

Pénzügyi intézményrendszer Magyarországon 2019

DOI 10.35511/978-963-334-336-4



SOPRONI EGYETEM KIADÓ

Sopron, 2019

Szerkesztők:

Kovács Tamás, Szóka Károly, Varga József

Szakmai lektor:

Parragh Bianka

Szerzők:

Baranyi Aranka
Bartók János
Fóriánné Horváth Margit
Für István
Gál Veronika Alexandra
Gulyás Éva
Hegedűs Mihály
Kómár András
Kovács Róbert
Kovács Tamás

Moizs Attila
Parádi-Dolgos Anett
Pataki László
Sipiczki Zoltán
Szarka Gábor
Szóka Károly
Tatay Tibor
Tóth Gergely
Varga József
Végh Richárd

Nyelvi lektor: Tompáné Székely Zsófia

Technikai szerkesztő: Horváthné Józsa Ágnes

A könyv a Soproni Egyetem és a Magyar Nemzeti Bank közötti együttműködés keretében, a Magyar Nemzeti Bank támogatásával készült.

Kiadja: Soproni Egyetem Kiadó
9400 Sopron, Bajcsy-Zsilinszky u. 4.

Felelős kiadó: Dr. Alpár Tibor László kutatási és külügyi rektorhelyettes

© Soproni Egyetem Kiadó

Nyomdai kivitelezés: Pátria Nyomda Zrt.
Felelős vezető: Simon László vezérigazgató

ISBN 978-963-334-335-7 (nyomtatott)
ISBN 978-963-334-336-4 (elektronikus)

DOI 10.35511/978-963-334-336-4

Minden jog fenntartva.

14. Élet- és nem-életbiztosítások

A tudatosan viselkedő modern ember képes megfigyelni környezetét és felmérni a létezését, jövőjét, mindennapi tevékenységét fenyegető kockázatok többségét. A biztosítási szerződés megkötésével kockázatot igyekszünk csökkenteni. Kockázatról egyaránt beszélhetünk akkor, amikor valamely anyagi veszteség bekövetkeztétől vagy pedig hasznunk elmaradásától tartunk. Kockázatra kell gondolnunk azonban olyankor is, amikor anyagiakban nem, vagy csak nehezen kifejezhető, nem anyagi természetű sérelemtől tartunk.

A kockázatok két alapvető csoportosítását a tiszta kockázat és a spekulatív kockázat jelentik. Tiszta kockázatról akkor beszélünk, ha a kár bekövetkezte két esélyes, vagyis bekövetkezik, vagy pedig nem következik be. Ezzel szemben a spekulatív kockázatnak lehet pozitív vagy negatív eredménye is. A biztosítás mindig csak tiszta kockázattal foglalkozik. A kockázat átvállalásakor a biztosítók díjfizetés ellenében a kár bekövetkeztekor kártérítést fizetnek.

A tiszta kockázatokat a biztosítás szempontjából további három részre bonthatjuk:

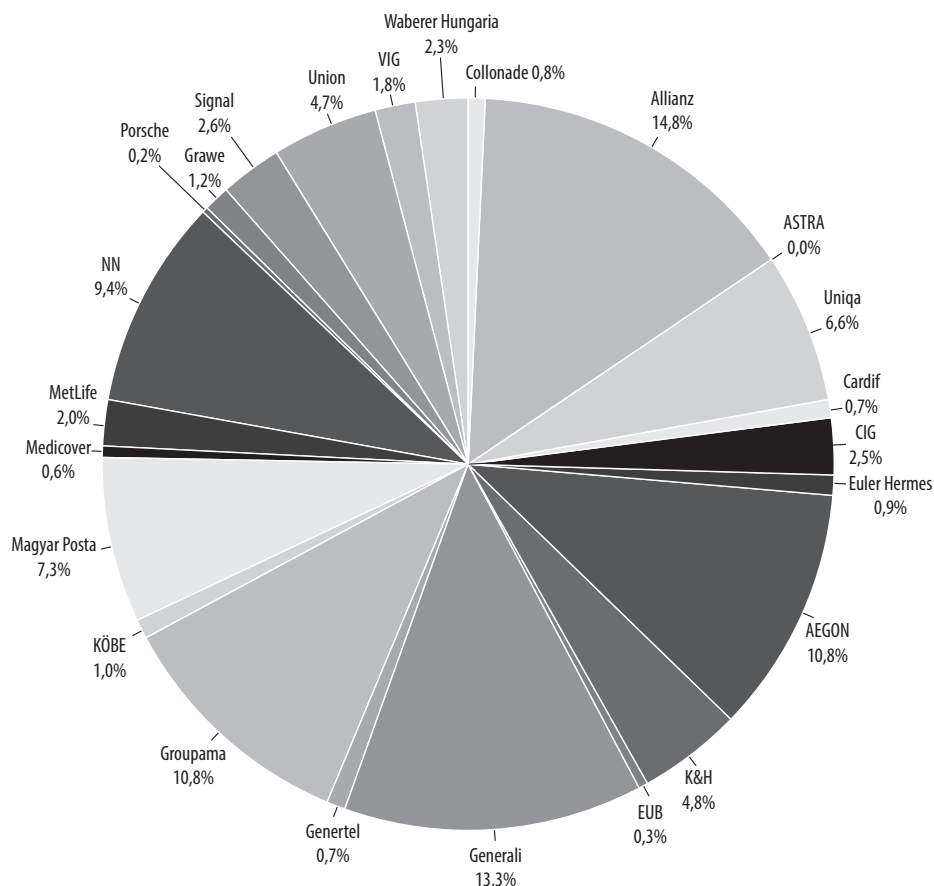
- személyi kockázat,
- vagyoni kockázat,
- felelősségi kockázat.

A biztosítók olyan kockázatokat vállalnak, amelyek a nagyszámú, általában hosszú időn keresztül megfigyelés eredményeként biztosításmatematikai módszerekkel becsülhetők. Az így kiválasztott kockázatoknak homogéneknek kell lenniük és véletlenszerűen kell bekövetkezniük. A bekövetkező károknak egyértelműen meghatározhatóknak és körülírhatóknak kell lenniük.

A kockázatokat fedezhetjük a társadalombiztosítás, vagy pedig magánbiztosítás keretei között. A társadalombiztosítás az állampolgárok szociális biztonságának megteremtését célozza. Kötelező jellegű és elsősorban a személyi kockázatokra terjed ki. Nem szükséges az írásbeliség, és a gondoskodás elve az elsődleges anélkül, hogy a nyereség lenne a működés célja.

A magánbiztosítás ezzel szemben önkéntes, biztosításmatematikai módszerek alapján működő, üzleti jellegű, profitra törekedő üzleti vállalkozás. Szerve-

zeti formája lehet részvénytársaság, biztosító egyesület, szövetkezet vagy fióktelep. Újabban megjelenő különleges szolgáltatási formának számít a külföldön bejegyzett biztosítótársaság határon átnyúló tevékenysége keretében nyújtott biztosítási szolgáltatás.



1. ábra: Biztosítók részesedése 2017 végén, díjbevétel alapján

Forrás: MABISZ jelentés, Biztosítási piac 2017. IV. negyedév

A biztosítási szektor a gazdaság és a társadalom meghatározó szereplője. A már megszerzett vagyon védelme ugyanis a legtöbb ember számára teljesen természetes. Ezen alapszik például a lakás-, a gépjármű- vagy a vállalkozói vagyonbiztosítások, illetve a szállítmánybiztosítások piaca. Egyre többünk számára világos az is, hogy egyes kikerülhetetlen helyzetekben okozhatunk kárt másoknak, amelyért felelősséggel tartozunk. Ezen károk enyhítésére szolgálnak például a felelősségbiztosítások. Utazásaink során kerülhetünk olyan helyzetbe, amikor or-

vosi ellátásra szorulunk, vagy poggyászaink, értéktárgyaink vesznek el, sérülnek meg. Ilyen esetekre érdemes például utasbiztosítást kötni. Hosszú ideig elképzelhetetlen volt, de ma természetes, hogy autónkra köthetünk segítségnyújtásra vonatkozó biztosítást is.

Az életbiztosítások vásárlása azonban még sajnos ma sem ennyire egyértelmű valamennyiünk számára. Az egyének, illetve a családok pénzügyeinek tervezésekor az életbiztosítások gyakran számos más prioritás mögött következnek csak a sorban. Az életbiztosítás lényegében azon kockázat kezelése, amely a biztosított halálának bekövetkezése vagy be nem következése az előre meghatározott biztosítási tartam során. A mai kor emberének azonban nem elegendő csupán ezen szűk elméleti körben gondolkodnia az életbiztosításokról. Ezen szerződések ugyanis hosszútávú megtakarítási lehetőséget jelentenek a biztosítók ügyfeleinek. Ez különösen nagy jelentőséggel bír a nyugdíjaskori bevételek tervezésénél, vagy speciális élethelyzetekre, mint például házasságra, lakásvásárlásra, gyermek taníttatására való felkészüléskor. Az X generációba tartozók számára a személyes konzultáció volt a természetes és hatásos tájékozási forma a biztosítási döntések meghozatala előtt. A biztosítási tanácsadók és üzletkötők adták a hitelesnek vélt információkat a biztosítási szerződés megkötése előtt. Az Y, de különösen a Z generáció tagjai viszont már széleskörűen igyekeznek tájékozódni az elektronikus felületeken és különböző összehasonlító oldalakon. Számukra az ár/érték arány mellett a nagyfokú rugalmasság és a könnyű érthetőség egyaránt fontos döntési kritériummá alakult. Ráadásul a hosszútávú célok meghatározását követően ma már számos alternatív befektetési és megtakarítási forma is választható az átlagember számára is. Az azonban nem változott, hogy a tudatos ember számára az öngondoskodás egyik hatékony eszköze az életbiztosítás.

14.1. Személybiztosítás

A személyekre szóló biztosítások fontos jellemzője, hogy általában a család vagy a háztartás jövedelembiztonságát teremti meg. Speciális megkülönböztető jegye, hogy a szolgáltatási összeget, vagyis azt az összeget, amelyet a biztosítónak ki kell fizetni a kártérítés során, az egyén saját döntése alapján, élethelyzetéhez igazodva határozza meg.

A személybiztosítások általánosságban lehetnek életbiztosítások, balesetbiztosítások vagy pedig egészségbiztosítások.

Ezen biztosítások lehetnek tisztán kockázati jellegűek, vagy megtakarítási elemmel kombináltak is. Az életbiztosítások általában bővíthetők kiegészítő elemekkel, amelyek a legtöbb esetben baleseti vagy egészségbiztosítási fedezeteket jelentenek.

14.2. Életbiztosítás

Az életbiztosítás már nevében is egyértelműen meghatározza, hogy életünkkel kapcsolatos fő kockázataink pénzügyi megoldásában nyújthat segítséget.

Korai halál bekövetkezése esetén a hátramaradottak pénzügyi biztonságát, magas életkor elérése esetén a biztosított életszínvonalának megőrzését segíti.

Korai halál esetére gondolva különösen fontos a hagyaték tervezése során nem csupán a temetés költségeivel kalkulálni, hanem az ingatlanvagyon, vállalkozások, jelzálogok terheinek fedezetére is megfelelő összegű biztosítással gondoskodni. Jelentős hitelkitettség esetén különösen fontos az ilyen jellegű biztosítás megkötése. Magas életkor elérése esetére készülve pedig a nyugdíjaskori megélhetés költségei mellett érdemes biztosítással felkészülni a romló egészségi állapotunkból adódó költségek ellentételezésére is.

14.2.1. Az életbiztosítások története

Az életbiztosításokat egészen idősámításunk előtt 100-ig eredeztetik. A történetírók szerint Caius Marius római hadvezér csapataiban olyan kisebb csoportokat alkotott, amelyeknek tagjai a később bekövetkező temetés költségeihez előre meghatározott módon hozzájárulást fizettek. Abban az esetben, ha a kisebb csoport valamely tagja elhunyt, úgy a temetése költségeit már a csoportban korábban összegyűjtött összegből, gyakorlatilag társai fedezték. Rómában ennek mintájára civil közösségek is alakultak, amelyek egy része már az elhunyt leszármazottainak is fizetett járandóságot.

A következő nagy lépést már a 17. században tette meg a világ, amikor egy angol textilkereskedő elméletet alkotott az egyes csoportokon belüli várható élethossz meghatározhatóságáról. Nem sokkal később pedig szintén Angliában

megalkották az első halandósági táblát. Ettől a momentumtól kezdődően tudományos alapokra helyeződtek a biztosítási kalkulációk és új szakma is született, a biztosítási matematikus.

Az első életbiztosítások a megalakuló biztosítótársaságok palettáján a 18. században jelentek meg. Terjedésük innentől kezdődően már robbanásszerűként jellemezhető.

A magyar biztosítástörténet az emberi életre szóló biztosítások eredetét a céhek ún. társládáihoz köti, amelyek segítségével a rászorulókat támogatták, illetve kórházak, vagy időskori menhelyek finanszírozását biztosították.

Az Első Magyar Általános Biztosító Társaság Pesten alakult meg 1857-ben. Az alapítás gondolata még Gróf Széchenyi Istvántól származott 30 évvel korábban, de a tervet már Lévy Henrik későbbi vezérigazgató vitte véghez.

A 19. században sorra alakultak a társaságok és szövetkezetek, illetve egyesületek, amelyek életbiztosításokkal is foglalkoztak. Budapesten sétálva gyakran láthatók díszes feliratok belvárosi paloták és egykori bérházak homlokzatán biztosítótársaságok neveivel, amelyből következtethetünk az egykoron rendkívül színes biztosítói iparág történelmi jelentőségére is. A két világháború azonban alaposan átrendezte a piaci viszonyokat. Az új időszak 1952-ben vette kezdetét, amikor az Állami Biztosító monopóliumaként kaptak új lendületet az életbiztosítások hazánkban. A monopóliumnak 1986-ban lett vége, amikortól már a Hungária Biztosító is önálló tevékenységet folytathatott. Ezt követően sorra alakultak az új társaságok, majd a rendszerváltást követően megjelentek hazánkban is a multinacionális biztosítótársaságok leányvállalatai. Ma a magyar piacot a külföldi tulajdonban lévő társaságok dominálják.¹

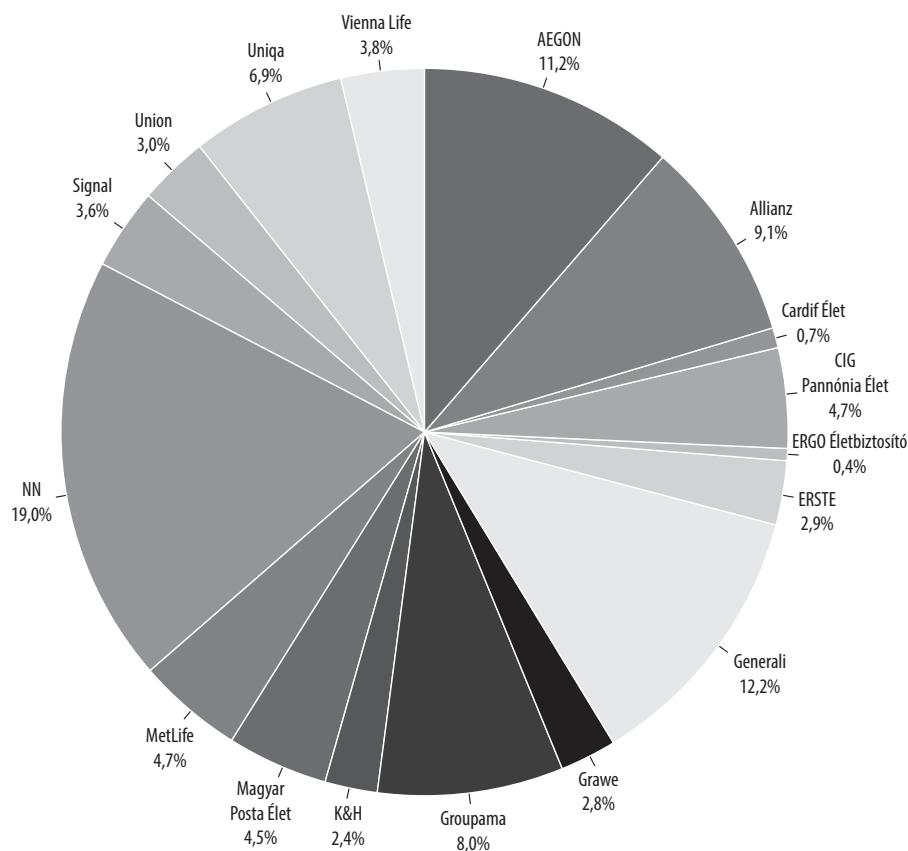
14.2.2. Az életbiztosítási piac szereplői Magyarországon

A magyar életbiztosítási piac a szereplők száma és háttere alapján is komplexnek tekinthető. A legnagyobb európai, illetve multinacionális biztosítótársaságok érdekeltségei különböző működési formákban vannak jelen a magyar piacon.

A német és osztrák érdekeltségű vállalatok nagy száma közép-európai jellemzőnek is tekinthető. A legtöbb szereplő azonban nem csupán életbiztosítási, hanem nem-életbiztosítási tevékenységet is művel hazánkban, így ügyfélkörének

¹ MABISZ, MNB

igyekszik teljeskörű szolgáltatást nyújtani. Az egy főre jutó biztosítások tekintetében jelentős lemaradás tapasztalható a fejlett biztosítási kultúrával jellemzett országokhoz képest. Ez további fejlődési lehetőségeket rejt magában. Ugyanakkor az alacsony átlagdíjak és a rövid biztosítási tartamok miatt a piac jövedelmezősége alacsony, amely további integrációkat eredményezhet a közeli jövőben.



2. ábra: Életbiztosítók részesedése 2017 végén

Forrás: MABISZ jelentés, Biztosítási piac 2017. IV. negyedév

14.2.3. Az életbiztosítások célja

Az emberi élet értékét anyagiakban kifejezni nem lehetséges. A veszteséget pedig semmiféle módon nem lehet pótolni. Az életbiztosítások célja, hogy segítséget nyújtsanak a biztosított számára azokban a váratlan élethelyzetekben, amikor anyagi helyzetének megváltozása ezt szükségsszerűvé teszi, vagy a hátramaradottnak ad lehetőséget arra, hogy képesek legyenek leküzdeni szerettük elvesztése

okozta pénzügyi problémákat is. A biztosító tehát egy előre meghatározott összeget fizet, természetesen a szerződésben előre rögzített feltételek mellett. Az életbiztosítás modern értelemben egyaránt eredményezhet kártérítést a szerződés időtartama alatt a biztosított életbenléte, de halála esetén is, attól függően, hogy milyen típusú az adott életbiztosítási szerződés. A biztosítások előre meghatározott célja alapján a kifizetések történhetnek egyes élethelyzetek bekövetkeztéhez kapcsolódóan. Ilyen lehet például a nyugdíjba vonulás, felsőfokú tanulmányok megkezdése vagy például a házasságkötés is. Az ilyen célokhoz kötött szerződések esetében általánosságban elmondható, hogy a jelentős anyagi áldozattal járó élethelyzet változása az, ami miatt a szerződés eredetileg megkötésre kerül.

14.2.4. Az életbiztosítási szerződés szereplői

Szerződő: az a természetes vagy jogi személy, aki vagy amely az életbiztosításban a díjfizetési kötelezettséget vállalja. Amennyiben a szerződő nem azonos a biztosítottal, úgy a szerződés megkötéséhez, illetve módosításához a biztosított hozzájárulása is szükséges. Egyes biztosítási típusokban lehetőség van a biztosítási tartam során a szerződés megtartása mellett a szerződő módosítására.

Biztosított: az a személy, akinek az életével kapcsolatos a kockázat, illetve akinek a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító szolgáltat. A szolgáltatás az esetek döntő többségében pénzügyi szolgáltatást jelent. A biztosított kizárólag természetes személy lehet, a biztosítás megkötéséhez adott hozzájárulását bármikor visszavonhatja.

Kedvezményezett: a szerződő és a biztosított által közösen megjelölt személy, akinek a biztosító szolgáltat. A kedvezményezett megjelölése a szerződés megkötésével egyidejűleg történik, és a tartam során változtatható. A haláleseti kedvezményezett mindig a biztosítottól eltérő kell legyen.

Biztosító: az a speciális vállalkozás, amely díjfizetés ellenében vállalja, hogy a szerződés feltételei szerint a biztosítási esemény bekövetkeztekor szolgáltatást nyújt.

14.2.5. Az életbiztosítások típusai

Az életbiztosítások két alapvető típusa:

- haláleseti biztosítás,
- eléricsi biztosítás.

A két alaptípusból számos egyéb szerződési forma is eredeztethető. Ilyenek például a járadékbiztosítások vagy a vegyes biztosítások.

A *haláleseti biztosítást* a szaknyelvben *kockázati biztosításnak* is szokás nevezni. Ezen szerződés alapvető célja, hogy az előre meghatározott szerződéses időszak (tartam) alatt a biztosított (akinek életére a biztosítási szerződés szól) halála esetén a kedvezményezett (már a szerződés megkötésekor előre meghatározott személy vagy személyek) egy előre meghatározott összeget (biztosítási összeg) kapjon. Abban az esetben, ha a biztosított a tartam végén életben van, a szerződés kifizetés nélkül megszűnik.

A kockázati biztosítás megkötésének célja lehet akár egy bankhitel fedezete, esetleges hagyatéki költségek finanszírozása vagy a temetés költségeinek fedezete. A kockázati biztosítás speciális típusa a teljes életre szóló (whole life) életbiztosítás, amely szolgáltatása csak a biztosított halálakor válik esedékessé.

Az *elérési biztosítási szerződés* esetén a biztosító egy előre meghatározott tartam végén, a túlélő biztosítottnak kifizeti az előre meghatározott biztosítási összeget. Amennyiben a biztosított életét veszti a tartam közben, úgy a biztosító a kedvezményezettnek vagy pedig az örökösöknek fizeti ki az addig befizetett díjakat és hozamait, és a biztosítás megszűnik.

Az *elérési biztosítás* és a *haláleseti biztosítás* kombinációjaként született meg a *vegyes életbiztosítás*. A *vegyes életbiztosítás* kétféle szolgáltatási tartalommal bír:

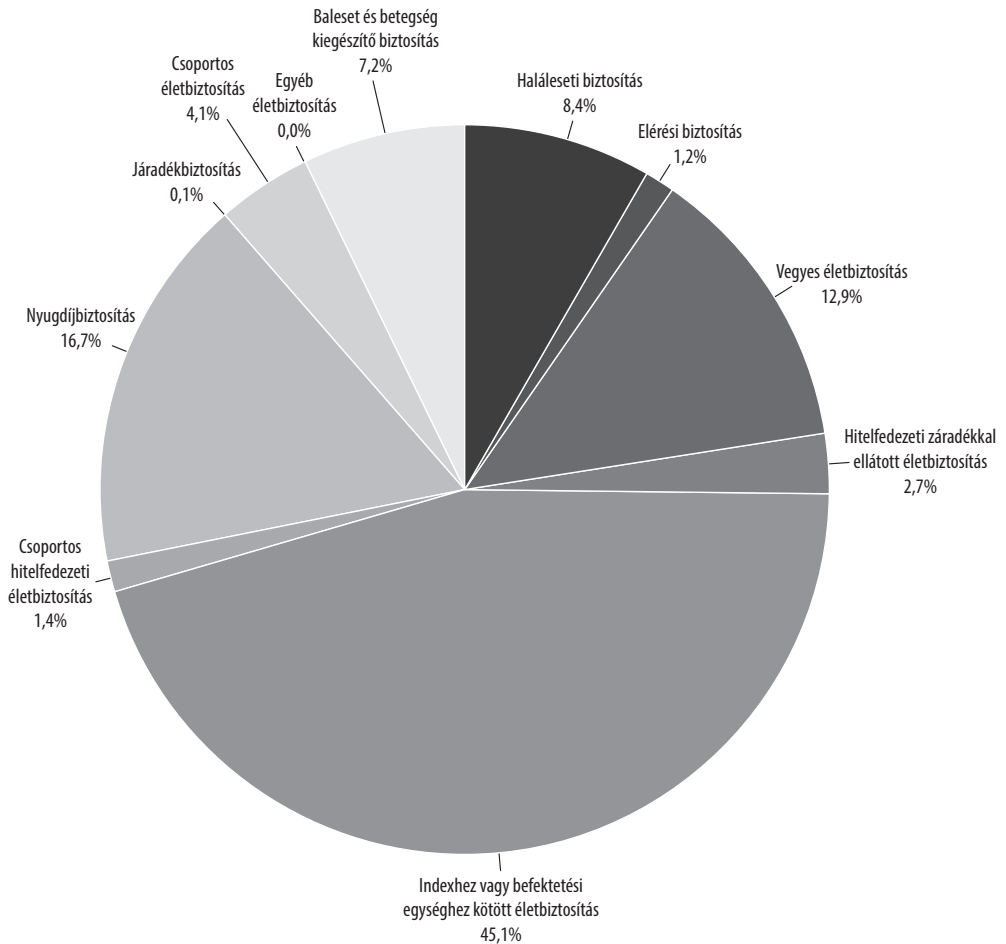
1. Amennyiben a tartam elteltével a biztosított életben van, úgy a biztosító kifizeti az elérési szolgáltatás összegét.
2. Amennyiben a biztosított a tartam során az életét veszti, úgy a biztosító a kedvezményezettnek vagy az örökösnek kifizeti a haláleseti szolgáltatást.

A *vegyes biztosítás* tipikus célja lehet például nyugdíj előtakarékoság, gyermekeink tanítatásának fedezete, családalapítás költsége vagy lakhatás anyagi feltételeinek elősegítése. A vegyes biztosítás köthető két biztosítottra is. Ez leggyakrabban házastársak közös szerződése. Ennek esetében a szerződés akkor szűnik meg, amennyiben az egyik biztosított meghal.

A *járadékbiztosítás* egy előre, akár egy biztosítás keretében összegyűjtött összeg, a biztosító által kalkulált, rendszeres időközönként történő kifizetését célozza. Tipikus formája a nyugdíjaskori járadék, ahol általában havonta előre

meghatározott összeget fizet a biztosító a biztosított teljes hátralévő élete során, vagy egy előre meghatározott tartam során.

A biztosítási szakma gyakorta megkülönbözteti a *term fix* életbiztosítást, amely olyan előre rögzített tartamú életbiztosítást jelent, ami a szerződés lejáratakor mindenképpen kifizetéssel jár. A biztosított halála esetén a halál időpontjától kezdve nem kell fizetni a biztosítási díjat. Az ilyen biztosítást elsősorban a gyermek számára történő előtakarékoság céljából választják. A kedvezményezett ilyen szerződés esetében gyakorta egy előre meghatározott összeget kap a lejáratkor.



**3. ábra: Életbiztosítási ágazatok részesedése záró állománydíj alapján
2017 végén**

Forrás: MABISZ jelentés, Biztosítási piac 2017. IV. negyedév

14.2.6. Kiegészítő biztosítások

A legtöbb társaság az úgynevezett alapbiztosítás mellé kínál kiegészítő biztosításokat is. A kiegészítő biztosítás egyik fontos jellemzője, hogy általában csak az alapbiztosítással együtt értelmezhető, az alapbiztosítás megszűnésével általában a kiegészítő biztosítás is megszűnik.

A legjellemzőbb kiegészítő biztosítások:

- *Kiegészítő kockázati életbiztosítás:* a biztosított tartam során bekövetkező bármely okú halála esetén téríti a kiegészítő biztosításban rögzített biztosítási összeget.
- *Kiegészítő biztosítás baleseti halál esetére:* a biztosított tartam alatti balesetéből származó károsodásának megfelelően téríti a kiegészítő biztosításban rögzített biztosítási összeget.
- *Kiegészítő biztosítás baleseti rokkantság esetére:* a biztosított tartam alatti TB szabályokban rögzített megrokkánása esetén téríti a kiegészítő biztosításban rögzített biztosítási összeget.
- *Kiegészítő egészségbiztosítás:* a biztosított tartam alatti egészségügyi ellátása során téríti a kiegészítő biztosításban rögzített biztosítási összeget.
 - *Kiegészítő kórházi napi térítés biztosítás:* a biztosított tartam alatti egészségügyi ellátása során téríti a kiegészítő biztosításban rögzített napi biztosítási összeget.
 - *Kiegészítő baleseti okú kórházi napi térítés biztosítás:* a biztosított tartam alatti egészségügyi ellátása során téríti a kiegészítő biztosításban rögzített napi biztosítási összeget.
 - *Kiegészítő biztosítás kritikus betegségek esetére:* a biztosított tartam alatti egészségügyi ellátása során téríti a kiegészítő biztosításban rögzített biztosítási összeget a feltételben tételesen felsorolt diagnózisok esetén. Tipikusan a leggyakoribb szív és érrendszeri, illetve daganatos betegségekre vonatkoztatva.
 - *Kiegészítő műtéti térítés biztosítás:* a biztosított tartam alatti műtéti ellátása során téríti a kiegészítő biztosításban rögzített biztosítási összeget.
- *Kiegészítő biztosítás munka- és keresőképtelenség esetén történő díjátvállalásra:* a biztosított tartam alatti munka- és keresőképtelensége esetén megfizeti a biztosítás díjait a kiegészítő biztosításban foglaltak szerint.

- *Kiegészítő biztosítás munkanélküliség esetére*: a biztosított tartam alatti munkanélkülisége esetén téríti a kiegészítő biztosításban rögzített biztosítási összeget.

14.2.7. Az életbiztosítások egyéb szempontú csoportosítása

A biztosítottak száma alapján a szerződés lehet *egyéni* vagy *csoportos* biztosítás. A csoportos biztosítást gyakorta a munkáltatók, érdekképviselői szervek kötik alkalmazottjaik, tagjaik számára.

Az életbiztosítások tartama szerint lehetséges *élethosszig tartó* (whole life) vagy pedig *előre meghatározott tartamú* szerződésekről beszélni.

A díjfizetés gyakorisága szerint megkülönböztetünk *folyamatos*- vagy *egyszeri díjfizetésű* szerződéseket. A folyamatos díjfizetésű szerződések lehetnek havi, negyedéves, féléves, éves díjfizetési gyakoriságúak.

A díjfizetés módja szerint a biztosításokat csoportosíthatjuk *ceskkes*, *csoportos díjbeszedésű*, *banki átutalásos* szerződéseként. A díjfizetés szempontjából egyre elterjedtebb a bankkártyás díjfizetés is.

14.2.8. Az életbiztosítások specialitása

A biztosítás hosszútávú szerződés. A tartama általában meghaladja a tíz évet. A nyugdíjbiztosítások esetében a szerződések tartama akár negyven esztendőnél is több lehet. A szerződés jellegéből adódóan a biztosítónak nincs joga a szerződést megszüntetni a tartam lejáratá előtt. Ezen speciális feltétel kifejezetten a biztosított érdekeinek védelmében alakult ki. A biztosító üzleti érdeke esetleg megkívánná, hogy a biztosított egészségi állapotának romlása esetén felmondja a szerződést, de életbiztosítás esetében erre nincs lehetőség.

A szerződő dönthet úgy, hogy nem kívánja tovább fizetni a biztosítás díját. Egyes szerződések esetében van lehetőség arra, hogy a biztosított, amennyiben nem azonos a szerződővel, folytassa a díjfizetést. Gyakorlati példái lehetnek ennek a megoldásnak az önálló életvitelre berendezkedő felnövő gyerekek esete, amikor a szülő kezdi fizetni a biztosítást, és később a tényleges díjfizetés kötelezettsége átszáll a biztosított gyermekekre. Ugyanilyen gyakorlati megoldás lehet a munkáltató által megkötött biztosítások esete. Amikortól a munkáltatónak már nem érdeke a díjfizetés, például a megszűnő munkaviszony okán, a korábbi munkavállaló átveheti a díjfizetést.

A biztosítási szerződés tehát kétoldalú jogviszony. A szerződő azt vállalja, hogy díjat fizet a biztosítónak, ezzel szemben az életbiztosító vállalja, hogy a szerződésben meghatározott feltételek szerint kifizetést teljesít a kedvezményezettnek. A szerződő díjfizetési kötelezettségének különösen azért van jelentősége, mert a biztosító a veszélyközösség érdekeit képviselve, díjelmaradás esetén lépéseket tesz annak érdekében, hogy a díjfizetés folyamatos maradjon. A megtakarítási jellegű biztosítások esetében pedig, saját vesztesége minimalizálása érdekében, visszavásárlási táblákon előre meghatározott módon csökkenti a már felhalmozott összeg nagyságát. A visszavásárlási tábla az ügyfélnek megmutatja, hogy idő előtt megszüntetve a szerződését a felhalmozott összeg hány százalékát kapja meg. Ez az érték a száz százalékot csak közvetlenül a szerződés lejártát megelőző években éri el.

14.2.9. A biztosítások költségei

A biztosítók a biztosítás díjának egy számításokkal előre meghatározott és a szerződéskötéskor rögzített részét a saját költségeik fedezésére elvonják. A biztosítási díj általában tartalmaz egy vállalkozói díjrésznek nevezett elemet, amely a szerződéskötés költségeinek, az állományápolás költségeinek és a biztosító működési költségeinek fedezésére szolgál. Emellett általában elkülöníthető egy másik nagy díjcsoporthoz, amelyet kockázati díjrésznek nevezünk. A kockázati díjrész szolgál fedezetül az azonnali károk kifizetésére, illetve a később bekövetkező károkra elkülönített díjtartalék megképzésére.

A szerződéskötés költsége, jutalék

A biztosítást ma még igen ritkán vásárolják meg anélkül, hogy valamilyen külső késztetés vagy figyelemkeltés ne előzné meg a szerződéskötést. Saját üzleti érdeküknél fogva a biztosítótársaságok értékesítésre szakosodott specialistákkal működnek együtt. Az értékesítők lehetnek függő közvetítők vagy független közvetítők. A függő közvetítők az esetek döntő többségében a biztosítótársaságok saját üzletkötői, akiket a társaságok regisztrálnak a felügyeleti szerveknél, gondoskodnak szakszerű felkészítésükről és támogatják értékesítési tevékenységüket. Hasonló szerepet játszanak az értékesítésben az úgynevezett többes ügynökök. E két értékesítési csoport közös tulajdonsága, hogy tevékenységükért a biztosítótársaság felel, az ügynök pedig a társaságot képviseli az ügyfelek előtt. Az értékesítők másik nagy csoportja a független közvetítők, akik a köznyelvben

biztosítási bróker, vagy biztosítási alkusz elnevezéssel illethetők. A biztosítási alkusz legfontosabb megkülönböztető jegye az, hogy tevékenységét saját felelősségére végzi, és az ügyfeleket képviseli a biztosítók előtt.

Mindkét nagy csoport egyaránt díjazásért, az esetek többségében jutalékért végzi tevékenységét. A jutalékot a biztosítótársaság a termék árazásakor kalkulálja és azt döntően két nagy csoportba sorolja. A szerzési jutalékot a biztosítás megkötésekor fizetik ki, míg az ún. fenntartási jutalékot a szerződés tartama alatt, elosztva.

A szerződéskötéskor a biztosító egyik legnagyobb kockázata abban rejlik, hogy a szerződés az eredetileg tervezett tartam vége előtt megszűnik, és így a teljes tartamra elosztott költségek nem térülnek meg. Ezen költségek legjelentősebb eleme a kezdetben azonnal jelentkező szerzési jutalék. Ezen kockázatok mérséklése mind a társaságok, mind pedig a szabályozó szervek közös érdeke. Az ehhez kapcsolódó rendelkezéseket külön is tárgyaljuk.

A szerzési jutalékot a biztosítók fizethetik rögtön a szerződéskötéskor, előre, anélkül, hogy befolyt-e az első éves teljes díj. Gyakori megoldás azonban, hogy a ténylegesen befolyt díj mértékének megfelelően, részletekben, „csepegtetett jutalék” formájában fizetik a közvetítőt.

A társaságok a jutalékokra vonatkozó belső szabályait, eljárásrendjüket általában az ún. jutalékszabályzatban rögzítik. Ez az a dokumentum, amely a vállalat aktuális szerzési gyakorlatát leginkább tükrözi. A jutalékszabályzatban meghatározott mértékek és ösztönzők ugyanis a függő közvetítők esetében egyértelműen meghatározzák azt, hogy mely termékeket kíván a társaság előtérbe helyezni saját portfóliója építésekor.

Ma már Magyarországon is megtalálható gyakorlat, hogy a független közvetítő nem kap jutalékot a biztosítótól. Ezzel szemben az ügyfele, akinek az érdekeit a biztosítók előtt képviseli, fizet számára előre meghatározott díjat az elvégzett szolgáltatás ellentételezésére.

A jutalékszabályzatok különösen fontos eleme a jutalékviisszaírásra vonatkozó rész. Abban az esetben, ha a közvetítő az előre felvett jutalékot nem szolgálja meg, mert pl. az életbiztosítási szerződés idő előtt megszűnik, a biztosító visszaköveteli a jutalék egy részét. Jellemző, hogy az első három évben a kezdetben

kifizetett jutalékok egy előre meghatározott része kerül visszakövetelésre, amely az első évben általában a teljes kifizetett jutalékot jelenti. Három év után a jutalékvisszaírás általában már nem terheli a közvetítőt.

Az elmúlt két évtizedben a magyar biztosítási szektor milliárdos nagyságrendben szenvedett veszteséget amiatt, hogy egyes közvetítők tudatosan károsították meg a társaságokat fiktív szerződések után járó jutalékok felvételével, majd a visszaírás tényleges aktusa alóli kibújással. Ennek a jövőbeni elkerülése érdekében a társaságok egyre szigorodó feltételek mellett hajlandók új partnerekkel együttműködésre lépni, ellenőrzési tevékenységük pedig egyre szigorúbbá vált. A még hatékonyabb fellépés gátja a szigorú adatvédelmi szabályozás, illetve az egyes piaci szereplők üzleti érdekei miatti torz piaci reakciók időről-időre való felerősödése.

14.2.10. A díjtartalék

A hagyományos életbiztosítások esetében tipikus, hogy a biztosító az ügyfél által befizetett díjnak egy részét, a szerződés pontos típusától függően, folyamatosan gyűjti a később nyújtandó szolgáltatások fedezetére. Ezt a felhalmozott összeget nevezzük díjtartaléknak. A díjtartalék mindenkor aktuális összege általában kisebb, mint a befizetett és hozamokkal növelt díjak összege, mivel a biztosító a befizetett díjból fedezi költségeit és a tartam közben bekövetkező szolgáltatások kifizetéseit is. A díjtartalékot a biztosító befekteti, és az elért többlethozam nagyobb részét (minimum 80%) a szerződőnek, meghatározott módszer szerint visszaadja. A többlethozam nem más, mint a díjtartalék befektetéséből a technikai kamaton felül elért nyereség. A technikai kamat a biztosító által a biztosítási fedezetre garantált befektetési hozam. Az érvényes szabályozás értelmében a forintban meghatározott szerződések esetében 2016. július 1-jétől 2,3%. A díjtartalék befektetési szabályai szigorú rendszerbe foglaltak, törvények által szabályozottak és a felügyeleti szervek szorosan nyomon követik a tartalékokhoz kapcsolódó tranzakciókat.

A jelenlegi különösen alacsony hozamkörnyezetben a technikai kamat különösen nagy jelentőséggel bír. Egyes biztosítótársaságok napjainkban már korlátozzák az ilyen jellegű biztosítások értékesítését. Egyes országokban az is előfordul, hogy a társaságok egyáltalán nem bővítik tovább az ilyen portfóliójukat. Az ilyen tevékenységet nevezi a szakma általában „run off” vagy kifutó üzletnek.

A díjtartalék az alapja a maradékjogoknak is, amelyek olyan az életbiztosítási szerződésekben rögzített jogosultságokat jelentenek, amelyek a díjfizetés esetleges elmaradása, illetve a szolgáltatás kifizetése nélküli megszűnése esetén is megmaradnak. Jellemző maradékjogok a díjmentes leszállítás, illetve a visszavásárlás.

A befektetési egységhez kötött (*unit linked*) életbiztosítások esetében a biztosító a biztosítási szerződés alapján képzett biztosítástechnikai tartalékot az általa létrehozott, önálló befektetési politikával rendelkező, elkülönítetten kezelt, azonos értékű, elméleti elszámolási részekből álló, eszközállományokba vagy más, befektetési alapkezelésre jogosult társaság által kezelt befektetési alapokba helyezi befektetés céljából. Az elszámolási részeket szokás befektetési egységeknek is nevezni. Az eszközalapokba történő befektetés a szerződő választásától függ és a szerződésben előre meghatározott szabályok szerint történik. Ezen szerződések esetében a szerződő megválaszthatja, hogy az általa befizetett díj egy részét, a unit linked életbiztosítási tartalékot, milyen típusú és kockázatú befektetési eszközalapokba helyezze el a biztosító. Az alapok teljesítményéről, és ehhez kapcsolódóan az aktuális eszközértékről, a biztosítók rendszeresen tájékoztatják ügyfeleiket. Egyes szerződések esetében a választható alapok száma több tucat is lehet, a befektetési hajlamú ügyfelek igényeit pedig számos döntéstámogató eszközzel pl. stop loss/start buy technikákkal is segítik.

14.2.11. Az életbiztosítási piac gazdasági jelentősége

Az életbiztosítások vásárlása megeremti a biztonságtudatot, segíti a családok és vállalkozások általános pozitív jövőképének alakulását. A gyakorta előforduló váratlan negatív hatások ellensúlyozásával megakadályozzák a hatások széleskörű továbbgyűrűzését.

Kiválthatják a társadalombiztosítás egyes elemeinek felhasználását, ezzel általánosságban is javítják az ország gazdasági helyzetét. Megtakarítási jellegűknél fogva halasztott fogyasztást eredményeznek és ezzel az inflációra is hatással vannak.

A megtakarítási jellegű biztosítások tartalékainak felhalmozásával, azt nagy összegű befektethető tőkévé gyűjtik össze. Ezzel jelentős mértékben hozzájárulnak mind az állampapír piac, mind pedig a hazai tőzsde fejlődéséhez. A 2017. év végén az életbiztosítók díjbevétele meghaladta a 477 milliárd forintot, amely önmagában is mutatja a szektor gazdasági erejét.

A 2015. év végén a Magyar Nemzeti Bank (továbbiakban: MNB) adatai szerint hosszú évek óta először pozitív, 28,3 milliárd forintos eredmény mutatkozott a szektor biztosítástechnikai eredményét illetően. Azóta is tovább növekedett az állampapírok szerepe a biztosítói befektetések körében: 2017 végén a szektor 1 159 milliárd forintot fektetett közvetlenül állampapírba (MABISZ, Évkönyv 2018.).

14.2.12. Az életbiztosítási piac intézményrendszere

A magyar piacon jelenlévő biztosítótársaságok között találunk olyat, amely kizárólag életbiztosításokat kínál. A régebben alapított társaságok között azonban többségében vannak a kompozit biztosítók, amelyek mindkét biztosítási ágazatban kínálnak termékeket. Újjonnan azonban már csak szakosodott biztosító alapítható. A 2016-os év végén 19 biztosító volt érdekelt Magyarországon életbiztosítás értékesítésében.

Speciális területe a biztosítási szakmának a viszontbiztosítás, amely a biztosítótársaságok kockázatát tovább porlasztja. A viszontbiztosító az életbiztosítások esetében azt vállalja, hogy extrém körülmények között, vagy különösen nagy összegű károk esetén, előre meghatározott feltételek szerint, illetve limitek alapján megtéríti a biztosító kárainak egy részét. A viszontbiztosító ezt kockázati díj ellenében teszi.

A biztosítási szakma felügyeletét 2013-tól a Magyar Nemzeti Bank látja el. Az MNB legfontosabb feladatai ebben a vonatkozásban az engedélyezési tevékenység ellátása, a már engedéllyel bírók folyamatos ellenőrzése, az adatszolgáltatásokon keresztül pedig a prudens működés monitorozása. Kiemelten fontos terület a fogyasztóvédelemmel összefüggő tevékenységük.

A biztosítótársaságok saját érdekképviseletük okán, a szakmai tapasztalatok cseréjét is szem előtt tartva, hozta létre a Magyar Biztosítók Szövetségét (továbbiakban: MABISZ). Ez a szervezet képviseli a biztosítási szakmát az országos döntéshozatali fórumokon is. A MABISZ különleges tevékenysége a biztosítási szakma presztízsének növelését célzó kampányok szervezése, illetve a biztosítási kultúra növelése és az öngondoskodás szükségességének bemutatása. A MABISZ tagozataiban a biztosítási szakma jelenét és jövőjét meghatározó kérdésekről zajlik szakmai munka, amelyben a biztosítótársaságok szakértői és a MABISZ alkalmazottai közösen vesznek részt.

14.2.13. Az életbiztosítási piac szabályozása, etikus biztosítás

Magyarországon 1,7 millió megtakarítási célú életbiztosítással számolhattunk 2017 végén. (MABISZ, Évkönyv 2018) Ezen biztosítások tényleges átlagos tartama alig haladta meg a 6,5 évet. Az ügyfelek gyakorta azért szüntették meg a szerződéseket idő előtt, mivel a szerződések megkötése után értették meg pontosan, hogy milyen költségek terhelik az ilyen jellegű szerződéseket, illetve milyen megtakarítási eredményt várhatnak. Az esetek egy jelentős részében a biztosítást kötők sajnos nem voltak azzal sem tisztában, hogy a szerződések nem csupán megtakarítási, de jelentős kockázati fedezetet is tartalmaznak.

A Magyar Nemzeti Bank, amely 2013 óta látja el a biztosítási szektor felügyeletét, egy speciális ajánlással igyekszik sokkal átláthatóbbá tenni ezen biztosítások működését. Az ajánlást a biztosítási piac a napi gyakorlatban „etikus ajánlás”-ként említi.

Ennek a szabályozásnak az egyik eleme, hogy egységesítik, és közérthetőbbé teszik a szerződések költségeinek elnevezését. Az ajánlással egyértelműen megtiltják a rejtett költségek felszámítását. A társaságok szabályzataikban és tájékoztatóikon a következő elnevezéseket kell, hogy használják 2017 januárját követően:

- **szerződéskötési díj**, amely alatt az értékesítési, vagy kezdeti költséget kell érteni és általában az ügyfél befizetéseiből az első 2-3 évben levont tényleges költségeket jelenti,
- **vagyonkezelési díj**, ami a teljes állományra vetített, a befektetési tevékenységhez szorosan köthető költséget jelenti,
- **adminisztrációs díj**, amely a biztosítási háttértevékenységek fedezetére szolgáló költségelemnek felel meg,
- **díjbeszedési költség**, amely a befizetések tényleges formájától (postai csekk, csoportos díjbeszedés, banki átutalás) függő költségek fedezetére szolgál.

Ezen kívül elkülönítésre kerül a kockázati díjrész és a megtakarítási díjrész is. Az etikus ajánlás eredményeként az életbiztosítók felülvizsgálták termékeiket, és számos terméket kivontak az értékesítésből 2017 januárjától.

A Teljes Költség Mutató és annak szabályozása

A biztosítási termékek szolgáltatási peremfeltételei, tényleges költségei a hétköznapi ember számára nem túl könnyen érthetőek. Az évtizedek során, a szabá-

lyozói környezet változásával együtt, a biztosítási szerződések feltételei is egyre hosszabbak lettek és szakkifejezésektől tarkítva kerülnek a leendő ügyfelek elé a szerződéskötés idején. Az elmúlt évtized válságai különösen előtérbe helyezték a pénzügyi kockázatok szabatos bemutatásának szükségességét. Az életbiztosításokat gyakran vásárolták annak tudatában, hogy egyszerű befektetési terméket kapnak az ügyfelek. Ezzel szöges ellentétben még a legegyszerűbb életbiztosítás is tartalmaz kockázati díjrészt, amely az ügyfél tartam közbeni halála vagy súlyos sérülése esetén nyújtandó szolgáltatások fedezetéül szolgál. Ezen túlmenően pedig nem szabad elhanyagolni az üzletkötés tényleges költségeit sem. Az évek óta tartó alacsony hozamkörnyezet különösen fontossá teszi, hogy a költségek és a várható hozamok egymáshoz való viszonyulása ne csupán világos legyen az ügyfél számára, de ne is legyen lehetősége a biztosítótársaságoknak arra, hogy a kevésbé tájékozott ügyfelek számára, jelentős veszteséget is eredményezhető termékeket kínáljanak anélkül, hogy ez a nem kellően hozzáértők számára is világosan látható lenne. Ennek támogatására a Magyar Biztosítók Szövetsége önálló kezdeményezéseként került bevezetésre a Teljes Költség Mutató (TKM).

A TKM mutató egy olyan egyszerű tájékozási eszköz, mely egyetlen szám segítségével fejezi ki az adott biztosítás költségeit. Egészen pontosan megmutatja, hogy adott paraméterek mentén megközelítőleg mekkora hozamvesztés éri az ügyfelet egy szigorúan csak elméletben létező, minden költségtől mentes terméken elérhető hozamhoz képest amiatt, hogy azt az adott befektetési egységhez kötött (unit linked) terméken érte el. Az ilyen jellegű elméleti veszteség azon biztosításszakmai specialitásokból adódik, hogy az életbiztosítások, bonyolultságuk miatt általában személyes értékesítéssel történnek, amelyért a biztosítók a közvetítőknek jutalékot fizetnek. Ezen túlmenően a termékekhez kapcsolódó összetett befektetési megoldásoknak gyakorta sokszorosan megjelenő költségei vannak. A TKM mutató segítségével – a típuspéldákon keresztül – az egyes társaságok unit-linked életbiztosítási termékeinek költség szintje összehasonlíthatóvá válik, így az ügyfelek – elméletben – tudatosabban választhatnak. Nem szabad azonban továbbra sem figyelmen kívül hagynunk azt a tényt, hogy az átlagos biztosítást vásárló ügyfél legtöbb esetben csak a biztosításközvetítőtől tájékozik.

A fentiek ismeretében azonban hiba lenne túlzottan negatívan közelíteni ezen termékcsoporthoz. Az unit-linked termékek ugyanis egyszerű hozzáférést biztosítanak olyan befektetési alapokhoz is, amelyek az átlagember számára általában

nem, vagy csak bonyolultan elérhető. Addicionális előnyük lehet az is, hogy jól felkészült biztosítási tanácsadók kísérhetik végig a szerződés alakulását, akár a teljes tartam ideje alatt.

A Magyar Nemzeti Bank – túlmutatva az eredeti elképzelésen – kiterjesztette a Magyar Biztosítók Szövetsége által önszabályozó céllal bevezetett teljes költség mutatót az összes megtakarítási termékre. Bevezetésre került ezen kívül a tíz évnél hosszabb időtartamra szóló biztosításokra a tartamközi TKM-limit is, ez 2016-ban 6,25% lehetett. Az élethosszig tartó (whole-life) szerződésekre pedig hivatalosan is a 15 éves TKM lesz a mérvadó, annak ellenére, hogy azon biztosítások tényleges tartama előre nem meghatározható. Az egyszeri díjas biztosítások szabályozására egy teljesen elkülönülő, 3,5%-os TKM mutató lett az irányadó érték.

Az összetett szabályozás részeként az értékesítők jutalékának maximuma is további csökkentésre került. A 2015-től érvényes jutalékmaximum szabályozást követően a 14 havi szerzési jutalékmaximum 2018-tól 13 havira, 2019-től pedig már 12 havira csökken.

Gyakorta hallható kritika a pénzügyi ismeretek alacsony szintje, illetve az átlagember relatív tudatlanságával való visszaélés problematikája. A szerződést megkötők tájékoztatása is számos gyakorlati hiányosságot mutatott az elmúlt évek során. A biztosítók a friss szerződéssel rendelkező ügyfeleket, általában a saját call centerükön keresztül, felhívják és ellenőrzik, hogy mindent megértettek-e a szerződés feltételeiből. Ez az intézkedés is felügyeleti szinten elvárt és szabályozott folyamattá vált az ajánlásnak köszönhetően.

Emellett az ügyfél igénye szerint írásbeli, szóbeli és elektronikus úton is biztosítania kell a biztosítóknak, hogy az ügyfél áttekinthesse a szerződését még a kötés előtt, a nyilatkozatokat pedig beazonosíthatóvá kell tenniük. A biztosító-társaság képviselőjének kötelessége, hogy figyelmeztesse az ügyfelet arra, hogy olvassa el részletesen a szerződést.

Az elmúlt években felerősödött reklamációk kivédése érdekében az MNB ezen túlmenően azt is elvárja, hogy az eszközalapok összetétele az ügyfél egyedi megtakarítási ciklusához alkalmazkodjon. Tartva a hitelpiaci anomáliák ismétlődésétől, a nemkívánatos devizakockázatok csökkentése érdekében a biztosító-társaságoknak pedig rendelkezniük kell hazai kötvény- és részvényalapokkal a választható alapok között.

Az MNB az átfogó szabályozástól azt várta, hogy a kifejezetten drága termékek egycsapásra eltűnjenek a piacról, a később kifejlesztésre kerülő termékek esetében pedig a társaságok sokkal hangsúlyosabban vegyék majd figyelembe az ügyfelek érdekeit.

A TKM limitrendszer bevezetése az egyedi szerződések profittartalmát várhatóan csökkenteni fogja, viszont hosszútávon a megnövekedett átlagos tartam remélhetően ezt pótolni tudja majd. Az MNB reményei szerint ugyanis átlagosan legalább 8-10 évig tartják majd meg az ügyfelek a szerződésüket, amely azonban még így is elmarad az átlagos szerződéskötés kori értékektől.

Tekintettel arra, hogy az EU csatlakozás óta folyamatosan igyekeznek a piaci szabályalkotók közelíteni a magyar szabályokat az uniós mintákhoz, ezért további változások várhatóak az elkövetkező évtizedben. A trendek alapján szigorúbb képzési szabályok kerülnek kialakításra, az üzletkötők engedélyezési minimumfeltételei pedig tovább közelednek majd a fejlett biztosítási kultúrával rendelkező országokéhoz.

Nemzetközi szabályozók alkalmazása

Solvency II.:

(Európai Parlament és Tanács 2009/138/EK irányelve (2009. november 25.))

A jogszabály célja, hogy a biztosítótársaságok fizetőképességük megőrzése, sőt javítása érdekében a fizetőképességi követelményeket a társaságok által vállalt kockázatokhoz igazítsák. A szabályozás három legfontosabb eleme a pénzügyi, kockázati és a közzétételi pillér.

A Szolvencia II. irányelv az eddigi szabály alapú tőkekövetelménnyel („Szolvencia I.”) szemben komplex, kockázatalapú tőkekövetelményt, kockázatalapú felügyelési szabályrendszert vezet be európai szinten. Ennek megfelelően kockázatalapú szemlélet érvényesül a teljes követelményrendszerben. A kockázat-érzékeny szavatoló-tőke-szükséglet számítás mellett az üzleti tervezésbe, a pénzügyi helyzet értékelésébe is beépül a kockázatalapú szemlélet.

A biztosítótársaságok saját kockázat- és szolvenciaértékelés (Own Risk and Solvency Assessment, ORSA) keretében rendszeresen felméri az általános szavatoló-tőke-szükséglet igényüket az elfogadott üzleti terveik alapján. Ezen riportokban külön szükséges kitérni az I. pillérrel le nem fedett (pl. likviditási), illetve a hosszú távú kockázatokra is.

A kockázat alapú szemlélet megjelenik a minőségi követelmények vonatkozásában is. Ezek a szempontok teljesen új megközelítést jelentenek a biztosítók vezető testületei számára. Új követelményként jelenik meg az információ nyújtását, a felügyeleti jelentés tartalmát illetően is. Külön érdekessége, hogy az EU egészére vonatkozóan egységes jelentési rendszer került bevezetésre. A jelentések gazdasági értékelési elven alapulnak, és főként a befektetésekről és a tartalékokról nyújtanak rendkívül részletes információt. A Szolvencia II. rendszerben a csoportszemlélet is előtérbe kerül, amely a magyar biztosítási szektor szempontjából különösen jelentős, hiszen szinte kivétel nélkül nemzetközi nagyvállalatok működnek a piacunkon.

A Szolvencia II. irányelv hazai átültetése a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvénnyel történt. Ezzel párhuzamosan felértékelődött egy új szakma, a Risk Manager (kockázatkezelési vezető, illetve szakértő) funkciója is.

MiFID:

(Markets in Financial Instruments Directive (2004/39/EC))

A szabályozott piacokra, a befektetési szolgáltatásokra és a többszintű kereskedési rendszerekre vonatkozó irányelv 2007 novembere óta hatályos. Az elmúlt években a pénzügyi piacokon tapasztalható nagyfokú változások indokoltá tették a MiFID rendszer felülvizsgálatát. Az uniós szervezet 2011 októberében véglegesítette új javaslatát, amely két részből állt: a MiFID irányelv módosításából (MiFID II irányelv) és egy rendelet kidolgozásából (MiFIR). Az irányelv és a rendelet végül 2014. június 12-én jelent meg az Európai Unió Hivatalos Lapjában.

A MiFID II a szabályozott piacok és a befektetési vállalkozások engedélyezési feltételeivel és működési követelményeivel, valamint az illetékes hatóságok jogköreivel foglalkozik. A MiFIR a befektetési vállalkozások és a használt kereskedési helyszínek nyilvánosságra hozatali követelményét, az illetékes hatóságok részére küldendő transzparencia jelentések szabályait, a különlegesen kezelendő származtatott ügyletekre vonatkozó előírásokat, a pénzügyi eszközökre vonatkozó megkülönböztetés-mentes elszámolási követelményeket tartalmazza. A szabályozás magyar vonatkozásai döntően befolyásolják a biztosítási szektor, elsősorban az értékesítési szervezetek középtávú jövőképét.

PRIIPs:

(Packaged Retail Investment and Insurance-Based Products)

A PRIIPs egy különösen tág kategóriája a pénzügyi termékeknek. Ezen csoportba tartozó befektetési jellegű termékeket széleskörűen értékesítettek az Európai Unió országában is. Az értékesítés elsősorban bankokon, de más pénzügyi intézeteken keresztül történt és napjainkban is elérhetőek a potenciális ügyfelek számára. A szabályozás a definíció szerint lefedi a csomagolt, nyílt körben értékesített termékek azon körét, amelyek kitettek az alárendelt részvények és kötvények mindenkori tényleges teljesítményének. Ezen termékek elvárható teljesítménnyel bírnak és valamiféle beépített kockázatot is tartalmaznak. A kategória kifejezetten szabályozói céllal került megalkotásra az Európai Bizottság által. 2017. január 1-jét követően minden olyan intézménynek, köztük a biztosítónak is kötelességük a legfontosabb információkat tartalmazó dokumentumot készíteni ezen termékek mellé (KID: Key Information Document) az átláthatóság és könnyebb érthetőség érdekében.

KID:

(Key Information Documents for PRIIPs)

A szabályozás szerint a tájékoztató nem lehet hosszabb három oldalnál, és világos tájékoztatást kell tartalmazzon a termékről. Be kell mutatnia a termék és a terméket készítő pontos elnevezését, a termékben rejlő kockázatokat, a maximális várható veszteséget, hiteles várható teljesítmény scénáriókat, a termék költségeit és azon felügyeleti szervek elérhetőségeit, amelynél probléma esetén a termékkel kapcsolatban panasz tehető. Külön érdekesség, hogy a jobb érthetőség érdekében még egységes piktogramok használatát is előírják a szabályalkotók.

IDD:

(Insurance Distribution Directive, Biztosításértékesítési Irányelv)

A jogszabályalkotók 2018. február 23-tól tették kötelezővé a biztosításközvetítésre vonatkozó iránymutatás alkalmazását hazánkban. A végrehajtás során számos jogszabály módosítása után a magyarországi biztosításközvetítésre vonatkozóan is egységes uniós szabályrendszer követése vált kötelezővé. Az irányelv különös figyelmet fordít a termékfejlesztési folyamatokra, és a termékek különböző tulajdonságainak egységes és transzparens megalkotására. Külön fejezet foglalkozik a közvetítők tanácsadási tevékenységének szabályaival. Kiemelt figyelmet fordított

tak a jogszabályalkotók a javadalmazás módszertanára és az érdekeltek kizárására, illetve a képzésre és minősítésre. Az irányelv sikeres bevezetését követően elvárható a szabatosabb és világosabb tájékoztatás, az ügyfelek érdekeinek hatékonyabb védelme, és a határokon átnyúló üzleti lehetőségek jobb kihasználása is.

Gender directive:

(Gender direktíva)

A 2012-től érvényes szabályozás tiltja a nemek közötti megkülönböztetést a biztosítási termékek árazásakor. A szabályozás hatálybalépése a kockázati típusú termékek újraárazását eredményezte, és ezzel eltűnt a férfiak és nők várható élettartam különbségéből adódó árazási eltérés.

14.3. Nem-életbiztosítások

A biztosítási szektor nem-életbiztosítási ágának egyik legfontosabb jellemzője, hogy míg az életbiztosítási szerződés esetében egy káresemény (általánosságban a biztosított halála) következik be a teljes tartam során, addig a nem-életbiztosítási szerződések esetében több kár is bekövetkezhet az azonos szerződés megléte esetén. Ezek a káresemények ráadásul könnyen megfigyelhetők a hétköznapiakban, valamennyien gyakorta részeseivé válhatunk. Ezzel is magyarázható, hogy a nem-életbiztosítások esetében az ügyfelek gyakorta saját maguk keresik a szerződés megkötésének lehetőségét szemben az életbiztosítási szerződésekkel.

A nem-életbiztosítások tipikus példája a vagyombiztosítás. Az ilyen szerződés általában egy éves tartammal jön létre, de leggyakrabban évente megújul. A szerződés évfordulójának közeledtével általában felülvizsgálatra kerül a szerződésbe foglalt ingó vagy ingatlan vagyon értéke, majd pedig ehhez kerül igazításra az új időszakra vonatkozó biztosítási díj. (A korábban már említett baleset- és betegségbiztosítások a nem-életbiztosítások közé sorolandók tulajdonságaik alapján, annak ellenére, hogy tipikusan az életbiztosítások kiegészítő biztosításaiként kerülnek értékesítésre.)

A vagyombiztosítások kalkulálásakor az adott évben befizetett díjak nyújtanak fedezetet az adott évben bekövetkezett károkra. Természetesen számos előre meghatározott tartalék képződik ezen szerződések mögött is, mint például a nagy károk tartaléka. A vagyombiztosítások káringadozása viszont magas, ezért ezen ágazat nyereségessége évről évre jelentősen változhat.

14.3.1. A nem-életbiztosítások története

A kereskedelem a pénz megjelenésével gyorsan fölváltotta az egyszerű árucserét. Az áruszállítás azonban már a kezdetekben is számos veszéllyel járt. A szállítás során sérült vagy eladhatatlanná vált áru, vagy annak elvesztése jelentős kockázattal bírt. Az első biztosítások ennek megfelelően elsősorban a tengeri szállítás kockázatainak fedezésére szolgáltak és a szabályai még ma is felfedezhetők a modern biztosítások között.

Előre nem látható események sorozata nehezítette a kereskedők életét. A szállítmányt veszélyeztető viharok, támadások, rablások kárainak enyhítésére már két és fél évezreddel ezelőtt is megoldást találtak a korai biztosítások között. A szállítmánybiztosítás ma is komoly hányadát jelenti a nem-életbiztosításoknak.

A XIII-XIV. századtól már rendszeresen került sor olyan közös kockázatvállalásra, ahol utólagos kárenyhítési céllal, a kár bekövetkeztekor egy csoporton belül többen osztoztak meg a kár összegén. Ettől a gyakorlattól jelentősen eltér a kései középkor azon intézményrendszere, amelyet már a modern biztosítások elődjének tekinthetünk, hiszen előre meghatározott díj ellenében került sor a kártalanításra.

Ezek esetében például már nemcsak a rakományt, hanem a hajótestet is biztosították. Mérföldkőnek tekinthetjük, hogy Londonban 1668-ban megalakult a Lloyd's, az egyik leghíresebb angol társaság, amely még ma is őrzi a hagyományok jelentős részét. Országonként más és más károkra specializálódtak az ott alakuló szervezetek. Európában került fejlesztésre a jégkárbiztosítás. Svájcra jellemző az állattenyésztésre specializálódott mezőgazdasági szerződések fejlesztése. Franciaország a felelősség biztosítások szülőhazája, míg ugyanezt tartjuk Angliáról a balesetbiztosítások esetében.

Magyarországon az első vagyonbiztosításokat a Rév-Komáromi Hajózást Bátorosító Társaság kötötte és szerződése a gabonakereskedelemhez kapcsolódtak. A jelenhez is kapcsolódik az 1843-ban alakult Jégverés Elleni Kölcsönös Biztosító Magyar Egyesület tevékenysége során szerzett tapasztalat. (MABISZ)

A motorizáció fejlődésével egyre speciálisabb területek jelentek meg, így ma már az egyik legelterjedtebb a kötelező gépjármű felelősségbiztosítás, illetve a gépjárművekre köthető CASCO. Ma már célszerű megemlíteni, hogy ennek a

szakmai részterületnek az egyik legnagyobb kihívója az önvezető autók megjelenésével együtt járó kockázatsökkenés. Ez hosszú távon alapjaiban fogja befolyásolni az ágazat működését.

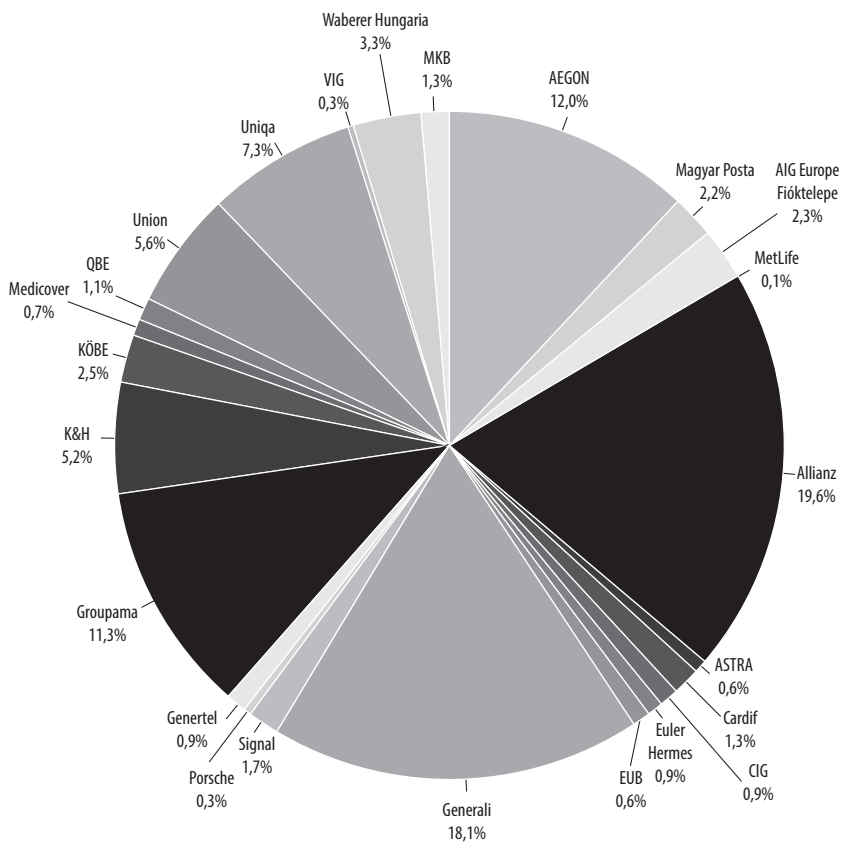
Teljesen új területet jelent a biztosítás jövője szempontjából a cyber biztosítások fejlesztése, ahol az internetes kommunikációhoz, adatforgalomhoz kapcsolódó kockázatokra nyújtandó fedezetek jelentik a jövő kihívásait.

14.3.2. A nem-életbiztosítási piac szereplői Magyarországon

A piac az elmúlt 25 évben rendkívül sokat fejlődött. Ugyanakkor látnunk kell, hogy a 2008-at követő időszakban a háztartások jelentős része igyekezett kiadásait úgy is optimalizálni, hogy elhagyta egyes biztosításainak díjfizetését.

Általános trenddé vált, hogy a nem-életbiztosítások közül egyes elemeket újrakalkuláltattak, biztosítási összegeket csökkentettek a megtakarítás érdekében. Egyes termékek esetében pl. kötelező gépjármű felelősségbiztosításoknál a társaságok fokozott díjversenybe is kezdtek, amelynek eredménye a drasztikus díjcsökkenés lett. Ugyanilyen módon csökken az utóbbi pár évben a lakásbiztosítások piacán.

Az ágazatot ténylegesen művelő társaságok száma 24. Közöttük vannak egészen apró piaci részesedéssel bírók is, akiknek mérethatékonysága kétséges. Éppen ezért mondható ki, hogy ezen ágazatban is várható a társaságok koncentrációja.



4. ábra: Nem-életbiztosítók részesedése 2017 végén

Forrás: MABISZ jelentés, Biztosítási piac 2017. IV. negyedév

14.3.3. A nem-életbiztosítások célja

A nem-életbiztosítások esetében, amennyiben a szerződő rendben megfizeti a biztosítási díjat, addig a biztosító kártérítést nyújt egyes előre meghatározott események bekövetkeztekor keletkezett kár erejéig.

14.3.4. A nem-életbiztosítási szerződés szereplői

A nem-életbiztosítási szerződést olyan személy kötheti meg, aki érdekelt a vagyontárgy megvédésében. A tulajdonoson kívül érdekelt lehet mindenki, akinek a vagyontárgy sérülése, megrongálódása vagy eltünése ténylegesen hátrányosan érinthet. Ha a szerződő nem azonos a biztosítottal, úgy a biztosított a szerződés ideje alatt bármikor a szerződő helyébe léphet. A kedvezményezett a káresemény

bekövetkeztek a kártérítést kapja. Ez a szerződés záradékaitól függően lehet a tulajdonos vagy a hitelező is.

14.3.5. A nem-életbiztosítások típusai

Balesetbiztosítás:

Balesetről akkor beszélünk, ha külső hatásra, a biztosított akaratától függetlenül, előre nem látható módon hirtelen következik be testi sérülés. A balesetbiztosítás lehet egyéni vagy csoportos jellegű. A csoportos balesetbiztosítások esetében egy azonos körbe tartozó csoport kockázatait együttesen kezeli a szerződés. Jelenleg különösen hangsúlyos a munkahelyi balesetek fedezetére szolgáló és a munkáltatók által fizetett csoportos balesetbiztosítás. Ezen szerződések esetében általában halál és egészségkárosodás is egyaránt a fedezetek közé tartozik.

Betegségbiztosítás (Egészségbiztosítás):

A biztosítottak ezen szerződések esetében a társadalombiztosítás keretein kívüli szolgáltatásokra kötnek szerződést. A szerződés szabályzatában rögzített betegségek bekövetkeztek a biztosító vagy egy előre meghatározott összeget fizet, vagy pedig megszervezi az adott káreseményhez kapcsolódó egészségügyi szolgáltatás lebonyolítását és annak költségeit részben, vagy egészben átvállalja. Különösen fontos az egészség megőrzése és a betegség megelőzése érdekében a prevenció szolgáltatással, szűréssel kiegészített egészségbiztosítási szerződés.

Tűzkár biztosítás:

Az egyik legrégebbi biztosítási módozat, amely a nem rendeltetésszerű helyén keletkező, vagy az azt elhagyó és tovaterjedő tűz okozta károk megtérítésére szolgál.

Viharkár biztosítás:

Olyan esemény alapján téríti a biztosító a káreseményt, amikor a szélerősség meghaladja a 15 m/s szélsébséget és a szél közvetlenül kárt okoz.

Vízkár biztosítás:

Ez a módozat az árvíz, belvíz, felhőszakadás, oltóvíz, csővezeték repedése vagy törése, illetve szökőár okozta károk megtérítését szolgálja.

Földrengés biztosítás:

Magyarországon a föld felszínén okozott jelenségek, elváltozások mértékét leíró MSK-64 vagy az EMS skála 6-os erejű rengését meghaladó érték esetén térítenek a biztosítók.

Földcsuszamlás vagy kőomlás biztosítás:

A függőleges talajelmozdulás okán keletkezett károk fedezetére szolgál.

Mezőgazdasági biztosítások:

- *Jégkár biztosítás* – a növényi kultúrákban a jégeső által okozott károk megtérítését szolgálja.
- *Fagykár biztosítás* – a növénytermesztésbe vont területeken a téli, illetve tavaszi elfagyás okozta hozamvesztés elleni biztosítás.
- *Állatbiztosítások* – a haszonállatok elhullására szóló módozat.

Betöréses lopás- és rablásbiztosítás:

Általában az épületekbe való jogellenes behatolás által okozott közvetlen károk, illetve a rongálás vagy vandalizmus károk fedezetére szolgálnak.

Üvegkár biztosítás:

A beépített üvegezésekben keletkezett törések vagy repedések kárainak fedezetére szolgál.

Tűzüzemszünet-biztosítás:

Termelő és szolgáltató vállalkozásokban a tűz okozta bevételkiesés megtérítését szolgálja.

Szállítmány biztosítás:

A legősibb biztosítási módozatok közé tartozik. A vízi, légi és szárazföldi szállítványozás, árumozgatás illetve szállítás során keletkezett károk fedezetét szolgálja.

Gépjármű biztosítások:

A gépjárművekben keletkezett vagy általuk okozott káreseményekre vonatkozó szerződések. A két leggyakrabban használt módozat a CASCO, illetve a gépjármű-felelősségbiztosítás.

A *CASCO biztosítás* a gépjárműben, mint vagyontárgyban keletkező károk fedezetét szolgálja. A díj megállapításakor fontos tényező a szerződő által választott önrész mértékének meghatározása, amely lehet százalékos vagy fix összegű

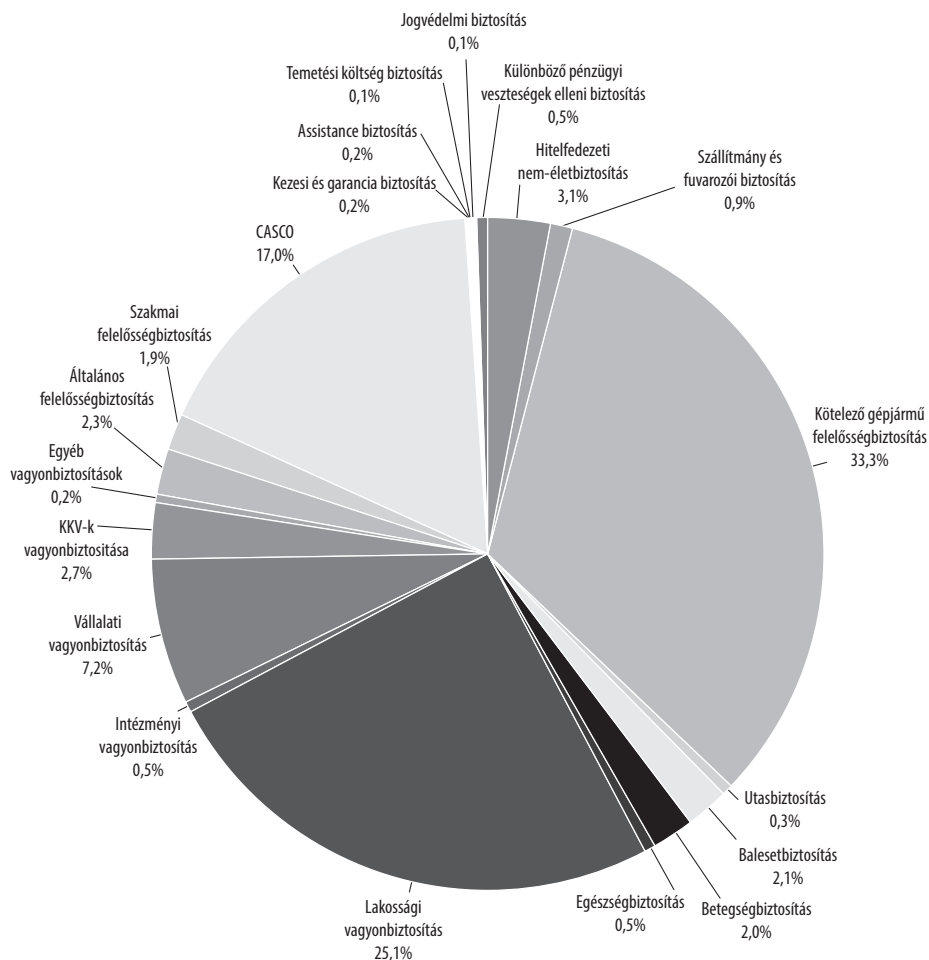
is. A CASCO biztosításhoz számos kiegészítő módozat választható. Amennyiben banki hitelből fedezik a jármű vételárát, általános a CASCO kötése, a bank igénye alapján. Az elmúlt évek hitelezési hajlandóságának csökkenése rontotta a CASCO biztosítások állományának növekedési ütemét.

A *gépjármű felelősségbiztosítás* nevéből következően a harmadik félnek okozott károk megtérítését szolgálja. Magyarországon ennek a szerződésnek a megkötése elengedhetetlen feltétele a jármű forgalomba helyezésének. Tulajdonosváltáskor pedig az új tulajdonos kötelessége az új szerződés megkötése. A MABISZ Elkülönített Szervezeti Egysége foglalkozik az ismeretlen károkozók vagy pedig a fedezetlen járművek által okozott károk megtérítésért. A megtérülés fedezetét egy olyan alap szolgálja, amelybe a módozatot művelő biztosítótársaságok piaci részesedésüknek megfelelően befizetnek. A teljes nem-életbiztosítási díjbevétel kb. egyharmada származik a kötelező gépjármű felelősségbiztosításokból.

Egyéb nem-életbiztosítások

A technika, a gazdaság és a társadalom fejlődésével egyre több olyan vagyontárgy vonható biztosítási fedezetbe, amely korábban nehezen volt elképzelhető. Ma már természetes, hogy magánszemélyek is köthetnek biztosítást pl. hajóikra, repülőgépeikre.

A megfelelő szerződések kiválasztására a speciális esetekben általában biztosítási alkusz és specialista tanácsadását szokás igénybe venni.



5. ábra: Nem-életbiztosítási ágazatok részesedése záró állománydíj alapján, 2017 végén

Forrás: MABISZ jelentés 2017. IV. negyedév

14.3.6. Kiegészítő biztosítások

A legtöbb társaság az úgynevezett alpbiztosítás mellé a nem-életbiztosítások esetében is kínál kiegészítő biztosításokat. A kiegészítő biztosítás egyik fontos jellemzője, hogy általában csak az alpbiztosítással együtt értelmezhető, az alpbiztosítás megszűnésével általában a kiegészítő biztosítás is megszűnik. A kiegészítő biztosítások jellemzően életbiztosítások, de részcockázatokra vonatkozó nem-életbiztosítások is lehetnek.

14.3.7. A nem-életbiztosítások egyéb szempontú csoportosítása

A vagyont biztosítások kiterjedhetnek előre meghatározott veszélynemekre vagy ehelyett lehetnek bármely okú szerződések, amelyeket all risk biztosításnak nevez a szakma. Az all risk szerződések leggyakrabban a vállalkozások számára kínált termékek közé tartoznak, de már köthető lakásbiztosítás is all risk fedezettel.

Tartamuk alapján lehetnek határozott vagy határozatlan tartamú szerződések.

A kötvények tárgya alapján megkülönböztetünk vagyontárgyakra, vagyoni jellegű követelésekre, többlet kiadások fedezetére vagy elmaradt haszonra vonatkozó szerződéseket.

14.3.8. A nem életbiztosítások specialitásai

A nem-életbiztosítások esetében a káringadozás rendkívül magas. A természeti katasztrófák bekövetkezése bár kalkulálható, de mégis nehezen tervezhető. Magyarországon már a népi megfigyelések alapján is számíthatunk arra, hogy pl. minden év júniusának elején az ország egyes részein viharokra kell számítanunk. Annak intenzitása vagy tartama azonban rendkívül volatilis. Az ilyen időszakban bekövetkező viharkárok összege a néhány száz millió forinttól egészen a sok milliárdos határokig terjedhet. Ugyanígy nehéz előre tervezni pl. az árvíz-károkat, amelyek ellen fel lehet készülni vagy bekövetkeztekor lehet védekezni, de semmiképpen sem lehet pontosan előre tervezni. A gépjármű biztosítások esetében például egy olyan téli időszak, amikor a köd vagy az ónos eső gyakran következik be, jelentősen emelheti a kárgyakoriságot.

A nem-életbiztosítási szerződés mivel általában egy éves tartamra jön létre, évente felmondható mindkét fél részéről. Ez lehetőséget ad mind a szerződő, mind pedig a biztosító számára, hogy újragondolja és igényei szerint változtassa a szerződés feltételeit, díját.

Az önrészesedés gyakran alkalmazott tulajdonsága az ilyen jellegű szerződéseknek. Az előre meghatározott százalékos vagy fix összegű önrész érdekeltté teszi a szerződőt, hogy aktívan vegyen részt a kármegelőzésben, illetve a kármentésben, és elkerülje a kis összegű vagy bagatell károk bejelentését.

A nem-életbiztosítások normális feltételek között olyan biztosítási összegre jönnek létre, amelyek megegyeznek a fedezetbe bevont vagyontárgy tényleges

értékével. Ha a szerződés ettől nagyobb összegre jön létre, akkor az a túlbiztosítás. Amennyiben pedig a biztosítási összeg ettől alacsonyabb akkor pedig alulbiztosításról beszélünk.

Túlbiztosítás esetén a szerződés érvénytelen a valótlanul meghatározott értéktöbbletre. Ezzel együtt szükséges a biztosítási díj lecsökkentése is. Kivételt jelent az új értéken való biztosítás, vagy pedig a várható értékre szóló biztosítás. Alulbiztosításkor pedig csak a megfizetett díj mértékében van lehetőség a kártérítésre.

A szerződés megkötésekor a biztosító a kockázatok jelentős részét magára vállalja. A biztosított azonban köteles a kár mértékének enyhítésére minden olyan intézkedéssel, amelyre képességei alkalmassá teszik. Ezt nevezzük kárenyhítési kötelezettségnek. Amennyiben a biztosított a kármegelőzési, illetve kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a biztosító arányosan mentesül a fizetési kötelezettsége alól.

A kár bekövetkeztét követően a károsodott vagyontárgyon csak annyiban változtathat a biztosított, amennyi a kárenyhítés miatt feltétlenül szükséges. A káresemény bekövetkezésének körülményeit és a károsodás mértékét is vizsgáló kárszakértők csak akkor tudnak érdemi munkát végezni, ha a biztosított betartja a változtatási tilalom elvét. Ellenkező esetben a biztosító mentesülhet a kártérítés alól.

A biztosító általában is mentesülhet a kártérítés alól akkor, ha a kárt jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozzák. Különös tekintettel arra az esetre, ha a kárt a biztosított, a szerződő, vagy velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta. Jogi személy esetén pedig annak vezetője vagy a vagyontárgy kezelésével megbízott személy közrehatása lehet a mentesülés kiváltója.

14.4. Viszontbiztosítás

A biztosítások között meg kell különböztetnünk az elsődleges vagy direkt biztosítást, illetve a viszontbiztosítást. A direkt biztosítások esetében a biztosítóval természetes vagy jogi személy az érdekkörébe tartozó kockázatok fedezetére közvetlenül köt szerződést. A viszontbiztosítások esetében a biztosító egy másik biztosítóval köt szerződést az általa összegyűjtött direkt biztosítások kockázatai-

nak porlasztása céljából. A biztosító díjat fizet a viszontbiztosítónak, amely ezért cserébe a különböző altípusokon keresztül a kockázatának egy részét magára vállalja.

A quota share típusú szerződés olyan megállapodás, melyben az érintett biztosító minden szerződés esetében a díj és a kockázat azonos arányát adja át a viszontbiztosítónak

A surplus típusú szerződés során meghatározott értékhatár feletti kárösszegek kerülnek átadásra.

Az excess of loss típusú szerződés esetén a viszontbiztosító csupán a meghatározott önrész feletti károkat téríti meg a direktbiztosítónak.

A stop loss típusú szerződés esetén pedig a biztosító összes kárára fedezetet nyújt a viszontbiztosító. Ebben az esetben a fedezet mértékét felső korláthoz köti.

14.5. A biztosítási szektor kihívásai

Vállalkozások sora jelent meg az elmúlt években a piacon olyan technológiai fejlesztésekkel, amelyek folyamatosan kihívást jelentenek a hagyományosan működő biztosítótársaságok számára. Az úgynevezett okos eszközök általános használata a hétköznapi ember számára is lehetőséget ad arra, hogy önmaga tájékozódjon az elérhető termékek és fedezetek széles palettáján, de akár a kárrendezési folyamatba is képes aktívan belépni.

A legelső vállalkozások egyszerű díjat és szolgáltatást összehasonlító megoldásokat kínáltak. Ezekből fejlődtek ki a modern internetes platformokon dolgozó alkuszok. Ezen cégek a KGFB és lakásbiztosítási piacon éles díjversenyt generáltak a biztosítók között. Ezzel egyidőben természetesen a transzparencia megjelenésével jutalék és szolgáltatási verseny is kezdődött a platformokat működtetők között.

A biztosítók közösen kezdtek el azon munkálkodni, hogy a kommunikációs egyensúlyt képesek legyenek fenntartani. A magyar és nemzetközi szövetségek, a multinacionális nagyvállalatok egyaránt aktívan dolgoznak azon, hogy a meglévő szerződők és reménybeli új felhasználók hiteles tájékoztatás alapján, széleskörű ismeretekre alapozva hozzanak biztosítási és kockázatkezelési döntéseket.

A legújabb insurtech és fintech vállalkozások vagy egy-egy nagy társaság részeként, vagy teljesen önállóan, de az igényfelméréstől kezdődően a kárrendezés teljes egészében képesek lefedni a biztosítási értéklánc minden elemét.

A jövő szerződői kényelmesen, megszokott környezetükben maradva fogják intézni biztosítási ügyeiket. Csak azon társaságok lesznek képesek az új generációkat kiszolgálni, amelyek erre tudatosan készülnek és anyagi és szervezeti áldozatokat is képesek ezért hozni.

14.6. Irodalomjegyzék

Banyár József (2001): Életpálya pénzügyi tervezése. BOI.

Banyár József (2003): Életbiztosítás. BOI.

MABISZ (2018): Biztosítási piac 2017. IV. negyedév. Magyar Biztosítók

Szövetsége, www.mabisz.hu

MABISZ Aranykönyv.

MABISZ (2018): Biztosítasiszemle.hu online biztosításszakmai újság. Magyar

Biztosítók Szövetsége.

MNB (2018): Biztosítási, pénztári és tőkepiaci kockázati jelentés 2018. Magyar

Nemzeti Bank.

www.mabisz.hu

www.mnb.hu

www.general.hu

www.aegon.hu

www.allianz.hu

www.nn.hu