó rendszert alkalmazzák.

Kockázatfelosztás

A *kockázatfelosztó rendszer* egyik legfontosabb sajátossága az *előzetes* jelleg, szemben a felosztó-kirovó rendszer utólagos jellegével.

A kockázatfelosztó rendszerben a veszélyközösség szervezője és működtetője (a biztosító) előre felméri a várható kárnagyságot (kockázatot), és a veszélyközösség tagjaitól (a biztosítottaktól) előre beszedi a kockázat ellenértékét, a biztosítási díjat (ezt a díjat tekinthetjük a veszélyközösség „tagsági díjának” is).

A biztosító a kockázat felmérése során alapvetően a megelőző időszakokból származó megfigyelésekre támaszkodik, és az adott eseményre vonatkozó adatokból matematikai-statisztikai módszerekkel kalkulálja ki a megfelelő biztosítási díjat. Olyan fontos jellemzője ez a biztosítók működésének, hogy a matematikai-statisztikai módszerek alkalmazását sokan magába a biztosítás definíciójába is beleveszik.

Mikor biztosítható egy kockázat?

Ma már nagyon sok mindenre lehet biztosítást kötni. A focisták „aranylába”, az énekesek hangja egyaránt biztosítható, de azért nem ezek a jellemző példák. Egy kockázat általában akkor biztosítható, ha az esemény, amelynek bekövetkezésére a kockázatvállalásunk kiterjed (azaz, ha bekövetkezik ez a biztosítási esemény, és kár keletkezik, akkor a biztosítónak szolgáltatnia kell) *véletlenszerű, független, homogén, és tömegesen fordul elő*.

A homogenitás, illetve a tömegesség szükségességével és jelentőségével a veszély-

közösség kapcsán már találkoztunk. Most nézzük meg a függetlenség követelményét, illetve a véletlen szerepét.

Két esemény akkor *független*, ha az egyik bekövetkezése nincs hatással a másik bekövetkezésének valószínűségére. Például két (potenciális) lakástűz független egymástól, ha a két érintett ház egymástól és minden más háztól is távol áll. Ilyenkor attól, hogy az egyik kigyullad, nem nő vagy csökken a másik kigyulladásának a valószínűsége.

A függetlenség a biztosításban rendkívül fontos követelmény. Ha például nagyon sok ember köt olyan balesetbiztosítást, amelyik vízbefúlás esetére kínál szolgáltatást, akkor a függetlenség látszólag teljesül. Ha viszont az összes biztosított ugyanazon a hajón tartózkodik, akkor valószínűleg a hajó elsüllyedésétől vagy el nem süllyedésétől függ mindannyiuk biztonsága, tehát az esetleges káresemények nem függetlenek egymástól. Ezért itt valójában csak egyetlen eseményről van szó. Ilyenkor a tömeget az egyidejűleg vízen lévő sok hajó utasközönsége jelenti, és függetlenségről csak a különböző hajókon lévő utasok esetében beszélhetünk.

Azt pedig, hogy mit jelent a *véletlen*, igen sokféleképpen lehet megközelíteni. E helyütt a véletlennek csak egyetlen, gyakorlati szempontból fontos jellemzőjét emeljük ki: az az esemény, amelynek bekövetkezését az érintettek nem tudják előre. Egy biztosítási eseménynek mindenképpen véletlen eseménynek kell lennie. A biztosító számára – a veszélyközösség igazságos működtetése szempontjából – alapvető fontosságú, hogy a véletlenszerűséget biztosítsa. Külön szakkifejezések születtek azokra az esetekre, amikor a fenti meghatározás nem teljesül, vagyis a „véletlen” esemény nem minden érintett számára „véletlenül” következik be. Ezek közül a legfontosabbak: az antiszelekció, az autoszelekció és a morális kockázat.

Antiszelekció a biztosítási gyakorlatban azt értjük, amikor a szerződő felek egyike, a biztosított – élve az információs aszimmetria adta lehetőséggel – eltitkolja kockázatának valóságos mértékét a másik szerződő fél, a biztosító előtt. Az *információs aszimmetria* azt jelenti, hogy a biztosító és a biztosított nem ugyanannyit tud a kockázat nagyságáról. A biztosított általában jobban ismeri a saját konkrét körülményeit, így a kockázat nagyságát is. Az egészségbiztosításnál például a biztosító kiindulási feltétele az, hogy minden ügyfél egészségi állapota átlagos. Jelentkezik a biztosítónál egy ügyfél, aki látszólag teljesen átlagos, csak hogy ő tud valamit, amit a biztosító nem, például azt, hogy lakóhelyén nitrátos vagy arzénos az ivóvíz, netán higanyal szennyezett a talaj, ezért neki az átlagnál jóval nagyobb az esélye, hogy az egészsége károsodjon. Ilyenkor az ügyfélnek különösen előnyös az átlagos feltételekkel megkötni a biztosítási szerződést, hiszen az ő kockázata jóval magasabb, mint az átlag.

Az antiszelekció a biztosító és a többi ügyfél szempontjából is nagyon veszélyes, ezért a jelenséget mindenképpen ki kell szűrni. A biztosító számára azért veszélyes, mert az átlagos feltételekre kalkulált biztosítási díjak mellett a biztosítási esemény bekövetkeztének valószínűsége magasabb lesz, mint amelyet a biztosító a díjkalkuláció során feltételezett. Sok ilyen eset pedig bizonytalanná, tervezhetetlenné teszi az üzletmenetet.

A veszélyközösség többi – valóban átlagos kockázatú, illetve saját többletkockázatát becsületesen feltáró – tagja számára is magától értetődő az antiszelekció kivédése. A valóság elhallgatásával, megmásításával előnyhöz jutó ügyfél biztosítási összegét ugyanis a közösség többi tagjának befizetéséből fedezik. A rendszer igazságos működése tehát megköveteli, hogy a mások kárára ügyeskedni próbáló tagokat kiszűrjék a közösségből.

Az **autoszelekció** jelensége az, amikor a biztosított nem azért köt szerződést a biztosítóval, mert tudja, hogy az ő kockázata magasabb az átlagnál, hanem mert az átlagnál jobban fél egy bizonyos kár bekövetkezésétől. Az autoszelekció eredményeképpen a biztosított közösségben magasabb azoknak az aránya, akik különösen tartanak egy bizonyos veszély realizálódásától. Az autoszelekció hatása nem feltétlenül negatív a biztosító szempontjából, de sokszor előfordul, hogy a nagyobb félelem mögött nagyobb kockázat rejlik. Példánk legyen az, hogy egy 35 éves leendő ügyfelünk teljesen egészséges, minden orvosi lelete negatív, mégis az átlagosnál nagyobb összegre szeretne biztosítást kötni, mivel felmenői közül többen előjelek nélküli hirtelen infarktushalál hunytak el 40 éves koruk körül. Lehet, hogy őt elkerüli ez a végzet, de szeretné családját biztonságban tudni.

A **morális kockázat** a biztosító szempontjából nézve nagyon alattomos jelenség. Nem minden biztosítási ágban lép fel, illetve nem mindenhol lép fel ugyanolyan erővel. Ahol viszont felbukkan, ott a biztosító számára többé-kevésbé megakadályozza a reális, hosszú távú kalkulációt. A morális kockázat lényege, hogy a biztosítás meglétének a ténye hat vissza a kár bekövetkezésének valószínűségére. A következő példával szemléltetjük a jelenséget: sokan, akiknek nincs casco biztosításuk, óvatosabban vezetnek, kisebb sebességgel hajtanak, mint ahogyan szívük szerint mennének, mert félnek attól, hogy baleset esetén elveszítik a kocsijukat. Egy casco biztosítás megkötésével azonban ez a félelem elpárolog, hiszen a kocsit (illetve az értékét) a karambol után sem veszíti el a tulajdonos. Tehát kevésbé óvatosan hajt, s ezzel megnöveli a kár bekövetkezésének valószínűségét. Vagyis éppen a biztosítás megléte hat abba az irányba, hogy a kár növekedjen.

A BIZTOSÍTÁSOK CSOPORTOSÍTÁSA

A biztosításokat több szempont szerint is csoportosíthatjuk. A biztosítás tárgya szerint kétféle csoportosítás létezik egymással párhuzamosan: a hagyományos, más néven porosz, illetve az újabb, vagy angolszász besorolás. A kettő közötti különbségre hamarosan visszatérünk. A másik szempont, a kár jellege szerinti csoportosításnál megkülönböztetünk kár- és összegbiztosítást. S végül a tartalékképzés szempontjából létezik élet- és nem életbiztosítás. A különböző felosztások más-más szempontot tükröznek, így ugyanaz a termék – a különböző jellemzőket tekintve – mindegyik szempont szerint besorolható valamelyik csoportba.

Nézzük a különböző csoportosítási lehetőségek lényegét külön-külön. Az eligazodást a következő ábra segíti.

Hagyományos csoportosítás

- személybiztosítás
 - └ valódi személybiztosítás
 - └ egészségügyi személybiztosítás
- vagyonbiztosítás

Új csoportosítás

- életbiztosítás
- nem életbiztosítás
 - └ hagyományos vagyonbiztosítás
 - └ egészségbiztosítás

A biztosítás tárgya szerint – mint említettük – két csoportosítás él napjainkban. A hagyományos porosz osztályozás az életbiztosításokban két alapvető csoportot ismer: a **személybiztosítás**okat, amelyek az emberre vonatkoznak és a **vagyonbiztosítás**okat, amelyek házat, autót, ingóságot, azaz vagyontárgyat biztosítanak. A személybiztosításokon belül újabb két csoportot képezhetünk: a valódi személybiztosítá-

sokat (ez életre-halálra szól) és az egészségügyi személybiztosításokat. Ez utóbbiba tartoznak azok a biztosítások, amelyek „tárgya” ugyan az ember, de a biztosítási esemény nem a halál, hanem a megbetegedés, a megrokkulás, a súlyos betegség stb. bekövetkezése.

A modern angolszász besorolás szerint szintén két alapvető kategória van: az **életbiztosítások** és a **nem életbiztosítások** csoportja. Az életbiztosítások – mint a nevük is mutatja – az ember életére szólnak; a biztosítási esemény az ember halála, illetve életben léte. A nem életbiztosításokon belül is két alcsoportot különböztetünk meg: a hagyományos vagyonbiztosításokat, illetve az egészségbiztosításokat. Ez utóbbiak ismét az emberre vonatkoznak, és kockázatuk megegyezik az egészségügyi személybiztosítás kockázatával. Annak okára pedig, hogy miért nem lehet az emberrel kapcsolatos biztosításokat egy csoportba besorolni, később visszatérünk.

A biztosítások csoportosítása a *kár jellege szerint* arra utal, hogy a kár nagysága felmérhető-e elvileg (vagy gyakorlatilag), vagy sem. Az elvileg és gyakorlatilag egyaránt felmérhető nagyságú károkra kárbiztosítás, az elvileg vagy gyakorlatilag felmérhetetlen nagyságú károkra pedig általában összegbiztosítás köthető.

Mi a különbség az összeg- és a kárbiztosítások között?

Az összegbiztosítások esetében nincs szükség kárbecslésre, azaz nem kell felmérni a kár nagyságát, mindössze azt kell megvizsgálni, hogy a kár bekövetkezett-e vagy sem. Ebből adódik, hogy az összegbiztosításoknál a biztosítási esemény bekövetkezése után csak két dolog lehetséges: vagy kifizeti a biztosító a teljes biztosítási összeget, vagy nem fizet egy fillért sem. Az életbiztosítások egyértelműen az összegbiztosítások csoportjába tartoznak.

A lakás- és a gépjármű-biztosítás lényege pedig a kárbiztosítás. Ezeknél konkrétan fel lehet mérni, hogy mennyibe kerül a betört ablak cseréje vagy a csőtörés okozta beázás helyreállítása.

A *tartalékképzés szempontjából* az életbiztosítások teljes egészében elütnek a többi biztosításfajtától, vagyis az összes nem életbiztosítástól. Ennek okát alapvetően a tipikus szerződési tartamok különbségében kereshetjük, valamint abban, hogy e tartamok alatt felfedezhető-e valamely konkrétan érzékelhető s egyértelmű tendenciájú változás a kárvalószínűség alakulásában. Nézzük meg részletesebben, hogy e szempontok szerint mi a különbség az élet- és nem életbiztosítási kategória között.

A tartalékképzés formája alapvetően a kockázatviselés jellegére és ezen keresztül a kockázatviselés időtartamára vezethető vissza. A tipikus életbiztosításnál az ügyfél viszonylag hosszú időn (több éven) keresztül folyamatosan fizet, befizetéseiből a biztosító tartalékot képez, és a tartam végén elszámol az ügyféllel (feltéve, hogy a tartam során nem következett be biztosítási esemény). Eközben a biztosító tudja, hogy ezt a tartalékot évekig, évtizedekig nem kell kifizetnie, addig ez a pénz befektethető.

A nem életbiztosításokhoz tartozik a vagyonbiztosítások mellett az egészség-, a betegség- és a baleset-biztosítás. A vagyonbiztosítások formailag egy évre szólnak, és minden pénzügyi év lezárása után a biztosító mérleget készít. Ha az adott évben a biztosító bevétele a díjakból több, mint a kárkifizetés és működtetés kiadásai, úgy a biztosító nyereséges, ellenkező esetben veszteséges. Az újabb kalkulációk (például a következő évre vonatkozó díj) készítése során természetesen figyelembe veszik a korábbi tapasztalatokat. Az ügyfél az évforduló előtt tájékoztatást kap a következő évre érvényes új díjtételekről, és ha ezt nem utasítja el, a biztosítása a következő évben is tovább él.

KOCKÁZATPORLASZTÁS, VISZONTBIZTOSÍTÁS, EGYÜTTBIZTOSÍTÁS

Az eddigiek alapján kijelenthetjük, hogy a biztosítás nagyon hasznos eszköz a kockázatok kezelésére. Annyira hasznos, hogy a biztosítók is élnek vele – bebiztosítják önmagukat a váratlan helyzetekkel szemben. Ezért hoztak létre olyan biztosítókat, amelyek ügyfelei maguk is biztosítók. A biztosítók biztosítóit viszontbiztosítóknak nevezzük.

Miért van rájuk szükség?

Léteznek olyan kockázatok, amelyek vállalása túl nagy falat lehet egyetlen biztosító számára. Igaz ugyan, hogy amennyiben nem következik be káresemény, úgy a nyereség jelentős, de ellenkező esetben az is elképzelhető, hogy a biztosító a kárt ki sem tudná fizetni, vagy ha kifizeti is, anyagi helyzete megrendülne. Az a mód, amellyel a kockázatot elviselhetővé tesszük: a **kockázatporlasztás**. Ilyenkor a biztosítótársaság meghatározza, hogy mekkora az általa még elfogadhatónak, vállalhatónak ítélt kárrész, és azt megtartja saját magának; az ezen felüli hányadot viszont továbbadja egy másik biztosítótársaságnak (a viszontbiztosítónak). S ha az esetleges káresemény nagysága meghaladja a viszontbiztosító kockázatviselési lehetőségeit, ennek az intézménynek is lehetősége van megosztani azt egy újabb biztosítóval stb. A **viszontbiztosítás** alapvetően a kis biztosítók létérdeke: ezen keresztül olyan kockázatok is elfogadhatnak, amelyeket különben nem tehetnének meg, merthogy a pénzügyi hátterük nem engedné. Minden felelősen mérlegelő, biztonságos üzletmenetre törekvő biztosító él a viszontbiztosítás lehetőségével, mert ezzel garantálja saját stabilitását is. Viszontbiztosítás esetén a biztosított csak azzal a biztosítóval áll kapcsolatban, amelyikkel a szerződést megkötötte. A viszontbiztosítóval már az elsődleges kockázatot felvállaló biztosítótársaság lép szerződéses kapcsolatba.

A kockázatporlasztás másik módja az **együttbiztosítás**. Ez abban különbözik a viszontbiztosítástól, hogy a biztosított külön-külön mindegyik biztosítóval szerződéses kapcsolatban áll, és kár esetén a biztosítók külön fizetnek az ügyfélnek. Természetesen a biztosítók által összesen kifizetett kártérítés ekkor sem haladhatja meg a tényleges kár nagyságát, de összegbiztosítások esetén ez nem jelent korlátozó tényezőt.

A BIZTOSÍTÓK FAJTÁI

A biztosítókat szintén több szempont alapján csoportosíthatjuk. Aszerint, hogy az adott biztosító a biztosítási szféra melyik szintjén tevékenykedik, megkülönböztetünk direkt biztosítókat és viszontbiztosítókat. A **direkt biztosítók** a biztosítási üzletág elsődleges biztosítói: ők azok, akik eredetileg elvállalják az élet, az egészség, a különböző események, vagyontárgyak stb. biztosítását. A **viszontbiztosítók** – mint már korábban is szó esett róla – a biztosítók biztosítói, tehát átvállalhatják a direkt biztosítók kockázatainak egy részét. Természetesen egy cég lehet egyszerre direkt biztosító és viszontbiztosító is. A legnagyobb direkt biztosítók általában viszontbiztosítással is foglalkoznak, de vannak csak viszontbiztosítással foglalkozó biztosítók is – sőt, a legnagyobb viszontbiztosítók általában professzionális, tehát csak viszontbiztosítással foglalkozó biztosítótársaságok.

A következőkben csak a direkt biztosítók csoportosításával foglalkozunk, mivel tanulmányaink szempontjából ennek van jelentősége.

A biztosítási ágak, illetve fajták szerint a biztosítókat két fő csoportba sorolhatjuk:

- szakosított biztosító,
- kompozit biztosító.

A **szakosított biztosító** csak *egy* biztosítási ággal (például személybiztosítással, vagyonbiztosítással – esetleg az illető országban ezeken belül még külön ágakat definiálnak) vagy biztosítási fajtával (például gépjármű-biztosítással, tűzbiztosítással, baleset-biztosítással stb.) foglalkozik.

A **kompozit biztosító** a szakosított biztosítóval szemben *több* biztosítási ágban is tevékenykedik (lehet például egyszerre élet- és vagyonbiztosító). A kompozit biztosító előnye a szakosítottéhoz képest a több lábon állás, az ügyfelek komplex kiszolgálásának a képessége.

Az 1995-ben elfogadott biztosítási törvény Magyarországon úgy rendelkezik, hogy „Biztosító élet- és nem életbiztosítási ág együttes működésére nem alapítható...”, kivéve „az életbiztosítási ágat művelő biztosítónak” a baleset- és betegségbiztosítások „életbiztosítási kockázatokkal együtt, egy szerződésben történő együttes vállalását”.

„A törvény hatálybalépésekor az élet- és nem életbiztosítási ág együttes művelésére vonatkozó engedéllyel rendelkező biztosító részvénytársaság jogosult a két ág együttes művelését folytatni...”, azonban 1996. december 31. után „élet- vagy nem életbiztosítási tevékenységet csak a belső irányítás és gazdálkodás szempontjából elkülönült szervezeti egységben végezhet”.

A biztosítók működési forma szerinti csoportosításánál a biztosítási törvény három esetet engedélyez. Ezek szerint ma Magyarországon biztosító **részvénytársaság**ként, **szövetkezet**ként vagy **egyesület**ként működhet.

Az e működési formában biztosítási tevékenységet végző szervezeteket egy újabb szempont, a tulajdonosuk szerint megint csak két nagy csoportba sorolhatjuk:

- kölcsönösségi biztosítók,
- magánbiztosítók.

A **kölcsönösségi biztosító**nál a biztosított és a tulajdonosi pozíció nem válik el egymástól: a kölcsönösségi biztosító által biztosított egyén egyben a biztosító tulajdonosa is.

A **magánbiztosító** esetén a biztosított kör és a tulajdonosok elválnak egymástól. A magántársaságnál van egy olyan befektető (egy tőkés csoport vagy egyetlen személy), aki a saját vagyonát fekteti be a biztosító megalapításába, működtetésébe annak reményében, hogy ez a befektetés számára hasznot hoz.

A magánbiztosítóknak két formáját különböztetjük meg: a részvénytársaságot és a biztosító szövetkezetet.

A kölcsönösségi biztosítót és a magánbiztosítót is a tulajdonosok által választott vezetés irányítja, de míg a magánbiztosítónak jellemzően csak néhány (vagy néhány fontosabb) tulajdonosa van, addig a kölcsönösségi biztosítónak rengeteg.

A kölcsönösségi biztosító a díjai és kárkifizései közötti különbséget (ami a magánbiztosítónál nyereség, illetve veszteség) szétosztja a tagok között. Ha a díjak nem fedezik az adott kárkifizetést, akkor további díjakat vethetnek ki a tagokra. (Ezt a magánbiztosító nem teheti meg. Mondhatjuk azt is, hogy amíg a magánbiztosítók szigorú kockázatfelosztó rendszerben működnek, a kölcsönösségi biztosítók működésében megtalálhatók a kárfelosztás elemei is.) Ha viszont díjtöbblet mutatkozik, azt szétosztják a tagok között. Ennek persze többféle módja lehet: az egyik legkedveltebb, hogy a többletet beszámítják a következő évi díjba, melyet így csökkentenek.

Az előbbi felosztások nem mutatják meg a sajátosságát némelyik speciális biztosító-típusnak, melyek közül leginkább az úgynevezett captive társaságokat kell kiemelnünk.

A captive társaságokat a földkerekség sok országában működő, sok ezer alkalmazottat foglalkoztató, sok milliárd dollár értékű működő tőkével rendelkező transznacionális vállalatok alapítják, hogy saját biztosítási igényüket saját maguk oldják meg. A captive társaság tulajdonosa s egyetlen ügyfele maga a transznacionális vállalat. Ez a forma óriásvállalatok esetében kifizetődő, hiszen csak ők rendelkeznek akkora dolgozói létszámmal, illetve annyi helyen lévő vagyontárggyal, hogy a vállalaton belül működjenek a nagy számok törvénye. (Magyarországon ehhez hasonló tevékenységet a MÁV Rt. és a Mol Rt. végez.)

A BIZTOSÍTÁSOK KALKULÁCIÓJA

Néhány alapfogalom feltétlenül tisztázásra szorul, mielőtt megtárgyaljuk a biztosítások díjának kalkulációját.

Biztosítási díj: az az összeg, amit az ügyfél fizet a biztosítónak a biztosítási szerződés áráként.

Biztosítási összeg: az az összeg, amit a biztosító fizet az ügyfélnek szolgáltatásként a biztosítási esemény bekövetkezésekor.

Állománydíj: a kedvezményekkel nem csökkentett díj, melyet az ügyfélnek egy biztosítási év alatt be kell fizetnie.

Azt már korábban említettük, hogy a biztosítók működésük során előre kalkulálják a várható kockázat nagyságát, és beszedik ennek ellenértékét, a biztosítási díjat. Csak-hogy a biztosítási esemény bekövetkezése után kifizetendő pénz nem az egyedüli várható költség a biztosításban. A biztosítónak ugyanis működnie kell ahhoz, hogy el tudja látni feladatát, ennek pedig költsége van.

Most pedig vizsgáljuk meg, hogy mit tartalmaz a biztosítások díja, mit vásárol meg az ügyfél a befizetett díjakkal.

Alapjában véve a biztosítási díj három jól elkülöníthető részből áll.

A kockázati (vagy nettó) díjrész

A tényleges kockázatnak ez az ára, e díjrésszel fizeti meg az ügyfél a saját biztosítási védelmét. Az adott biztosítás nettó díját a biztosításmatematikások kalkulálják meghatározott matematikai-statisztikai módszerek alapján.

A rendszer igazságos működése megköveteli, hogy minden ügyfél a saját kockázatának mértékével azonos arányban fizessen díjat. Ezt a saját kockázatot két tényező befolyásolja. Az egyik a kár bekövetkezésének valószínűsége: ha ez nagymértékben eltér az átlagostól, a kalkulált díjtól eltérően a biztosítók többletdíjat szedhetnek (ha többletkockázat van), illetve díjkedvezményt adhatnak (ha a kockázat az átlagnál alacsonyabb).

A másik befolyásoló tényező a lehetséges kár nagysága. Az ugyanis teljesen természetes, hogy ha a jellegében azonos káresemény (például lakástűz) bekövetkezésekor az egyik ügyfél lényegesen nagyobb kártérítésre tart igényt, mint egy másik (mert a lakásában drágább bútorok, értéktárgyak vannak felhalmozva stb.), akkor fizessen is többet a szolgáltatásért.

Életbiztosítások esetén a kockázati díjrész nagysága több tényezőtől függ - még azonos módozat esetén is. A biztosított neme, életkora, egészségi állapota foglalkozása, a biztosítás tartama, stb. mind-mind befolyásolja a kockázat bekövetkezésének valószí-

nűségét, de az előzőek alapján a fizetendő díjrész arányos a biztosítási összeg nagyságával is.

A biztonsági pótlék

A biztonsági pótlék alkalmazására elsősorban azért van szükség, mert gyakran nem áll rendelkezésre elegendő mennyiségű, illetve minőségű információ a nettó díj kalkulációjához. Nem szabad azonban megfeledkezni arról a bizonytalansági tényezőről, amely a szerződések tartama miatt jelentkezik, hiszen hosszú távon jelentős változás következhet be az alapadatokban – például az orvostudomány fejlődésével javulnak az életkilátások. Az esetek többségében a statisztikák (például az életbiztosítások kalkulációjához használt statisztikák, a halandósági adatok) megbízhatóak, hosszú időszak megfigyeléseire épülnek, folyamatosan frissíthetők, tehát a bizonytalansági tényező ezekben az esetekben elhanyagolható – vagy a díjkalkuláció során beépül a nettó díjba. Ugyanakkor például az egészségbiztosítások területén egyelőre kevés és megbízhatatlan a rendelkezésre álló statisztika, ezért e biztosítások esetén szinte elengedhetetlen a biztonsági pótlék alkalmazása.

A vállalkozói díjrész

A vállalkozói díjrész fedezi a biztosítók működését, azaz a veszélyközösségek megszervezésével, működtetésével, a biztosítási szerződések kezelésével, a kárkifizetésekkel kapcsolatban felmerült költségeket (a jutalék, kockázatelbírálás, nyilvántartás, díjbeszedés, fenntartás stb. költségei). A biztosítók nyereségérdekelte pénzügyi vállalkozások, így a díjkalkuláció során egy minimális garantált nyereséget is hozzáadunk a díjhoz. A díjrészek összege adja meg a biztosítás teljes (bruttó) díját. A későbbiekben az életbiztosítások díjának szerkezetét még részletesebben tárgyaljuk.

ING NATIONALE-NEDERLANDEN



HARMADIK FEJEZET

PÉNZÜGYI MATEMATIKA

ALAPFOGALMAK

A pénzügyi matematika alapjaival minden pénzügyi alkalmazottnak tisztában kell lennie. Ebben a fejezetben a kamat- és járadékszámítással kapcsolatos néhány alapfogalmat és műveletet ismertetünk. Ezek a számítások nagyon sok pénzügyi jellegű tevékenység, így a biztosítás elvi alapját is képezik. A biztosításban használt számítások – mint később látni fogjuk – jóval bonyolultabbak, de azokban is majd az itt rögzített fogalmakat és jelöléseket használjuk.

Ia röviden akarjuk jellemezni, mitől bonyolultabb a biztosítás kalkulációja, akkor azt mondhatjuk, hogy azért, mert *a pénzügyi matematikából hiányzik a véletlen kezelése, míg a biztosításnak ez a lényege.*

Ahhoz, hogy a pénzügyi matematikáról egyáltalán beszélni tudjunk, ismerkedjünk meg néhány fogalommal.

Tőke: az a pénzmennyiség, amelyet tulajdonosa egy pénzügyi intézetre bízott, hogy az forgassa és kamatoztassa.

Kamat: az a pénzmennyiség, amelyet bizonyos időszakonként a pénzügyi intézet a tőke használati díjaként fizet.

Kamatláb: a kamat százalékos nagysága a tőkéhez képest bizonyos időszakonként (általában évente).

Infláció: az általános árszínvonal emelkedése, a pénz vásárlóerejének csökkenése.

A tőkét angol nevének („capital”) rövidítéseként gyakran jelölik C -vel, míg a kamatlábat („interest rate”) i -vel. Mi is ezt a gyakorlatot követjük. Az infláció jelölésére az *inf* rövidítést fogjuk használni.

A kamatláb idővel mindig változik, de a példákban az egyszerűség kedvéért állandónak tekintjük.

A kamatozás időszakának válasszuk az évet. Ha a hányadik évről van szó, azt a jobb alsó sarokba tett indexszel jelöljük (például a 3. évi kamatláb i_3).

Ia az évek számát nem tudjuk konkrétan, akkor n -nel jelöljük. Az i_n tehát valahányadik évet jelöli.

AZ EGYSZERŰ KAMAT

Egyszerű kamatozásról akkor beszélünk, ha minden kamatozási periódusban csak az alaptőke kamatozik, az előzőekben elért kamatok pedig nem.

Példa

Ha beteszünk a bankba 10 000 Ft-ot 10%-os kamatra, akkor mennyi pénzünk lesz 1 év múlva?

$$C_0 = 10\,000 \text{ (Ft)}$$

$$i = 10\%$$

$$n = 1 \text{ (év)}$$

Egy év múlva rendelkezésünkre áll az alaptőke (10 000 Ft) és ennek 10%-a mint az éves kamat összege

$$C_1 = ?$$

$$\left(10\,000 \cdot 10\% = 10\,000 \cdot \frac{10}{100} \right)$$

Összesen tehát a 10 000 Ft induló tőke $\left(1 + \frac{10}{100} \right)$ része lesz a miénk.

Ezt képlettel így írhatjuk fel:

$$C_1 = 10\,000 \cdot \left(1 + \frac{10}{100}\right) = 10\,000 \cdot 1,10 = 11\,000$$

Általánosságban:

$$C_1 = C_0 \cdot \left(1 + 1 \cdot \frac{i}{100}\right)$$

Ha az előző év után továbbra is kamatoztatjuk a pénzünket, akkor kamat megint csak az eredeti tőkénk után képződik, így természetesen megegyezik az első évi kamattal. (Az egyszerűség kedvéért feltételeztük, hogy a kamatláb állandó.)

A második év végére a tőkével és most már két év kamatának az összegével rendelkezünk. Képlettel:

$$C_2 = 10\,000 \cdot \left(1 + 2 \cdot \frac{10}{100}\right) = 10\,000 \cdot 1,20 = 12\,000$$

Írjuk fel az eredeti példa adatait rendezett formában:

$$C_0 = 10\,000 \text{ (Ft)}$$

$$i = 10\%$$

$$n = 2 \text{ (év)}$$

$$C_2 = ?$$

$$C_2 = C_0 \cdot \left(1 + 2 \cdot \frac{i}{100}\right) = 10\,000 \cdot \left(1 + 2 \cdot \frac{10}{100}\right) = 12\,000$$

Ismerjük fel az összefüggést, hogy ahányadik évről van szó, annyi év kamata növeli az alaptőkénket, tehát a képletben ez a szorzó szerepel.

Ez alapján így írhatjuk fel a fenti összefüggést:

$$C_n = C_0 \cdot \left(1 + n \cdot \frac{i}{100}\right)$$

Az egyszerű kamat számításánál tehát abból indulunk ki, hogy időszokról időszakra csak az alaptőke kamatozik.

Az általános gyakorlat azonban az, hogy a kamatot (hacsak a pénz tulajdonosa nem veszi ki a bankból) időszakonként hozzáírják a tőkéhez (tőkésítik), s a következő időszakban már a kamat is kamatozik. Ezt nevezzük kamatos kamatnak.

A KAMATOS KAMAT SZÁMÍTÁSA

Példa

Helyezzünk el 10 000 Ft-ot egy betétszámlán évi 10%-os kamatra, 2 éves időtartamra. Mennyi pénzünk lesz a 2. év végén?

$$C_0 = 10\,000 \text{ (Ft)}$$

$$i = 10\%$$

$$n = 2 \text{ (év)}$$

$$C_2 = ?$$

Az első évben nincs változás a korábbiakhoz képest. A 10 000 Ft induló tőkénk 10%-kal kamatozik.

$$C_1 = C_0 + C_0 \cdot \frac{i}{100} = 10\,000 + 10\,000 \cdot \frac{10}{100} = 11\,000$$

Ezt így írjuk fel:

$$\text{I.} \quad C_1 = C_0 \cdot \left(1 + \frac{i}{100}\right)$$

Az értéke az előbbi számítás szerint 11 000 Ft.

A változás az egyszerű kamatozáshoz képest a második évben következik be. Ekkortól ugyanis már a kamatokkal növelt összeg, a 11 000 Ft kamatozik. Hogy mennyi lesz a pénzünk 2 év múlva, azt az előző képlethez hasonlóan így írhatjuk fel:

$$C_2 = C_1 + C_1 \cdot \frac{i}{100} = 11\,000 + 11\,000 \cdot \frac{10}{100} = 12\,100$$

Az általános képlettel:

$$\text{II.} \quad C_2 = C_1 \cdot \left(1 + \frac{i}{100}\right)$$

Most helyettesítsük be a II. képlet C_1 helyére az I. képletet, mert számunkra az a fontos, hogy a C_0 kiindulási összegből közvetlenül kiszámítsuk a 2. év végén rendelkezésre álló pénzt. Az alábbiakat kapjuk:

$$C_2 = C_0 \cdot \left(1 + \frac{i}{100}\right) \cdot \left(1 + \frac{i}{100}\right) = C_0 \cdot \left(1 + \frac{i}{100}\right)^2$$

Lássuk be, hogy a második évben a zárójeles kifejezés második hatványa szerepel. Általánosságban is kijelenthetjük, hogy ahányadik évről van szó, a kamatnövekedést kifejező tényező annyiadik hatványon szerepel.

Az általános képlet eszerint:

$$C_n = C_0 \cdot \left(1 + \frac{i}{100}\right)^n$$

Az ügyfél tehát akkor jár jobban, ha a pénzügyintézet kamatos kamatot számol neki a több évre lekötött összegre, mert így kap több pénzt a lekötés lejártakor. A mi példánkban viszont az volt az egyik feltétel, hogy a pénz egész évben a bankban marad. Ha azonban az ügyfél év közben veszi ki a pénzét a betétszámláról, már más a helyzet.

Nézzük meg ezt a következőkben.

Példa

Az ügyfél elhelyez 10 000 Ft-ot 10%-os kamatozású, látra szóló betétszámlán. Mennyi pénzt kap vissza fél év múlva?

$$C_0 = 10\,000 \text{ (Ft)}$$

$$i = 10\%$$

$$n = 0,5 \text{ (év)}$$

$$C_{0,5} = ?$$

Amennyiben a bank a töredék évre egyszerű kamatozással számol:

$$C_{0,5} = 10\,000 \cdot \left(1 + 0,5 \cdot \frac{10}{100}\right) = 10\,500$$

Amennyiben a bank a töredék évre is kamatos kamattal számol:

$$C_{0,5} = 10\,000 \cdot \left(1 + \frac{10}{100}\right)^{0,5} = 10\,448$$

A példa azt a meglepő eredményt mutatja, hogy a töredék évben az ügyfél számára kedvezőbb az egyszerű kamatozás szerinti számolás. Sokkal meggyőzőbb azonban az eredmény, ha hosszabb távon végzünk hasonló számítást.

Nézzük meg, hogy mennyi a különbség az egyszerű és a kamatos kamattal számolt összeg között akkor, ha két és fél évig van lekötve a pénz (változatlan kamatlábbal számolunk).

$$C_0 = 10\,000 \text{ (Ft)}$$

$$i = 10\%$$

$$n = 2,5 \text{ (év)}$$

$$C_{2,5} = ?$$

Egyszerű kamattal

$$C_n = C_0 \cdot \left(1 + n \cdot \frac{i}{100}\right)$$

$$C_{2,5} = 10\,000 \cdot \left(1 + 2,5 \cdot \frac{10}{100}\right)$$

$$C_{2,5} = 10\,000 \cdot 1,25$$

$$C_{2,5} = 12\,500$$

Kamatos kamattal

$$C_n = C_0 \cdot \left(1 + \frac{i}{100}\right)^n$$

$$C_{2,5} = 10\,000 \cdot \left(1 + \frac{10}{100}\right)^{2,5}$$

$$C_{2,5} = 10\,000 \cdot 1,2691$$

$$C_{2,5} = 12\,691$$

Az eredmény itt viszont újra azt mutatja, hogy az ügyfél szempontjából az a kedvezőbb, ha a töredék éves (év közbeni) kivételkor kamatos kamatot számolnak.

Van azonban egy még kedvezőbb számítási eljárás is, amikor mindkét módszert alkalmazzák. Eszerint a letöltött egész évekre kamatos kamatot, az utolsó - töredék - évre pedig egyszerű kamatot számítunk. Nézzük meg, miért ez a legjobb megoldás.

Kombinált kamatszámítási módszer:

$$C_0 = 10\,000 \text{ (Ft)}$$

$$i = 10\%$$

$$n = 2,5 \text{ (év)}$$

$$C_{2,5} = ?$$

Kamatos kamat az első két egész évre:

$$C_2 = C_0 \cdot \left(1 + \frac{i}{100}\right)^n = 10\,000 \cdot \left(1 + \frac{10}{100}\right)^2 = 10\,000 \cdot 1,21 = 12\,100$$

Egyszerű kamat az utolsó év töredék fél évre:

$$C_{2,5} = C_2 \cdot \left(1 + n \cdot \frac{i}{100}\right) = 12\,100 \cdot \left(1 + 0,5 \cdot \frac{10}{100}\right) = 12\,100 \cdot 1,05 = 12\,705$$

Hasonlítsuk össze a három eredményt:

$$C_{2,5} = 12\,500$$

(egyszerű kamattal)

$$C_{2,5} = 12\,691$$

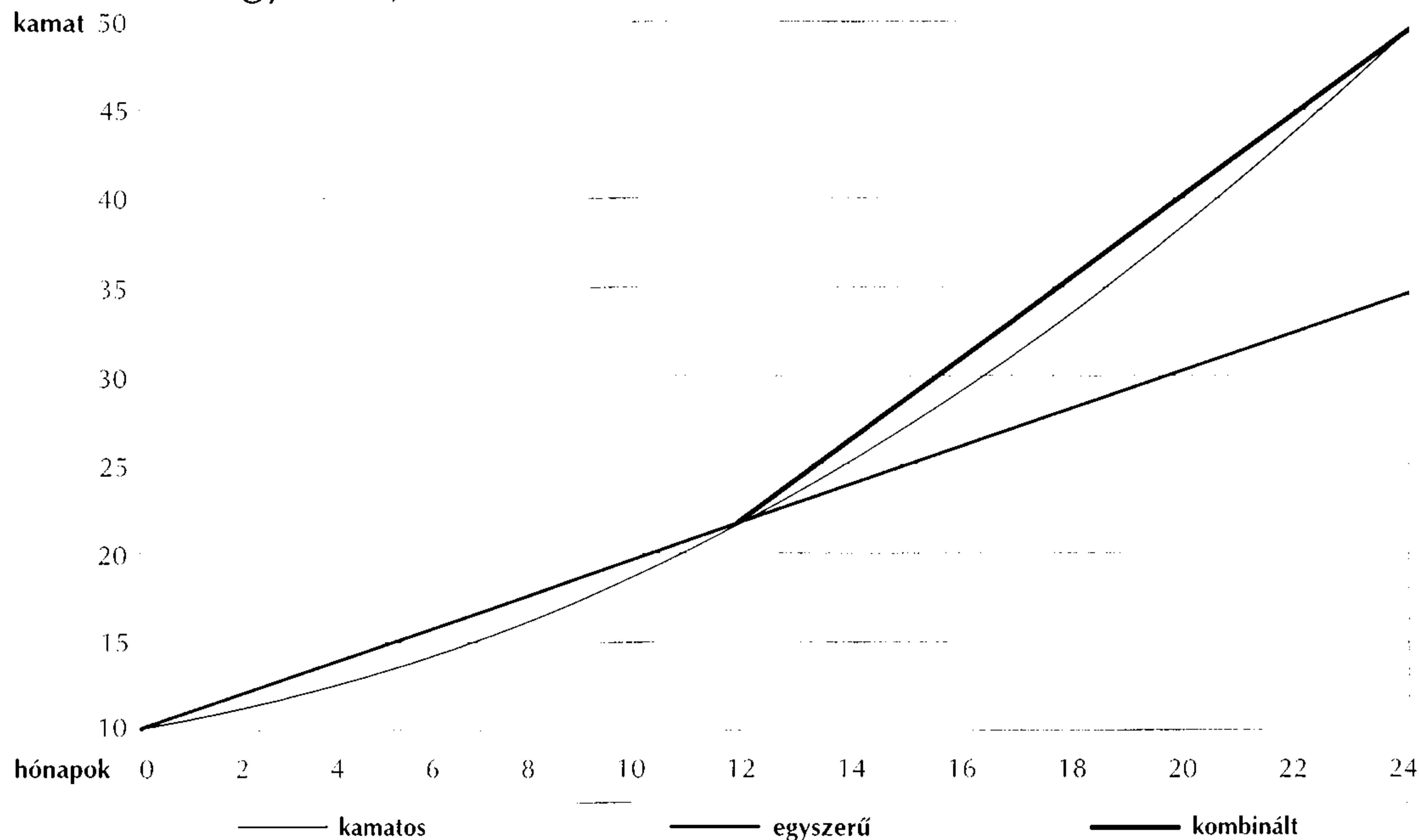
(kamatos kamattal)

$$C_{2,5} = 12\,705$$

(kombinált kamattal)

Az ügyfél számára tehát a harmadik, a kombinált módszer a legkedvezőbb, ezért a pénzügyintézetek így számolnak. Nézzük meg ezt grafikonon is:

Az egyszerű, a kamatos és a kombinált kamat összehasonlítása



Természetesen lehetséges az is, hogy a kamat tőkésítése nem évente, hanem gyakrabban történjék, például félévente, havonta, hetente – vagy akár minden időpillanatban. Ilyenkor a kétféle kamatszámítás megkülönböztetése értelmét veszti, ezért a továbbiakban mi is csak egyféle kamatszámítási képletet alkalmazunk: a kamatos kamatét.

JELENÉRTÉK-SZÁMÍTÁS

Nemritkán vetődik fel a kérdés úgy, hogy ha beteszünk a bankba x forintot, akkor az n év múlva mekkora összegre növekszik. A kérdést az előbbi példákban leírt módon lehet megválaszolni, az eljárást jövőérték-számításnak nevezik.

Előfordul azonban a kérdés ellenkezője is: ha n év múlva x forintot kapunk, az mennyit ér ma? Ilyenkor a jövőbeni pénz jelenértékére vagyunk kíváncsiak. A jelenérték-számítást idegen szóval diszkontálásnak (eredeti jelentésében: váltóleszámítolásnak) is hívjuk, utalva arra, hogy a művelet először a váltóleszámítolás gyakorlatában alakult ki.

Miről is van szó? Vegyünk példának egy cipőkészítő üzemet. A cipők előállításához bőrrre (és sok egyéb másra) van szükség, amelyet egy kezdő cég még nem tud megvásárolni, merthogy nincs annyi induló tőkéje. A probléma egyik lehetséges megoldása az, hogy váltót, azaz határidős fizetési ígervényt bocsát ki a bőrt eladó (a szállító) javára. Ennek ellenértékét reményei szerint majd az eladott cipőkből fedezi.

Ha a szállító a határidő lejárta előtt szeretne a pénzéhez jutni, akkor egy banknak felajánlhatja a váltót megvásárlásra. A bank megveheti ezt a váltót, és ebben számára az az üzlet, hogy kevesebbet fizet érte az eladónak, mint amennyit az később a kibocsátótól kap érte.

A művelet neve diszkontálás: a bank azt számítja ki, hogy mekkora az a pénzösszeg, amely a lejáratig hátralévő időben az érvényes kamatláb mellett egész pontosan a váltón lévő összegre kamatozik fel.

Példa

Mennyi a jelenértéke 10 000 Ft-nak, amelyet 1 év múlva kapunk, ha az érvényes kamatláb 8%?

Mint már tudjuk, a kérdést így is feltehetjük: mekkora pénzösszeg kamatozik fel 1 év alatt 10 000 Ft-ra 8%-os kamatláb mellett?

Az eddig használt képletet alkalmazzuk, csak a korábbiakhoz képest most a C_1 értékét ismerjük, és a C_0 az ismeretlen.

$$\begin{array}{l} C_1 = 10\,000 \text{ (Ft)} \\ i = 8\% \\ n = 1 \text{ (év)} \\ \hline C_0 = ? \end{array} \qquad \begin{array}{l} C_1 = C_0 \cdot \left(1 + \frac{i}{100}\right)^n \\ 10\,000 = C_0 \cdot \left(1 + \frac{8}{100}\right)^1 \\ 10\,000 = C_0 \cdot 1,08 \\ 9259 = C_0 \end{array}$$

Másképp is elvégezhetjük ugyanezt a feladatot. Ehhez új jelöléseket kell bevezetnünk: a jelenérték legyen PV („present value”).

A jövőbeli 10 000 forintom a mostani ismeretlen értékű PV-nek a 8%-kal növelt értéke, tehát $PV \cdot 1,08 = 10\,000$.

$$PV = \frac{10\,000}{1,08} = 9259$$

Azaz 8%-os kamatláb mellett az 1 év múlva esedékes 10 000 Ft-os kifizetés ma 9259 Ft-ot ér.

Általánosságban egy n év múlva esedékes x összegű kifizetés jelenértéke i kamatláb mellett:

$$PV = \frac{x}{\left(1 + \frac{i}{100}\right)^n} = x \cdot \frac{1}{\left(1 + \frac{i}{100}\right)^n}$$

Ebből a képletből észrevehetjük, hogy a diszkontálásban az $1:(1+i:100)$ tényezőnek fontos szerepe van, ezért külön nevet és jelölést kapott: *diszkonttényező*, és v -vel jelöljük.

Ezzel a jelenérték képletét felírhatjuk így is:

$$PV = x \cdot v^n$$

REÁLÉRTÉK, REÁLKAMATLÁB, NOMINÁLIS KAMATLÁB

A diszkonttényezőt gyakran az inflációs rátából képezzük. Ha az így kapott diszkonttényezővel diszkontálunk, akkor úgynevezett reálértékszámítást végzünk. Amikor olyan fajta kérdéseket teszünk fel, hogy egy jövőben esedékes pénzösszeg „mai pénzben számolva” mennyit ér, a megoldásért a reálértékszámítás műveletéhez kell fordulnunk.

Példa

Egy bank azt ígéri ügyfeleinek, hogy ha betesznek hozzá 10 000 Ft-ot, akkor két év múlva 14 000 forintot kapnak vissza. Hány százalékos kamatot jelent ez?

$$C_0 = 10\,000 \text{ (Ft)}$$

$$C_2 = 14\,000 \text{ (Ft)}$$

$$n = 2 \text{ (év)}$$

$$i = ?$$

Tudjuk, hogy

$$C_2 = C_0 \cdot \left(1 + \frac{i}{100}\right)^2$$

Behelyettesítve:

$$14\,000 = 10\,000 \cdot \left(1 + \frac{i}{100}\right)^2$$

Ebből gyökvonással megkaphatjuk, hogy $i = 18,32\%$.

Tudjuk azonban, hogy reálértékben számolva a pénz ennél kisebb mértékben nő, hiszen közben infláció is van, mondjuk évi 10%-os. A kérdés ezért úgy alakul, hogy tisztán – az infláció hatását leszámítva – mekkora kamatot ígér a bank.

A 18,32% nem a tiszta kamatláb, mivel az infláció hatását is tükrözi. Ezt a kamatlábat

nominális (névleges) kamatlábnak hívjuk. A bankok mindig ezt adják meg, az ügyfelek azonban inkább az inflációtól megtisztított reálkamatlábra lennének kíváncsiak. Hogyan lehet ezt kiszámítani?

Példa

Az előbbi példánál maradva: a reálkamatláb meghatározásához előbb meg kell határozni az ígért 14 000 Ft reálértékét.

A reálértéket (jele: RV) ugyanúgy számítjuk ki, mint a jelenértéket, de itt a kamatláb az inflációs ráta.

$$\begin{array}{l} x = C_2 = 14\,000 \text{ (Ft)} \\ i = 10\% \\ n = 2 \text{ (év)} \\ \hline RV = ? \end{array} \quad v = \frac{1}{1 + \frac{10}{100}} = \frac{1}{1,1} = 0,909$$

$$RV = C_2 \cdot v^n = 14\,000 \cdot v^2 = 14\,000 \cdot 0,909^2 = 14\,000 \cdot 0,826 = 11\,570$$

A reálkamatláb, r kiszámítása ugyanúgy történik, mint a nominális kamatlábé, csak a 14 000 Ft helyébe a reálértékét írjuk:

$$11\,570 = 10\,000 \cdot \left(1 + \frac{r}{100}\right)^2$$

Ebben a képletben az r az ismeretlen. Elvégezve a számítást, $r = 7,56\%$. Hasonlítsuk össze az előző számítások eredményeit!

A nominális kamatláb, amelyet a bank ígér:	18,32%
Az infláció mértéke:	10,00%
A reálkamatláb:	7,56%

Nem igaz tehát az az első látásra logikusnak tűnő összefüggés, hogy ha a nominális kamatlábból levonjuk az ellentétes hatású infláció mértékét, akkor megkapjuk a reálkamatlábat.

$$18,32\% - 10\% \neq 7,56\%$$

Ennél bonyolultabb összefüggés van a reálkamatláb, a nominális kamatláb és az inflációs ráta között. Ha az inflációs rátát inf -fel jelöljük, akkor a képlet így alakul:

$$\left(1 + \frac{i}{100}\right) = \left(1 + \frac{r}{100}\right) \cdot \left(1 + \frac{inf}{100}\right)$$

Ebből a reálkamatlábat kifejezve:

$$\frac{r}{100} = \frac{1 + \frac{i}{100}}{1 + \frac{inf}{100}} - 1$$

Példa

Ha az infláció 13%-os, a nominális kamatláb pedig 10%-os, akkor a reálkamatláb:

$$\frac{r}{100} = \frac{1,10}{1,13} - 1 = -0,026$$

vagyis $r = -2,6\%$; negatív értéket kapunk.

Persze minden további nélkül elképzelhető, hogy az inflációs ráta felülmúlja a nominális kamatlábat, vagyis a pénz értéke csökken annak ellenére, hogy magas százalékkal kamatozik. Ilyenkor negatív reálkamatlábáról beszélünk.

Ha az előző képletben elvégezzük a beszorzást és egyszerűsítünk, akkor a következő összefüggést kapjuk:

$$i = r + inf + \frac{r \cdot inf}{100}$$

Ha a reálkamat és az infláció is kicsi, akkor $r \cdot inf : 100$ elhanyagolható, ezért a fenti három tényező összefüggése így egyszerűsödik:

$$\text{nominális kamatláb} = \text{reálkamatláb} + \text{infláció}$$

Magas infláció esetén az összeg harmadik tagja nem elhanyagolható mértékű, s olyankor ezt az egyszerűsített képletet nem alkalmazhatjuk!

JÁRADÉKOK

Közelítsünk egy kicsit a biztosítás felé, és nézzük meg a járadékok kérdését. Az egyszerűség kedvéért határozott időre, 5 évre szóló járadékot tekintsünk.

Példa

Mennyi pénz ellenében tudom azt a szolgáltatást megvásárolni, hogy a pénzüintézet 5 éven keresztül minden év elején 120 000 Ft-ot utaljon át nekem holnaptól kezdve?

Tegyük fel, hogy a kamatláb 5%, s ekkor tulajdonképpen a szolgáltatás jelenértékét kell a pénzüintézetnek megfizetnem. Ugyanis az a pénz, amelyet én most befizetek a biztosítónak a szolgáltatás ellenértékeként, 5 részre osztható. Az első részletet – 120 000 Ft-ot – azonnal visszafizetik nekem mint az első évi járadékot. Ezt a részletet tehát teljes egészében ki kell fizetnem. Ugyanakkor a második év elején kifizetendő járadékot a biztosító egy évre be tudja fektetni, vagyis a kamatok termelődése miatt ezt a részletet kevesebb pénzzel is megválthatom. A további részesetek pedig ugyanilyen elven két-három évet is kamatoznak, mielőtt járadékként visszafizetnék őket. A szolgáltatás igénybevételehez tehát elég előre befizetnem e részesetek jelenértékét.

$$PV = 120\,000 + 120\,000 \cdot v^1 + 120\,000 \cdot v^2 + 120\,000 \cdot v^3 + 120\,000 \cdot v^4$$

$$PV = 545\,515$$

Az 5 éven át visszatérítendő $5 \cdot 120\,000 = 600\,000$ Ft értékű szolgáltatást tehát 545 515 Ft egyszeri befizetéssel meg tudom vásárolni.

A példa alapján már általánosítani lehet, hogy mennyit ér egy n évre és x összegre szóló előleges (tehát az év elején fizetendő) évjáradék:

$$PV = x + x \cdot v^1 + x \cdot v^2 + \dots + x \cdot v^{n-1}$$

A SZEMÉLYI BEFEKTETÉSEKRŐL

E fejezet témáját elméleti háttérnek szánjuk – alapfogalmakat ismertetünk a biztosító befektetési politikájának áttekintése előtt. A személyi befektetésekkel bővebben majd az egyes biztosítási módozatok ismertetésekor foglalkozunk.

A személyi befektetés a saját tőke felhasználása anyagi előnyök szerzésére. Általánosan úgy is fogalmazhatunk: a befektetésnek az a célja, hogy a pénzünkkel pénzt keressünk.

A befektetési terv kidolgozása a lehetőségek feltárásával kezdődik: mérlegelnünk kell az egyes befektetések várható hozamát és kockázatát. Mindehhez a körülmények alapos tanulmányozására és az elemzésben járatos szakemberek tanácsaira van szükségünk.

Egy befektetés folyamán változások következhetnek be a befektető helyzetében és az általános gazdasági feltételekben is. Ezért rendszeresen felül kell vizsgálni minden befektetési programot. Ha például a befektető egy magasabb fizetésű munkahelyet talál magának, megváltoznak életcéljai – és természetesen befektetési céljai is. A befektetések átcsoportosítását példának okáért a kamatlábak emelkedése vagy csökkenése is szükségessé teheti.

A befektetéseknek számos fajtájuk van. A sikeres befektetőnek négy szempont figyelembevételével kell kiválasztania a céljainak leginkább megfelelő befektetési formát. Ezek a szempontok a biztonság, a jövedelem, a növekedés és a likviditás.

A **biztonság** a befektetések esetén a veszteségi kockázat minimumra csökkentése.

A **jövedelem** az a többletbevétel, azaz haszon, amelyre a befektetésünkből számíthatunk. A válasz a befektető által vállalt kockázat mértékétől függ. A bankbetétek, a kötvények és bizonyos típusú részvények évről évre kamatot vagy osztalékot hoznak; ezekbe olyanok fektetik a pénzüket, akik a rendszeres jövedelemszerzést tekintik céljuknak.

A **növekedés** a befektetések értéknövekedése. Aki ezt tűzi ki célul, annak a tőkegyarapodás reményében le kell mondania a rendszeres jövedelemszerzés lehetőségéről, és kevésbé biztos értékpapírokba kell fektetnie a pénzét.

A **likviditás** az a lehetőség, hogy a befektetést készpénzzé tehetjük. A likviditás mértéke azt mutatja meg, hogy milyen gyorsan tudjuk pénzre váltani az értékpapírokat, illetve eladni a befektetés egyéb formáit (például ingatlant). A bármikor készpénzzé váltható értékpapírnál általában nem várhatunk magas hozamot, míg a kevésbé likvid befektetések esetleg jóval nagyobb nyereséggel kecsegtetnek, ha felvállaljuk, hogy a mobilizálásuk időbe kerül.

A befektetések két nagy csoportba oszthatók:

- ingatlanbefektetések,
- befektetések ingóságokba.

Az ingóságoknak is két csoportjába lehet befektetni: tárgyakba (nemesfémekbe, műtárgyakba stb.), illetve értékpapírokba (bankbetétbe, kötvénybe, részvénybe stb.). Az értékpapírok alkotják a pénz- és tőkepiacot, s a továbbiakban csak ezzel a piaccal foglalkozunk – nem térünk ki az ingatlanokat és tárgyakat érintő befektetésekre.

A pénz- és tőkepiacon a megtakarítók és a hitelfelvevők kerülnek kapcsolatba egymással. Az értékpapír a megtakarító számára a befektetés eszköze, a hitelfelvevőnek pedig a finanszírozás forrása. A rövid távú (legfeljebb egy évre szóló) befektetések alkotják a pénzpiacot, a hosszú távúak a tőkepiacot.

Az értékpapírok kereskedelme a szigorúan szabályozott piacon folyik, amely a bankokból és a tőzsdéből áll. E piac teszi lehetővé a befektetők számára pénzük elhelyezé-

sét, és ugyanitt tudják készpénzzé tenni értékpapírjukat. A hitelfelvevők számára a pénz- és tőkepiac lehetőséget nyújt arra, hogy idegen tőke felhasználásával ériék el a kívánt növekedést. A tőkéért cserébe értékpapírokat, ígervényeket adnak. Az alábbiakban ezek fajtáit és felhasználásuk módját tekintjük át.

Az értékpapírnak két fajtája van:

- rögzített hozamú értékpapír,
- változó hozamú értékpapír.

Az első csoportba a bankbetétek, kincstárjegyek, kötvények tartoznak, melyek a futamidő alatt rögzített összegű, rendszeres jövedelmet biztosítanak. A második csoportot leginkább olyan részvények, valamint változó kamatozású kötvények, letéti jegyek alkotják, melyek időszakonként változó jövedelmet nyújtanak.

Az értékpapírok megtestesíthetnek

- tulajdonviszonyt (például a részvények) vagy
- hitelviszonyt (például a kötvények).

Természetesen az értékpapírok minden fajtájának megvannak az egyéni sajátosságai. Eltérhetnek a futamidőben, az árfolyamukat meghatározó tényezők, a hozamuk és a rendeltetésük alapján. Az alábbiakban az egyes értékpapírtípusok közül a változó hozamú csoportból a részvényt, a rögzített hozamúakból a bankbetéteket, a kincstárjegyeket és a kötvényeket tekintjük át.

Részvények

Amennyiben valaki részvényekbe fekteti a pénzét, akkor igen jól kell ismernie, és alaposan meg kell vizsgálnia a gazdaság állapotának egészét és az egyes cégek lehetőségeit. A vásárló számára a részvény befektetési forma, a cégnek pedig hosszú távú tőkeforrás.

A részvénytársaságok részvények kibocsátásával kezdik megalakulásukat, ezek segítségével gyűjtik össze a szükséges alaptőkét. A későbbiekben aztán emelhetik alaptőkéjüket, azaz újabb részvényeket bocsáthatnak ki üzleti szükségleteik finanszírozására.

A megtakarító a megfelelő szintű hozam reményében vásárol részvényt. A hozam forrása egyfelől a cég osztalék formájában felosztott profitja, másfelől pedig az értéknövekedési nyereség, amely abból származik, hogy a részvényt a vételárnál magasabb áron értékesítik a tőzsdén – már amennyiben bekerül a tőzsdére. Ennek szigorúan előírt feltételei vannak, de egy tőzsdén jegyzett papírnak jóval nagyobb a likviditása.

Az osztalékhozam és az árfolyamnyereség elsősorban a cég várható profitjától, az üzleti klímától és a nemzetgazdaság általános állapotától függ. A befektetőnek tehát sok adatot kell ismernie, és folyamatosan kell tájékozódnia nem csupán az adott cég és ágazat helyzetéről, hanem a gazdaság egészéről is. Figyelemmel kell kísérnie a részvények árfolyamának alakulását is, mert csak így tudja őket a megfelelő időpontban megvásárolni vagy értékesíteni. Ha a cég részvényeit bejegyezték a tőzsdén, napi árfolyamukat itt tárgyalják meg intézményesített eljárás keretében. Az árfolyamot a kereslet-kínálat törvényszerűségei alakítják.

A részvény piaci értéke nem más, mint az adott időpontban érvényes árfolyama. Vigyázat, nem szabad összetéveszteni a piaci értéket a névértékkel! Az utóbbi az adott papírnak az összes követelésből való részesedését jelzi. (Ha például egy részvénytársaság teljes alaptőkéje húszmillió forint, akkor 200 000 forint névértékű részvény a tulajdon 1%-ának birtoklását jelenti.) Meg kell még említenünk a kibocsátási árfolyamot: az az ár, amellyel a részvény a piacra kerül. Gyakran megegyezik a névértékkel, de számos ér-

tékpapírt alacsonyabb (diszkont) áron bocsátanak ki, s természetesen előfordulhat a névértéknél magasabb kibocsátási árfolyam is. A befektető az általános tőzsdeindex figyelemmel kísérésével hozzávetőleges képet formálhat a részvények árfolyam-ingadozásáról. Ez az index összefoglaló képet nyújt a tőzsdére bevezetett valamennyi részvény árfolyamában mutatkozó általános trendekről (például BUX index, Dow Jones index, Standard and Poor's index stb.).

Rögzített hozamú értékpapírok

Bankbetétek

A bankbetétek kamatot fizető bankszámlák. Idetartoznak a betétkönyvek, a pénztárjegyek és a határidős betétek. Ez a legkevesebb kockázattal járó befektetési forma, biztonságot és folyamatos jövedelmet kínál. Az emberek többsége inkább értéktárolási módnak tekinti a betétet, semmint befektetésnek. A folyószámlák és a takarékszámlák kamatlába rendszerint nem is éri el az inflációs ráta szintjét, így az ezekből szerzett jövedelem semmivé foszlik. A határidős betétek némi hozamot is nyújtanak, de ennek fejében egy bizonyos időre megfosztanak bennünket a pénzzé tétel (likviditás) lehetőségétől.

Kincstárjegyek

A kincstárjegyeket az állam bocsátja ki, hogy kiadásait fedezze. Rögzített kamatozásúak, a kamat a futamidőtől függ. A kincstárjegyek értékesítésével az állam kölcsönhöz jut, amikor pedig a futamidő lejártával visszavásárolja a kincstárjegyeket, kamatot is fizet értük. A kincstárjegyek, amelyek kamatlába magasabb a határidős betétek kamatánál, lejáratuk előtt készpénzzé tehetők, ha eladjuk őket valamilyen harmadik személynek.

Kötvények

A kötvényeket az állam, az állami vállalatok és a magáncégek bocsátják ki, hogy anyagi szükségleteiket fedezzék. Két formájuk van: a kölcsönkötvény és a banki kibocsátású kötvény. A kamatot évente egy vagy két alkalommal lehet felvenni. Lejáratkor a tulajdonos az eredeti ellenértéket (névértéket) mint a nyújtott hitel törlesztését vagy annak kamattal növelt értékét kapja kézhez. A kötvények a tőzsdén a napi tőzsdei árfolyamukon könnyen készpénzzé tehetők.

A befektetés szempontjai

A különböző befektetési formákban más-más mértékben érvényesülnek a biztonság, a jövedelem, a növekedés és a likviditás már ismertetett szempontjai.

Az értékpapír-befektetés hozama két tényezőből tevődik össze: az értékpapír után kapott hozamból és az árfolyamnyereségből. Az értékpapír-befektetés veszteségének kockázatát befektetési kockázatnak hívjuk. Jellegzetességeitől és az árfolyamát befolyásoló tényezőktől függően minden értékpapír magában hordoz valamilyen mértékű befektetési kockázatot.

A rögzített hozamú értékpapíroknál a kockázat az infláció növekedéséből ered. Bármilyen mértékű inflációnövekedés csökkenti a rögzített hozamú értékpapírok reálhozamát – és ezáltal az értékét is. A kockázatot nagymértékben csökkenthetjük a piac tanulmányozásával és a piacot befolyásoló tényezők rendszeres figyelésével.

Az értékpapírok vásárlása és eladása lényegében előrejelzéseken alapul. A pusztá sejtés és a megalapozott befektetői döntés között abban áll a különbség, hogy az előb-

binek netán egy véletlenszerű és ellenőrizetlen információ az alapja, az utóbbi viszont annak az eredménye, hogy folyamatosan tanulmányozzuk és figyelemmel kísérjük a pénz- és tőkepiacot befolyásoló különféle tényezőket.

Az elemzés, a piacról begyűjthető információk kiértékelése számottevően csökkenti a befektetői kockázatot.

A kockázat csökkentésének másik módja a kockázatmegosztás (diverzifikáció). A befektetések szétoztása a viszontbiztosítások intézményére emlékeztet. A kockázatot úgy osztják szét a különböző befektetések között, hogy az egyiknél felmerülő veszteséget majd ellensúlyozza a többinél szerzett nyereség. A befektetési kockázat tehát úgy csökkenthető, hogy egyidejűleg többféle értékpapírba fektetünk be. Ha például valaki minden pénzét egyetlen cég részvényében helyezi el, akkor befektetése ki van téve az adott céget fenyegető összes kockázatnak. Ha viszont két, egymástól független cég részvényeiből is vásárol, akkor a kockázata csökken, hiszen kisebb a valószínűsége annak, hogy a két cég helyzetében egy időben következik be valamilyen kedvezőtlen változás. A kockázatmegosztáshoz azonban jelentős tőkeerőre van szükség. Ha egyidejűleg több helyre akarunk befektetni, nemcsak jó szakmai ismeretekkel, hanem sok pénzzel is kell rendelkezünk. A kisbefektetőnek erre természetesen nincs lehetősége, hiszen még ha kiterjedt ismeretekkel rendelkezik is a pénz- és tőkepiacon, a kellő nagyságú tőke nélkül sohasem tudja portfóliójának kockázatát úgy megosztani, hogy számottevően csökkentse befektetési kockázatát.

Ha a kisbefektetők azt akarják, hogy tőkéjük minimális kockázat mellett számottevő hozamot biztosítson, méghozzá úgy, hogy ne kelljen állandóan értékpapírok adásvételével foglalkozniuk, akkor tőkéjüket egy alaphoz kell egyesíteniük, és fel kell fogadniuk egy tanácsadót vagy vagyonkezelőt. A közös vagyonalap biztosíthatja számukra a külön-külön el nem érhető hozamot, a tanácsadó pedig rendelkezésükre bocsátja a szükséges ismereteket, és kezeli a tőkéjüket. Természetesen mindezeknek a költségeit meg kell fizetni.

A vagyonegyesítés egyik korszerű formáját befektetési alaphoz nevezik, és a tanácsadó szerepét egy egész cég, az úgynevezett befektetési társaság látja el; a közös vagyon őrzéséről pedig egy bank, az úgynevezett letéti bank gondoskodik.

Arra is van mód, hogy a befektető időközben készpénzhez jusson. A bankok az értékpapír letétbe helyezése ellenében hajlandók úgynevezett lombardhitelt nyújtani – kedvező kamatok mellett és tetszés szerinti futamidőre.

Emiatt a magyar piacon igen keresett értékpapír a befektetési jegy, amely az alapot létrehozónak szinte ugyanolyan bombabiztos üzlet, mint lottó- vagy totójátékot működtetni: ugyanis a veszteség ki van zárva, hiszen az alapkezelő a befektetések hozamából először a saját költségeit fedezi, és a maradékot osztja szét a befektetési jegyek tulajdonosai között. Az, hogy az egyik alap jövedelmezőbb-e a másiknál, részben azon múlik, hogy az alapkezelő az államkötvényeken és kincstárjegyeken kívül milyen egyéb papírokat vásárol. Egyre nagyobb a vállalati kötvények szerepe, s főként azoké, amelyek mögött jó nevű garanciavállaló áll. A tőzsde erősödésével egy időben a részvénybefektetések újabb távlatokat nyitnak a befektetési alapok számára.

Milyen alapon döntsön a befektető az egyik vagy másik befektetési jegy mellett?

A döntésnél a következőket kell figyelembe venni:

- hozam,
- költségek (garanciavállalási díj, alapkezelési díj),
- hitelfelvételi lehetőségek.

A BIZTOSÍTÓ TARTALÉKAI

A biztosításokra befizetett díjak egy (tekintélyes) részét a biztosító befektetheti, tartalékolhatja. Ezt a pénzt nevezzük **biztosítástechnikai tartalék**nak. A tartalékok befektetésének általános szempontjai megegyeznek az eddig ismertetett szempontokkal, a következőkben csak egyéni jellemzőiket foglaljuk össze.

A biztosító technikai tartalékainak alapvető célja, hogy a biztosítótársaság által megkötött összes biztosítási szerződést figyelembe véve fedezetet nyújtsanak valamennyi már megismert vagy várható jövőbeli kötelezettségre (szolgáltatásokra, költségekre, illetve az egyéb kifizetésekre), természetesen számolva a jövőben beérkező díjakkal és a befektetések várható hozamával.

A biztosítástechnikai tartalékok másodlagos célja az, hogy segítségükkel ki lehessen elégíteni a (biztosítási) kötvénytulajdonosoknak a nyereségrészesedés, valamint a részvényeseknek a nyereség iránti elvárását. Ha a fenti két célt egyidejűleg nem lehet elérni, akkor a biztosítótársaság fizetőképessége az elsődleges.

A fenti szempontokon túl a biztosító tartalékainak – az életbiztosítási díjtartalékoknak – a nemzetgazdaságra is jelentős hatásuk van, mivel növelhetik a rendelkezésre álló pénzügyi forrásokat. A tartalékok befektetésük révén közvetve vagy közvetlenül visszaáramlanak a gazdaságba, és annak növekedésében jelentős szerepet játszanak.

A biztosítástechnikai tartalékok képzése és felhasználása során tekintettel kell lenni a következő alapelvekre:

- *A teljesség alapelve.* A tartalékolás során figyelembe kell venni a tartalékolás időpontjában érvényben lévő valamennyi szerződésre vonatkozóan a jelenlegi és a jövőben esetleg jelentkező kockázatot.

- *Az óvatosság alapelve.* A tartalékok szintjét úgy kell megállapítani, hogy egy elkövetkező kedvezőtlen helyzet esetén is fedezetet nyújtsanak valamennyi jövőbeni kötelezettségre.

- *A konzisztencia alapelve.* Az alkalmazott módszereknek, az előfeltevéseknek és a felhasznált adatoknak összhangban kell állniuk egymással, valamint az eszközök értékelése során felhasznált módszerekkel, feltételezésekkel és adatokkal.

- *A kockázatmegosztás alapelve.* Amennyiben a biztosítótársaság a kockázat egy részét megosztja (együtt- vagy viszontbiztosítás), a tartalékok megfelelő részét is meg kell osztania.

- *A folyamatosság alapelve.* A tartalékok fedezetéül szolgáló eszközök értékének állandóan el kell érnie a megfelelő tartalékszükséglet szintjét.

A biztosítástechnikai tartalékok képzése és felhasználása a biztosító vezető biztosításmatematikusának (vezető aktuáriusának) a felelőssége.

A gyakorlatban a biztosítók – a specializálódás mértékétől, vagyis az általuk művelt ágazatok számától, fajtájától függően – különféle tartalékokat képezhetnek.

E képzett tartalékok főbb csoportjai pedig a következők.

- Az első és legfontosabb tartalékcsoport a szolgáltatások, kötelezettségek fedezetére képzett tartalékok. Idetartoznak az életbiztosítási díjtartalékok, a betegség-, baleset- és felelősségbiztosítási tartalékok, illetve a járadéktartalékok.

- A károk időbeli kiegyenlítésére képzett tartalékok az egyes évek kedvező, illetve kedvezőtlen kárbekövetkezéseinek a kiegyenlítésére szolgálnak, ez garantálja a biztosító egyenletes működését. Ilyen a káringadozási tartalék, amely az évek közötti káringadozásokat egyenlíti ki, illetve a nagy károk tartaléka, amely az esetlegesen bekövetkező különösen jelentős mértékű károk fedezetéül szolgál.

- A biztosító elszámolási rendjétől, az éves eredmény megállapításától függő technikai jellegű tartalékok. Ezeknek is több fajtájuk van:
 - a már befolyt, de nem a tárgyévet érintő, így attól elkülönítendő díjbevétel (meg nem szolgált díjak) tartaléka;
 - a függőben lévő, illetve kései károk tartaléka, amely a már bekövetkezett, véglegesen vagy előzetesen felmért, de a tárgyévben még nem rendezett úgynevezett függő károk, valamint a tárgyévben bekövetkezett, de a mérlegzárásig nem jelentett úgynevezett késői károk fedezetének elkülönítésére szolgál;
 - az eredménytől akár függő, akár független díjvisszatérítési tartalék, a visszatérítési kötelezettségek (többlethozam-visszatérítés, kármentesség honorálása stb.) fedezetére szolgáló tartalék;
 - egyéb biztosítástechnikai tartalékok.

A biztosítástechnikai tartalékok tartalmát, képzésük és felhasználásuk rendjét a pénzügyminiszter rendeletben szabályozza.

Szavatoló tőke, biztonsági tőke

A *szavatoló tőke* a biztosító korrigált saját tőkéjének felel meg, amely arra szolgál, hogy a biztosító akkor is teljesíteni tudja kötelezettségeit, ha erre a beszedett díjak, illetve a biztosítástechnikai tartalékok valamilyen oknál fogva nem nyújtanak fedezetet. A biztosítótársaságnak a biztosítási szerződésben vállalt kötelezettségei teljesítése érdekében az üzleti tevékenysége terjedelmének (a vállalt kockázat nagyságának) megfelelő és a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete által előírt mértékű minimális szavatoló tőkével (szolvenciával) kell rendelkeznie.

Egy biztosítótársaságot akkor nevezhetünk szolvensnek (fizetőképességnek), ha korrigált saját tőkéje meghaladja a vállalt kockázathoz kapcsolódó minimális szavatoló tőke szükségletét. A biztosítási piac ítélete szempontjából is rendkívül fontos, hogy egy adott biztosítótársaság szolvens legyen, azaz megfelelő fedezettel rendelkezzen a vállalt kockázatra vonatkozólag. Azok a társaságok, amelyek nem tudják teljesíteni az előírásokat, könnyen elveszítik az ügyfelek bizalmát. A pénzügyi likviditás miatt is alapvető, hogy a biztosító teljesítse a minimális szavatoló tőkére vonatkozó elvárásokat.

A minimális szavatoló tőke egyharmada képezi a biztosítótársaság *biztonsági tőkéjét* - akkor, ha ez nagyobb, mint a törvény által meghatározott minimális biztonsági tőke értéke. Ha a szavatoló tőke még nem haladja meg a 750 millió Ft-ot, akkor az életbiztosítási ágban a minimális biztonsági tőke értéke 250 millió Ft. A biztonsági tőkére a tartalék befektetésekkel azonos előírások vonatkoznak.

Befektetési szabályok

A biztosításban a tőkebefektetés szabályai a tartalékok eltérő fajtáihoz kapcsolódó eltérő kezelési követelményekhez igazodnak. A tőkebefektetés általános érvényű célja a tőke értékének megőrzése, tekintetbe véve a nominál-, illetve a reálérték eltérő jelentőségét.

A biztosító pénzeszközeit a biztosító szervezeti formájának (részvénytársaság, szövetkezet, egyesület) és a művelt biztosítási ágban (élet, vagyon) a figyelembevételével úgy kell befektetni, hogy a befektetések a biztosító mindenkorli likviditásának megőrzése mellett egyidejűleg a lehető legnagyobb biztonságot és jövedelmezőséget teljesítsék. Tehát a biztosítók tőkebefektetéseinek alapvető szempontjai fontossági sorrendben: biztonság, jövedelmezőség, likviditás. A biztonságos befektetés érdekében a biz-

tosítónak egyidejűleg több befektetési formán belül is törekednie kell a befektetési kockázat mérséklésére – a befektetési kockázatok megosztásával.

Az általánosan érvényes követelmények ellenére a gyakorlatban a biztosítók vagyoni összetételében jelentős eltérések találhatók, így mindenekelőtt az élet- és betegségbiztosítások, illetve a kárbiztosítások területén.

A *biztonság* követelménye áll az első helyen. A különböző biztosítási ágazatok között ennek az alapelvnek még nagyobb a jelentősége az életbiztosításoknál, melyek az átlagosnál hosszabb szerződéses kapcsolatra épülnek.

A *jövedelmezőség* – amely persze csak a biztonság adta kereteken belül érvényesíthető – a tőkebefektetéssel tartósan elérhető hozamot jelenti. A jövedelmezőség egyrészt közvetlenül javítja a biztosító eredményét, másrészt módot nyújt arra, hogy a szerződőnek a nyereséget kifizessék, a díjat visszatérítsék, esetleg a díjat mérsékeljék.

A *likviditás* követelménye a biztosító teljesítési kötelezettségeivel függ össze. Míg a biztonság és a jövedelmezőség követelménye alapvetően egy-egy befektetésre, illetve a befektetések összességére vonatkozik, a likviditás a befektető biztosítóra érvényes, annak fizetőképességét definiálja. Ennek megfelelően:

- hosszú lejáratú befektetések forrása lehet az életbiztosítási díjtartalék, hiszen ennél a biztosítási ágnál nagy összegű és azonnali fizetési kötelezettség nem merülhet fel;
- részben rövid, részben hosszú lejáratú befektetések forrásai lehetnek olyan kockázatok fedezeti összegei, amelyek – egyidejűleg és nagy összegben ugyan, de – folyamatos fizetési kötelezettséget jelentenek (például járadék fizetése).

A tőkebefektetés felsorolt szempontjai kölcsönhatásban állnak, esetenként szembe is kerülhetnek egymással, például a jövedelmezőség és a biztonság kérdésében. Összehangolásuk, az optimum megtalálása a biztosító feladata, ugyanakkor az állami felügyelet előírásai is szabályozzák.

A biztosító biztosítástechnikai tartalékai és biztonsági tőkéje (az 1995. évi XCVI. „Biztosítási” tv. 86. §-a alapján) a következő eszközökben tartható:

- a. egyéves vagy annál rövidebb lejáratú állampapír vagy olyan értékpapír, amelyben foglalt kötelezettségek teljesítésére az állam készfizető kezességét vállal, és a Magyar Nemzeti Bank belföldi jegybankképes értékpapírnak minősített,
- b. egy évnél hosszabb lejáratú állampapír vagy olyan értékpapír, amelyben foglalt kötelezettségek teljesítésére az állam készfizető kezességét vállal, és a Magyar Nemzeti Bank belföldi jegybankképes értékpapírnak minősített,
- c. a Magyar Nemzeti Bank által kibocsátott belföldi értékpapír,
- d. pénzügyi betétszámlán lekötött pénzösszeg vagy pénzügyi kibocsátású értékpapír, illetve hitelviszonyt megtestesítő okirat,
- e. tőzsdén jegyzett részvény,
- f. tőzsdén nem jegyzett részvény,
- g. gazdálkodó szervezet által kibocsátott értékpapír,
- h. helyi önkormányzat által kibocsátott értékpapír,
- i. nyugdíj- és egészségbiztosítási önkormányzat által kibocsátott értékpapír,
- j. közüzemek által kibocsátott értékpapír,
- k. értékpapíralap által kibocsátott befektetési jegy,
- l. ingatlan, ingatlanalap által kibocsátott befektetési jegy,
- m. biztosítottak nyújtott életbiztosítási kötvénykölcsön,
- n. külön jogszabályban meghatározott jelzáloglevél,
- o. készpénz, számlán elhelyezett pénzösszeg.”

A matematikai tartalék és a biztonsági tőke fedezetéül szolgáló pénzeszközök összegének legalább 30%-át az a., b. és c. pontban meghatározott eszközökbe kell befektetni. A matematikai tartalékon kívüli biztosítástechnikai tartalékok pénzeszközeinek befektetéseinél elsődlegesen a likviditás szempontját kell szem előtt tartani, s így e tartalékok esetén a befektetendő tartalék legalább 40%-át kell az a., c. és d. pontok szerinti befektetési lehetőségek egy évet meg nem haladó lekötési formáiban elhelyezni.

A matematikai tartalék és biztonsági tőke pénzeszközeinek

- legfeljebb 25%-át lehet a d.,

- legfeljebb 20%-át az l.,

- legfeljebb 10-10%-át az e., g., i., j. és n., illetve

- legfeljebb 5-5%-át az f., h. és k. pont szerinti befektetési formákban elhelyezni.

A biztosítónak a matematikai tartalék nagyságáról és annak befektetéséről negyedévenként jelentést kell készítenie a Felügyeletnek; e befektetési rendtől pedig csak a Felügyelet külön engedélyével lehet eltérni.

ING NATIONALE-NEDERLANDEN



NEGYEDIK FEJEZET

AZ ÉLETBIZTOSÍTÁS ALAPJAI

Mi az életbiztosítás, mi különbözteti meg minden más biztosítási típustól?

Azért nevezik életbiztosításnak, mert ennél a biztosítási formánál a biztosítási esemény a biztosított személy élete és halála.

A biztosítási esemény tehát kétféle lehet:

- a biztosított személy halálának bekövetkezése,
- a biztosított személy halálának be nem következése.

Az életbiztosítások sajátosságainak pontosabb bemutatása érdekében ismételten tisztáznunk kell néhány alapfogalmat.

Eddig csak arról esett szó, hogy a biztosítások létrejöttéhez egyik oldalról szükség van a biztosítóra – ez a pénzintézet köti meg a veszélyközösség nevében a szerződést –, a másik oldalon pedig ott az ügyfél mint szerződő fél. De ki is ez az ügyfél valójában?

Az életbiztosítások esetében az ügyfél – funkcióját tekintve – három szerepet is betölthet: a szerződőt, a biztosítottat és a kedvezményezettet. A **szerződő** a biztosítóval megkötö a biztosítási szerződést, és fizeti a díja(ka)t; a **biztosított** életétől-halálától függ a biztosító teljesítési kötelezettsége; a **kedvezményezett** pedig az, akinek a biztosító a szolgáltatást nyújtja, azaz akinek a biztosítási összeget kifizeti. Természetesen ugyanaz a személy akár mindhárom funkciót is betöltheti; a különböző szerepek összefüggéseit, egymáshoz való viszonyát pedig a későbbiekben még tárgyaljuk.

AZ ÉLETBIZTOSÍTÁSOK CSOPORTOSÍTÁSA

A szolgáltatás jellege szerint

A szolgáltatás jellege szerint úgy különítjük el a különböző biztosításokat, hogy mi az a biztosítási esemény, amelynek bekövetkezése esetén a biztosítónak szolgáltatást kell nyújtania.

Haláleseti életbiztosítás

A haláleseti életbiztosítás esetén a szerződő díjfizetése ellenében a biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy ha a biztosított egy előre meghatározott időtartamon (a biztosítás tartamán) belül meghal, akkor egy előre meghatározott személy vagy személyek (kedvezményezettek) részére egy előre meghatározott összeget (biztosítási összeget) fizet. Ha a biztosított a tartam lejártakor életben van, a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

Elérési biztosítás

Az elérési biztosításnál a szerződő díjfizetése ellenében a biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy ha a biztosított egy bizonyos időtartam (biztosítási tartam) lejártakor életben van, akkor neki (vagy egy előre meghatározott kedvezményezettnek) a biztosító kifizeti a biztosítási szerződésben előre meghatározott összeget (biztosítási összeget). Ha a biztosított a tartam lejáratá előtt meghal, a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

Meghatározott lejáratú életbiztosítás – terme fix

A terme fix életbiztosításoknál a szerződő díjfizetése ellenében a biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítás lejártakor egy meghatározott összeget mindenképpen (tehát nem feltételesen, mint az elérési biztosítás esetében) kifizet a kedvezményezettnek. Mi ebben a biztosítás? Az, hogy ha a biztosított a tartamon belül meghal, a biztosítás díját nem kell tovább fizetni, ezt a biztosító átvállalja; a szolgáltatás teljesítésére azonban csak az előre meghatározott tartam lejáratakor kerül sor.

Járadékbiztosítások

A járadékbiztosításnak nagyon sok formája van, és ezeket gyakran kombinálják más biztosításokkal is. Éppen ezért nem mindegyik járadéktípus tekinthető életbiztosításnak, csak az, amelynek kezdete, vége, illetve tartama a biztosított halálától függ.

A járadékbiztosításokat több szempont szerint csoportosíthatjuk.

- *Egyszeri díjas vagy folyamatos díjfizetésű járadékbiztosítás*

A csoportosítás lényege az, hogy az egyszeri díjas típusnál a szerződő egy nagyobb összeget fizet be az ajánlat megtételekor, és ezért valamilyen rendszerességgel járadékot kap. A folyamatos díjfizetés esetén viszont az ügyfél rendszeres befizetésekkel gyűjti össze azt a pénzt, amelyből a biztosító járadékot folyósít a kedvezményezettnek.

- *Előleges vagy utólagos járadék*

Az, hogy egy járadék előleges-e vagy utólagos, egyszerű technikai kérdésnek tűnik. Az első körben valóban csak annyit jelent, hogy a biztosító a járadékot annak az időszaknak az elején vagy a végén fizeti-e ki, amelyre vonatkozik. A különbség így pusztán az első évben jelenik meg az ügyfél számára, hiszen utólagos járadék esetén az első időszak végén kapja meg az első járadékot.

Van azonban egy lényeges különbség. Ha az életjáradéknál az ügyfél előre megkapja a járadékot (például egy évre), az már az övé. Ha ellenben utólagos fizetés történik, és a kedvezményezett a járadékfizetési perióduson belül meghal, akkor csak arra az időszakra szól a járadék, amíg életben volt (például 3 hónapra az egy évből).

- *Azonnal induló, illetve halasztott járadék*

A kettő között az a különbség, hogy az azonnal induló járadék esetén még abban az évben (akár előleges, akár utólagos) indul a járadékfizetés, míg a halasztott járadék esetén csak néhány hónap, esetleg néhány év múlva (ezt természetesen előre rögzítik). A következő évek alatt az egyszeri összeg bankbetétként vagy egyszeri díjas vegyes biztosításként viselkedik (ez utóbbi fogalom számunkra még ismeretlen, mindjárt tárgyaljuk). Összegezve: a halasztott járadék egy bankbetét (vagy vegyes biztosítás) és egy azonnal induló járadék kombinációja.

- *Rögzített lejáratú járadék vagy életjáradék*

Az életjáradék a biztosított élete végéig tart, míg a rögzített lejáratú járadék vagy egy időpontig (például a 18. életév betöltése) vagy egy időtartamig (5 év). Ha ez nem a Pénzügyi matematika című fejezetben említett biztos járadék, akkor a megindulása általában függ valakinek a halálától (például árvajáradék a szülő halála után vagy özvegyi járadék a házastárs halála esetén).

Kombinációk

Az előbbi életbiztosítások valójában inkább alapeseteknek tekinthetők, hiszen a legtöbbször különböző kombinációkban, együtt fordulnak elő. Például az elérési biztosítás önmagában nem is minden országban létezik.

- *Vegyes biztosítás*

Az elérési biztosítás helyett a biztosítók a gyakorlatban az elérési és a haláleseti biztosítás kombinációját, a vegyes biztosítást szokták az ügyfeleknek ajánlani. A vegyes biztosítás technikailag egy haláleseti és egy elérési biztosítás összege. Vagyis, ha a biztosított a tartamon belül meghal, akkor a biztosító a vegyes biztosítás halálesetre szóló eleme alapján, ha pedig a tartam végén életben van, akkor az elérési eleme alapján teljesít szolgáltatást.

Mivel így a biztosító mindenképpen fizet, ezt a konstrukciót jóval könnyebb elfogadtatni az ügyféllel, mint a tiszta elérési biztosítást.

- *Egész életre szóló biztosítás*

Az ember életkora bizony nem végtelen, s ezért ha a fenti meghatározásokban szereplő tartamot elkezdjük nyújtani, az elérési és a haláleseti biztosítás „összeér”. Ezt egy újfajta, úgynevezett egész életre szóló biztosításnak is felfoghatjuk. Az egész életre szóló biztosítás abban különbözik az előzőektől, hogy tartama a biztosított teljes hátralevő élete (természetesen azt nem lehet előre megmondani, meddig tart), s így mindenképpen a biztosított halálakor és minden esetben kifizetéssel szűnik meg. Az ismeretlen tartamon belül azonban a díjfizetési periódus hosszát általában korlátozzák, például az ügyfél 60 vagy 75 éves koráig; ezután a biztosítás díjfizetés nélkül marad életben. Technikailag ezt a biztosítást százéves korig tartó, korlátozott díjfizetésű vegyes biztosításként szokták kezelni.

- *Nyugdíjbiztosítások*

Külön nevet kaptak, de logikailag az életbiztosításokhoz tartoznak a nyugdíjbiztosítások, melyek tartamát tőkegyűjtési és járadékfizetési szakaszra lehet osztani. A két szakasz alatt többnyire két különálló biztosítás működik. A tőkegyűjtési szakasz általában egy vegyes biztosítás, melynek tartama a nyugdíjba vonulásig vagy a nyugdíjkorhatár eléréséig tart. A tőkegyűjtési szakaszban egyszerű, betétkönyv jellegű pénzgyűjtés folyhat, de lehetséges az is, hogy a betétgyűjtési szakasz egyetlen pillanatra zsugorodik össze, s ekkor a járadékot egyösszegű befizetéssel váltják meg.

A járadékfizetési szakaszban egy egyszeri díjas járadékbiztosítás lép életbe. Ez a szakasz általában a nyugdíjba vonulással indul. A járadékbiztosítást úgy is fel lehet fogni mint elérési biztosítások sorozatát. Ha a járadék felvételére jogosult személy megéri a következő hónapot (illetve a járadékfolyósítás gyakoriságának megfelelő következő időpontot), akkor megkapja a járadékot; ha meghal, akkor nem. Ez a biztosított élete végéig tartó járadék – amelyet életjáradékként ismertettünk korábban – természetesen további elemekkel bővíthet, lehet például két életre szóló vagy garanciaidős életjáradék is. A járadékbiztosítás egyszeri díját a tőkegyűjtési szakaszban felhalmozott összeg képezi, de előfordulhat, hogy a kedvezményezett ezt a pénzt nem váltja át járadékra, hanem egy összegben felveszi.

Egyéni és csoportos biztosítások

A biztosítások egyik tipikus csoportosítási ismérve a biztosítottak száma. Eszerint megkülönböztetünk egyéni és csoportos biztosításokat.

Egyéni életbiztosítást természetes vagy jogi személy szerződők köthetnek egyénekre mint biztosítottakra.

A csoportos életbiztosítások esetében egységes feltételekkel – egyéni kockázatelbírálás nélkül – egy egész közösségre (például egyesületek tagjaira, vállalatok dolgozóira stb.) egyszerre kötnek életbiztosítást. A csoportos biztosítás díja alacsonyabb, mint a csoport tagjaira kötött egyéni biztosítások együttes díja. A veszélyközösség tagjai számára a csoportos biztosítás gyakorlatilag egyéni biztosításnak tekinthető (ugyanis az egyén életében bekövetkező biztosítási eseményekre teljesít szolgáltatást). Mivel azonban ennél a szerződésnél a tarifa egységes, a szolgáltatás is az: az ügyfél egyéni igényeit nem kell – és nem lehet – figyelembe venni, a biztosító számára is egyszerűbbé válik a kockázatelbírálás és az adminisztráció, mindez pedig költségmegtakarítást jelent. A megtakarítás az alapja a csoportos biztosítások kedvezőbb díjának.

Egy, illetve több életre szóló életbiztosítások

Az előbbi egyéni biztosítások szólhatnak egy vagy több életre is. Nagyon gyakoriak a két életre szóló életbiztosítások, például a két életre szóló vegyes biztosítás, amelynek két biztosítottja van, s halálesetnek a korábban elhunyt biztosított halála számít. Ezt leginkább házastársak szokták kötni. Ugyancsak gyakori a két életre szóló járadékbiztosítás is, amelyről korábban már volt szó: ilyenkor a biztosító mindaddig fizeti a járadékot, amíg a biztosítottak bármelyike életben van. Nyilvánvaló, hogy a két életre szóló életbiztosítás nem azonos egy életre szóló két – egyébként hasonló – életbiztosítással.

A több életre szóló biztosításnál is csak egy kifizetés történik, és a kifizetéssel a biztosítás megszűnik. Ezért árban kedvezőbb, mint ha egy életre szóló két biztosítás lenne a családban, de a szolgáltatása is más.

A több életre szóló életbiztosítások másik típusa a Magyarországon egyelőre alig ismert üzlettárs-biztosítás. Általában kisebb vállalkozások tulajdonosai kötik abból a célból, hogy ha valamelyikük meghal, a biztosítási összegből ki tudják elégíteni az örökösöket, és ne kelljen a vállalkozást átszervezni, megszüntetni.

A díjfizetés tartama és gyakorisága szerinti csoportosítás

Az életbiztosítások díját leggyakrabban *rendszeresen* (évente, félévente, negyedévente vagy havonta), az egész tartam alatt szokták fizetni. Előfordulhatnak azonban olyan konstrukciók, hogy a díjfizetési tartam rövidebb a teljes tartamnál. Ilyenkor korlátozott (vagy egyszerűen rövidebb) díjfizetési tartamú biztosításokról beszélünk. Ennek egyik különleges esete, ha a díjfizetés egyszer, a tartam elején történik. Ez az *egyszeri díjas* biztosítás.

KOCKÁZATELBÍRÁLÁS

Az antiszelekcio kiszűrése érdekében a biztosítónak minden biztosítási szerződés megkötése előtt kockázateltérítést kell végeznie. Mi a biztosító kockázata a különböző típusú életbiztosításoknál?

A haláleseti biztosítás esetében a biztosító kockázata az, hogy a biztosított „korán” (vagyis tartamon belül) halálozik el. Ezt a kockázatot a biztosító orvosi vizsgálat, egészségi nyilatkozattal, kizárásokkal próbálja csökkenteni, illetve a kalkulált szinten tartani.

A rossz egészségi állapotú vagy más ok miatt (veszélyes foglalkozás, sport stb.) magasabb kockázatú biztosítottak esetében koremelést (ebből adódóan díjemelést) vagy csak egyszerűen díjemelést alkalmaznak, illetve bizonyos helyzeteket kizárhatnak a biztosítási események köréből. Végző esetben a biztosító el is utasíthatja az ajánlatot.

Fordított a helyzet az eléricsi és az életjáradék-biztosításoknál, ahol a biztosító kockázata az, hogy az ügyfél hosszú ideig él, vagyis sokáig lesz jogosult a járadékra; illetve a tartam lejártakor még életben lesz, és ezáltal jogosulttá válik a lejárti összegre. Ennél a biztosítási formánál tehát a rossz egészségi állapotú ügyfél az, akinél alacsonyabb a kockázat. Logikus lenne ezért itt is a haláleseti biztosítás kockázateltérítési rendszerét alkalmazni (például orvosi vizsgálat), s csak emelt díjak mellett vállalni a kockázatot, ha az ügyfél „túlságosan egészséges” lenne. A gyakorlatban azonban az eléricsi biztosításnál nincs semmiféle kockázateltérítés. Ennek egyik oka, hogy a biztosítók általában nem önmagában kínálják az eléricsi biztosítást (nehéz ugyanis elfogadtatni az ügyféllel, hogy halála után egész addigi takarékoskodásának az eredménye a veszélyközösség többi tagjára száll). A másik ok, hogy mivel az ügyfél számára a túlélés valószínű

nűsége a halálénál jóval nagyobb, a túlélés kevésbé manipulálható – s ez nem indít be a veszélyközösség szempontjából nagymértékű antiszelekciót.

AZ ÉLETBIZTOSÍTÁSOK DÍJA

A díj részei

Mivel ezt a témát korábban már érintettük, most speciálisan az élethbiztosítások díjszerkezetét és a díj kalkulációját tekintjük át.

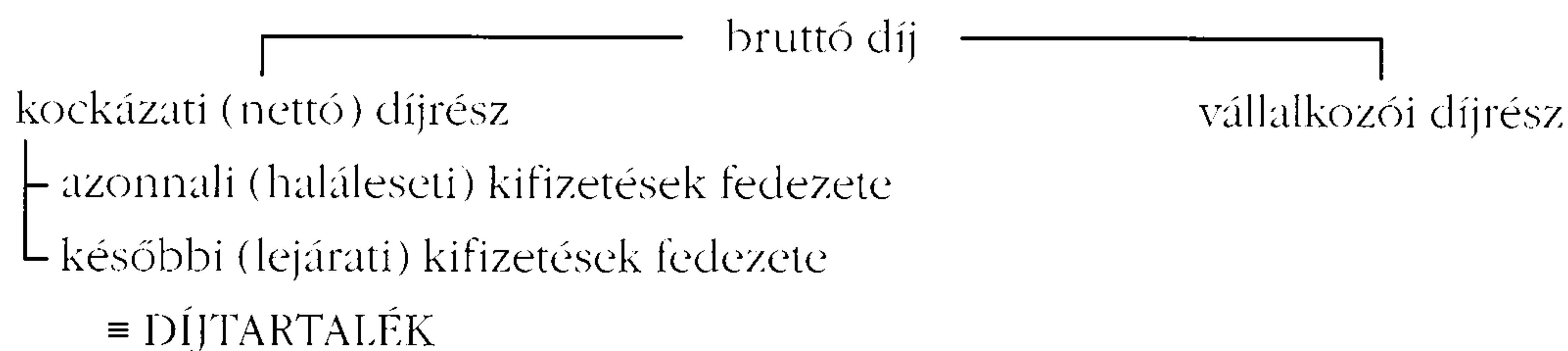
Az élethbiztosítások díja két jól elkülöníthető részből tevődik össze:

- kockázati díjrész,
- vállalkozói díjrész.

A kockázati díjrészt nettó díjnak is nevezzük, s ha kiegészítjük a vállalkozói díjrész-szel, akkor bruttó díjról beszélünk.

A díj felosztása azt jelzi, hogy a biztosító a befolyt díjakat két gyökeresen különböző célra használja fel. A díj nagyobbik része, a kockázati díjrész szolgál a vállalt kockázatok fedezetéül, vagyis ha bekövetkezik egy biztosítási esemény (halál, a tartam lejárta), akkor az itt felhalmozott pénzből teljesíti a biztosító a szerződésben vállalt kötelezettségét. A díj kisebbik része, a vállalkozói díjrész pedig a biztosító költségeinek (bérek, irodabérlet, nyereség, jutalék stb.) a fedezete.

Ezt mutatja a következő ábra:



Kockázati díjrész

A biztosítások díjtételeit a meghatározott alapadatokat felhasználva a biztosításmatematikások (aktuáriusok) számítják ki. Általában a kockázati díjrész meghatározása igényel több magyarázatot, ezért részletesebben is tárgyaljuk.

A kalkuláció alapelve

Már tudjuk, hogy a biztosítónak a díj kockázati részéből kell fedeznie a vállalt kockázatokot. A kockázati díjrész kalkulációjának alapelve az úgynevezett ekvivalenciaelv. Ez pedig így néz ki:

$$a \text{ bevételek várható értékének jelenértéke} = a \text{ kiadások várható értékének jelenértéke}$$

A jelenérték-számítás (diszkontálás), valamint a várható érték fogalmát már ismerjük. Egyszerűbben úgy is fogalmazhatunk, hogy egy biztosítótársaság bevételeinek és kiadásainak egyensúlyban kell lennie, azaz:

$$\text{bevételek} = \text{kiadások}$$

A kiadások számításához olyan adatokra van szükségünk, amelyek megmutatják, hogy mekkora a valószínűsége egy adott korú ember adott tartamon belüli elhalálozásának. Ezeket az információkat a népesség halandósági valószínűségeire vonatkozó, úgynevezett halandósági tábla foglalja össze.

A halandósági tábla

Kétféle halandósági táblázat van. Az egyikben a minden 10. évben tartott népszámlálás adatait használják, így értelemszerűen a teljes lakosságra vonatkozik. Az így összeállított halandósági táblázatot néphalandósági táblának nevezzük. Az N-N módozatainak kalkulációja – a bevezetés időpontjától függően – az 1987-es, 1990-es, illetve 1993-as részleges népszámlálás adatai alapján történt. A néphalandósági táblát férfiakra és nőkre vonatkoztatva egyaránt elkészítik.

Nem lehet azonban feltételezni, hogy egy biztosító által szervezett veszélyközösségbe átlagos kockázatú ügyfelek kerülnek. Sőt, az ügyfelek halandósági viszonyai módozatonként (az adott termék célpiacaként) különbözhetnek. A legpontosabb az lenne, ha a biztosító a saját adataiból készített halandósági táblát – vagy legalábbis a népesség különböző szempontok szerint vett csoportjainak halandósági adatait tartalmazó szelekciós táblákat – használná a szükséges kalkulációk elvégzése során. A hagyományos módozatok 1999. évi átdolgozásakor az N-N már figyelembe vette a saját ügyfélköréből gyűjtött tapasztalatokat.

Vizsgáljuk meg, mit is tartalmaz a halandósági tábla.

A halandósági táblázat több oszlopból áll, amelyek közül az első és legfontosabb – amelyből az összes többi oszlop is származtatható – az l_x -szel jelölt „kihalási rend”.

A kihalási rend azt mutatja meg, hogy az adott időpontban született emberekből hány éri el az 1, 2, 3... 100 éves kort. Magyarországon a 100 éves kort túlélők száma olyan alacsony, hogy biztosítási szempontból nem számottevő. A kihalási rend két egymást követő értékének különbsége az adott korban (100 000 élve született személyből) elhunyt emberek száma. Ezt az értéket d_x -szel jelöljük.

$$d_x = l_x - l_{x+1}$$

A kihalási rendből képezzük a halandósági valószínűségnek nevezett q_x értéket, amely azt mutatja meg, hogy egy x éves ember esetében mekkora a valószínűsége annak, hogy egy éven belül meghal. Ezt az értéket úgy kapjuk meg, hogy azoknak az embereknek a számát, akik nem érik meg a következő évet, elosztjuk valamennyi, még életben lévő ember számával.

A következő oldalon található halandósági táblázat alapján nézzük meg például egy 42 éves férfi halandósági valószínűségét.

A 42 éves kort megéri 91 240 férfi.

A 43 éves kort közülük nem fogja megérni 587 fő.

$q_{42} = 587 : 91\,240 = 0,0064$, vagyis a 42 éves férfi halandósági valószínűsége 0,64%.

Kor	l_x	d_x	q_x	Kor	l_x	d_x	q_x
0	100 000	1976	0,01976	51	83 646	1214	0,01451
1	98 024	103	0,00105	52	82 432	1280	0,01553
2	97 921	68	0,00069	53	81 152	1346	0,01659
3	97 853	53	0,00054	54	79 806	1417	0,01776
4	97 800	35	0,00036	55	78 389	1496	0,01908
5	97 765	29	0,00030	56	76 893	1583	0,02059
6	97 736	26	0,00027	57	75 310	1673	0,02221
7	97 710	25	0,00026	58	73 637	1764	0,02396
8	97 685	25	0,00026	59	71 873	1856	0,02582
9	97 660	26	0,00027	60	70 017	1946	0,02779
10	97 634	26	0,00027	61	68 071	2034	0,02988
11	97 608	19	0,00019	62	66 037	2118	0,03207
12	97 589	38	0,00039	63	63 919	2198	0,03439
13	97 551	33	0,00034	64	61 721	2273	0,03683
14	97 518	39	0,00040	65	59 448	2340	0,03936
15	97 479	58	0,00059	66	57 108	2391	0,04187
16	97 421	68	0,00070	67	54 717	2426	0,04434
17	97 353	81	0,00083	68	52 291	2457	0,04699
18	97 272	95	0,00098	69	49 834	2496	0,05009
19	97 177	108	0,00111	70	47 338	2550	0,05387
20	97 069	119	0,00123	71	44 788	2612	0,05832
21	96 950	127	0,00131	72	42 176	2668	0,06326
22	96 823	132	0,00136	73	39 508	2717	0,06877
23	96 691	137	0,00142	74	36 791	2752	0,07480
24	96 554	143	0,00148	75	34 039	2770	0,08138
25	96 411	151	0,00157	76	31 269	2882	0,09217
26	96 260	164	0,00170	77	28 387	2786	0,09814
27	96 096	179	0,00186	78	25 601	2685	0,10488
28	95 917	195	0,00203	79	22 916	2579	0,11254
29	95 722	211	0,00220	80	20 337	2465	0,12121
30	95 511	228	0,00239	81	17 872	2341	0,13099
31	95 283	245	0,00257	82	15 531	2205	0,14197
32	95 038	261	0,00275	83	13 326	2057	0,15436
33	94 777	279	0,00294	84	11 269	1896	0,16825
34	94 498	299	0,00316	85	9373	1723	0,18383
35	94 199	323	0,00343	86	7650	1540	0,20131
36	93 876	351	0,00374	87	6110	1349	0,22079
37	93 525	382	0,00408	88	4761	1154	0,24239
38	93 143	415	0,00446	89	3607	960	0,26615
39	92 728	453	0,00489	90	2647	775	0,29278
40	92 275	495	0,00536	91	1872	602	0,32158
41	91 780	540	0,00588	92	1270	449	0,35354
42	91 240	587	0,00643	93	821	318	0,38733
43	90 653	637	0,00703	94	503	213	0,42346
44	90 016	693	0,00770	95	290	134	0,46207
45	89 323	756	0,00846	96	156	79	0,50641
46	88 567	826	0,00933	97	77	42	0,54545
47	87 741	904	0,01030	98	35	21	0,60000
48	86 837	984	0,01133	99	14	9	0,64286
49	85 853	1065	0,01240	100	5	5	1,00000
50	84 788	1142	0,01347				

Technikai kamat

Az ekvivalenciaelvet tükröző egyenletben a bevételeket jelenértékükön szerepeltettük. Erre azért volt szükség, mert a különböző időpontokban esedékes pénzösszegek közvetlenül nem hasonlíthatók össze, márpedig tudjuk, hogy a bevételek folyamatosan (tehát különböző időpontokban) érkeznek, és a kiadások sem mind ugyanakkor merülnek fel. A különböző időpontú pénzeket akkor lehet összehasonlítani, ha egy időpontra tudjuk vonatkoztatni őket. Ezt az egységesítést lehet elérni a jelenérték-számítással.

Azt is tudjuk azonban, hogy a jelenérték-számításhoz szükség van egy diszkonttényezőre. A diszkonttényezőben használt kamatláb nem lehet a mindenkor banki kamat, hiszen az állandóan változik, míg az ekvivalenciaelv alapján hosszú távra, akár egy 45 évre szóló szerződés díját kell előre kiszámolni. Következésképpen csak olyan kamatlábat használhatunk, amely ilyen távlatban is biztosnak tekinthető. Ez pedig csak a hosszú távon szokásos reálkamatláb lehet, amelynek a mértéke konszolidált gazdaságban 2-5% körül van. Hosszú távon ugyanis számolni kell azzal a lehetőséggel, hogy az infláció Magyarországon is jelentősen lecsökken, és ezzel párhuzamosan a (nominális) kamatlábak a reálkamatláb szintjéhez – vagy legalábbis ahhoz közeli értékhez – igazodnak.

A gyakorlatban ezért minden biztosító választ egy „technikai”-nak nevezett kamatlábat, s ezzel számolja ki (élet)biztosításainak díjtételeit – úgy, hogy az ekvivalenciaelv érvényesítése során ezt a kamatlábat használja a diszkonttényezőben.

A technikai kamatláb egyúttal garantált hozamot is jelent. A biztosító ugyanis – a díjtételbe való beépítéssel – azt garantálja, hogy a díjtartalék befektetésével legalább ekkora hozamot ér el és juttat vissza a szerződőnek minden évben. Ha a biztosító a befektetéseivel nem érné el ezt a hozamszintet, akkor is vissza kell juttatnia az ügyfeleknek valamilyen más forrásból – akár a saját nyeresége terhére is. A technikai kamatnak megfelelő hozam az ügyfél előtt nem jelenik meg a biztosítási összeg növekedésének formájában, hiszen ezt a hozamot már eleve figyelembe vettük a díjkalkuláció során (így lettek alacsonyabbak a díjtételek).

Ez az oka annak, hogy például egy olyan vegyes biztosítás esetében, amelynek a biztosítási összege 2 000 000 Ft, a tartama 25 év, a havi díj pedig 6099 Ft (a biztosított 23 éves férfi), az ügyfélnek összesen $6099 \cdot 12 \cdot 25 = 1\,829\,700$ Ft-ot kell befizetnie maximálisan (ha nem hal meg a tartam során), miközben a kedvezményezett mindenképpen megkapja a 2 000 000 Ft-ot. A különbséget (170 300 Ft), amely a vállalkozói díjrész miatt sokkal nagyobb, a díjtartalék technikai kamatnak megfelelő mértékű hozama fedezi.

Mint láthatjuk, ez a bizonyos díjtartalék a biztosításoknál jelentős szerepet kap. Ennek a szerepnek a megértéséhez most tisztázzuk a díjtartalék fogalmát.

Díjtartalék

Első megközelítésében a díjtartalék az ügyfél befizetett díjaiból a biztosító későbbi kifizetéseire felhalmozott pénzösszeg, amely a kockázati díjrészből képződik. A díjtartalék a biztosítási módozat típusa szerint jelentős eltéréseket mutathat, vizsgáljuk meg ezeket külön-külön.

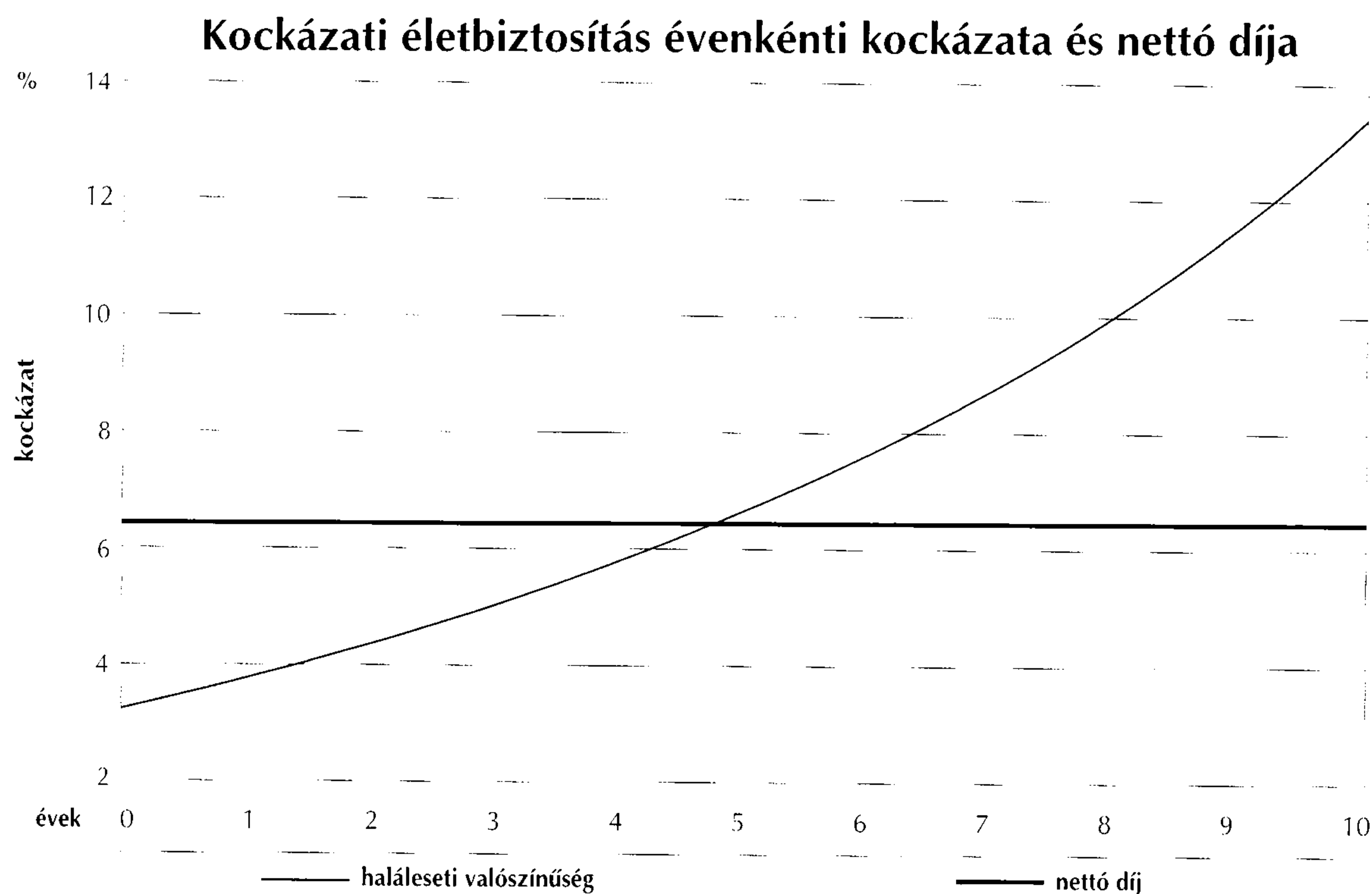
• *A halálesi biztosítás díjtartaléka*

Egy egyszerű példán keresztül nézzük meg, miért van szükség a kockázati életbiztosítás esetén díjtartalékolásra, hiszen itt – ha nem következik be a tartamon belüli halál – nincs „későbbi”, azaz elérési kifizetés.

Tegyük fel, hogy ugyanazon időpontban 1000 ember köt 10 évre egyenként 100 000 Ft-ra szóló halálesi biztosítást. Mindegyikük férfi, 35 éves, és évente fizeti a díját. Hogyan határozzuk meg ezt a díjat?

A legegyszerűbb az lenne, ha mindenki minden évben $100\,000 \cdot q_x$ -et fizetne, ahol q_x annak a valószínűsége, hogy egy x éves férfi 1 éven belül meghal, azaz mindenki megfizetné az éppen aktuális kockázatát. Mivel azonban q_x az életkor növekedésével nő (lásd a halandósági táblát), vagyis ahogyan az ember korosodik, egyre nagyobb a valószínűsége az adott éven belüli halálának, ezért ilyen díjképzés esetén a díjak évről évre nőnének. Azt azonban, hogy ennek pszichológiailag nagyon rossz a hatása, már több mint száz évvel ezelőtt felismerték, s ezért a biztosításmatematikuskok más díjképzési elvet választottak.

Ez az elv pedig az, hogy a biztosító minden évben azonos díjat fizettet az ügyféllel, ami azt jelenti, hogy a tartam első éveiben a tényleges kockázatnál kicsit nagyobb díjat, a középtájon a kockázatnak megfelelőt, s végül az utolsó években a tényleges kockázatnál alacsonyabb díjat; mindezt a következő grafikon mutatja:



A vékony vonal az 1., 2.,... 10. években a halandósági tábla szerint szükséges díjak nagyságát mutatja, a vízszintes vastagabb vonal pedig az egységes éves díjat. A szükséges díj és a tényleges díj különbsége az első négy évben a díjtartalékba kerül, és a későbbi években felmerülő hiányt folyamatosan ebből pótolják.

A tartam elején befizetett díjtöbbletet a biztosító felhalmozza, befekteti, kamatoztatja, s a tartam vége felé fokozatosan felhasználja az akkorra kalkulált kötelezettségek teljesítésére. A haláleseti biztosításnál ez a bizonyos, a tartam elején felhalmozott díjtöbblet a díjtartalék - amely megközelítőleg a tartam közepéig emelkedik, majd fokozatosan csökken, s a tartam végén éppen nulla lesz, mint ez a következő példában is látható. Az is kiderül a példából, hogy a haláleseti biztosítás díjtartaléka soha nem lesz számottevő mértékű.

Példa

Ha egy ügyfél az alábbi feltételek szerinti Fátum kockázati életbiztosítást kötötte, akkor a biztosítási évfordulókon a díjtartalékai a következők lesznek:

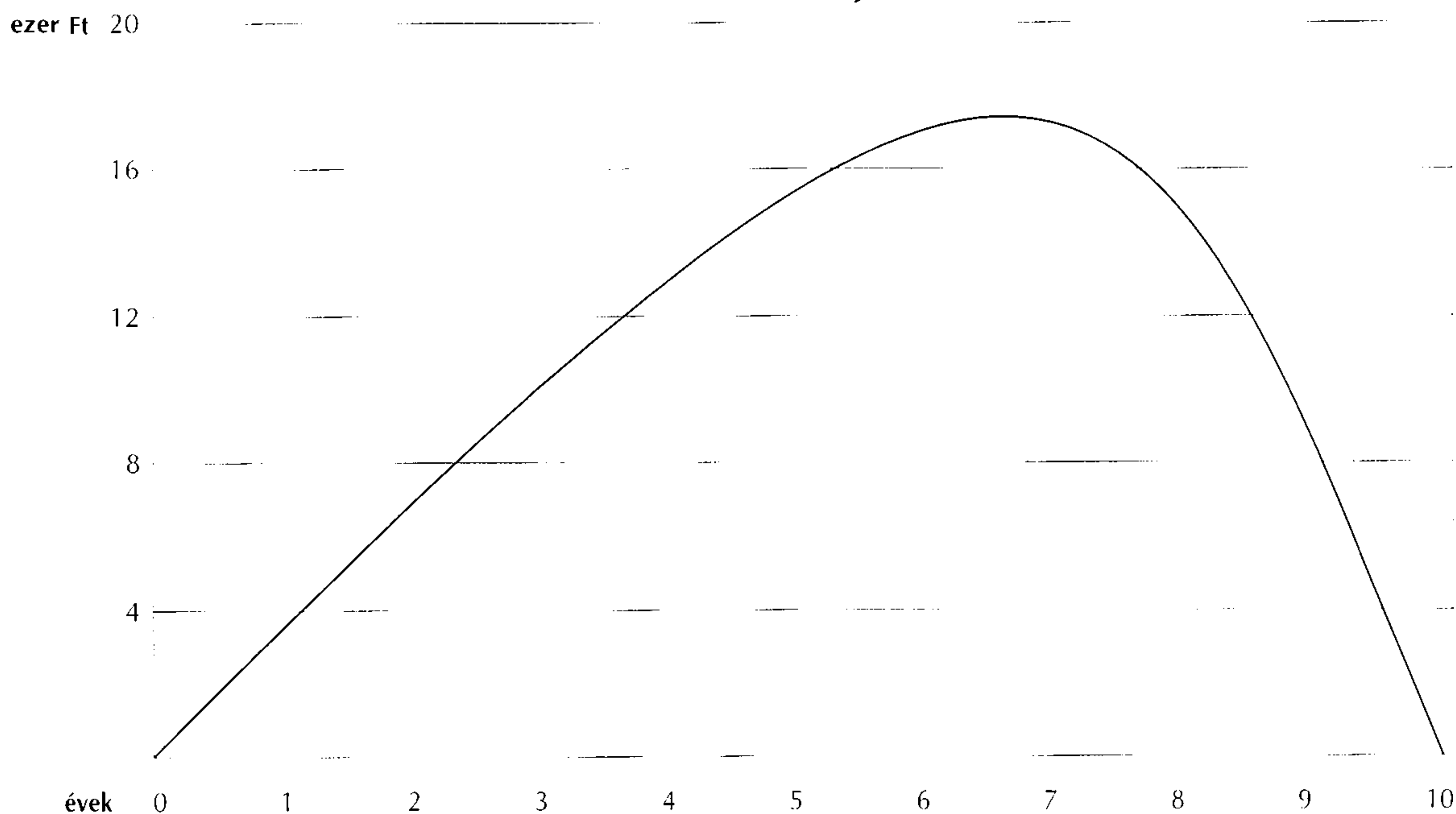
Induló adatok

Nem: férfi Tartam: 10 év
Kor: 30 év Biztosítási összeg: 5 000 000 Ft
Havi díj: 2009 Ft, egy év alatt összesen: 24 108 Ft

Év	Díjtartalék (Ft)	Év	Díjtartalék (Ft)
0	0,00	5	18783,00
1	5275,65	6	19152,95
2	9956,60	7	17769,85
3	13894,40	8	14396,65
4	16929,80	9	8608,90
		10	0,00

Tehát a díjtartalék maximális értéke sem éri el az adott biztosításra befizetett éves díj szintjét.

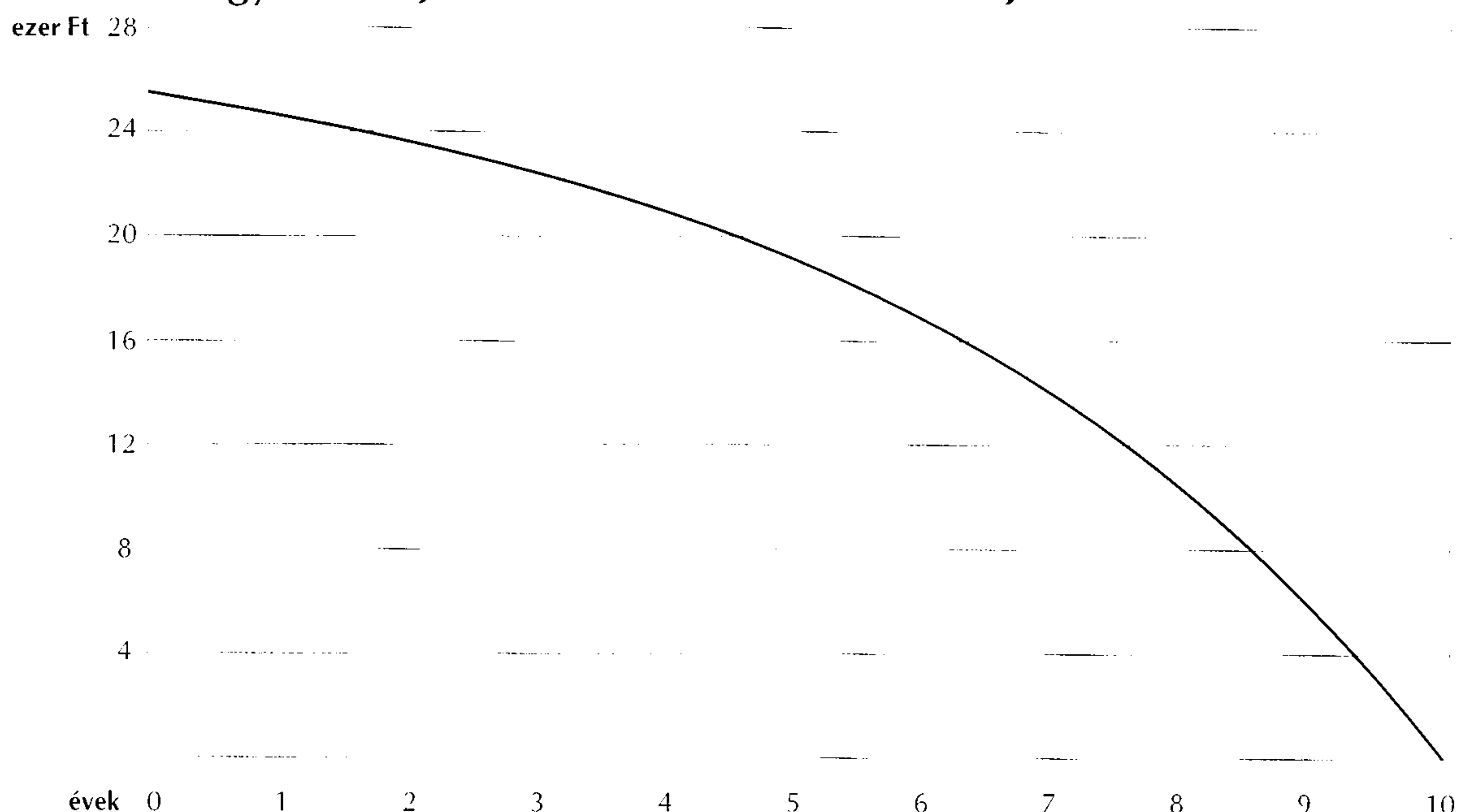
A kockázati életbiztosítás díjtartalékának alakulása



Az eddigiekben a rendszeres díjas kockázati életbiztosítást tanulmányoztuk. A következőkben azt nézzük meg, hogyan alakul az egyszeri díjas kockázati biztosítás díjtartaléka.

Ebben az esetben a díjtartalék a tartam elején a legmagasabb, utána folyamatosan csökken, és a tartam végén ugyanúgy 0, mint a rendszeres díjfizetésű kockázati biztosítások esetén.

Az egyszeri díjas kockázati életbiztosítás díjtartalékának alakulása



• Az elérési és a vegyes biztosítás díjtartaléka

Az elérési biztosítás díjtartaléka más jellegű. Itt a tartam folyamán fokozatosan kell összegyűjteni a lejáratú összeget, amelyet lejáratkor a biztosító kifizet az ügyfélnek. Ezért is szokták az elérési (és a vegyes) biztosítást megtakarítási típusú életbiztosításnak nevezni. A befizetésekkel a díjtartalék összege fokozatosan nő, és a lejáratkor pontosan a vállalt szolgáltatás összegével lesz azonos. Az elérési biztosítás díjtartaléka a befizetett díjak kockázati díjrésze révén hasonlóan nő, mint egy kamatozó betétszámla. A különbség csak annyi, hogy azonos feltételek mellett az elérési biztosítás díjtartalékának növekedése nagyobb, mint a neki megfelelő betétszámláé, ugyanis a tartam folyamán elhunytak addig befizetett pénzét a biztosító felosztja az élők „számlái” között.

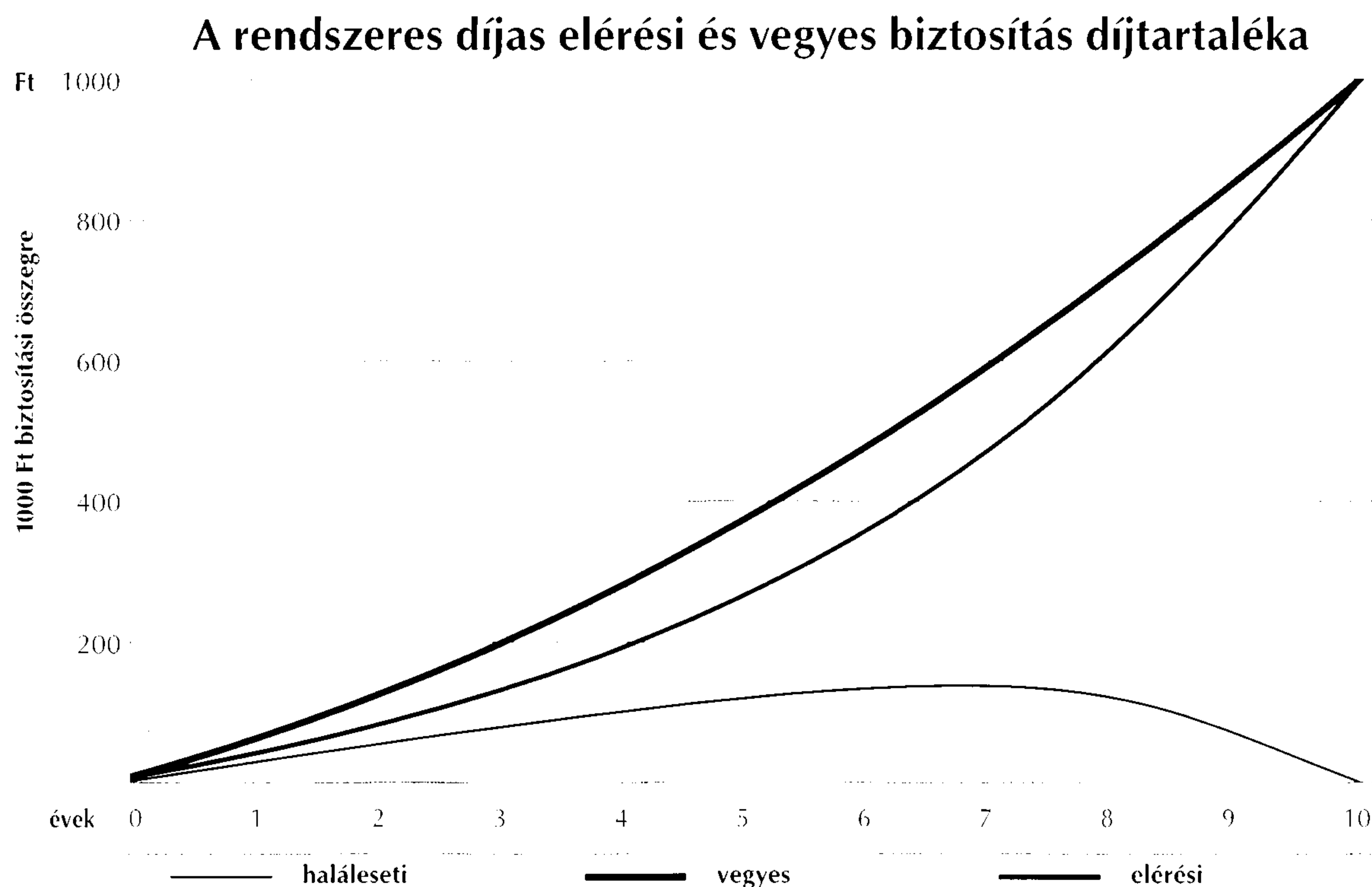
Az elérési biztosítás díjtartalékát tehát egy gyorsulva növekedő görbe írja le. Ennek a növekedésnek az alábbi forrásai vannak:

1. a rendszeresen beérkező díj,
2. a díjtartalék hozama a technikai kamat mértékében,
3. a tartam közben elhunytak díjtartalékának az adott szerződésre jutó része.

A vegyes biztosítás szolgáltatása egy elérési és egy kockázati biztosítás szolgáltatásából tevődik össze, így díjtartaléka is az elérési és a haláleseti díjtartalék összege. Ebből következően a tartam elején nulla, a tartam végén pedig a (lejáratú) biztosítási összeggel egyezik meg. A vegyes biztosítás díjtartaléka már nem nő úgy, mint egy hasonló be-

tétszámla összege, ez az „ára” ugyanis a haláleseti szolgáltatás teljesítésének. Vagyis az előző három díjtartalék-növelő tényezőn túl, itt egy csökkentő tényezővel is számolnunk kell.

Egy rendszeres díjas elérési és vegyes biztosítás díjtartaléka a következő görbéket írja le:



Az egyszeri díjas elérési, illetve vegyes biztosítások díjtartaléka az előbbihez képest annyiban módosul, hogy itt nincs rendszeresen beérkező díj, hanem mindjárt a tartam elején a biztosító megkapja az egész tartamra szóló díjat (ami természetesen nem azonos a tartam és az éves díj szorzatával), s így a díjtartalék nem a nulláról indul.

- *Az életkor és a tartam hatása a díjtartalék alakulására*

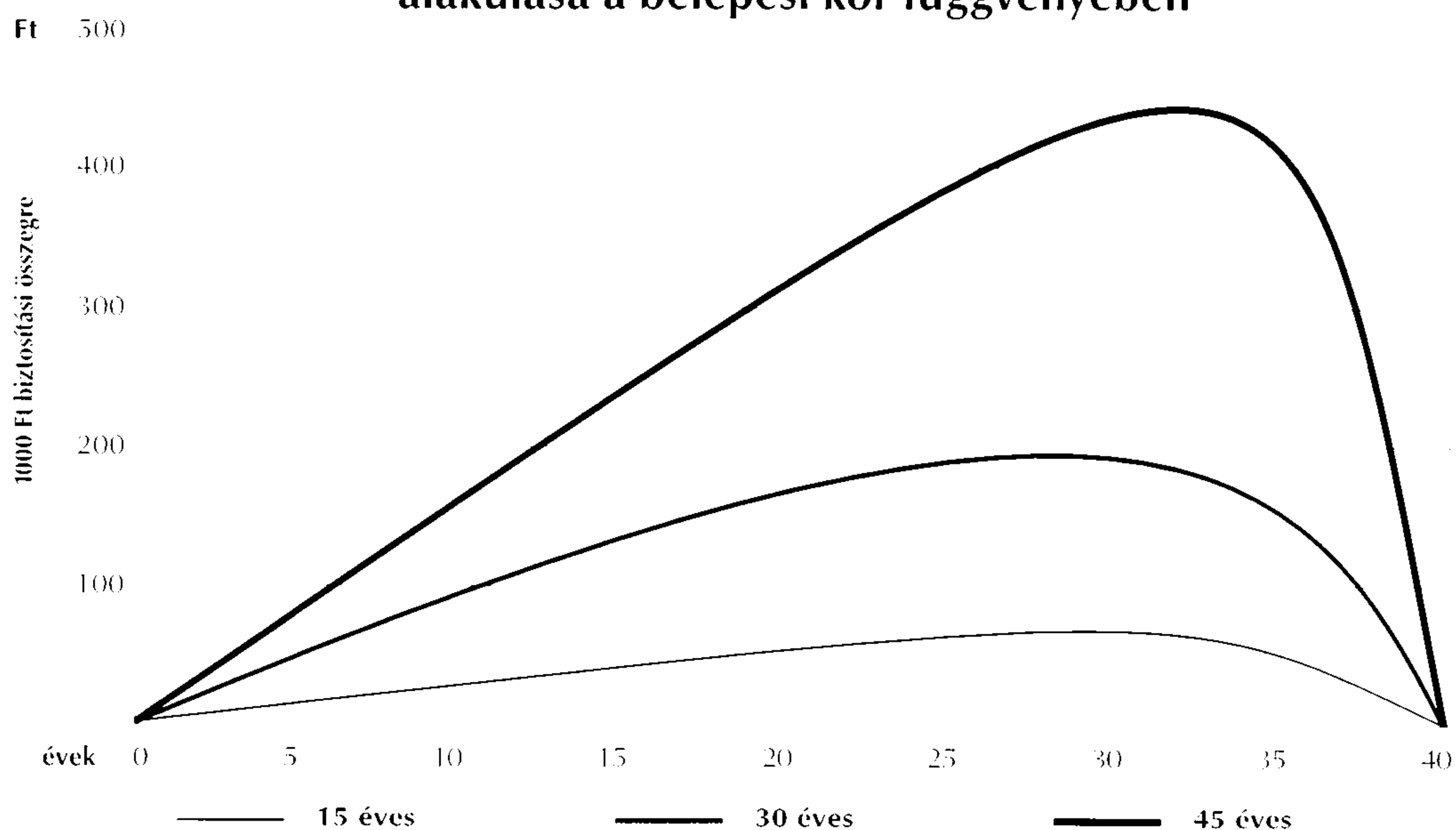
A díjtartalék nagyságát bármely adott pillanathan lényegében négy tényező függvényeként határozhatjuk meg.

Az első tényező a *biztosítás típusa*, ami meghatározza a tartalékolás jellegét – ezt már láttuk az előző részekben. A második tényező a *biztosítási összeg nagysága*. A biztosítás összege azonban csak a díjtartalék nagyságát befolyásolja (minél magasabb a biztosítási összeg, annál magasabb a díj, és annál nagyobb a díjtartalék), a tartalék lefutására semmilyen hatással nincs.

Az *életkor és a biztosítás tartama* azonban jelentősen befolyásolja egy életbiztosítás díjtartalékának alakulását.

Haláleseti életbiztosítás esetén a biztosítás kötésekor fennálló életkor növekedésével egyre jelentősebb mértékű díjtartalékot kell összegyűjteni az első években ahhoz, hogy a biztosítási időszak második részének megnövekedett kockázatát fedezni tudjuk.

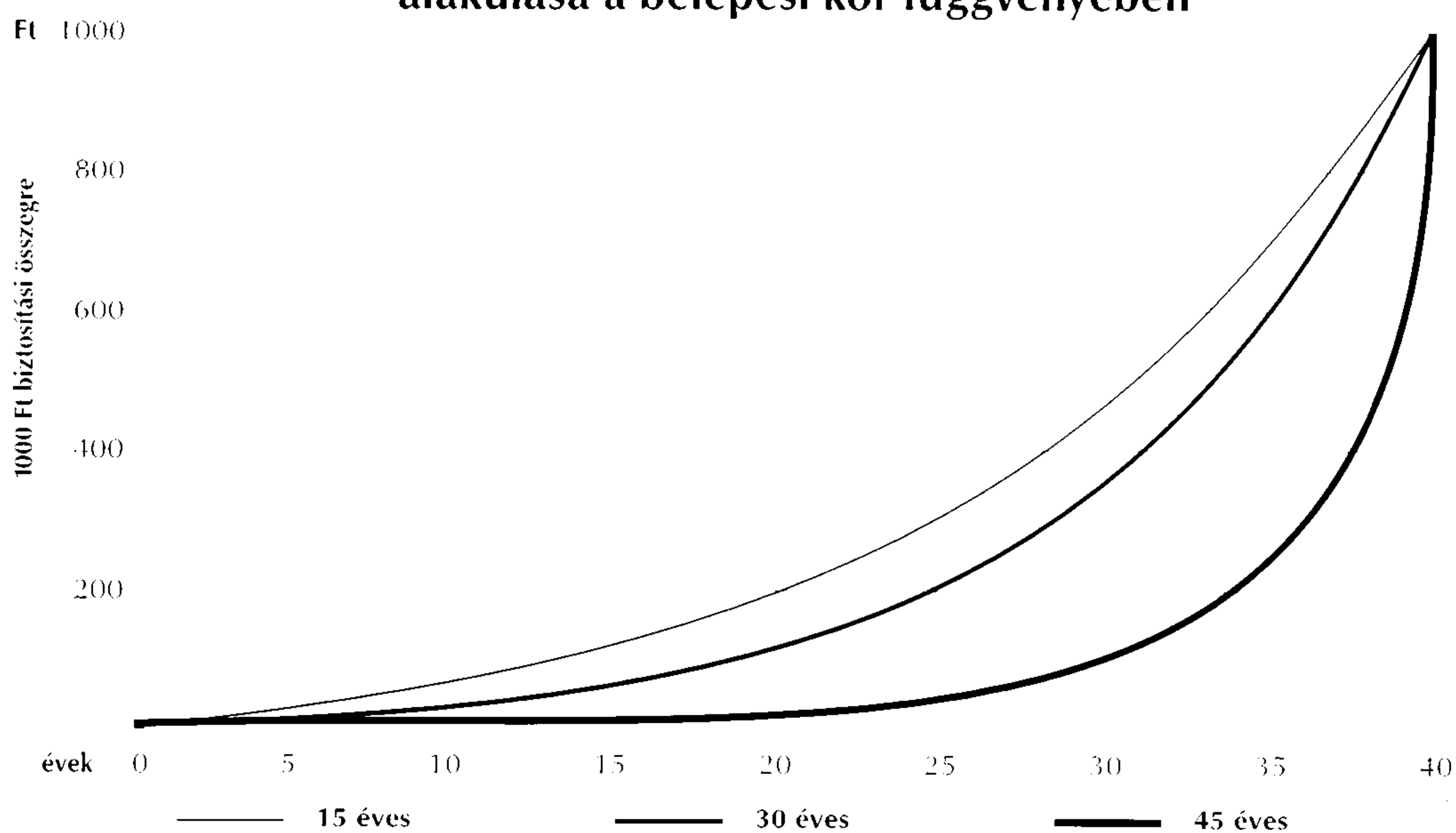
A rendszeres díjas haláleseti biztosítás díjtartalékának alakulása a belépési kor függvényében

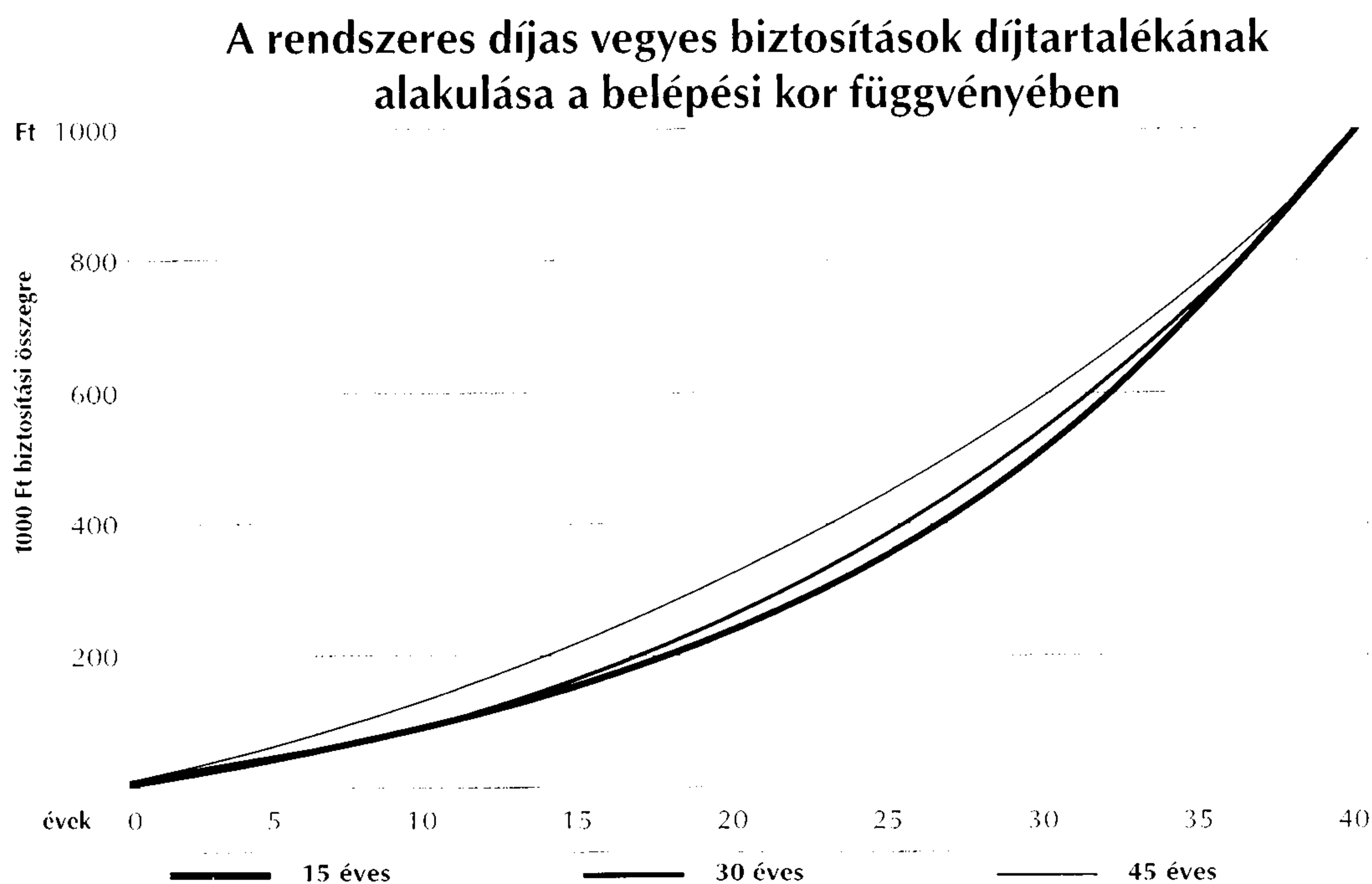


Elérési biztosítások esetén ennek az ellenkezője érvényesül. Az idősebb belépési koroknál végig alacsonyabb összegű tartalékra van szükség, mint a fiatalabbaknál.

Ha most összegezzük az előző két díjtartalékot, akkor a megfelelő vegyes biztosítás díjtartalékát kapjuk meg. A belépési kor hatása, mint ahogy a következő grafikonon is látható, jelentősen összezsugorodik, s ez az ellentétes irányú előző két folyamat eredménye.

A rendszeres díjas elérési biztosítások díjtartalékának alakulása a belépési kor függvényében





Ia a belépési kort rögzítjük, és a biztosítás tartamát kezdjük el változtatni, akkor a vegyes biztosítások esetén ez a díjtartalék szintjének csökkenésével jár együtt. Úgy is magyarázhatjuk ezt, hogy egyre hosszabb idő áll rendelkezésre a biztosítási összeg összegyűjtéséhez.

Most pedig vizsgáljuk meg a díj másik részét, a vállalkozói díjrészt.

Vállalkozói díjrész

A vállalkozói díjrész, mint azt már korábban említettük, alapvetően a biztosítótársaság működési költségeinek fedezetéül szolgál. A költségeket három nagy csoportba sorolhatjuk:

1. Szerzési költségek, ide tartoznak például:
 - a szerzési jutalék,
 - a marketingköltségek nagy része (például a hirdetés, a reklám, a piaci felmérések költségei),
 - a kockázatelbírálás költségei (az orvosi vizsgálat díja, az adatrögzítés vagy a nyomtatványok költsége).
2. Működési költségek, többek között:
 - irodabérlet és a hozzá kapcsolódó egyéb költségek,
 - a díjbeszedés költségei,
 - számítástechnikai költségek,
 - a központ költségei,
 - egyéb költségek (például a beléptető alaptanfolyamoké).
3. Nyereség.

Mitől függ a vállalkozói díjrész nagysága?

Egy adott díjtételen belül a vállalkozói díjrész nagyságát több tényező is befolyásolja. Az egyes termékek különböző vállalkozói díjrészt tartalmazhatnak. A költségek szétosztása során a következő szempontokat kell figyelembe venni.

- *A biztosító várható (tervezett) értékesítési nagyságrendje*

Természetesen nem mindegy, hogy összesen hány darab szerződés (tízezer vagy fél-millió) között kell szétosztani a „mindenkire tartozó” költségeket, például a bérleti díjakat, a központ költségeit.

- *Az értékesítés várható szerkezete (termékösszetétel)*

Rendkívül fontos annak a meghatározása, hogy az egyes módozatok milyen mértékben járulnak majd hozzá az új értékesítéshez, azaz hogy milyen értékesítési volumen várható a különböző típusú módozatoktól.

- *Az egyes termékek teherbíró képessége*

Mérlegelnünk kell azt is, mekkora vállalkozói díjrészt képes elviselni a módozat úgy, hogy még értékesíteni lehessen (piacképes legyen). Ha sok ügyfélnek megoldást kínál, széles korhatárok között köthető rugalmas termékről van szó, akkor általában magasabb vállalkozói díjrészt is elvisel, mint egy meghatározott célcsoport számára – és itt erős piaci versenyt feltételezünk – fejlesztett, speciális szolgáltatást nyújtó módozat.

Zillmerezés

A korábbiakból jól látható, hogy a nettó díjak a biztosítás szolgáltatásából eredő kötelezettségek fedezésére szolgálnak, míg a vállalkozói díjrész a biztosítási üzlettel kapcsolatos egyéb kiadásokat fedezi. Ezeknek az egyéb költségeknek a jelentős része azonban csak egyszer, a szerződés megkötésekor merül fel (például a szerzési jutalék vagy az orvosi vizsgálat díja).

Egyszeri díjas szerződéseknél mindez nem jelent problémát, hiszen itt a szerződés megkötését követően azonnal rendelkezésre áll a költségek fedezete.

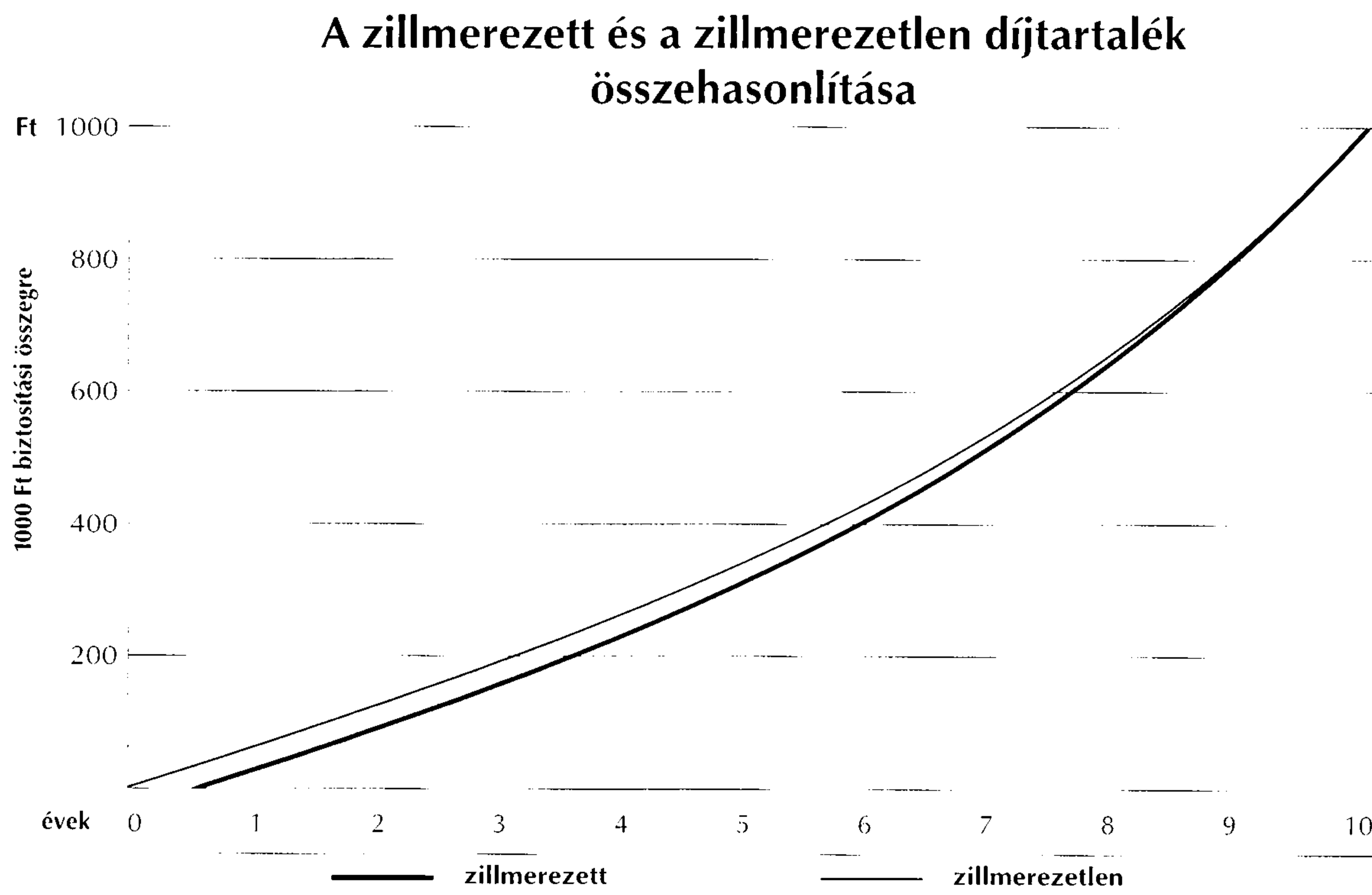
Rendszeres díjfizetésű szerződéseknél azonban a költségek a vállalkozói díjrészből csak lassan, apró tételekben térülnek meg a biztosító számára. A kezdeti költségeket ezért – más megoldás hiányában – a biztosítóknak a saját induló vagyonukból kellene átmenetileg meghitelezniük, ami a megtérülés hosszadalmassága és bizonytalansága miatt nem jó megoldás, és a társaságok növekedését is korlátozza. Egyik biztosítónak sem állna érdekében az ügyfélszám gyors gyarapodása, mivel minden egyes új szerződés megkötésével azonnal jelentős kiadása merülne fel, ugrásszerűen nőne a hiánya. És emlékezzünk: a veszélyközösség akkor működik jól, ha elég sok tagja van, sok ember között oszlik meg a kockázat. További problémát okoz, ha a rendszeres díjas biztosítás szerződője a tartam elején felmondja a szerződést. Ebben az esetben a biztosító költségei egyáltalán nem térülnek meg, mivel elmarad a további díjfizetés.

Ezt a problémát kívánja megoldani a zillmerezés, a módszert a feltalálójáról nevezték el.

August Zillmer svájci biztosításmatematikus a szerzési költségekből származó átmeneti hiány törlesztésére azt ajánlotta, hogy a biztosító a költségeit az első egy-két évben befizetett díjakból fedezze. Ez lényegében azt jelenti, hogy a biztosítótársaság az első néhány év nettó – azaz kockázati – díjrészenek egy hányadát „kölcsonveszi” a szerződőtől, amelyet a későbbiek során a vállalkozói díjrészből folyamatosan visszatörleszt. A kölcsönvett díjrész nagysága azonban csak akkora lehet, hogy a maradék rész fedezze a biztosított adott évi haláleseti kockázatát; azaz az aktuális haláleseti kockázat fede-

zetéül szolgáló - hármikor szükségessé váló - díjrészt a biztosító nem veheti kölcsön. Ha az életbiztosítások díjának szerkezetére gondolunk, ez gyakorlatilag azt jelenti, hogy a költségek megtérüléséig a biztosító a befolyó díjból csak az azonnali, haláleseti kifizetésre szolgáló kasszába teszi be a szükséges fedezetet, és a befizetés többi része mind a vállalkozói díjrész kasszájába kerül. Amint az adott szerződésre jutó, előre kalkulált költségek fedezete rendelkezésre áll, már más lesz a díj megosztása: a haláleseti fedezet kasszája mellett a díj többi része a díjtartalék kasszájába kerül. Ezt az eljárást nevezi a szakirodalom zillmerezésnek.

A zillmerezés a biztosítás díjtartalékának alakulását befolyásolja. Ameddig a biztosító kölcsönveszi a díjakból a díjtartalékra eső részt, addig a díjtartalék nem kezd el növekedni, vagyis az első időszakban a díjtartalék nulla lesz (valójában negatív, hiszen az ügyfélnek először a tartozását kell törlesztenie, és csak ezután gyűlik a lejáratú kifizetésig befektethető pénze; mégis ebben a szakaszban nullának tekintjük). Az előbbiekből következően általánosan is kijelenthetjük, hogy a zillmerezett díjtartalék a biztosítás egész tartama alatt alacsonyabb lesz, mint a zillmerezetlen. A zillmerezés hatását a következő grafikon mutatja be:



A számításokat egy 20 éves férfi biztosítottra végeztük el, aki egy 100 000 Ft biztosítási összegű, 10 éves tartamú vegyes biztosítással rendelkezik.

A zillmerezés következménye, hogy amíg a díjtartalék nulla, addig a biztosítás maradvékjogai sem érvényesülhetnek, illetve ez idő alatt a szerződés nem részesedik a több-lethozam-visszatérítésből. A maradvékjogokról és a több-lethozamról előzetesen csak annyit, hogy a díjtartalékhoz kapcsolódó jogokról, illetve haszonról van szó.

MARADÉKJOGOK

A maradékjogok fajtái

A díjtartalékot a biztosító a befizetett díjak egy részéből, mint ezt korábban már bemutatottuk, azért halmozza fel, hogy a jövőben esedékes kötelezettségeit (járadékok, lejáratú kifizetések) a kedvezményezett számára teljesíteni tudja. Amennyiben a biztosítási szerződést a lejárat előtt az ügyfél (a szerződő és a biztosított) valamilyen oknál fogva felbontja, akkor a biztosítási összeg kifizetése helyett a szerződés megkötésekor a kötvényfeltételekben rögzített szolgáltatásra kerül sor. Ilyen esetben a szerződő addig befizetett díjainak díjtartalékként felhalmozott részével – vagyis a díjnak azzal a részével, amelyet a lejáratkor, azaz a biztosított életben léte esetén teljesítendő szolgáltatásra szedett be – a biztosítónak el kell számolnia. A szerződőnek ezt a díjtartalékhoz kapcsolódó, pénzügyi követelést jelentő jogát nevezzük **maradékjog**nak. A biztosítási szerződés felbontásának módját és a maradékjog érvényesítésének formáit a biztosítók előre rögzítik a biztosítási módozatok szabályzataiban (illetve az általános érvényű, minden módozatra egyaránt érvényes szabályzatban). Ebből következően nem minden szerződés rendelkezik automatikusan maradékjoggal, csak az a módozat, amelynek kötvényfeltételei ezt lehetővé teszik.

A maradékjogok alapját az előzőekben tárgyaltak szerint a díjtartalék képezi. A gyakorlatban a maradékjog érvényesítésének a következő formái ismeretesek:

- kötvénykölcsön,
- díjmentes leszállítás,
- visszavásárlás,
- s részben maradékjognak tekinthető az automatikus díjkölcsön (mert ennek is a díjtartalék az alapja).

Hogyan érvényesülnek a maradékjogok a gyakorlatban? Az ügyfél és a biztosító számára is az a legjobb, ha az egyszer már létrejött szerződés életben marad mindaddig, amíg csak lehetséges.

Csak az lehet a kiindulópontunk, hogy a biztosító mindenképpen meg szeretné tartani az ügyfelét. Mit tehet ennek érdekében? Úgy kell segítségére lennie a nehéz anyagi helyzetbe került ügyfélnek, hogy az a szerződés felbontása nélkül is átlendüljön a válságos időszakon.

Előfordulhat, hogy az ügyfél azért akarja megszüntetni a szerződést, mert pénzügyi nehézségei támadtak, szüksége lenne egy nagyobb összegre, és úgy véli, hogy a biztosításának számláján összegyűlt díjtartalék éppen jó lesz erre a célra. Ekkor a biztosító, mivel szeretné elkerülni a szerződés megszüntetését, lehetővé teszi a szerződőnek – megfelelő mértékű visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések esetén –, hogy életbiztosítási díjtartalékának terhére kölcsön folyósítását kérje. Hangsúlyozzuk: a kölcsön összege a felvételtől aktuális díjtartalékra épül.

Kötvénykölcsön

A kötvénykölcsön feltételei jelenleg a következők:

tartam: egységesen 360 nap (amennyiben a díjtartalék fedezetet nyújt, és a díjfizetéssel a szerződő nem késik, ez a tartam évente meghosszabbítható – bár ennek adójogi következményei lehetnek);

kamat: a kölcsön felvételekor érvényes diszkontkincstárjegy hozama +5%;

összege: a vegyes biztosítások mindenkor minimális egyszeri díjának legalább 25%-a, de nem több a kölcsön felvételekor aktuális díjtartalék 80%-ánál.

Sok félreértést kell eloszlatni a kötvénykölcsönökkel kapcsolatban. Először is, mint láttuk, a szerződő számára a kölcsönfelvétel nem különösebben jó üzlet. Ha tehát valaki csak azért köt életbiztosítást, hogy kölcsönt vegyen fel rá, akkor nagyon rosszul számol: a felvehető kölcsön összege jó néhány évig az addig befizetett díjak összege alatt marad. A biztosító számára sem a legjobb üzlet, hiszen nagyban befektetni a pénzt sokkal kisebb költséggel jár, és nagyobb hozamot eredményez, mint apránként kikölcsönözve nyilvántartani, adminisztrálni a tartozásokat.

A kötvénykölcsön felvétele mégis hasznos eszköz a biztosítás megmentése érdekében, hiszen a biztosítási védelem a kölcsön tartama alatt is fennáll – igaz, csökkentett szinten. Amennyiben a kölcsönrel terhelt szerződés biztosítottja elhalálozik, a biztosító a haláleseti szolgáltatás aktuális összegét a felvett kölcsön összegével csökkentve fizeti ki.

Kötvénykölcsönre a kölcsönfeltételek alapján akkor van lehetőség, ha a biztosítás visszavásárlási értéke meghaladja a biztosító által előírt minimális összeget. (A minimális összeg a hagyományos biztosítások mindenkor aktuális minimális egyszeri díjának a negyede, az Őszikék biztosítás esetén a fele: 50 000, illetve 100 000 Ft.) Ez is azt mutatja, hogy a kölcsön felvételére nem rögtön a szerződés megkötése után, hanem esetleg jóval később van lehetőség. A szerződő a kölcsönösszegeből a kamatokkal csökkentett részt kapja kézhez (előleges kamatot számítunk fel), és a felvett pénzt, valamint a kamatát a kölcsönidőszak (360 nap) elteltével egy összegben kell megfizetnie. A határidő lejárta előtt 30 nappal a biztosító levélben hívja fel a szerződő figyelmét az esedékességre, és csekket is mellékel a befizetéshez. Amennyiben az ügyfél a határidő leteltéig nem fizeti vissza a kölcsönt, és nem is nyilatkozik a kötvénykölcsön meghosszabbítási szándékáról, a biztosító – a határidő letelte után 30 nappal – felmondja a szerződést, és az aktuális visszavásárlási értéket fizeti ki a szerződőnek.

Díjmentes leszállítás

A második maradékjog a díjmentes leszállítás, melyet az ügyfél akkor vehet igénybe, ha olyan tartós pénzzavarba kerül, amikor a továbbiakban nem tudja fizetni a biztosítás díjait, de az összegyűjtött díjtartalékához nem akar hozzányúlni – arra még nincs szüksége. (Például megrokkban, tartós táppénzes állományba kerül, elveszti állását, a jövedelme lecsökken, a biztosítási védelmet azonban fenn akarja tartani.) Díjmentes leszállításnak természetesen csak a rendszeres díjas biztosításoknál van értelme.

A díjmentes leszállítás lényege az, hogy a szerződőnek a továbbiakban nem kell a díjakat fizetnie (ezért díjmentes), ugyanakkor az eredeti szerződés biztosítási összege lecsökken (leszállítjuk).

A díjmentes leszállítás igénybevételének is megvannak a feltételei.

A rendszeres díjfizetésű biztosítás akkor szállítható le díjmentesen, ha a biztosítás aktuális visszavásárlási értéke eléri a biztosító által meghatározott minimális díjmentesítési határt (ez megegyezik a kötvénykölcsönnel megjelölt határral, azaz a hagyományos biztosításokra érvényes mindenkor aktuális minimális egyszeri díj negyedével, illetve az Őszikék biztosítás esetén a felével). E határ alatt a szerződést visszavásároljuk, vagy a szerződőnek vállalnia kell a további díjfizetést.

A díjmentesítési értéket tehát az alaphozbiztosítás aktuális visszavásárlási értéke alapján határozzuk meg. Ezután a szerződés így kiszámolt értékét a biztosító az eredetivel

megegyező típusú egyszeri díjas új szerződés biztosítási összegévé számítja át (az eredetiből hátralévő tartam, illetve a biztosított aktuális korának – mint belépési kornak – a figyelembevételével). A díjmentes leszállítás esetén tehát az ügyfél – ismételt kockázatelbírálás nélkül – egy új szerződést vásárol az addig összegyűjtött díjtartaléka felhasználásával. E szerződés azonos típusú az eredeti módozattal, lejáratát megegyezik az eredeti lejáratával, de a belépési kor az aktuális kora.

Az új biztosítási összeg több ok miatt is alacsonyabb lesz, mint az eredeti szerződés összege. Egyrészt hiányoznak a további rendszeres díjak, márpedig az aktuáriusok azt feltételezve kalkulálták az eredeti elérési összeget, hogy a szerződő a tartam során a díjat végig fizeti. Másrészt a biztosító az átdolgozás során a biztosított aktuális korát veszi figyelembe, márpedig a szerződés megkötése óta eltelt néhány év egyben a díjtétel növekedését is jelenti. Harmadrészt, az új egyszeri díjas szerződés „díja” az eredeti szerződés visszavásárlási értéke, és ez mindig kevesebb, mint a teljes díjtartalék.

A díjmentesen leszállított biztosítás ettől kezdve egy teljesen szabályos egyszeri díjas biztosítási szerződésként él tovább. Így erre a szerződésre is vonatkoznak a befektetések többletőhozamából való részesedés szabályai, mégpedig úgy, hogy amennyiben a díjmentesítés időpontjában a megelőző évre járó többletőhozamot még nem osztották szét, a díjmentesítést követő első többletőhozam-visszatérítés ezt visszamenőleg pótolja. Abból következően pedig, hogy egyszeri díjassá dolgozták át, és az ilyen szerződéshez nem lehet kiegészítő biztosításokat kötni, a díjmentesítéssel egyidejűleg a korábbi kiegészítők megszűnnek. A díjmentesen leszállított szerződés továbbra is rendelkezik a maradékjogok harmadik fajtájával, a visszavásárlás jogával, melyet tüstént tárgyalunk.

Amennyiben a díjmentes biztosítás biztosítottja elhalálozik, haláleseti szolgáltatásként a leszállított – aktuális – biztosítási összeget fizetjük ki, illetve lejáratkor is a leszállított összeg képezi a biztosítási szolgáltatás alapját.

Azoknál a módozatoknál, amelyeknél van lehetőség díjmentes leszállításra, természetesen létezniük kell egyszeri díjas változatoknak is (hiszen erre szükség van a technikai lebonyolítás miatt), függetlenül attól, hogy a biztosító értékesíti-e önállóan is az egyszeri díjas verziót (a Patrónus biztosításnak például nem értékesítjük az egyszeri díjas változatát, a díjmentes leszállítás jogával azonban ennél a módozatnál is élhet a szerződő).

A visszavásárlás

A maradékjogok harmadik típusa a visszavásárlás. Ennek igénybevétele akkor lehet szükség, ha az ügyfélnek olyan súlyos pénzügyi problémái merülnek fel, amelyek megakadályozzák a további díjfizetést, sőt, az addig felgyűlt díjtartalékra is szüksége van. Ha a szerződő írásban kéri a szerződés visszavásárlását, a biztosító megszünteti a szerződést, a díjtartalékot pedig visszautalja a szerződőnek; pontosabban: nem a teljes díjtartalékot, hanem annak (előre meghatározott) jelentős részét, amit visszavásárlási értéknek nevezünk. A díjtartalék azon részét, amelyet a biztosító a korábbi kétoldalú megállapodás (a biztosítási szerződés) egyoldalú felbontása miatt egyfajta büntetésként visszatart, arra szolgál, hogy ellensúlyozza a visszavásárláskor felmerülő antiszelektációs hatást. Ez a hatás azért merül fel, mert a biztosítást nagy valószínűséggel azok vásárolják vissza, akiknek menet közben sem romlott lényegesen az egészségi állapotuk, s így nagyobb esélyük van arra, hogy megérjék a tartam lejártát. Azok viszont, akiknek romlott az egészségi állapotuk, kevésbé hajlamosak lemondani a díjtartaléknál magasabb haláleseti összegről.

Az üzleti tapasztalatok azt mutatják, hogy a visszavásárlás az életbiztosítási szerződések leggyakrabban alkalmazott maradékjoga.

A gyakorlatban ennek a jognak az érvényesítése úgy történik, hogy a szerződő bejelenti visszavásárlási igényét, vagy egyszerűen nem fizeti a biztosítási díjakat. A visszavásárlási joggal rendelkező szerződéseknél mindkét esetben kérheti a biztosítótól a kötvény visszavásárlását és az aktuális visszavásárlási érték kifizetését.

A visszavásárlási érték alapja az aktuális életbiztosítási díjtartalék. Szinte valamennyi életbiztosítási módozat rendelkezik valamilyen típusú díjtartalékkal (elemeztük őket korábban), ennek ellenére néhány módozatnál a biztosító nem ad lehetőséget a visszavásárlásra. A visszavásárlási jog alapjául általában a megtakarítási rész után képzett díjtartalék szolgál, összefoglalóan tehát azt mondhatjuk, hogy a megtakarítási jellegű biztosítások esetében van mód a visszavásárlásra.

A visszavásárlási érték megállapításánál a mindenkori teljes életbiztosítási díjtartalékot vesszük figyelembe, amely a szerződéskötés óta eltelt idő függvényében már magában foglalja az inflációs növekményt; a választható díjnövelések elfogadásából származó tartalék növekményt; valamint a már elszámolt többlethozam-visszatérítésre jutó tartalék növekményt is. (A visszavásárlás időpontjában még el nem számolt, az utolsó naptári évre eső többlethozamot a szerződő a visszavásárlással elveszíti.) Az így értelmezett mindenkori teljes életbiztosítási díjtartalék képezi az aktuális visszavásárlási összeg alapját a díjfizetési módtól függően.

A rendszeres (évi, félévi, negyedévi, havi) díjfizetésű biztosításoknál a tartam kezdetétől számított évek függvényében változik a visszavásárlási érték, melyet a biztosító a díjtartalék bizonyos százalékában ad meg. A 200-as kódszámú termékek esetében ezt az összefüggést az alábbi táblázat mutatja.

Biztosítási év	Visszavásárlási érték a díjtartalék százalékában	
az 1. éven belül		75%
a 2. évben	(75+3)	78%
a 3. évben	(78+3)	81%
a 4. évben	(81+3)	84%
(és így tovább, évente 3%-kal emelkedve)		
a 9. évtől		99%

Az egyszeri díjas biztosításoknál az eredeti biztosítás tartamának, valamint a visszavásárlás bejelentett – a szerződéskötéstől eltelt hónapokban számolt – időpontjának függvényében határozzuk meg a visszavásárlási értéket, megint csak a díjtartalék százalékában kifejezve. A 200-as kódszámú termékekre épülő szerződések azonnali visszavásárlásakor ügyfelünk a díjtartalék 93%-át kapja meg, majd ez az arány a tartamtól függően havonta növekszik, de legfeljebb 99% lehet a következő táblázatban foglaltaknak megfelelően.

Tartam (év)	Azonnali visszavásárlás esetén	Növekedés az eltelt biztosítási hónapokkal (%-ban)
1	93%	0,5
2	93%	0,25
3	93%	0,167
4	93%	0,125
5 vagy több	93%	0,1

azonban legfeljebb 99%

Például: egy eredetileg 5 éves tartamú egyszeri díjas biztosítás visszavásárlási értéke a biztosítás 14. hónapjában:

$$93\% + 14 \cdot 0,1\% = 94,4\%$$

Az egyéb biztosítási módoknál az elv azonos, csak a százalékok mértéke változik. A pontos számokat az átdolgozott, illetve már nem értékesíthető - de az ügyfélkörben még élő - termékek tárgyalásakor ismertetjük.

Az egyedi módok szabályzatának részét képező visszavásárlási táblázatok az alaptartam minimális visszavásárlási értékét mutatják, a megfelelő visszavásárlási szorzószámok figyelembevételével. A szerződések tényleges visszavásárlási értékei ezekből a táblázatokból csak közelítőleg olvashatók ki. Amennyiben a szerződő korábban elfogadta a felajánlott díjnövelési lehetőséget, akkor a díjtöbbleten lényegében egy új szerződés jön létre, amelynek a tartama már rövidebb, mint az eredeti biztosításé, ennek következtében pedig a visszavásárlási értéket is egy másik számsorból kell kiolvasni. Ugyanakkor nincs lehetőség arra, hogy valamennyi életkor-tartam párhoz megadjuk a teljes visszavásárlási táblázatot (ez egy háromdimenziós táblát eredményezne), ezért csak néhány kiválasztott tartam mellett mutatjuk meg a hozzá tartozó minimális visszavásárlási értékeket. Mivel ez a táblázat nem lehet teljes körű, egy adott szerződés esetén a visszavásárlási értéket sem lehet belőle pontosan meghatározni. A szerződés tényleges visszavásárlási értékéről a szerződő írásbeli kérésére az Ügyfélszolgálati Főosztály ad felvilágosítást.

Visszavásárlás alkalmával az előbbi módon meghatározott visszavásárlási értéket csökkenteni kell a fennálló díjhátralék és a kölcsöntartozás (plusz a kamataik) összegével.

Amennyiben a szerződő az adott szerződésre bejelenti megszüntetési igényét (akár a díj nem fizetésével), a biztosító az Általános Életbiztosítási Szabályzat alapján a visszavásárlás előtt felajánlja a lehetőséget a biztosítottnak, hogy írásbeli nyilatkozatával a szerződő helyébe lépjen, s ezzel átvállalja annak jogait, illetve kötelezettségeit.

Automatikus díjkölcsön

Az automatikus díjkölcsön nem tartozik az alapvető maradékjogok közé, de a díjtartalékhoz kapcsolódik. Ismertetésére az ötödik fejezetben térünk ki részletesen, most csak a lényegét foglaljuk össze.

Az automatikus díjkölcsön is egyfajta segítség, melyet a biztosító az ügyfélnek nyújt. A cél itt is az, hogy a meglévő szerződés ne szűnjön meg. Olyan helyzetben segít (például hosszas kórházi kezelés, időszakos munkanélküliség stb. esetén), amikor az ügyfél átmenetileg nem tudja fizetni szerződése díjait, de remény van rá, hogy anyagi helyzete később rendeződik. A díjkölcsön arra utal, hogy a biztosító meghitelezzi a biztosítás díját a szerződőnek, azaz kölcsönadja neki a saját díjtartalékából. Azért automatikus, mert (feltéve, hogy az ügyfél nem rendelkezett másként) ezt a segítségnyújtást au-

tomatikusan indítjuk akkor, ha a szerződés a díj nem fizetése miatt megszűnne, ugyanakkor van elegendő díjtartalék, és a szerződés tartalmazza az automatikus díjnövelés jogát. Természetesen a díjkölcsön megindulásáról és várható tartamáról is írásban tájékoztatjuk a szerződőt.

Az automatikus díjkölcsönön lévő biztosítás mindaddig változatlan feltételekkel életben marad, amíg a szerződés díjtartaléka fedezi a díjhátralékot, illetve a késedelmi kamatokat. A díjkölcsön tartama alatt a szerződőnek joga és lehetősége van arra, hogy addigi elmaradásait egy összegben rendezze. Ha ezt a szerződés megszűnése előtt bármikor megteszi, a késedelmi kamatokat nem számítjuk fel.

Amennyiben a biztosítási esemény a díjkölcsön tartama alatt következik be, a biztosító az aktuális biztosítási összeget fizeti ki, de levonja belőle a fennálló díjtartozást.

A maradékjogok korlátozása

A maradékjogok alapja a díjtartalék, de nem minden díjtartalékkal rendelkező biztosításnak van maradékjoga. Persze az is előfordulhat, hogy a biztosító nem teszi lehetővé az összes maradékjog érvényesítését egy díjtartalékkal rendelkező biztosítás esetében. Ennek elsődleges oka az antiszelekció kivédése, illetve mérséklése.

Nézzünk egy példát arra, hogyan érvényesülne az antiszelekció, ha a biztosító minden díjtartalékkal rendelkező biztosításhoz minden maradékjogot megadna. Először vegyük azt a példát, hogy a haláleseti életbiztosításnak is adott lenne a visszavásárlás maradékjoga. Tegyük fel, hogy haláleseti biztosítással rendelkező két ügyfelünk (akik egy személyben szerződők és biztosítottak is) egyszerre kerül nehéz anyagi helyzetbe, s egyszerre merül fel bennük a visszavásárlás gondolata. Ha az egyikük jó egészségi állapotnak örvend, s a tartam végéig várhatóan nem fog meghalni, akkor szívesen visszavásárolja a biztosítást. A másik pedig, aki nagyon beteg, esetleg már a halálán van, inkább nem kéri a visszavásárlást, mondván, hogy a családja sokkal több pénzt kap biztosítási összegként, mint visszavásárlási értéként. Ezzel a kétféle döntéssel meg is valósulna az antiszelekció.

Összefoglalva: a maradékjogok révén megvalósuló antiszelekció lényege a haláleseti életbiztosítás esetében az, hogy akinek az egészségi állapota a biztosítás tartama alatt jelentősen nem romlott, az hajlamosabb kiugrani a biztosításból, miközben a díjtételt – a statisztikák alapján – úgy számoltuk ki, hogy az egészséges emberek a tartam során végig fizetik a díjat, ebből pedig fedezhető a megromlott egészségi állapotú biztosítottak haláleseti összege. Tehát az egészséges emberek tömeges kiugrása (a visszavásárlási jog gyakorlása révén) felborítaná a biztosító számításait. Az antiszelekció hatását ezért úgy védi ki a biztosító, hogy nem adja meg a visszavásárlás jogát a haláleseti szerződéseknek.

Nyilvánvaló, hogy az elérési életbiztosítás épp ellentétesen működik. Itt az lenne hajlamos kiugrani a biztosításból, aki súlyosan megbetegszik, esetleg – kezében a diagnózissal – sejti, hogy nem fogja megélni a biztosítási tartam végét. Mivel az elérési biztosításnál a biztosítottnak a tartamon belüli halálával nem a kedvezményezettek kapják meg az addig felgyűlt díjtartalékot, hanem a veszélyközösség többi tagja, ez az ügyfél, ha lenne rá lehetőség, inkább visszavásárolná a biztosítását. Eközben az elérési biztosítás díjtételét úgy számoltuk ki, hogy feltételeztük, néhány ember biztosan meg fog halni a tartam alatt, és díjtartalékát szét lehet osztani az életben maradtak között. Emiatt a tiszta elérési biztosítások esetében is meg szokták tiltani a visszavásárlást és a díjmentes leszállítást. Nem vitás, az elérési biztosítás nagyon rugalmat-

lan konstrukció: ha az ügyfél nem akarja (vagy nem tudja) tovább fizetni a biztosítás díját, akkor minden addigi befizetését elveszíti. A biztosítók emiatt sem ajánlják szívesen.

Mivel az azonnal induló életjáradék-biztosítás nem más, mint elérési biztosítások sorozata, ezért ugyanez vonatkozik az életjáradékokra is.

AZ INFLÁCIÓ KEZELÉSÉNEK LEHETSÉGES MÓDJAI

Az infláció az ügyfélnek és a biztosítónak is sok gondot okoz. Az ügyfél legfőbb problémája az, hogy az igénye szerint kiszámolt szolgáltatás hosszú távon elértéktelenedik, azaz reálértéke nem lesz elég a szükségletek fedezésére. A biztosító részéről pedig – amellet, hogy ügyfelei elégedetlenek a szolgáltatással – az jelenti a gondot, hogy a díjba kalkulált vállalkozói díjrész is veszít értékéből, egyre kevésbé képes fedezni a ténylegesen felmerülő költségeket. Ezért mindkét fél érdeke, hogy a díjak – és ezen keresztül a szolgáltatás – értékvesztését megakadályozzák. Ezt a célt a díjnövelés módszerével lehet elérni.

A szolgáltatás értékvesztésén kívül azonban az inflációnak egyéb következménye is van. Az eddigiekben, ha hozamról volt szó, csak a technikai kamatlábbal számoltunk. Ez ugyebár egy olyan, hosszú távon vállalható és általában 2-5% között mozgó kamatláb, amelyet – mint a díjtartalék hozamát – a biztosító garantál. Inflációs időkben azonban a tényleges hozam igen jelentősen meghaladhatja a technikai kamatláb mértékét. Joggal merül fel a kérdés: kit illet ez a többlethozam? Mivel az ügyfelek befizetéseiből képzett tartalék befektetéséből származik, természetesen a nagyobbik része az ügyfélé. Ugyanakkor, merthogy a többlet a biztosító professzionális befektetőinek köszönhető, jogos, ha a biztosító is részesedik belőle. Inflációs időkben – amikor tehát ez az elérhető hozamszint jelentős mértékű lehet – előtérbe kerül a többlethozam-visszatérítés szükségessége.

Összefoglalva az eddigieket azt mondhatjuk, hogy az infláció ellen az életbiztosítások esetében két párhuzamos módon védekezhetünk:

- díjnöveléssel és
- többlethozam-visszatérítéssel.

Díjnövelés

Inflációs időkben általában valamennyi biztosító lehetővé teszi ügyfeleinek a díjnövelést. Ez többnyire nem kötelezettség, hanem lehetőség, tehát semmi köze a hétköznapi értelemben használt áremeléshez. A biztosító úgy teszi lehetővé az ügyfélnek az infláció miatt elértéktelenedő biztosítási összeg megnövelését, hogy közben nem végez semmilyen új kockázatelbírálást. A kockázatelbírálás hiánya persze fokozott antiszelektációs veszélyt jelent. Ezért a biztosító általában olyan megszorítást alkalmaz, hogy csak azok élhetnek ismételten a díjnövelési lehetőséggel, akik korábban is rendszeresen igénybe vették, akik pedig ezt nem tették, azok elveszítik e jogukat. Ez a megoldás védi a veszélyközösséget azok ellen, akiknek az inflációkövetés a halálos ágyukon jutna először eszükbe.

A díjnövelés elve egyszerű: úgy tekintjük, hogy a többletdíjon (az emelt díj és az előző évi díj különbségén) a szerződő a hátralévő tartamra – a biztosított aktuális korát figyelembe véve – ugyanolyan típusú, rendszeres díjfizetésű biztosítást vásárol. Ennek az új biztosításnak az összegét egyszerűen hozzáadjuk a korábbi biztosítási összeghez.

Biztosítónként különbözik, hogy mihez kötik a felajánlott díjnövelés mértékét. Mivel az egész eljárás oka az infláció, ezért az egyik leggyakoribb megoldás, hogy az inf-

láció mértéke a viszonyítási alap. (Például a díjnövelés mértékének az előző évi infláció mértékét adják meg, vagy az előző évi infláció 80%-át stb.) Mivel az infláció csak bizonyos mértéken felül jelent veszélyt, és nagyon alacsony szintű díjnövelés esetén az átdolgozás technikai költsége többbe kerülne, mint a befolyó díjnövekmény, ezért a díjnövelésnek alsó határt is szoktak szabni. Például a biztosító 5% alatti infláció esetén mérlegelhet, hogy felajánlja-e a díjnövelést – vagy egységesen 5%-ot ajánl fel.

A díjnövelés másik módszere az úgynevezett revalorizációs technika, amikor is a díjnövelés lehetséges mértéke az adott biztosítóintézet befektetési többlethozamának mértékével egyezik meg.

Milyen mértékben nő a biztosítási összeg a díjnövelés hatására? Erre a kérdésre nem lehet egyértelmű választ adni, ugyanis kortól, nemtől, tartamtól, módozattól függően változik. Egy azonban biztos: az összeg kisebb mértékben emelkedik, mint a díj, s ennek két oka is van:

- minél idősebb a biztosított, annál nagyobb a halálozási valószínűsége, és így egyre magasabb díjtételek mellett köthető számára újabb biztosítás;
- az idő előrehaladtával rövidül a hátralévő tartam, s ez a megtakarításhoz rendelkezésre álló idő rövidülése miatt kisebb mértékben növeli a szolgáltatást, mintha ugyanezt a többletet hosszabb időn keresztül lehetne gyűjtögetni, befektetni.

Az idő előrehaladtával tehát a díjnövelés hatása egyre inkább csökken. Ezért van az, hogy jó néhány biztosító nem teszi lehetővé az automatikus díjnövelést a lejárat előtti utolsó év(ek)ben. Hogy pontosan hány évre terjed ki ez a korlát, az a szerződés tartamától is függ; például a 10 évnél hosszabb tartamú szerződések esetében az utolsó 5 évben nincs lehetőség a díjnövelésre.

Ebből a szempontból egészen más hatása van a többlethozam-visszatérítésnek.

Többlethozam-visszatérítés

A többlethozam-visszatérítés a megtakarítási típusú biztosítások befektetési jellegéhez kapcsolódik, ezért ennek a technikának nem az inflációkezelés az egyetlen oka.

Mint már említettük, a többlethozam nem más, mint a díjtartalék befektetéséből a technikai kamaton felül elért nyereség.

A többlethozam-visszatérítésnek több módja lehet – ki lehet például sorsolni az ügyfelek között –, de a gyakorlatban általában kettőt szoktak alkalmazni, mégpedig vagy szolgáltatásemelésre fordítják, vagy egy külön számlán kamatozó betétként jóváírják az ügyfélnek.

Nyilvánvaló, hogy csak az első módszer igazán biztosítási jellegű, hiszen itt a többlet jóváírásával egyidejűleg azonnal megnő a szolgáltatás mértéke is. A módszer az, hogy az elért nyereségből levonják a technikai kamatnak megfelelő mértékű nyereséget (hiszen azt már eleve beleszámították a díjba), és a többleten valamilyen arányban osztozik az ügyfél és a biztosító.

Az ügyfél részét azután úgy tekintik mint az eredetivel azonos típusú életbiztosítás egyszeri nettó díját, amelynek tartama az eredeti biztosítás hátralévő tartama, tehát ugyanakkor jár le, mint az eredeti biztosítás, az ügyfél belépési kora pedig az aktuális kora. Ez alapján kiszámítják a többlethozamért mint egyszeri díjért járó biztosítási összeget, és ezzel megnövelik az eredeti szolgáltatás nagyságát, az ügyfélnek járó többlethozamot pedig hozzáírják a díjtartalékhoz.

A biztosítótársaság minden év júliusában tájékoztatást küld a szerződőnek a többlethozam-visszatérítés mértékéről.

A biztosítási esemény bekövetkeztekor még el nem számolt többlethozam-visszatérítést a biztosító az adott időszakra vonatkozó hozamszámítása alapján a biztosítási összeggel együtt kifizeti. Ez úgy történik, hogy a biztosító minden hónapban kiszámolja az adott naptári évben addig elért hozamot, s az abban a hónapban bekövetkezett biztosítási eseményekre ezzel a hozammal számítja ki az utolsó töredék évre vonatkozó nyereségrészesedést. Visszavásárlás esetén a még el nem számolt többlethozamot nem fizetjük ki.

Megjegyzés: Azoknál a módzatoknál, amelyeknél van többlethozam-visszatérítés, természetesen létezik egyszeri díjas változat is, még ha ezeket nem is értékesítjük.

Az, hogy az inflációkezelési technikák együttes alkalmazásának a gyakorlatban mi lesz az eredménye, alapvetően a biztosító befektetéseitől függ. Mérséklődő infláció mellett a biztosítók csak azt ígérhetik felelősséggel, hogy az inflációkövetés elfogadásával és a többlethozam-visszatérítéssel a biztosítási összeg megőrzi a reálértékét, esetleg kismértékű pozitív reálkamatot érnek el.

PÉLDÁK

Maradékjogok

Kölcsön

Induló adatok

Nem:	férfi
Kor:	30 év
Tartam:	20 év
Módozat:	vegyes (Talizmán)
Biztosítási összeg:	5 000 000 Ft

Tegyük fel, hogy eltelt 10 év, és ügyfelünk szeretne 300 000 Ft kölcsönt felvenni.

A díjtartalék 10 év múlva 1 974 038 Ft (az egyszerűség kedvéért eltekintünk a díj-emelésektől és többlethozam-visszatérítésektől).

A kölcsön feltételei

Tartam:	360 nap
Kamat:	diszkontkincstárjegy hozama + 5% 12 + 5 = 17% (fiktív példa)
Korlátok:	felső határ: a díjtartalék 80%-a, $1\,974\,038 \cdot 0,80 = 1\,579\,230$ alsó határ: a minimális egyszeri díj 25%-a ($200\,000 \cdot 0,25 = 50\,000$)

Láthatjuk, hogy az igényelt 300 000 Ft a két szélső korlát közé esik, tehát felvehető.

Az előleges kamat azt jelenti, hogy a kamat összegét előre levonjuk a kifizetendő összegből, vagyis ügyfelünk kézhez kap $300\,000 : 1,17 = 256\,410$ Ft-ot, egy év múlva pedig 300 000 Ft-ot fizet vissza.

Díjmentes leszállítás

Induló adatok

Nem:	férfi
Kor:	30 év
Tartam:	20 év
Módozat:	vegyes (Talizmán)
Biztosítási összeg:	5 000 000 Ft

A díjtartalék 10 év múlva 1 974 038 Ft (az egyszerűség kedvéért eltekintünk a díj-emelésektől és többlethozam-visszatérítésektől).

Ügyfelünk 10 év eltelte után nem tudja tovább fizetni a díjakat, ezért kéri a díjmentes leszállítást. Ezt úgy kezeljük mint a hátralévő tartamra a díjtartalékból vásárolt egyszeri díjas új biztosítást, figyelembe véve az ügyfél aktuális korát.

A most már 40 éves férfi 10 évre szóló Talizmán biztosításának díjtétele:

$$D(40,10) = 718,561 \text{ (nettó díj)}$$

$$\text{Az új biztosítási összeg: } 1\,974\,038 : 718,561 \cdot 1000 = 2\,747\,210 \text{ Ft}$$

Inflációkezelés

Induló adatok

Nem:	nő
Kor:	41 év
Tartam:	20 év
Módozat:	vegyes (Talizmán)
Biztosítási összeg:	1 600 000 Ft
Kötés:	2000. május 5.
Díjtétel:	$D(41,20) = 4,3188$
Havi díj:	$1600 \cdot 4,3188 = 6910$

A 2001-ben felajánlott díjnövelés

A 2000-es infláció:	8,9% (fiktív adat)
A felajánlott növelési lehetőség:	a 8,9% 100%-a, azaz 8,9%
Növelt havi díj:	$6910 \cdot 1,089 = 7525 \text{ Ft}$

A biztosítási összeg növekedése

Díjtétel:	$D(42,19) = 4,6008$ (egy évvel idősebb, a tartam pedig egy évvel rövidebb)
Díjkülönbség:	$7525 - 6910 = 615 \text{ Ft}$
Az összeg növekedése:	$615 : 4,6008 \cdot 1000 = 133\,672 \text{ Ft}$
A megnövelt biztosítási összeg:	$1\,600\,000 + 133\,672 = 1\,733\,672 \text{ Ft}$

A 2002-ben felajánlott díjnövelés

A 2001-es infláció:	6,7% (fiktív adat)
A felajánlott növelési lehetőség:	a 6,7% 100%-a, azaz 6,7%
Növelt havi díj:	$7525 \cdot 1,067 = 8029$

A biztosítási összeg növekedése

Díjtétel:	$D(43,18) = 4,9147$ (egy évvel idősebb, a tartam pedig egy évvel rövidebb)
Díjkülönbség:	$8029 - 7525 = 504 \text{ Ft}$
Az összeg növekedése:	$504 : 4,9147 \cdot 1000 = 102\,549 \text{ Ft}$
A megnövelt biztosítási összeg:	$1\,733\,672 + 102\,549 = 1\,836\,221 \text{ Ft}$

ING NATIONALE-NEDERLANDEN



ÖTÖDIK FEJEZET

BIZTOSÍTÁS ÉS JOG

ÁLTALÁNOS JOGI TUDNIVALÓK

A biztosítás mint gazdasági jelenség

A biztosítás története valamikor azzal kezdődhetett, hogy a társadalom tagjai felismerték a veszélyt, vagyis azt az állapotot, amelyben bármelyiküket valamilyen kár, illetve gazdaságilag fenyegető hatás érheti.

A veszély bekövetkezésének lehetősége a kockázat. A veszély nagyságát, bekövetkeztenek valószínűségét befolyásolhatja, megelőzheti az adott társadalom fejlettségi foka, jogrendszere, gazdasági stabilitása stb.

A biztosítás leginkább akkor kerül a figyelem középpontjába, ha a külső környezeti hatások jelentősen megemelik a kockázati tényezőket, a várható hátrányok pedig meghaladják a biztonságteremtésnek azokat a lehetőségeit, melyeket az egyéni tartalékolás elérhet.

Ez a megfelelő pillanat ahhoz, hogy az üzleti alapokon működő biztosítók megszervezzék a veszélyközösség kockázati és kármegosztó tevékenységét, és létrehozzák azt a fedezetet, amely a károk kiegyenlítését segíti elő.

A biztosítók szolgáltatásuk ellenértékét, a biztosítási díjat matematikai-statisztikai számításokkal állapítják meg.

A biztosítás mint jogviszony

A biztosításban érdekelt felek között jogi kapcsolat jön létre, tehát a biztosítási üzletet egyben jogügyletként kötik meg, mégpedig sajátos jogviszonyszerkezetben és különös közjogi szabályozás alapján.

A magánjogi természetű biztosítási jogviszony szervesen illeszkedik a magánjog (a polgári jog) világába. A magyar jogrendszerben a biztosítási szerződést, illetőleg a biztosítási jogviszonyokat a Polgári Törvénykönyv (Ptk.) szabályozza. A kötelmi jog különös részében, az Egyes szerződések című fejezetben található a biztosítási szerződésre általában, valamint az egyes biztosítási szerződésfajtákra egyedileg vonatkozó rendelkezések.

A Ptk. így határozza meg a biztosítási szerződés fogalmát:

„A biztosítási szerződés alapján a biztosító a meghatározott jövőbeli esemény (biztosítási esemény) bekövetkeztétől függően bizonyos összeg megfizetésére vagy más szolgáltatás teljesítésére, a biztosított, illetőleg a másik szerződő fél pedig díj fizetésére kötelezi magát.”

A biztosítási események körét a szerződő felek a szerződésben szabadon határozzák meg.

A törvény vagyonbiztosítást, felelősségbiztosítást, életbiztosítást és baleset-biztosítást különböztet meg.

A biztosítási rendszer résztvevői

A biztosítási rendszer résztvevői a biztosítók, a külföldi biztosítók magyarországi képviseletei, a biztosításközvetítők – ők lehetnek biztosítási alkuszok, valamint egyes és többes biztosítási ügynökök –, a vezérügynök és a biztosítási szaktanácsadó.

A biztosítási tevékenységre vonatkozó közjogi szabályozás legfontosabb jogszabálya a biztosítóintézetekről és a biztosítási tevékenységről szóló 1995. évi XCVI. törvény. E törvény alapján biztosító részvénytársaságként, szövetkezetként vagy egyesületként működhet. A biztosítási tevékenység megkezdésének előfeltétele a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének engedélye. (Ez a szervezet 2000. április 1-jén jött létre az Állami

Pénz- és Tőkepiaci Felügyelet [ÁPTF], az Állami Biztosításfelügyelet [ÁBIF] és az Állami Pénztárfelügyelet összevonásával, és utódszervezetként látja el mindazokat a feladatokat is, amelyek korábban az ÁBIF hatáskörébe tartoztak.)

Az egyes szervezeti formák alapításáról és működéséről külön jogszabályok rendelkeznek.

Alapvető tudnivaló, hogy biztosításközvetítói tevékenységet csak biztosítási ügynök végezhet a biztosítóval kötött megbízási szerződés vagy a biztosítóval létesített munkaviszony alapján. A biztosítási törvény 2001. január 1. napjától hatályba lépett módosítása szerint a biztosítási ügynöki tevékenységet egyes vagy többes biztosítási ügynökként lehet végezni. Az egyes biztosítási ügynök tevékenységét egy biztosítóval fennálló jogviszony, a többes biztosítási ügynök pedig több biztosítóval fennálló jogviszony alapján végzi. A többes biztosítási ügynök tevékenységét a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének (a továbbiakban: Felügyelet) engedélyével folytathatja. Biztosítási szaktanácsadó kizárólag a biztosítási tevékenységgel összefüggő szaktanácsot adhat, biztosítási szerződést nem közvetíthet.

A biztosítási ügynök a biztosító által kiállított igazolvány alapján folytathatja tevékenységét. Az egyes biztosítási ügynök biztosításközvetítő tevékenysége abból áll, hogy felkutatja az üzletfeleket, érdemi tárgyalásokat folytat, előkészíti a szerződés létrejöttét, átveszi a leendő ügyfél ajánlatát és a szerződéshez szükséges díjat, ám a szerződés megkötésében már nem vesz részt.

A biztosítási szerződés alanyai

A szerződő

Kétpólusú szerződés az, amikor a biztosítási szerződés egyik alanya a biztosító, másik alanya pedig a szerződő.

A szerződő jogi helyzetét a Ptk. 547. §-a rögzíti: „Ha a biztosítási szerződést nem a biztosított, hanem az ő javára harmadik személy köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig, illetőleg a biztosított belépéséig (550. §) a díjfizetési kötelezettség a szerződő fel terhel, a jognyilatkozatokat hozzá kell intézni, és ő köteles a megfelelő jognyilatkozatok megtételére is.”

A szerződő fél tehát az, aki a saját jogán létrehozza a biztosítóval a biztosítási szerződést – ő tesz ajánlatot, őt terhelik a biztosítási szerződésből eredő fő kötelezettségek (például a biztosítási díj fizetése), ő az, aki egyéb jognyilatkozatok megtételére jogosult, ilyen lehet többek között a szerződés megszüntetése vagy reaktiválása.

A szerződő fél határozza meg a biztosítási szerződés tárgyát és a biztosítási összeget.

A biztosított

Amennyiben a szerződést nem a biztosított kötötte, akkor elkülönült jogi helyzetben van.

A biztosított az a személy, aki a biztosítási érdekek hordozója; akinek (életbiztosítási szerződés esetén) az életével kapcsolatban történhetnek olyan események, melyeket a szerződés biztosítási eseménynek tekint.

A biztosított az életbiztosítási szerződés központi szereplője.

A biztosítottnak – amennyiben nem azonos a szerződővel – hozzá kell járulnia az életbiztosítási szerződés megkötéséhez, illetve módosításához. A biztosított a hozzájárulás visszavonásával előidézheti a szerződés megszűnését is – kivéve, ha a szerződő helyébe lép annak beleegyezésével.

A biztosított bármikor a szerződő fél helyébe léphet annak beleegyezésével; nincs szükség azonban a szerződő beleegyezésére akkor, amikor a biztosítási szerződés a megszűnését megelőző szakaszában van, mert ilyenkor – ha a szerződő fél felmondta a szerződést, vagy késik a díjfizetéssel – a biztosított jogosult a szerződés egyoldalú fenntartására.

Az életbiztosítás biztosítottja természetesen csak magánszemély lehet. Az N-N szerződéseinek túlnyomó többségénél a biztosított egy személy, de vannak két, illetve több életre szóló életbiztosítások is. Mivel a kockázatelbírálás során a biztosított korát, aktuális egészségi állapotát s ennek előzményeit vesszük figyelembe, a díjat pedig ennek megfelelően kalkuláljuk, az ő személye nem változhat a szerződés tartama alatt.

A szerződőnek és a biztosítottnak egyaránt kötelezettsége, hogy a biztosítónak rendelkezésre bocsássa a szerződés létrejöttéhez szükséges információkat. E közös kötelezettségüket a Ptk. 547. § (2) bekezdése szabályozza, mely szerint a közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat: egyikük sem védekezhet azzal, hogy nem volt tudomásuk valamilyen körülményről vagy változásról, amelyet elmulasztottak a biztosítóval közölni, vagy neki bejelenteni, noha arról tudniuk kellett, és a közlésre, illetőleg a bejelentésre kötelesek lettek volna.

A közlési kötelezettség minden esetben a biztosító írásban feltett kérdéseire vonatkozik. Olyan tényekre, adatokra, amelyekről nincs írásbeli kérdés, a közlési kötelezettség nem terjed ki. A törvény szerint egymagában még nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését az, ha a szerződő vagy a biztosított a kérdéseket megválaszolatlanul hagyja.

Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.

A kedvezményezett

Olyan biztosítási jogviszonyok esetén, amikor a szerződésben a szerződő fél mellett biztosított és kedvezményezett is szerepel, a jogviszony többalanyú polarizálódását figyelhetjük meg.

A kedvezményezettnek az a kötelezettsége, hogy bejelentse a biztosítási esemény bekövetkezését, és rendelkezésre bocsássa a biztosítási esemény elbírálásához szükséges iratokat; további kötelezettsége kedvezményezetti minőségének bizonyítása. Ez utóbbinak elsősorban akkor van jelentősége, amikor a szerződésből nem állapítható meg egyértelműen a kedvezményezett személye.

A kedvezményezett lehet a szerződésben megnevezett személy. A megnevezés történhet név szerint és más megjelöléssel is, például: velem együtt élő házastársam, születendő gyermekem, végrendeleti örökösöm stb.

Ha a szerződésben a kedvezményezettet nem jelölték meg, és bemutatóra szóló kötvényt sem állítottak ki (az N-N nem állít ki bemutatóra szóló kötvényt), a kedvezményezett a biztosított örököse, mégpedig bármilyen jogcímű örököse – tehát nem kizárólag a törvényi örökös, hanem a végrendeleti örökös is. Itt meg kell említenünk, hogy az élet- és baleset-biztosítási összeg nem része a hagyatéknek, nem örökölheto, és az arra jogosult a biztosítási összegre kizárólag kedvezményezettként tarthat igényt.

A törvényes örökösök mint kedvezményezettek a törvényes öröklés szabályai szerint osztoznak az életbiztosítási összegben. Mivel a törvényes házastársat a törvényes öröklés szabályaiban meghatározott tartalmú haszonélvezeti jog illeti meg, jogszerűen igényt tarthat az életbiztosítási összeg kamataira.

A kedvezményezett kijelölésére a szerződő fél jogosult; amennyiben nem azonos a biztosítottal, a kedvezményezett kijelöléséhez a biztosított hozzájárulása is szükséges.

Ha a kedvezményezettet a biztosított hozzájárulása nélkül jelölik meg, az a biztosítási szerződés részleges semmisségét eredményezi, s ez esetben a biztosítottat, illetve örökösét kell kedvezményezettnek tekinteni, akik kötelesek a szerződő fél szerződésből eredő költségeit megtéríteni.

Ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elhalálozik, kedvezményezetti kijelölése hatályát veszti. Ekkor a szerződő másik kedvezményezettet jelölhet, ennek hiányában pedig a továbbiakban a biztosított vagy annak örököse a kedvezményezett.

A biztosítási szerződés alanyai közül a szerződő és a kedvezményezett is lehet magán-, illetve jogi személy. Az N-N jelenlegi szabályozása szerint a szerződés bármelyik alanya lehet magyar és nem magyar állampolgár egyaránt. Amennyiben a szerződő vagy a biztosított nem magyar állampolgár, az Ügyfélszolgálati Főosztály egyéni kockázatelbírálást végez, amely kiterjed a szerződés megkötésének körülményeire, okaira, a biztosítási szándék indokoltságára stb. A szerződőnek magyar levelezési címet kell megjelölnie, ahol szükség esetén el lehet érni. A külföldi alanyokra vonatkozó jogi szabályozás azt is lehetővé teszi az ügyfélnek, hogy tetszőleges valutában fizessen. Az N-N azonban a külföldi alanyú szerződések esetén záradékban rögzíti, hogy a díj fizetése és a szolgáltatás kifizetése is kizárólagosan magyar forintban történhet.

Mentesülés

A biztosító a biztosítási szerződés alapján köteles bizonyos összeg megfizetésére vagy más szolgáltatás teljesítésére. A biztosító általában pénzt fizet, de egyéb szolgáltatásra is vállalhat kötelezettséget, például a szerződés díjmentesítésére.

A biztosító megkövetelheti azt, hogy a biztosítási esemény bejelentését az erre kötelezett személy határidőn belül tegye, és a szükséges felvilágosításokat megadja. A biztosító mentesülhet a teljesítési kötelezettség alól, ha a határidő elmulasztása miatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak.

A biztosító mentesülésének általános szabályát a Ptk. 540. § (3) bekezdése tartalmazza: „A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.”

Az életbiztosítási szerződéseknel a biztosító speciális mentesülési lehetőségét a Ptk. 565. § (3) bekezdése szabályozza. Eszerint a biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét; ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, illetve a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében hal meg. Ezek a szabályozások a jog eszközeivel azt kívánják elérni, hogy a biztosítási összeg megszerzése reményében senki ne törjön más életére, vagy ugyanilyen okból ne vállaljon fel többletkockázatot, ne hazardírozzon a saját életével.

A biztosítási esemény

A biztosítási esemény az a jövőbeni esemény vagy körülmény, amelynek bekövetkezése a biztosító szolgáltatási kötelezettségével jár együtt.

A Ptk. 536. § (2) bekezdése néhány példával próbálja meghatározni a biztosítási események körét:

„A biztosítási esemény lehet különösen:

- a) a szerződésben megállapított károsító esemény,
- b) halál bekövetkezése, meghatározott életkor elérése,
- c) testi sérülést, rokkantságot vagy halált okozó baleset.”

A biztosítási események körét teljes részletességgel a felek a szerződésükben szabadon határozzák meg.

A biztosítási szerződés feltételei (biztosítási szabályzatok)

A biztosítási szabályzatok azokat a feltételeket tartalmazzák, amelyeket eltérő szerződéses kikötés hiányában a biztosítási szerződésekre alkalmazni kell. A Ptk. kimondja, hogy a szerződés tartalmát a felek szabadon állapítják meg. A szerződés tartalmának szabad megállapítását azonban maga a törvény bizonyos esetekben korlátozhatja. Ilyen korlátozás érvényesül a biztosítási szerződéseknél. A Ptk. 567. § (1) bekezdése ugyanis kimondja azt, hogy a biztosítási szabályzat és a felek szerződése a törvény rendelkezéseitől csak a biztosított, illetve a kedvezményezett javára térhet el.

Az élet- és baleset-biztosítások 1998. december 31-ig engedélykötelesek voltak, ezt követően a biztosítónak a biztosítási termék törvényben meghatározott jellemzőit kell a Felügyelethez benyújtania.

A biztosítási szerződés létrejötte és hatálybalépésének sajátosságai

Érvényes biztosítási szerződés csak írásban jöhet létre.

A biztosítási szerződés létrehozásának szabályai igen bonyolultak, nem hasonlíthatók például egy adásvételi szerződés létrehozásához, ahol az ajánlat és annak elfogadása egy időben teremti meg a felek közötti szerződést. A biztosítási szerződés a hatályos jogban többféleképpen jöhet létre, ám a téma bonyolultsága miatt csak a Nationale-Nederlanden gyakorlatát ismertetjük.

A biztosítási ügynök tehát a szerződés létrehozása céljából felkeresi a biztosító lehetséges partnereit, ismerteti a szerződés leendő tartalmát, joghatásait. Ha sikerrel járt, az ügyfél írásos ajánlatot tesz, és a biztosító, miután az ajánlatot elbírálta, és elfogadhatónak ítélte, az ajánlat tartalmával egyezően kötvényt bocsát ki.

A biztosítási szerződést tehát az hozza létre, hogy a biztosító kiállítja a biztosítási kötvényt.

A szerződés az azt követő napon lép hatályba, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító képviselőjének kifizeti, tehát alapesetben az ajánlat megtételét követő napon – feltéve, hogy a biztosító az ajánlatot elfogadja, és azonos tartalommal kötvényt bocsát ki, vagyis a biztosítási szerződés utóbb létrejön.

Kijelenthetjük, hogy a szerződés létrejötte és hatálybalépése egymással szoros összefüggésben áll, egyik nem létezik a másik nélkül, ám időben elkülönül a két esemény. A szerződés létrejötte a kötvény kiállításának napja, a szerződés hatálybalépése pedig a díjfizetés másnapja.

(A kockázatviselés kezdete a hatálybalépés jogi kategóriájának megfelelő speciális biztosítási kifejezés; a kockázatviselés a díjfizetés másnapján 0 órakor kezdődik.)

A biztosítási ajánlat elfogadására a biztosítónak 30 nap áll a rendelkezésére, ez idő alatt kell az ajánlat tartalmát elbírálnia. Amennyiben a biztosító az ajánlatot nem tartja

elfogadhatónak, vagy elbírálásához egyéb jogcselekményekre van szüksége (például az ajánlat kiegészítése, az orvosi vizsgálatok elvégzése és az eredmények bemutatása stb.), a szerződni kívánó felet köteles tájékoztatni erről a 30 napos határidőn belül. Ilyenkor az elbírálási határidő a hiánypótlástól számítva újra kezdődik.

Nagyon fontos törvényi szabály, hogy a biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatról nem nyilatkozik. A szerződés hallgatással való létrejöttének következményeit a Ptk. részletesen szabályozza, ennek ismertetésétől az N-N gyakorlatának hiányában eltekinthetünk. Azt azonban meg kell jegyezni, hogy a képviselőknek szigorúan kötelező mind az ajánlatot, mind a biztosítás első díját haladéktalanul továbbítani a biztosítónak.

A biztosítási törvény

Az általános jogi tudnivalók ismertetése után az 1995. évi XCVI. törvény néhány olyan szakaszát idézzük, amelyek alapfogalmakat rögzítenek, illetve közvetlenül hasznosíthatók a mindennapi munkában.

„3. § 4. Biztosítási ág: a biztosítások kockázati ismérvek alapján elhatárolt két fő csoportja: a nem-élet vagy az élet típusú biztosítási ágak.

3. § 5. Biztosítási ágazat: a biztosítások biztosítási ágon belüli azonos, illetve egymáshoz hasonló kockázatok alapján elhatárolt alcsoportja.

3. § 6. Biztosítási termék: meghatározott biztosítási kockázatokra vagy kockázatesoportokra kidolgozott feltétel- és teljesítési rendszer.” (...)

„3. § 16. Maradékjogok: az életbiztosítási szerződés feltételeiben meghatározott azon jogok, amelyek a díjfizetés elmaradása, illetőleg a szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetén fennmaradnak.” (...)

„3. § 24. Technikai kamatláb: az a kamatláb, amellyel a biztosító az élet- és betegség-biztosítási díj és díjtartalék, illetve a járadéktartalék megállapításakor kalkulál.

3. § 25. Többlethozam: a matematikai tartalékok befektetése hozamának és a technikai kamatláb felhasználásával számított hozamnak a különbsége.” (...)

„3. § 27. Veszélyközösség: az azonos vagy hasonló kockázatnak kitett személyek csoportja.” (...)

„3. § 36. Alügynök: a biztosítási ügynök megbízásából, a biztosító javára eljáró személy. Közvetítői tevékenységének tartalmát a biztosítási ügynökkel kötött szerződése határozza meg.”

3. § 38. Jelzáloghitel: a biztosító részvénytársaság saját életbiztosítási ügyfeleinek – közokirathoz foglalt szerződés alapján – nyújtott olyan pénzkölcsöne, amelynek fedezete az adott ügyfél által megkötött, életbiztosítási szerződés alapján teljesítendő összeggel együtt a Magyarország területén lévő ingatlanon – kivéve a termőföldet – alapított jelzálogjog. A jelzáloghitel összege nem haladhatja meg a biztosítási összeget.

„5. § (1) Biztosítási, biztosítási alkuszi, többes biztosítási ügynöki és biztosítási szaknácsadói tevékenységet Magyarországon csak a Felügyelet engedélyével rendelkező, belöldi székhelyű biztosító, biztosítási alkusz, többes biztosítási ügynök és biztosítási szaknácsadó végezhet.” (...)

„6. § (1) Biztosító részvénytársaságként, szövetkezetként vagy egyesületként működhet.” (...)

„31. § (1) A biztosításközvetítői tevékenység a biztosítási szerződés létrehozására közvetlenül irányuló rendszeres üzletszerű tevékenység.

(2) Biztosításközvetítői tevékenységet biztosítási alkusz, valamint egyes és többes biztosítási ügynök végezhet.

(3) Az alkusz ügynöki tevékenységet, az ügynök alkuszi tevékenységet nem végezhet. (...)

32. § (1) A biztosítási alkusz a biztosítási (...) szerződést annak a félnek az írásbeli megbízása alapján közvetíti, aki a biztosítás létrejötte esetén a biztosított (...) vagy a biztosítóval szerződő fél pozíciójába kerül. Az alkusz a biztosítóval állandó megbízást nem létesíthet."

„37. § (1) A biztosítási ügynök – az alügynök kivételével – a biztosítóval kötött megbízási szerződés alapján vagy a biztosítóval létesített munkaviszony keretében végzi a biztosításközvetítői tevékenységet.

(2) Biztosítási ügynöki tevékenységet egyes vagy többes biztosítási ügynökként lehet végezni. Az egyes biztosítási ügynök tevékenységét egy biztosítóval fennálló jogviszony, a többes biztosítási ügynök tevékenységét két vagy több biztosítóval fennálló jogviszony alapján végzi. A többes biztosítási ügynök előkészíti a biztosítási szerződés megkötését. Tevékenysége kiterjedhet – a biztosító ez irányú meghatalmazása esetén – a biztosítási díj átvételére, valamint a szerződésből eredő jogok és kötelezettségek teljesítésében és lebonyolításában való közreműködésre.

(3) Az ügynöknek megbízási díj (jutalék) csak a megkötött, illetve fenntartott biztosítási szerződés után jár." (...)

„(7) Az alügynököt az egyes biztosítási ügynök köteles bejelenteni a biztosítónak."

„38. § (1) A vezérügynök a biztosító azon ügynöke, akinek a biztosító teljes körű felhatalmazást adott mindannak a jogkörnek az ellátására, amely a biztosító üzletviteléhez szükséges, így a szerződés megkötésére, a kötvény kiállítására és a biztosítási díj átvételére is." (...)

„39. § (1) A biztosítási szaktanácsadó a megbízási szerződés alapján, díj ellenében nyújt a biztosítási tevékenységgel összefüggő szaktanácsot, biztosítási (...) szerződést nem közvetíthet.

(2) A biztosítási szaktanácsadó tevékenységét csak a Felügyelet engedélyével kezheti el, illetőleg folytathatja."

A KÉPVISELŐ ÉS AZ ÜGYFÉL FELELŐSSÉGE

A közlési kötelezettség szándékos megsértése

A közlési kötelezettség tárgyalása során már érintettük az ügyfél és a képviselő kötelezettségének kérdéskörét. A kötelezettségek mellett szólni kell a felelősség kérdéseiről is.

A közlési kötelezettség szándékos megsértése valójában csalást jelent, legalábbis a köznyelvi értelemben. Ha közelebbről vizsgáljuk a kérdést, akkor jogilag is annak minősül.

A biztosítási csalásokat a köztudatban elsősorban a vagyonbiztosításokkal kapcsolatos csalásokkal azonosítják. Ennek egyik oka az, hogy az életbiztosítási üzletág a vagyonbiztosításhoz képest még kisebb súlyú, a másik pedig az, hogy a hazai biztosítási kultúra jelenlegi szintjén a közlési kötelezettség (akár szándékos) megsértését is csupán a „kegyes csalások” közé sorolják.

A csalás büntetőjogi, illetve szabálysértési kategória.

A Btk. 318. § (1) bekezdése szerint az, aki jogtalan haszonszerzés végett mást megtéveszt, vagy tévedésben tart, és ezzel kárt okoz, csalást követ el.

Annak megítélése, hogy a közlési kötelezettség szándékos megsértése kimeríti-e a csalás tényállását, csak az eset összes körülményének alapos vizsgálatával, mérlegeléssel dönthető el.

Amennyiben a szerződő fél vagy a biztosított szándéka arra irányul, hogy egy valóságtól eltérő adattal vagy valamilyen lényeges körülmény elhallgatásával a biztosítót megtéve, és ezáltal jogtalan haszonra tegyen szert, akkor megalapozottan beszélhetünk csalásról. A szándékot azonban bizonyítani kell.

Annak eldöntésére, hogy a csalás milyen súlyú, a szabálysértési kódex rendelkezései az irányadók. A törvény szerint: „... aki tízezer forintot meg nem haladó kárt okozva csalást... követ el”, az szabálysértésért vonható felelősségre. Ha az N-N életbiztosítási módzatait tekintjük, akkor bármelyik módzat haláleseti vagy lejáratí összege meghaladja a szabálysértési értékhatárt. Ebből adódóan nagy a valószínűsége annak, hogy a cselekmény bűncselekménynek minősíthető.

A Btk. úgy rendelkezik, hogy a 200 ezer forint értékhatárig elkövetett csalásokat a vétségek közé sorolja, az afelettiakat büntettnek minősíti, és vétség esetén két évig, büntett esetén pedig hosszabb ideig terjedő szabadságvesztéssel sújtja az elkövetőt.

Felmerülhet a csalás elkövetésének segítése is, például a biztosító képviselője részéről. Ezt a törvény társtetteségként értékeli, és főszabályként ugyanolyan szankciókat helyez kilátásba, mint az elkövető esetében.

A fentiek miatt fontos, hogy minden fél (biztosító, ügyfél, képviselő) érdekeinek figyelembevételével a biztosítási ajánlatot a biztosító képviselője a lehető legpontosabban vegye fel. Ennek során szigorúan be kell tartania az N-N biztosítási ajánlatok kezelésére és kitöltésére vonatkozó utasításait, amelyek részletesen szabályozzák a szerződő és biztosított adatainak rögzítését, az Egészségi nyilatkozat kezelését és kitöltését, az orvosi vizsgálattal létrejött szerződések körüli teendőket, a veszélyes foglalkozásokat, a sportágakat és hobbikat.

Az ajánlat felvétele során különösen fontos betartani az alábbiakat.

- Az ajánlat kitöltéséhez, az aláírásokhoz kötelező a kék színű toll. Mindenképpen ügyeljünk arra, hogy amennyiben az ügyfél az aláírásnál a saját tollát használná, ne-hogy fekete színű legyen, mivel azt a fénymásolattól nem lehet megkülönböztetni, s ez később vitára adhat okot.

- Pontosan rögzítsük a biztosított és a szerződő legfontosabb adatait. Bármilyen hiányosság a közlési kötelezettség megsértése esetén jogvitára ad okot a szerződő és a biztosító között.

- Az ügyfelet szóban figyelmeztessük közlési és bejelentési kötelezettségének tartalmára, a kötelezettség fennállásának tartamára és a kötelezettségértés következményeire.

- Az Egészségi nyilatkozatban foglalt kérdések értelmezéséhez segítséget kell adnunk az ügyfélnek.

- A biztosítási díj kalkulációját a későbbi viták elkerülése érdekében pontosan végezzük el. Az ügyfél figyelmét fel kell hívnunk arra is, hogy a kockázatelbírálás eredményeként a biztosító emelheti a képviselő által kalkulált díjat.

- Végezetül az ajánlatot a szerződővel és a biztosítóval írássuk alá. A biztosító képviselőjének abban az esetben is aláíratási kötelezettsége van, ha az Ajánlati lapon vagy az Egészségi nyilatkozaton olyan javítást kell végezni, amely a szerződő vagy biztosított által közölt adatokra, illetve a neki közölt biztosítási díjra vonatkozik.

- Ha a biztosító az ügyfél ajánlatára módosító ajánlattal válaszol, a módosítás tényét és tartalmát közlő CF-es levél másolatán a módosítás tényét és tartalmát fogadtassuk el az ügyféllel, és kérjük az aláírását.

- Minden olyan kézjegy, aláírás, amely bizonyíthatóan nem az ügyféltől (a szerződő-

tól és a biztosítottól) kerül az ajánlatra vagy a módosított szerződési ajánlatra, okirat-hamisításnak minősül, aminek súlyos, akár büntetőjogi felelősségre vonás lehet a következménye.

A képviselő pénzügyi fegyelme

A felelősség másik fontos alkotórészét a képviselő pénzügyi fegyelme jelenti.

A képviselő jogállásából és feladatköréből adódóan pénzt kezel, beszedi az ügyféltől a díjakat, amelyekkel szigorúan kialakított belső szabályok szerint kell elszámolnia.

Az ettől eltérő cselekményekre szintén a szabálysértési és büntetőjogi szabályok vonatkoznak.

Azt a cselekményt, melynek során valaki a rábízott dolgot jogtalanul eltulajdonítja, vagy sajátjaként kezeli, a Btk. sikkasztásnak nevezi. A sikkasztást csak szándékosan lehet elkövetni, vagyis az elkövető szándéka arra irányul, hogy a beszedett díjakat véglegesen a sajátjaként birtokolja vagy elköltse, befektesse stb. (a sajátjaként rendelkezzen vele).

Ha az elsikkasztott összeg tízezer forint alatt van, a cselekmény elkövetője szabálysértésért, ha e felett – az érték nagyságától függően – vétségért vagy büntettért felel.

Az életbiztosítás értékesítése során a legfőbb elv a bizalom. A pénzügyi fegyelem megsértése éppen ezt a bizalmat rombolja, árt a cég hírnevének, és nem enyhíti a biztosításellenességet.

Az N-N Magyarországi Biztosító Rt. szigorúan szabályozza az üzleti tevékenység pénzügyi vonatkozásait a következők szerint.

- A díjelőleget az értékesítési hálózat tagja nyugtatombon szedi be, melyet az értékesítési igazgatóságon szigorú számadású nyomtatványként aláírás ellenében bocsátanak rendelkezésére. A nyugtaadásnak és -kitöltésnek részletes szabályai vannak; az ügyfélnek csak cégbélyegzővel ellátott és aláírt nyugtát lehet kiadni.

- Az értékesítési hálózat tagja köteles a biztosítási ajánlatot 48 órán belül az igazgatóságon leadni, a díjelőleget pedig 24 órán belül „piros csikos”, azaz gyors postautalványon feladni. Ha az ajánlat felvétele és a díjelőleg átvétele munkaszüneti napra esik, akkor az azt követő első munkanapon a díjelőleget az értékesítési hálózat tagjának haladéktalanul postára kell adnia.

- Az értékesítési hálózat tagjánál egyszerre csak egy nyugtatomb lehet. Akkor lehet új nyugtatombot kiadni, ha a régi betelt.

- A nyugtatombra írt adatokat, számokat tilos átírni vagy módosítani. Ha hibát ejtünk, a nyugtát „Rontott” vagy „Storno” jegyzéssel kell ellátni, és új nyugtát kell kiállítani.

Intervenciónak az elmaradt díjak beszédését vagy ennek kísérletét nevezzük. Ha az intervenció eredménnyel járt, és az ügyfél az elmaradt díjakat nem a saját csekkjén, hanem az értékesítési hálózat tagjának fizeti be, akkor szintén nyugtát kell adni, és jól láthatóan fel kell tüntetni rajta az „Intervenció” jegyzést. Az így beszedett díjat az intervenció továbbítására szolgáló és a díjelőlegéhez hasonló piros csikos csekken kell továbbítani, szintén 24 órán belül.

A pénzügyi fegyelem megsértéséből származó károkért az értékesítési hálózat tagja a megbízási szerződésben meghatározott módon felel. A kialakult gyakorlat szerint a pénzügyi fegyelem ismétlődő megsértése esetén az N-N az értékesítési hálózat tagjának megbízási szerződését felmondja.

AZ ÁLTALÁNOS ÉLETBIZTOSÍTÁSI SZABÁLYZAT (ÁÉSZ)

Az Általános Életbiztosítási Szabályzat – a törvényi szabályozás után – az N-N Biztosító működésének második szabályozási szintje. Az ÁÉSZ foglalja össze azokat az előírásokat, amelyek minden életbiztosítási szerződésünkre vonatkoznak. Az N-N működése során egy alkalommal, 1998-ban módosította, illetve kiegészítette az Általános Életbiztosítási Szabályzatot.

Az ÁÉSZ tehát nem a Nationale-Nederlanden Magyarországi Biztosító Rt. paragrafusokba öntött önkényes feltételeit szabályozza: teljes tartalma a hatályos magyar jogszabályok (Ptk.) tevékenységünkhöz kapcsolódó rendelkezésein alapul, és a törvényalkotó rendelkezéseit „kicsomagolva”, részletezve egyértelműen mutatja meg azokat a feltételeket, amelyek a konkrét módozattól függetlenül minden életbiztosítási szerződésre érvényesek. A szabályzat a szerződő felek közötti jogi kapcsolat, mely minden részletre kiterjedően tartalmaz jogokat, kötelezettségeket, lehetőségeket és következményeket. Az ÁÉSZ Társaságunk működésének, illetve a szerződő felek közötti korrekt, jogilag rendezett kapcsolatnak az alapvető feltétele, és minden életbiztosítási szerződésünk részét képezi – megjelenése a kötvényben tehát nem tájékoztató jellegű.

A szabályzat a biztosítóra nézve is számos kötelező érvényű megállapítást tartalmaz.

1. §

„Jelen szabályzatban foglalt feltételek – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a Nationale-Nederlanden Magyarországi Biztosító Rt. (a továbbiakban: biztosító) élet- és betegségbiztosítási szerződéseire, illetve egyéb biztosítási szerződéseinek élet- és betegségbiztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a szabályzatra hivatkozva kötötték. A továbbiakban az életbiztosítás megnevezés vonatkozik a betegségbiztosításra is.”

Megjegyzés: A szabályzat tehát valamennyi szerződésünkre érvényes, hiszen minden termékünk az említett kategóriákba tartozik. Egy későbbi termékbővítés esetén újabb, alapjában véve nem életbiztosítás jellegű termékeink életbiztosítást tartalmazó részeire ugyancsak e szabályzat lesz irányadó.

A szabályzat a biztosítási szerződés részévé válik, de csak akkor, ha a szerződés (ajánlat, kötvény) erre utalást tartalmaz. A használatos nyomtatványok ezt az utalást tartalmazzák.

Általános rendelkezések

2. §

„Az életbiztosítási szerződés létrejöttének szabályaira a hatályos magyar jogszabályok az irányadók azzal, hogy a szerződő írásbeli ajánlatát a biztosító ajánlati nyomtatványán terjeszti elő.”

Megjegyzés: Az N-N Magyarországi Biztosító Rt. – bár 100%-os holland tulajdonú cég – Magyarországon működik törvényes keretek között. Működésére, a szerződés alanyainak jogaira és kötelezettségeire a hatályos magyar jogszabályok vonatkoznak.

Az ajánlat olyan írásbeli jognyilatkozat, amelynek megtétele az ügyfél részéről a szerződés létrejöttének alapvető feltétele és kizárólagos módja. E jognyilatkozat megtételére a biztosító Ajánlati lapjának használata kötelező.

Az ajánlat rögzíti azokat a feltételeket, melyekkel a szerződő (biztosított) a szerződést meg szeretné kötni.

Az ajánlat átvételéhez (a biztosítóval való közléséhez) igen fontos jogkövetkezmények fűződnek, ezért az ajánlatot haladéktalanul továbbítani kell.

A biztosítási szerződés alanyai

3. §

„(1) A szerződés alanyai:

szerződő: a biztosítóval szerződést kötő fél, aki a biztosítási díjat fizeti,

biztosított: az a személy, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön,

kedvezményezett: a biztosító teljesítésére jogosult személy, aki lehet:

a) a szerződésben megnevezett személy,

b) a biztosított örököse, ha a kedvezményezettet a szerződésben nem jelölték meg.

(2) A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

(3) A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.

(4) Az életbiztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához, ha a szerződést nem ő köti meg, a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.

(5) A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis, ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosítottat, illetőleg örökösét kell tekinteni, aki azonban az ennek folytán neki járó összegből a szerződő fél költségeit – beleértve a kifizetett biztosítási díjakat – köteles megtéríteni.

(6) A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződő fél írásbeli hozzájárulásával a szerződésbe belép.

(7) A biztosított a szerződő fél beleegyezésével a szerződésbe bármikor beléphet; a belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges.

(8) A biztosított, mielőtt a szerződés felmondás vagy a díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a biztosítóval közölt nyilatkozatával a szerződő fél helyébe lép.

(9) Ilyen esetekben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllal egyetemlegesen felelős.

(10) A szerződés létrejöttéhez a biztosított egészségi nyilatkozata, illetve – korától és a biztosítási összeg nagyságától függően – orvosi vizsgálata szükséges.”

Megjegyzés: 1. A szerződő, a biztosított és a kedvezményezett személyének jogi értelemben vett meghatározása egyértelmű. Mivel az (1) bekezdésben foglalt személyi különállás nem mindenkor szükségszerű, erre egy példával hívjuk fel a figyelmet: a legkézenfekvőbb eset az, amikor ügyfelünk saját életére köt életbiztosítási szerződést. Ez esetben mint díjfizető ő maga a szerződő, s mivel az ő életével kapcsolatos biztosítási eseményre jön létre a szerződés, ő a biztosított is. Ez az átfedés sűrűn előfordul például a Talizmán módoszatunknál, de gyakorlatilag minden termékünknel, s a kör bővíthető azzal, amikor a szerződő-biztosított azonos a lejáratú kedvezménye-

zettel, vagyis a tartam végén – életben léte esetén – ő veszi fel a lejáratí biztosítási összeget.

2. Mint ahogy a kedvezményezett kijelölése, ugyanúgy megváltoztatása is a szerződő és a biztosított joga. Természetesen leegyszerűsíti a dolgot, ha a szerződő és a biztosított azonos, mert így egy személyben nevezheti, illetve változtathatja meg a kedvezményezettet. Ennek módja pedig egy olyan írásbeli nyilatkozat, mely a változtatás szándékának leírása mellett tartalmazza az új kedvezményezett adatait (név, anyja neve, születési idő, pontos cím, módosít, az összegből való %-os részesedés). Ezt a nyilatkozatot a szerződő és a biztosított aláírásával hitelesíti. A kedvezményezett kijelöléséhez és megváltoztatásához magának a kedvezményezettnek a hozzájárulása nem szükséges: ő a szerződés passzív szereplője.

3. A kedvezményezetti szerep nem örökölheto. Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezése, vagyis a biztosítási összeg kifizetése előtt a kedvezményezett meghal, kijelölése logikusan hatályát veszti, s új kedvezményezett megnevezése válik szükségessé.

4-5. A biztosított az életbiztosítási szerződés központi szereplője, hiszen Társaságunk az ő életével kapcsolatos eseményekre vállal kockázatot. Ebből magától értetődően következik, hogy a szerződés megkötéséhez és bármilyen módosításához a biztosított szándéka, illetve írásbeli hozzájárulása szükséges.

6-9. Írásbeli nyilatkozatával a biztosított bármikor kiléphet a szerződésből. E jogával a tartamon belül korlátozás nélkül élhet. Ebben az esetben a szerződés a biztosítási (az addig már befizetett díjjal fedezett) időszak végén megszűnik. Más a helyzet, ha a szerződő írásbeli beleegyezésével a biztosított szerződő félként is belép saját életbiztosításába, vagyis a későbbiekben vállalja a díjfizetést.

Ezzel egy időben a szerződésben az eredeti szerződő részvétele megszűnik. Ilyenkor alanyváltozásról és nem a szerződés megszűnéséről van szó, hiszen a szereplők eredeti felállása változik ugyan, de a szerződés az addig érvényes feltételekkel, újabb kockázatelbírálás nélkül érvényben marad. A díjfizetéssel kapcsolatos felelősség a belépéstől kezdve a biztosítottat terheli, tekintet nélkül a szerződő és a biztosított megállapodására. A belépés idejéig a szerződő felelőssége is fennmarad. Így a díjat a biztosító az adott időszakban bármelyiküktől követelheti, azaz a szerződő és a biztosított felelőssége a díjért egyetemleges.

10. Az életbiztosítási szerződés létrejöttének további feltétele az Egészségi nyilatkozat, ehhez a biztosító formanyomtatványt rendszeresített, ami az ajánlati nyomtatvány része: kitöltésével és hitelesítésével az ügyfél teljesítette a nyilatkozattételi feltételeket. Ezenfelül a biztosított korától és a biztosítási összeg nagyságától függően esetenként szükség lehet arra, hogy a biztosított orvosi vizsgálaton vegyen részt.

Közlési kötelezettség

4. §

„(1) A szerződő (biztosított) a biztosítási szerződés megkötésekor köteles – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a biztosítóval írásban közölni, amelyeket ismert, vagy ismernie kellett.

(2) A biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő írásbeli válaszokkal a fél közlési kötelezettségének eleget tesz.

(3) A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve ha:

a) bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében,

b) a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.”

„(4) Amennyiben a biztosító mentesül a teljesítés alól, a visszavásárlási összeget fizeti ki.”

Megjegyzés: Az Ajánlati lap – és részeként az Egészségi nyilatkozat – kérdéseire adott válaszokkal az ügyfél eleget tesz közlési kötelezettségének. Ha az ügyfél az írásban feltett kérdésekre bizonyíthatóan nem a valóságnak megfelelően válaszol, ez a kötelezettség megsértésének minősül, és megszünteti a biztosító teljesítési kötelezettségét. Nem minősül a közlési kötelezettség megsértésének a hiányos válasz, vagyis az Ajánlati lapon és a részét képező Egészségi nyilatkozatban foglalt kérdések megválaszolatlanul hagyása (elhallgatás, passzív hazugság). Ilyenkor vagy ismételt kérdést kell feltenni, vagy az ajánlatot hiányossága miatt el kell utasítani. Az előbbi törvényszerűség alól az ÁÉSZ egyértelműen meghatározza a kivételeket.

Amennyiben a biztosítási összeg kifizetése alól az előbbiek miatt Társaságunk mentesül, a visszavásárlási összeget fizetjük ki.

Bejelentési kötelezettség

5. §

„(1) A biztosított köteles a szerződés tartama alatt bekövetkezett lakcímváltozását, személyi adatainak azon változásait, amelyek a biztosítás szempontjából lényegesek, 30 napon belül a biztosítónak bejelenteni.

(2) A biztosított (szerződő) köteles a szerződés tartama alatt a következő változásokat bejelenteni:

a) a biztosított foglalkozásának megváltozása,

b) ha a biztosított valamely sporttal versenyszerűen kezdett el foglalkozni.

(3) Amennyiben a biztosított külföldre utazik, és ott várhatóan legalább 6 hónapot tartózkodik, erről a biztosítót legkésőbb az indulás általa ismert időpontja előtt 30 nappal tájékoztatnia kell. Ha a 6 hónap túllépéséről a tartózkodás ideje alatt szerez tudomást, akkor a tudomásszerzést követő 8 napon belül, egyéb esetben a 6 hónapos időtartam átlépésekor – szintén 8 napon belül – a biztosítót írásban (ajánlott levélben) tájékoztatnia kell.

(4) A biztosító a bejelentett megváltozott körülmények hatására bekövetkező kockázatnövekedés miatt a megemelkedett kockázat fennállásának időszakára díjemelést alkalmazhat.

(5) Amennyiben a szerződő (biztosított) bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályok lépnek életbe (lásd 4. §).”

Megjegyzés: A biztosított személyi, illetve egyéb – a szerződés szempontjából lényeges – adatai megváltozásának bejelentését Társaságunk alapvetően két okból tette kötelezővé. Egyrészt a változásból következhet a biztosított körülményeinek (sport, hobbi, foglalkozás) a veszélyességi szempont szerinti módosulása. Ilyenkor kockázatvállalási szabályaink értelmében a bejelentésre újabb kockázatelbírálással, illetve – esetlegesen – díjemeléssel válaszolhatunk. Itt jegyeznénk meg, hogy az, miszerint egy tevékenység sportnak vagy hobbinak minősül, a biztosított megítélésén múlik. A bejelentésben közölt információkat (gyakoriság, veszélyesség stb.) természetesen a kockázatelbírálás is mérlegeli, és ez alapján dönt, hogy milyen mértékben nőtt meg a kockázat.

A bejelentési kötelezettség másik alapvető oka a kölcsönös, folyamatos kommunikáció feltételeinek megteremtése a szerződés fenntartása, illetve az azzal kapcsolatos információk átadhatósága érdekében. Ügyfelünk a körülmények megváltozásakor a bejelentésével biztosítja, hogy mindkét fél egymás számára kölcsönösen elérhető legyen.

A biztosító a közlési kötelezettség megsértésénél már ismertetett módon reagál a bejelentési kötelezettség elmulasztására.

Biztosítási esemény

6. §

„Életh biztosítási esemény lehet a szerződés szerint:

- a) a biztosított halála,
- b) az előre meghatározott időpont életben elérése,
- c) testi sérülést, rokkantságot vagy halált okozó baleset,
- d) betegség vagy egyéb egészségkárosító esemény miatt szükséges orvosi beavatkozás, kezelés.”

Megjegyzés: Biztosítási esemény az, amelynek következtében a biztosítónak a szerződésben foglaltak szerint fizetési kötelezettsége keletkezik. A biztosítási esemény meghatározását az adott módosítási szabályzat (kötvényfeltétel) minden esetben tartalmazza.

A biztosított halálán, illetve a lejáratú időpont megélésén felül biztosítási esemény lehet például a rokkantság vagy a baleseti rokkantság, esetleg bizonyos betegségek bekövetkezése, hiszen Társaságunk rendelkezik olyan termékekkel, amelyek az előbb említett egészségi károsodások bejelentése és igazolása esetén ügyfelünknek biztosítási szolgáltatást (a biztosítási összeg kifizetése, díjmentesítés) nyújtanak.

A kockázatviselés kezdete

7. §

„(1) A biztosító kockázatviselése a biztosítás első díjának megfizetését követő nap 0. órájakor kezdődik, feltéve, hogy az életh biztosítási szerződés már létrejött vagy utóbb létrejön.

(2) Abban az esetben, ha a szerződő fél az első biztosítási díjat a szerződés hatálybalépése előtt befizeti, ezt az összeget a biztosító a biztosítás szerződésben megjelölt kezdési időpontjáig kamatmentes letétként kezeli.

(3) Ha a szerződő fél az első díjat a biztosító képviselőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított 4. napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni.”

Megjegyzés: Üzleti gyakorlatunknak megfelelően az ügyfélnek az ajánlattételével (jognyilatkozatával) egy időben át kell utalnia, illetve át kell adnia értékesítési hálózatunk tagjának az első esedékes díjat. A díjfizetéshez fűződik a biztosító kockázatviselése, ha a szerződés utólagosan létrejön. A díj ellenében készpénzfizetési elismervényt adunk, s az összeget a szerződés létrejöttéig letétként kezeljük. Amennyiben a szerződés utóbb bármikor létrejön, a kockázatra lépés – visszamenőlegesen – a díj megfizetését követő nap 0. órája. Miután ügyfelünk az ajánlatot és a díjelőleget átnyújtotta az értékesítési hálózatunk tagjának, más teendője, illetve kötelezettsége nincs (kivéve természetesen az orvosi vizsgálattal kapcsolatos esetleges kötelezettséget). Az üzletkötőnek kell gondoskodnia 24 órán belül a postai vagy pénztári befizetésről. A szerződő tehát a díjat úgy tekintheti, mint ami legkésőbb a fizetést követő 4. napon beérkezett.

Biztosítási díj

8. §

„(1) A biztosítási díjak lehetnek egyszeri, éves, féléves, negyedéves és havi díjak. Az egyszeri díjat a szerződés megkötésekor kell befizetni. Folytatólagos díjfizetés esetén a biztosítás első díja a szerződés hatálybalépésekor, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre vonatkozik.

(2) Tartamon túli díjfizetéssel a lejáratkor esedékes biztosítási szolgáltatásokon felül biztosítási szolgáltatásra jogosultság nem keletkezik. A túlfizetéssel keletkezett díjakat a biztosító 60 napon belül kamatok nélkül fizeti vissza.

(3) Amennyiben a díj a szerződőnek felróható módon a biztosító számlájára nem érkezik be, ennek felelősségét a szerződő (biztosított) viseli.

(4) Az életkor helytelen bevallása esetén a biztosító az esedékes biztosítási összegből a valóságos belépési életkor után járó díjkülönbözet kamatozott összegét levonja, illetve visszafizeti, avagy a biztosítási összeget a díjtáblázat szerint a befizetett díjaknak megfelelően módosítja, feltéve, hogy a biztosítás a valóságos belépési életkorral létrejöhetett.

Ha a tényleges belépési kor szerint a biztosítás nem jöhetett volna létre, a Polgári Törvénykönyvnek a közlési kötelezettség megsértésével kapcsolatos szabályait kell alkalmazni (lásd 4. §).”

Megjegyzés: A rendszeres biztosítási díj fizetésének gyakoriságára Társaságunk rugalmas lehetőségeket ajánl, amelyek évente megváltoztathatók. Az ügyfélnek a szerződéskötéskor megállapított díjat kell fizetnie szolgáltatásainkért, és önkényesen magasabb díj megfizetésével a biztosítási összeget nem emelheti. Az ügyfélnek díjfizetése gyakoriságától függően kell gondoskodnia a díj beérkezéséről, amely a díjelőleggel ellentétben akkor tekinthető megtörténtnek, ha a biztosító számláján megjelenik. A szerződésben szerepel a biztosítási időszak és a biztosítási díj egyértelmű megfeleltetése, illetve az, hogy a díj az időszak első napján esedékes.

Fizetési késedelem

9. §

„(1) Ha a szerződő (biztosított) a díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, halasztást sem kapott, és a biztosító a díjat bírósági úton nem érvényesíti, a biztosító a kockázatot az esedékességtől számított három hónapig viseli. Ez idő alatt a szerződő (biztosított) az elmulasztott időszakos díjat – a mindenkor törvényes késedelmi kamattal megnövelve – pótolhatja.

(2) Visszavásárlási értékkel nem rendelkező kötvények esetén, ha a szerződő (biztosított) az első elmaradt díj esedékességétől számított 3 hónapon belül az elmulasztott díjat és annak kamatait nem fizeti meg, a biztosítás a 3 havi határidő elteltével megszűnik. A biztosító ebben az esetben az első elmaradt díj esedékességét követő 105. napon törlési értesítést küld.

(3) Visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítások esetén a biztosító a három hónap leteltével – amennyiben a szerződő (biztosított) az ettől eltérő rendelkezését (visszavásárlás vagy díjmentes leszállítás) a biztosítónál írásban nem jelzi – automatikus díjkölcönt léptet életbe. A biztosítás ekkor változatlan biztosítási összeggel fennmarad mindaddig, míg a biztosítás visszavásárlási értéke meghaladja az elmaradt díjak és azok kamatainak összegét. Ha a visszavásárlási érték már nem nyújt fedezetet

az elmulasztott díjakra, a biztosítás kifizetés és minden további maradékjog nélkül megszűnik.

Ha az automatikus díjkölcsön időszaka alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosító a biztosítási szolgáltatásból levonja az addig esedékes díjak késedelmi kamattal növelt összegét.

(4) Amennyiben a díj az esedékességet követő 30., valamint 80. napig nem érkezik be a biztosító számlájára, a biztosító díjfizetési felszólítást küld.

(5) Amennyiben a szerződő (biztosított) a szerződés megszűnése előtt bármely időpontban a teljes hátralékot (az elmaradt díjak késedelmi kamattal növelt összegét) befizeti, a késedelemnek következménye nincs."

Megjegyzés: Az esedékességet követő 31. napon túl a díj hátralékként jelenik meg az ügyfél kötvényének függő számláján. Díjhátralék esetén a díjjal nem fedezett időszakban Társaságunk 3 hónapig vállal kockázatot a szerződésben meghatározott módon. Ha ügyfelünk ez idő alatt nem egyenlíti ki tartozását, úgy a kockázatvállalás megszűnik, de a visszavásárlási értékkel nem rendelkező szerződéseinknél az ügyfélnek újabb 3 - tehát összesen az első elmaradt díj esedékességétől számított 6 - hónapig lehetősége van a díjhátralék késedelmi kamatokkal való megfizetésével az eredeti szerződést újra életbe léptetni minden más feltétel, például kockázatelbírálás nélkül (lásd: reaktiválás).

A visszavásárlási értékkel rendelkező szerződések esetében a késedelmi eljárás két ponton különbözik.

Az első eltérés az automatikus díjkölcsön alkalmazásából adódik, ilyenkor ugyanis Társaságunk nemcsak 3 hónapig vállal kockázatot a díj nem fizetése mellett, hanem mindaddig, amíg a díjhátralék el nem éri a szerződés visszavásárlási értékét. A 3 hónap természetesen akkor is jár, ha a visszavásárlási érték menet közben elfogy. A másik eltérés az, hogy az automatikus díjkölcsön lejárt, azaz a visszavásárlási érték elfogyása után a kockázatvállalás megszűnésével a szerződés végérvényesen megszűnik, és nincs újabb 3 hónap reaktiválási lehetőség.

Ugyanakkor az automatikus díjkölcsön teljes tartama alatt a szerződőnek lehetősége van arra, hogy az elmaradt összes díj egyidejű megfizetésével helyreállítsa az eredeti állapotot, és tovább folytassa a díjfizetést. Ez azonban nem reaktiválás, hiszen a szerződés nem szűnt meg, folyamatosan életben van.

Abban az esetben, ha a díjjal nem fedezett kockázatvállalási időszakban biztosítási esemény következik be, a biztosító a kifizetendő összegből természetesen levonja az ügyfél díjhátralékát.

Az ÁÉSZ szövegében két intervenciós időpont szerepel: a 30. és a 80. nap. Az első elmaradt díjtól számított 30. napon küldünk a szerződőnek egy udvarias figyelmeztető levelet, amelyben tájékoztatjuk a díjhátralékról. Ha a díj továbbra sem érkezik be, az 50. napon az ügyfél nem, de az érintett állományápoló képviselő értesítést kap a tartozás összegéről és az esedékesség időpontjáról. A levél minden olyan információt tartalmaz, amely ahhoz szükséges, hogy a képviselő intézkedni tudjon.

Amennyiben a díj még ezt követően sem jelenik meg a biztosító számláján, akkor a 80. napon az Ügyfélszolgálati Főosztály kinyomtatja a harmadik intervenciós levelet. Ennek egyik példányát a szerződő kapja (ha a biztosított nem azonos a szerződővel, akkor a biztosított is külön levelet kap), a másik példányt pedig ismételten a képviselőnek postázzuk. A párhuzamos intézkedés azért szükséges, mert innentől már csak 10 nap van a kockázatviselés megszűnéséig.

A Ptk. lehetőséget ad arra – és ezért ezt az ÁÉSZ is tartalmazza –, hogy a biztosító kamatokat számoljon fel az ügyfél késedelmes fizetése esetén. Ezzel a joggal Társaságunk méltányosságból eddig nem élt, de a lehetőségét fenntartjuk. Az elnök-vezérigazgató 9/1999. számú utasítása szerint a kamatot csak abban az esetben számítjuk fel, ha az automatikus díjkölcsönön lévő szerződés azért szűnik meg, mert a szerződő nem rendezi a késedelmet.

Reaktiválás

10. §

„(1) Ha a visszavásárlási értékkel nem rendelkező biztosítás esetén a szerződő (biztosított) az első elmaradt díj esedékességétől számított hat hónapon belül a teljes díjhátralékot – az időarányos késedelmi kamattal megnövelve – befizeti, a biztosító kockázatviselése a teljes díjhátralék befizetését követő nap 0. órájakor újrakezdődik. Ez esetben a díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt biztosítás az eredeti tartalommal és összeggel lép újra hatályba.

(2) Ha a szerződő (biztosított) az első elmaradt díj esedékességétől számított hat hónapon túl kéri a díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt biztosítás újra érvénybe léptetését, az újra hatályba helyezést úgy kell kezelni, mintha a szerződő (biztosított) új biztosítást ajánlott volna meg.

(3) A díjmentesen leszállított biztosítást reaktiválni nem lehet.

(4) Az automatikus díjkölcsön következtében megszűnt biztosítás az első elmaradt díj esedékességétől számított hat hónapon belül reaktiválható. A hat hónap letelte után megszűnt biztosítást reaktiválni nem lehet.”

Megjegyzés: A reaktiválás – mint ez a fizetési késedelemmel (9. §) kapcsolatban szükségszerűen szóba került – a szerződés eredeti feltételekkel való újraélesztését jelenti újabb kockázatelbírálás nélkül. A kockázatvállalás a teljes díjhátralék és késedelmi kamat befizetését követő nap 0. órájakor indul újra. Ez tehát lényegében egy új szerződés megkötését jelenti azzal az eltéréssel, hogy a régi szerződés (a régi tartalom) lesz az új szerződés tartalma is. A (2) bekezdés esetében azonban már nem így van, hanem új ajánlatról (új szerződésről) van szó. A díjmentesen leszállított biztosítást antiszelektációs veszélye miatt nem lehet reaktiválni, az egyéb feltételeket a paragrafus egyértelműen rögzíti.

Életbiztosítási díjtartalék

11. §

„A biztosító a biztosítási díjak egy részéből biztosításmatematikai elvek alapján életbiztosítási díjtartalékot képez. A díjtartalékot szerződésenként tartja nyilván, és ez a szerződés visszavásárlásának, díjmentes leszállításának és a befektetések többleshozamából való részesedésének számítási alapját képezi (lásd a 12. és a 13. §-okban és a kötvényfeltételekben foglaltakat).”

Megjegyzés: Az előző fejezetben már részletesen megvizsgáltuk, hogy miből, milyen elvek alapján képződik a díjtartalék. Ebben a pontban az ÁÉSZ ezt jogilag rögzíti.

A szerződő felmondási joga, visszavásárlás

12. §

„(1) A visszavásárlási értéket képviselő biztosítási szerződések esetében a szerződés felmondása esetén a biztosító visszavásárlási összeget fizet.

(2) A visszavásárlási összeget a biztosító az általa alkalmazott biztosításmatematikai alapelvek figyelembevételével számítja ki (lásd a kötvényfeltételek függelékében megadott táblázatokat).

(3) A visszavásárlási összegből a biztosító levonja a fennálló kölcsöntartozást, valamint a díjhátralékot, beleértve a hozzájuk tartozó kamatterheket is.

(4) A biztosító évente egyszer írásban tájékoztatást küld a szerződőnek a kötvényfeltételek szerint visszavásárolható életbiztosítási szerződések visszavásárlási értékéről.”

Megjegyzés: A szerződő felmondási joga korlátlan, felmondási szándékát bármikor érvényesítheti, ehhez a biztosító beleegyezése nem szükséges. A visszavásárlási összeg kiszámításának alapja a díjtartalék.

A Bit. módosításában előírt kötelezettség szerint évente tájékoztatjuk a szerződőt az aktuális visszavásárlási értékről.

Díjmentes leszállítás

13. §

„(1) A díjtartalékkal rendelkező biztosítás díjmentessé változtatható, ha a szerződő (biztosított) a díjfizetést megszünteti. A díjmentes leszállítás a biztosítási összeg leszállítását jelenti olyan összegre, amely megfelel a díjmentesítés időpontjában a biztosítás díjtartalékának (többnyire azonban visszavásárlási értékének) mint egyszeri díjnak alapul vételével nyújtható – azonos feltételű – biztosítás összegének.

(2) A díjmentes leszállítás jogát tartalmazó szerződések esetében a szerződő kérheti, hogy a biztosító a biztosítást díjmentesen leszállított biztosítássá alakítsa át.

(3) A díjmentes leszállítás alapjául szolgáló összeg megállapítása a társaság által alkalmazott biztosításmatematikai alapelvek figyelembevételével történik. A díjmentességet a biztosító a kötvényre rávezeti.

(4) Amennyiben a szerződés díjmentessé válik, a korábbi szerződésben meghatározott kiegészítő biztosítások a díjmentesség kezdetétől számítva megszűnnek.

(5) A díjmentes biztosításra is vonatkoznak a befektetések többleshozamából történő részesedés szabályai.”

Megjegyzés: A díjmentes leszállítás módozattól függő maradékjog. Díjmentesítés esetén a szerződőnek nemcsak a kötelezettségei (díjfizetés), hanem a jogai is (reaktiválás, maradékjogok, kiegészítő módozatok) megszűnnek, kivéve a leszállított biztosítási összeggel kapcsolatos, illetőleg a többleshozam-visszatérítésre vonatkozó jogot.

A díjmentesítés esetén az eredeti szerződést a biztosító gyakorlatilag visszavásárolja, és a visszavásárlási érték képezi az új szerződés egyszeri díját.

A kiegészítő biztosítások a díjmentes leszállítással egy időben azért szűnnek meg, mert ettől kezdve az alaph biztosítás egyszeri díjas biztosításként él tovább. Összes kiegészítő biztosításunk kockázati jellegű, és relatíve alacsony díjért nagy összegű szolgáltatást nyújtanak. A kiegészítő biztosítások azért lehetnek alacsony díjúak, mert a biztosítónak a szerződés fenntartásával kapcsolatos költségeit az alaph biztosítás díjtétele tartalmazza. Ha azonban erre az alaph biztosításra már nem folyik be díj, a nyilvántartás stb. költségeit nincs miből fedezni.

Kölcsön

14. §

„(1) A visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések esetén a szerződő (biztosított) a visszavásárlási érték terhére kölcsön folyósítását kérheti, amennyiben a szerződőnek nincs díjhátraléka, illetve kölcsön- vagy kölcsönkamat-tartozása.

(2) A felvett kölcsön összege nem haladhatja meg az életbiztosítás – kölcsönfelvételkori – visszavásárlási összegének 80%-át.

(3) Az igénylés elbírálása során a kölcsön folyósításáról vagy annak megtagadásáról a biztosító dönt. Amennyiben a biztosító a kölcsönt folyósítja, ezt a kötvényen záradékkal feljegyzi.

(4) A kölcsön visszafizetése a biztosító által a kölcsönszerződésben meghatározott hitelkamattal és feltételekkel történik.”

Megjegyzés: A kölcsönnel kapcsolatban a félreértések elkerülése végett néhány kérdést tisztázni kell. Kezdjük ezzel: alapszabály, hogy a kölcsön nem jár, csak adható. Az ügyfél kölcsön iránti kérelmét tehát Társaságunknak jogában áll elbírálás után visszautasítani. További félreértésre adhat okot a kölcsön mértéke, összegének megállapítása. A kölcsön kiszámításának alapja a visszavásárlási érték, de tudnunk kell, hogy legfeljebb a visszavásárlási érték 80%-a vehető fel kölcsönként. A kölcsön folyósítását Társaságunk kötvényszáradékban tünteti fel, és a visszafizetés feltételeit a kölcsönszerződés tartalmazza.

Hitelfedezeti kezesség

15. §

„(1) A biztosító a szerződésben meghatározott összegig hitelfedezeti kezességet nyújthat a biztosított elhalálozása esetére.

(2) Amennyiben az életbiztosítás haláleseti összege valamely hitelfolyósító intézménynél hitelfedezetül szolgál, akkor a szerződést hitelfedezeti záradékkal látja el a biztosító. Ekkor az elhalálozás esetén kifizetendő biztosítási összeget csak a hitelt nyújtó pénzügyintézettel való egyeztetést követően lehet felvenni.

(3) A pénzügyintézet kedvezményezettkénti jelölése a hitelszerződésnek a biztosítóhoz való benyújtásával történik.

(4) A hitelfedezeti kezesség tartama alatt a pénzügyintézet kedvezményezettkénti jelölése csak a pénzügyintézet hozzájárulásával változtatható meg.”

Megjegyzés: Egy hitelfolyósítással foglalkozó tetszőleges pénzügyintézet életbiztosítási szerződésünket – a biztosított elhalálozása esetén – elfogadhatja hitelfedezetként. Ha ügyfelünk valamelyik pénzügyintézetnél olyan hitelt vesz fel, amelynek feltétele a hitelfedezeti biztosítás megkötése, akkor két megoldás lehetséges. Az egyik esetben, ha az ügyfélnek már van – elegendően nagy haláleseti szolgáltatást nyújtó – életbiztosítási szerződése, csak a kedvezményezett megváltoztatása szükséges. Ezt hitelfedezeti záradékkal lehet megoldani, ami azt tartalmazza, hogy a kötvény haláleseti összege a hitelfolyósító intézetnél fedezetül szolgál a biztosított halála esetén. A másik esetben, ha az ügyfélnek még nincs életbiztosítási szerződése, szükségessé válik egy új életbiztosítási szerződés megkötése, ahol eleve a pénzügyintézet a haláleseti kedvezményezett.

Az első lépés mindkét esetben a hitelező intézettel való tárgyalás, mert a hitelfedezeti záradéknak csak a pénzügyintézet beleegyezésével van értelme. A hitelszerződést benyújtják a biztosítónak, mely azután a pénzügyintézetet kedvezménye-

zettként jelöli meg a hitel visszafizetéséig, a mindenkor fennálló hiteltartozás erejéig.

A biztosító teljesítése

16. §

„(1) A biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő okmányok bemutatása szükséges:

- a) biztosítási kötvény és az utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
- b) hivatalos bizonyítvány a biztosított születésének napjáról,
- c) olyan hivatalos okirat, amely bizonyítja, hogy a biztosítási esemény bekövetkezett:

- elhalálozás esetén a halál tényét tanúsító okirat, a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány,
- elérés esetén a biztosított életben létét hitelt érdemlően igazoló okirat,
- d) hatósági eljárás esetén a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozat vagy vádirat,
- e) azok az egyéb okiratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény megállapításához szükségesek.

(2) A biztosító szükség esetén egyéb igazolásokat is bekérhet, illetve bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat. Ez az adatszerzési tevékenység azonban csak az ajánlattétel előtti időszakra és az ajánlattételt követő 5 évre terjedhet ki, feltéve, ha ehhez a biztosított (szerződő) az ajánlattételkor hozzájárult.

(3) Az előálló költségeket annak kell viselni, aki igényét a biztosítóval szemben érvényesíti. Minden olyan adatszerzés és tudakozódás költségei, amelyek a halál okának, a biztosított halálát okozó betegség időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához nem voltak szükségesek, a biztosítót terhelik.

(4) A biztosítás díjmentesítéséhez, a visszavásárlási összeg kifizetéséhez, illetve kölcsön folyósításához a következő okiratokat kell a biztosítónál bemutatni:

- a) kötvény,
- b) az utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
- c) a biztosított korát hitelt érdemlően igazoló okirat.

(5) A visszavásárlási igény bejelentése esetén a biztosító kockázatviselése teljesen megszűnik.

(6) A teljesítés helye mindkét fél számára a biztosító igazgatóságának hivatalos helyiségei.

(7) A teljesítés a jelen paragrafusban meghatározott valamennyi okmánynak a biztosítóhoz (vezérigazgatósághoz) való beérkezése után 30 napon belül történik.

(8) Az esedékes és meg nem fizetett díjakat a biztosító a biztosítási és a visszavásárlási összegből levonja, valamint figyelembe veszi annak összegét a szerződés díjmentesítése esetén.

(9) A biztosítási díj annak a biztosítási hónapnak a végéig esedékes, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett. A biztosító a biztosítási összeggel együtt a meg nem szolgáltat díjat (az utolsó díjköteles biztosítási hónap díján felüli esetleges túlfizetést) is visszafizeti.”

Megjegyzés: A szerződő felek korrekt kapcsolatának része, hogy a későbbi teljesítés feltételeit Társaságunk a szerződésben maradéktalanul rögzíti. A feltételek között ter-

mészetesen szerepel a biztosítási esemény bejelentéséhez, bizonyításához szükséges okiratok, okmányok bemutatása, benyújtása. A teljesítés határidejét attól az időponttól kell számítani, amikor az okmányok és határozatok rendelkezésre állnak. Előfordulhat, hogy a teljesítést, vagyis a biztosítási összeg kifizetését egy hatósági végzés – például egy közlekedési balesettel kapcsolatos rendőrségi intézkedés – késedelme halasztja. Ilyenkor nem Társaságunk a felelős az elhúzódozó ügyintézésért, és a biztosítási esemény bekövetkezési körülményeinek teljes tisztázásáig semmiféle kifizetésre nem kerülhet sor.

A maradékjogokkal kapcsolatban jegyezzük meg, hogy a visszavásárlási igény, illetve a felmondó nyilatkozat benyújtása esetén a biztosító kockázatvállalása egy meghatározott (az eset jellegéhez képest eltérő) időpontban megszűnik, és az azt követő bármilyen eseményre nézve a biztosító mentes a teljesítési kötelezettségtől.

A teljesítés helyét illetően két megjegyzés szükséges. Az egyik arra vonatkozik, ha az ügyfél joghatályos nyilatkozatot kíván tenni a szerződésével kapcsolatban. Ilyenkor a levelét vagy kézben beviszi az üzleti igazgatóságra, vagy postán juttatja el. Az első esetben a nyilatkozat azzal a nappal érkezett meg, amikor az igazgatóságon leadja; a második esetben akkor, amikor a posta kézbesítette. Mindkét esetben az „érkezési bélyegző” mutatja az aktuális dátumot. A biztosító teljesítésére vonatkozóan viszont az igazgatóságok helyiségeiben nem történik kifizetés, a kötelezettségünknek csak (az ügyfél lakcí-mére vagy bankszámlájára való) utalással tehetünk eleget.

Meg nem szolgált díjnak nevezzük, és a biztosító a biztosítási összegben felül visszafizeti azt a túlfizetésből adódó többletdíjat, amelyet arra a biztosítási időszakra fizettek be előre, amelyre a szerződés az időközben bekövetkezett biztosítási esemény miatt nem terjed ki.

Mentesülés a teljesítési kötelezettség alól

17. §

„(1) A biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.

(2) A visszavásárlási összeg ebben az esetben az örökösöket illeti meg, és a kedvezményezett abból nem részesülhet.

(3) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, és a biztosító nem a visszavásárlási összeget, hanem a díjtartalékot köteles visszatéríteni, ha a biztosított

a) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy

b) a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg.”

Megjegyzés: Ez a rendelkezés a biztosítottat, illetve a biztosítót védi: kiküszöböli annak lehetőségét, hogy az életbiztosításból származó anyagi haszon reményében valaki szándékosan előidézzé a biztosítási eseményt. Mivel ez esetben Társaságunk mentesül a teljesítési kötelezettség alól, a szolgáltatásainkkal való visszaélés lehetősége ki van zárva.

Versenye

18. §

„Amennyiben a biztosított halála gépi erővel hajtott szárazföldi, vízi vagy légi járműben országos vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) során következik be, a biztosító – egyéb megállapodás hiányában – a visszavásárlási összeget fizeti ki.”

Megjegyzés: Társaságunk a kockázatvállalás szabályainak megfelelően intézkedik a versenyszerű tevékenységgel mint az átlagostól eltérő, annál magasabb kockázattal kapcsolatban.

A rendelkezésben említett egyéb megállapodás kétféle lehet.

Először is a versenyszerű tevékenység miatt a biztosító díjemelést alkalmazhat, és ilyenkor az emelt díjért teljes körű kockázatot vállal.

A másik lehetőség a versenyszerű tevékenységgel okozati összefüggésben bekövetkező biztosítási esemény kizárása, amikor is ilyen eseményre Társaságunk visszavásárlási összeget sem köteles fizetni, de minden más eseményre alapdíjon vállal kockázatot.

Mindezek hiányában csak a visszavásárlási összeg fizethető ki, ha a halál mégis ezen események bármelyike miatt következik be.

Repülési kockázat

19. §

„(1) A biztosító a teljes kockázatot viseli, ha a biztosított halála a szervezett légi utas- vagy áruforgalom keretében végrehajtott olyan légi úton vagy körrepülésen való részvétel következménye, amelyen a biztosított a légi forgalomban engedélyezett légi jármű utasaként vagy az előbbi járműre vezetői engedéllyel rendelkező, nem hivatásszerűen tevékenykedő vezetőként vett részt, hacsak az elhalálozás nem háborús események következménye.

(2) Ha a biztosított halála olyan egyéb jellegű repülőtevékenység (pl. ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, mezőgazdasági repülés stb.) során következik be, amelyre a biztosító kockázatviselése nem terjed ki, a biztosító a visszavásárlási összeget köteles megfizetni. Ha a biztosító az ajánlattételkor az esetleges megemelkedett kockázat miatt díjemelést alkalmazott, és a biztosítási szerződés az emelt díjjal jött létre, akkor a biztosító a teljes kockázatot vállalja, és a kockázatvállalásra vonatkozó fenti korlátozás érvényét veszti.”

Megjegyzés: E paragrafusban Társaságunk egyértelműen megfogalmazza a kockázatvállalás feltételeit annak függvényében, hogy a biztosított milyen formában vesz részt a légi, illetve repülőtevékenységben.

E rendelkezés kapcsán ismételten hangsúlyozzuk, hogy Társaságunk két lehetséges reakciója a megemelkedett kockázatra hatásában és következményében eltérő. Kizárás esetén tehát az egyéb tevékenységre alapdíjon vállaljuk a kockázatot, ha viszont díjemelést alkalmazunk, akkor a kockázatvállalás teljes körű, kizárás nélküli.

Háborús kockázat, zavargások, felkelés

20. §

„(1) Ha Magyarország háborúba lép, a biztosító felkérésére a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete határozza meg, hogy a biztosító kockázatviselése milyen mértékben és milyen feltételek mellett terjed ki a harci eseményekkel közvetlenül vagy közvetve összefüggésben álló biztosítási eseményekre.

(2) A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll

a) harci eseményekben vagy más háborús cselekményekben való részvétellel, mielőtt még Magyarország háborúba lépett volna;

b) felkelésekben, lázadásokban vagy zavargásokban való részvétellel, kivéve, ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelesség teljesítése közben kerül sor.

(3) Amennyiben a biztosító kockázatviselése nem áll fenn, a biztosítási összeg helyett csak a visszavásárlási összeget fizeti ki.”

Megjegyzés: A kockázat e sajnálatos megnövekedése szükségessé teszi az ezzel kapcsolatos rendelkezést.

Amennyiben a bekövetkezett esemény körülményei miatt kockázatviselésünk nem áll fenn, csak a visszavásárlási összeget fizetjük ki a jelenlegi szabályozás szerint.

Ha Magyarország háborúba lép, tekintettel az alapvetően más körülményekre, Társaságunk felkérése alapján a PSZÁF határozza meg a kockázatviselés sajátos feltételeit.

Jognyilatkozatok, a biztosító üzletkötőjének jogállása

21. §

„(1) A biztosító által a szerződőnek, a biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak a biztosító által ismert utolsó címére ajánlott levélben elküldött jognyilatkozat abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor a címzettnek kézbesítették.

(2) A biztosító üzletkötőjének (ügynökének) jogállása kizárólag az ajánlatok és díjak átvételére terjed ki. Az üzletkötő tehát szerződéskötésre nem jogosult, valamint arra sem, hogy a szerződő fél

a jognyilatkozatait érvényesen hozzá intézze.

Amennyiben az ügynök tudomást szerzett egy adott tényről, ez nem jelenti azt, hogy a biztosító is tudomást szerzett róla.

(3) A biztosító a szerződés megkötésekor vagy azt követően hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha a biztosítóhoz megérkezett.

(4) Amennyiben a szerződő egy hónapnál hosszabb időre lakhelyéről eltávozik, a biztosító számára magyarországi kézbesítési megbízottat nevezhet meg. Ennek hiányában a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.”

Megjegyzés: A jognyilatkozat – mint arról korábban már szóltunk –, akkor tekinthető hatályosnak, ha az egyik fél írásban hozza a másik tudomására. A nyilatkozatok kézbesíthetősége érdekében a (4) bekezdésben leírtak alapján a szerződőnek kézbesítési megbízottat lehet kijelölnie, ennek hiányában Társaságunk az utolsó ismert (bejelentett) lakcímre küldi a nyilatkozatot.

Tisztában kell lennünk az üzletkötő jogállásával, nehogy félreértésre adjon okot a megszokott „üzletet (szerződést), biztosítást köt” kifejezés.

Az üzletkötő (képviselő) csak az ajánlatok és díjelőlegek átvételére és Társaságunkhoz való eljuttatására jogosult. A biztosító nevében a képviselő jognyilatkozatot nem tehet, és nem is fogadhat el.

Életbiztosítási szerződést kizárólag a biztosítótársaság – az N-N esetében az elnöke-vezérigazgató – jogosult kötni ügyfeleinkkel.

Adatkezelés

22. §

(1) A szerződő, a biztosított és a kedvezményezett által bármilyen formában megadott személyes adatot – érve ezalatt az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatot is – a biztosító biztosítási titokként kezeli és dolgozza fel.

(2) A személyes adatokat a biztosító az élet- és betegségbiztosítási szerződések létrehozásával, kezelésével és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárás érdekében, illetve a biztosítási szolgáltatási tevékenység elősegítése, valamint a jogszabályokban meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség elősegítése érdekében használja fel.

Megjegyzés: A 2000. évi XCVIII. törvény a Bit. módosításáról szabályozza a biztosítási szerződések minimális tartalmi követelményeit. Ez a szabályozás előírja, hogy a biztosító köteles megfogalmazni saját eljárási rendjét a személyi adatok kezeléséről, nyilvántartásáról, védelméről. Ezzel a ponttal ennek az előírásnak teszünk eleget.

A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

23. §

„Ha a kötvény elveszett vagy megsemmisült – feltéve, hogy nem ruházták át –, a biztosított (szerződő) köteles e körülményt bejelenteni, a törvényes megsemmisítési eljárást lefolytatni, és a megsemmisítést kimondó jogerős határozatot a biztosítónak átadni, melynek alapján a biztosító másodlatot állít ki. A másodlat az eredetivel egyező a biztosító erre vonatkozó szabályai szerint. A másodlat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, e tényt a másodlaton záradékban fel kell tüntetni. E szabályok az irányadók a további kötvénymásodlatokra vagy egyéb okiratok másodlataira is.”

Megjegyzés: A bejelentési kötelezettség a kötvény elvesztésére vagy megsemmisülésére is vonatkozik. A bejelentést követően a megsemmisítésről szóló jogerős határozatot kell a megsemmisítési eljárás lezárásaként felmutatni.

Az eljárást közjegyző folytatja le külön jogszabály rendelkezései szerint. A jogerős határozat alapján állítja ki Társaságunk a másodlatot. Az eredeti kötvény természetesen érvénytelenné válik a megsemmisítési eljárás következtében, így a visszaélés lehetősége ki van zárva.

A korrekten megfogalmazott, egyértelmű szabályozás ellenére Társaságunk méltányosságból nem ragaszkodik a (jelentős anyagi terhet jelentő) közjegyzői végzéshez. Ha ügyfelünk nyilatkozik a kötvény elvesztéséről, kiállítjuk a másodlatot, amely ez esetben is hatálytalanítja a korábbi kötvényt, így nem lehet vele visszaélni.

Költségek**24. §**

„A biztosítási szerződéssel kapcsolatos költségek, különös tekintettel az 5., a 16. és a 23. §-okban említettekkel kapcsolatban felmerült költségekre – ellenkező kikötés hiányában – a szerződőt (biztosítottat) terhelik.”

Megjegyzés: A szerződés megkötéséhez, illetve a kockázat elbírálásához elengedhetetlenül szükséges költségeket (például orvosi vizsgálat, kötvénykibocsátás stb.) a biztosító megelőlegezi.

Az ezeken túl felmerülő indokolatlan vagy a szerződés megkötéséhez és fenntartásához nem szükségszerű költségeket közvetlenül a szerződőnek (biztosítottnak) kell viselnie.

Elévülés**25. §**

„A biztosításból eredő igények az esedékességtől számított 5 év alatt elévülnek.”

Megjegyzés: A törvény értelmében a biztosításból eredő igény elévülési ideje 5 év.

Ezt követően a biztosítótól teljesítést követelni már nem lehet.

Illetékes bíróság**26. §**

„A jelen biztosításból származó valamennyi perre kizárólagosan a Pesti Központi Kerületi Bíróság, illetve a hatáskörtől függően a Fővárosi Bíróság az illetékes.”