

ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
A Gyermekekre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös
Feltételei

Jelzőszám: SV/82K/2011/1

Hatályos: 2017. január 1-jétől

A Gyermekekre szóló kiegészítő biztosítási szerződés (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) jelen különös feltételek, valamint az alapt biztosítás különös feltételei alapján jön létre. Jelen kiegészítő biztosítás feltételeiben nem rendezett kérdésekben az ERSTE Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) Általános Életbiztosítási Szabályzata (továbbiakban: ÁÉSZ), valamint az alapt biztosítás különös feltételei az irányadóak. A jelen feltételek és az ÁÉSZ, valamint az alapt biztosítás különös feltételei közötti eltérés esetén a jelen feltételekben rögzítettek a mérvadóak.

1. A biztosított

- 1.1. Az a természetes személy, akinek belépési életkora a kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttékor nem haladja meg a 16. élet, nem részesül semmilyen rokkantsági és rehabilitációs ellátásban, és megfelel a Biztosító kockázatvállalási feltételeinek, valamint
- akinek a szerződő törvényes képviselője, vagy
 - aki a szerződővel közös háztartásban együtt élő közeli hozzátartozója (Ptk. 8:1. § (1) bekezdés 1. pont).

- 1.2. Amennyiben a szerződő nem a biztosított törvényes képviselőjét gyakorló szülője, a szerződés létrejöttéhez gyámhatósági hozzájárulás szükséges.

2. **A kedvezményezett:** jelen kiegészítő biztosítás szolgáltatásaira a szerződő tekintendő kedvezményezettnek.

3. A biztosítási esemény

3.1. Haláleset

- 3.1.1. A biztosítottnak a biztosítási tartamon belül bekövetkező halála.

- 3.1.2. **A Biztosító a szolgáltatási igény megnyilvánuláshoz a biztosítottnak a kiegészítő biztosítási szerződésbe történő belépésétől a kockázatviselés kezdetére 6 havi várakozási időt köt ki.**

3.2. Baleseti haláleset

- 3.2.1. Jelen feltételek szerint biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt
- a) közúti közlekedési balesetből,
 - b) egyéb balesetből eredően bekövetkezett halála, mely a baleset megtörténtétől számított 1 éven belül következett be.
- 3.2.2. Balesetnek az ÁÉSZ 18. pontjában meghatározott esemény minősül.
- 3.2.3. **Az öngyilkosság akkor sem minősül balesetnek, ha azt a biztosított beszámítási képességének hiányában követte el.**
- 3.2.4. A biztosítási esemény időpontja a baleseti halál bekövetkeztének napja.
- 3.2.5. Jelen biztosítási szerződés feltételei alapján közlekedési balesetnek minősül az a baleset, amely közúton, illetve közúton kívül a közúti járművezetésre vonatkozó szabályok megszegésével összefüggésben, továbbá közforgalmú közlekedési eszközön következett be.

3.3. Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés

- 3.3.1. A biztosítottal a kockázatviselés időszaka alatt történt ÁÉSZ 18. pontja szerinti baleset, melynek következtében szakorvos által igazolt módon csonttörést, illetve csontrepedést szenved.
- Csonttörés: ha az egyébként ép csontszerkezet anatómiai folytonossága külső behatásra megszakad. Jelen feltétel szempontjából a fogtörés nem minősül csonttörésnek.

Csontrepedés: az egyébként ép csontszerkezet anatómiai folytonossága külső behatásra megszakad, de a csont keresztmetszete nem sérül és a törési vonal csak az egyik oldali csontkérget sérti.

- 3.3.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a 3.3.1 szerinti baleset napja.

3.4. Baleseti egészségkárosodás

- 3.4.1. A biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítási szerződés hatálya alatt bekövetkező ÁÉSZ 18. pontja szerinti balesete következtében fellépő, a baleset időpontjától számított 2 éven belül a Biztosító orvosszakértője által, a biztosított életében megállapított legalább 20%-os mértékű állandó egészségkárosodása. Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi működőképesség csökkenés, amely a mindennapi életvitelt akadályozza.
- 3.4.2. A jelen feltételek szerint állandó az egészségkárosodás abban az esetben, ha a biztosított egészségi állapota orvosiilag kialakultnak, stabilnak tekintendő. A megállapítás során a munkaképesség megváltozása és/vagy sporttevékenység feladása nem játszik szerepet.
- 3.4.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset bekövetkezésének napja.

3.5. Műteti térítés

- 3.5.1. A biztosított gyógyulása érdekében, a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkezett betegség vagy baleset (ÁÉSZ 18.) miatt orvosi szempontból szükségessé váló, szakorvos által végzett, zárójelentéssel igazolt, a Biztosító műteti besorolásában is elismert műtét.
- 3.5.2. Jelen kiegészítő szerződés szerint műtét az olyan sebészeti típusú beavatkozás, amelyet érvényes felelősségbiztosítással rendelkező gyógyintézetben, érvényes szakmai szabályok szerint végeznek, azok szerint is dokumentálnak és szerepel a Biztosító műteti listájában, abból nem került kizárásra. **Jelen feltétel szempontjából gyógyintézetek csak az a Magyarországon működő, az arra jogosult egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedéllyel és érvényes felelősségbiztosítási szerződéssel rendelkező egészségügyi intézmény minősül, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek gyógyintézetnek a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy és gondozóintézetek, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve gyógyintézetek fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai. Külföldi gyógyintézetben végzett műtétekre jelen biztosítás nem terjed ki.**

- 3.5.3. A műtétek veszélyességi besorolását a Biztosító objektív feltételek alapján (műtéti halálozás kockázata, szövődmények gyakorisága, súlyossága, műtéttechnikai bonyolultsága, beteg által elviselendő megterhelés nagysága) határozza meg. Ennek alapján öt térítési csoportot állapít meg.
- 3.5.4. Amennyiben az adott műtét nem szerepel a Biztosító listájában és kizárásra sem kerül, abban az esetben a műtét besorolását a megismert körülmények és adatok alapján a Biztosító orvosszakértője állapítja meg.
- 3.5.5. Jelen kiegészítő szerződés szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegség vagy baleset következményeként elvégzett műtéti beavatkozások minősülnek biztosítási eseménynek.**
- 3.5.6. Új biztosítási eseménynek minősül, ha a műtét olyan ok következménye, amelyre a kockázatviselés tartama alatt korábban már alkalmazott orvosi beavatkozások nem vonatkoztak.
- 3.5.7. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja:
- a) baleseti eredetű műtét esetén a baleset bekövetkeztének napja,
 - b) betegség miatt végzett műtét esetén az első műtét végrehajtásának napja, akkor is, ha egy biztosítási eseményből kifolyólag több műtét elvégzése válik szükségessé.
- 3.5.8. A Biztosító a szolgáltatási igény megnyílásához a biztosítottnak a szerződésbe történő belépésétől a kockázatviselés kezdetére 6 havi várakozási időt köt ki, kivételt képeznek ez alól a biztosítás hatálybalépését követően bekövetkező balesetek vagy akut fertőző megbetegedések miatti műtéti beavatkozások.**

4. A Biztosító szolgáltatása

4.1. Haláleseti szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító kifizeti a kedvezményezettnek a biztosítási esemény időpontjában érvényes aktuális biztosítási összeget, amennyiben a biztosított a halálos eset napján már betöltötte az 1. életévét.

4.2. Baleseti haláleseti szolgáltatás

- 4.2.1. Ha a biztosított a biztosítás hatálya alatt, közlekedési balesetből eredően hal meg, úgy a Biztosító a halál bekövetkeztekor kifizeti a kedvezményezettnek a biztosítási esemény időpontjában érvényes aktuális biztosítási összeget.
- 4.2.2. Amennyiben a biztosított halála egyéb balesetből ered, úgy a Biztosító az aktuális biztosítási összeg felét fizeti ki.

4.3. Baleseti csonttörés csontrepedés

- 4.3.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeget.
- 4.3.2. A Biztosító egy biztosítási esemény bekövetkezte esetén a törések számától függetlenül a szolgáltatási táblában rögzített biztosítási összeget fizeti ki.**
- 4.3.3. A szolgáltatás teljesítésére a Biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelentésére még a biztosított életében sor került.**
- 4.3.4. A Biztosító szolgáltatása maximum 5 csonttörésből eredő kifizetésre terjed ki egy biztosítási évben.**
- 4.3.5. A szolgáltatási igény előterjesztésekor az ÁÉSZ. V. fejezetében rögzítetteken túl be kell nyújtani a baleseti eredetet és a csonttörést, csontrepedést bizonyító iratok másolatát (röntgen-lelet, baleseti jegyzőkönyv, gyógyintézeti zárójelentés).

4.4. Baleseti egészségkárosodás

- 4.4.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az aktuális baleseti egészségkárosodásra szóló biztosítási összegnek a maradandó egészségkárosodás mértékével azonos százalékát fizeti a Biztosító az ÁÉSZ V. fejezetében írottak (szükséges igazolások, határidők, tartozások levonása, kizárt kockázatok, mentesülések), valamint az alábbiak figyelembevételével.
- 4.4.2. A biztosítási esemény bejelentésekor az egyébként szükséges igazolásokon kívül mindenképpen szükséges az illetékes társadalombiztosítási szervnek az egészségkárosodás mértékét megállapító – jogerőre emelkedett – határozata. A maradandó egészségkárosodás mértékét és a szolgáltatásra való jogosultságot a Biztosító orvosszakértője állapítja meg, a megállapítást más szervezet nem befolyásolja. A megállapítás a végtagok, szervek elvesztése esetén azonnal az alábbi tábla alapján történik, egyéb esetben pedig az esemény bekövetkeztétől számított 2 éven belül:

TESTRÉSZEK MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁSÁNAK TÁBLAJA	
Testrészek	Egészségkárosodás mértéke (%)
mindkét szem látásának elvesztése	100
mindkét kar vagy kéz elvesztése	100
mindkét láb elvesztése combtól	100
mindkét lábszár elvesztése, protézisre alkalmatlan	100
mindkét lábszár elvesztése, jó térdfunkcióval	80
egy oldali comb elvesztése	80
egy oldali felkar elvesztése	80
egy oldali alkar elvesztése	70
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70
egy oldali lábszár elvesztése	70
egy oldali kézfej elvesztése csuklóból	70
egy oldali lábfej elvesztése a boka csatlakozásánál vagy felette	40
egy szem látásának teljes elvesztése	35
egy fül hallóképességének teljes elvesztése	25
jobb hüvelykujj teljes elvesztése	30
bal hüvelykujj teljes elvesztése	25
mutatóujj teljes elvesztése	20
nagylábujj teljes elvesztése	10
egyéb kézuji teljes elvesztése	10
egyéb lábujj teljes elvesztése	3

Igazolt vagy előre jelzett balkezesség esetén a kézre és a kézujiakra vonatkozó százalékok fordítva értendők.

4.4.3. A Biztosító a bejelentések sorrendjében mindaddig teljesít ameddig a balesetből eredő maradandó egészségkárosodások mértéke összesen nem magasabb, mint 100%. Az utolsónak bejelentett egészségkárosodás csak olyan mértékben vehető figyelembe, amellyel az összesített mérték nem haladja meg a 100%-ot.

4.4.4. Szolgáltatásra csak abban az esetben kerül sor, ha a biztosítási esemény bejelentése és elbírálása még a biztosított életében a szerződés tartama alatt történik.

4.4.5. Ha a Biztosító a biztosított számára balesete miatt maradandó egészségkárosodási szolgáltatást teljesített és ugyanezen balesettől számított egy éven belül meghal, úgy a Biztosító fizetési kötelezettsége jelen kiegészítő biztosítás baleseti halálra vonatkozó biztosítási összegének csak azon részére korlátozódik, amely meghaladja a már teljesített rokkantsági szolgáltatást.

4.5. Műtéti térítés

4.5.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti a biztosított végrehajtott műtéti kategóriának megfelelő, az alábbi táblázat szerinti, a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeget:

- I. térítési csoport: a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a Biztosító,
- II. térítési csoport: a biztosítási összeg 150%-át fizeti ki a Biztosító,
- III. térítési csoport: a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki a Biztosító,
- IV. térítési csoport: a biztosítási összeg 50%-át fizeti ki a Biztosító,
- V. térítési csoport: nem téríthető beavatkozás.

4.5.2. Egy biztosítási eseményből eredően maximum a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a Biztosító.

4.5.3. Amennyiben egy műtét során ugyanazon testrészen vagy szervben több sebészeti beavatkozást végeznek, akkor az adott szervben vagy testrészen végzett sebészeti eljárások közül a műtéti térítés meghatározására a legmagasabb kategóriájú eljárás alapján kerül sor.

4.5.4. Ha egy műtét során több testrészen, vagy szervben végeznek sebészeti beavatkozást, akkor a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészekben vagy szerveken végzett beavatkozások együttes összege, de nem haladhatja meg a 4.5.2. pontban meghatározott biztosítási összeget.

4.5.5. A szolgáltatás teljesítésére a Biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelentésére még a biztosított életében sor került.

4.5.6. A Biztosító jelen szolgáltatásra szolgáltatási igény megnyilvánulása a biztosítottnak a szerződéshez történő csatlakozásától a kockázatviselés kezdetére 6 havi várakozási időt köt ki, kivéve a baleseti vagy akut fertőző megbetegedések miatt bekövetkező biztosítási eseményekre vonatkozóan.

4.5.7. Ha a biztosítás létrejötté orvosi vizsgálat elvégzéséhez kötött, akkor a Biztosító a várakozási időtől eltekint. A fentieken kívül egyéb okból a Biztosító nem tekint el a várakozási időtől.

5. Díjfizetés

5.1. A biztosítás díját a Biztosító az alapbiztosítás kockázati

díjával/díjlevonásával azonos gyakorisággal várja el a teljes tartam alatt.

5.2. A kezdeti díj függ a kezdeti biztosítási összegtől és a Biztosító kockázatvállalási feltételeitől.

5.3. A kiegészítő biztosítás díja a biztosított halála esetén annak a részletfizetési időszaknak a végéig fizetendő, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett, kivéve, ha a biztosításra a díjfizetési kötelezettség korábban már megszűnt. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a kiegészítő díja a megszűnés napjáig illeti meg a Biztosítót.

6. Aktuális biztosítási összeg

- a) az első évben az ajánlaton meghatározott biztosítási összeg,
- b) azt követően pedig jelen feltételek 7. pontjában leírt értékkevetési eljárás szerinti módosított biztosítási összeg.

7. Értékkevetés

7.1. Jelen kiegészítő értékkevetésére az alapbiztosításra érvényes rendelkezések vonatkoznak.

7.2. Az alapbiztosítást és a kiegészítő biztosítást egymástól függetlenül nem lehet indexálni.

8. A biztosítás tartama, kockázatviselés kezdete

8.1. Jelen kiegészítő biztosítás évfordulója megegyezik az alapbiztosítás évfordulójával.

8.2. A biztosítás határozott, az első évfordulóig tartó tartamú, amely évente további egy évvel automatikusan meghosszabbodik, ha a szerződő vagy a Biztosító a biztosítási tartam lejártá előtt legalább 30 nappal ezzel ellentétes irányú szándékát írásban nem közli a másik féllel.

8.3. Meglévő alapbiztosítás mellé a kiegészítő biztosítás az alapbiztosítás díjfizetési gyakoriságának megfelelő következő díj/részlet esedékességének időpontjára tartam közben is megköthető, feltéve, hogy a Biztosító az ajánlatot elfogadja és az alapbiztosítás az adott díjfizetési gyakoriságnak megfelelő díj/részlet esedékessége után díjfizetéssel érvényben marad. Az ajánlatot legalább 30 nappal a következő díj/részlet esedékessége előtt szükséges benyújtani a Biztosítóhoz.

8.4. A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete

- a) amennyiben jelen kiegészítő biztosítás ajánlata az alapbiztosítás ajánlatával egyidejűleg kerül aláírásra, úgy megegyezik az alapbiztosítás kockázatviselésének kezdetével, feltéve, hogy az alap- és jelen kiegészítő biztosítás létrejött vagy utóbb létrejön,
- b) amennyiben jelen kiegészítő biztosítás ajánlata az alapbiztosítás ajánlatának aláírását követően kerül aláírásra, úgy a kiegészítő biztosítás ajánlatának beérkezését követő első díj/részlet esedékességének időpontja (a díjesedékességnek megfelelő hó 1-je), feltéve, hogy jelen kiegészítő biztosítás létrejött vagy utóbb létrejön.

8.5. A jelen kiegészítő biztosítás létrejöttkor az alapbiztosítás tartamából – illetve, ha az alapbiztosítás különös feltételeinek értelmében az alapbiztosítás tartama és a díjfizetési tartam különböző, úgy a díjfizetési tartamból – még legalább egy teljes évnek hátra kell lennie.

9. A kiegészítő biztosítás megszűnése

9.1. A kiegészítő biztosítási szerződés megszűnik:

- a) a biztosított halálának napján,
- b) kifizetés nélkül az alapbiztosítási szerződés lejáratának napjával,
- c) azon biztosítási évfordulón, melynek naptári évében a biztosított betölti 18. életévét,
- d) a szerződő erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatával, a nyilatkozat Biztosítóhoz való beérkezésének hónapját követő első díj/részlet esedékességének időpontjában,
- e) azon a biztosítási évfordulón, amely előtt a szerződő vagy a Biztosító a biztosítási tartam meghosszabbítását a 8.2. pontban foglaltak alapján elutasította;
- f) az alapbiztosítási szerződés bármely okból való megszűnése esetén az alapbiztosítással egyidejűleg,
- g) az alapbiztosítás – kivéve a befektetési egységekhez kötött alapbiztosítások – díjmentesítése esetén a díjmentesítés hatályát megelőző napon,
- h) azon a napon 0 órakor, amikor a balesetből eredő, tartamon belül bejelentett egészségkárosodások összesített értéke eléri a 100%-ot,
- i) a 14.1. pontban foglalt értesítés kézhezvételét követően a tartam utolsó napján, amennyiben a szerződő a módosított díjat nem fogadja el.

10. Mentesség

A Biztosító az ÁESZ-ben (ÁESZ 109-112. pontok) és a jelen különös feltételekben meghatározott esetekben mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.

A Biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatási összeget nem fizeti ki, ha a

- biztosítási eseményt a biztosított szándékos, illetve súlyosan gondatlan magatartása okozta.

Jelen feltételek szempontjából súlyosan gondatlan magatartásnak minősül különösen, ha a biztosított:

- a) vagy amennyiben a biztosított még nem töltötte be a 14. életévét, annak törvényes képviselője a betegség diagnosztizálása esetén az orvosi utasításokat (gyógyszerelés, kezelések, stb.) nem tartja be és ennek következményeként olyan szövődmények vagy állapotromlás következik be, amely a szakorvosi utasítások betartásával megelőzhető lett volna, vagy
- b) a betegség diagnosztizálása esetén az orvos által javasolt műtetet ő maga vagy törvényes képviselője elutasítja, és ennek következtében a későbbiekben egy, az eredetileg javasoltnál magasabb térítési kategóriába sorolt beavatkozást kell végrehajtani a biztosított gyógyulása érdekében, vagy
- c) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye kapcsán vagy azzal összefüggésben, vagy
- d) bármilyen alkoholos vagy bódító-, kábítószeres befolyásoltsága, illetve toxikus

- anyagok használata, illetve rendszeres fogasztása, szedése miatti függőség, vagy
- e) jogosítvány nélküli gépjárművezetése közben elkövetett közlekedésrendészeti szabálysértése, vagy
 - f) nem orvosi javallatra használt, vagy nem az előírt adagolásban alkalmazott altató- vagy nyugtatószert, illetve gyógyszer alkalmazásával összefüggésben, vagy
 - g) engedélyhez kötött tevékenysége engedély nélkül történt végzése, vagy
 - h) munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a biztosított általi súlyos megszegésével összefüggésben következett be a biztosítási esemény, vagy
 - i) a szolgáltatási igényhez vezető baleset során nem használt biztonsági övet vagy buktatósisakot.

11. Kizárt kockázatok

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az ÁESZ-ben (ÁESZ 51.1. és 51.2. pontok) és a jelen különös feltételekben meghatározott eseményekre.

A Biztosító kockázatviseléséből kizártak az olyan halál, baleseti halál, műtét, baleseti rokkantság, csonttörés események, amelyek az alábbi okok miatt álltak elő:

- a) a biztosított veleszületett rendellenességeivel összefüggő;
- b) okozati összefüggésben áll olyan állapottal, amely a Biztosító jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőző 5 évben már fennállt és arról a biztosított tudott, vagy tudnia kellett, kivéve, ha a biztosított, vagy annak törvényes képviselője erről nyilatkozott és a Biztosító ennek ismeretében vállalta a kockázatot;
- c) okozati összefüggésben áll a biztosított testrészeinek, illetve szerveinek a Biztosító jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már kialakult maradandó károsodásával;
- d) az úgynevezett halasztott műtét, amelynek szükségessége a Biztosító jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már megállapítható volt, és amelynek szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett;
- e) terhesség-megszakítás különböző formáival kapcsolatos műtéti beavatkozások;
- f) kockázatviselés előtt bekövetkezett fogantatással kapcsolatos műtéti események;
- g) a kozmetikai és plasztikai célú műtéti beavatkozás;
- h) a terhesség ideje alatt, valamint a szülés közben, illetve a szülést követő egy éven belül bekövetkező, a terhességgel, illetve a szüléssel összefüggésben létrejövő egészségkárosodással kapcsolatos műtéti megoldás abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt történt (a fogamzás időpontjának a szüléstől visszafelé számított 270. napot kell tekinteni);
- i) a csőtükrözéses eljárással végzett diagnosztikus és terápiás beavatkozások;
- j) az egészségügyi ellátás, az orvosi beavatkozás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt bekö-

vetkező műtéti beavatkozások;

- k) a biztosított HIV-fertőzése vagy ezzel okozati összefüggésben bekövetkezett megbetegedése, illetve ezzel kapcsolatos műtete;
- l) légi úton, kivéve, ha a légi forgalomban engedélyezett légi járművel végzett személyszállítás és árufuvarozás során, az adott légi járműre érvényes vezetői engedéllyel rendelkező pilóta által vezetett gépen következett be, vagy ha
- m) bűvarkodás, nehéztatlétika, hegymászás, bármilyen harcművészet, akrobatikus siugrás, illetve a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásával kapcsolatos 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet szerinti különösen veszélyes sport üzése közben következett be.

12. Maradékjogok, kötvénykölcson, többlethozam

12.1. Jelen kiegészítő biztosítás esetében maradékjogok (ÁESZ: 30. pont) nincsenek, a díjtartalék (ÁESZ: 25. pont), és a visszavásárlási összeg (ÁESZ: 113. pont) mindvégig nulla. Az alapbiztosítás visszavásárlása, díjmentesítése esetén – kivéve a befektetési egységekhez kötött életbiztosítások díjmentesítését –, illetve díj-nemfizetés miatti megszűnése esetén a jelen kiegészítő biztosítás az alapbiztosítás megszűnésének, díjmentesítésének időpontjában bármintemű kifizetés nélkül megszűnik. Befektetési egységekhez kötött életbiztosítások díjmentesítése esetén a jelen kiegészítő biztosítás a befektetési egységekhez kötött alapbiztosítás díjmentesítés utáni megszűnésével egyidejűleg szűnik meg, az alapbiztosítás díjmentesítésével a kiegészítő biztosítási összeg nem módosul.

12.2. Jelen kiegészítő biztosításra kötvénykölcson nem igényelhető.

12.3. A jelen feltételek szerint megkötött kiegészítő biztosítás esetében többlethozam visszajuttatásra (ÁESZ: 28. és 98. pont) nem kerül sor.

13. A Biztosító teljesítése

13.1. Az ÁESZ V. pontjában foglaltakon túl a biztosított vagy hozzátartozója köteles a biztosítási eseményt az eseménytől számított 8 naptári napon belül a Biztosító-nak bejelenteni. **A bejelentési kötelezettség elmulasztása esetén a Biztosító annyiban mentesül a szolgáltatási kötelezettség teljesítése alól, amennyiben emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké váltak. A szükséges dokumentumok beszerzésének és Biztosítóhoz történő eljuttatásának költségeit a Biztosító nem téríti meg.** Biztosítási esemény bekövetkeztét követően a biztosítottnak a lehető legrövidebb időn belül gyakorló szakorvoshoz kell fordulnia, és kárenyhítési kötelezettségéből adódóan annak orvosi tanácsait köteles pontosan betartani. **A Biztosító nem felelős azokért a következményekért, amelyek a biztosítottnak a biztosítási esemény káros következményei elhárítására, illetve enyhítésére vonatkozó kötelezettségeinek elmulasztásából erednek.**

13.2. A szolgáltatás igényléséhez az ÁESZ-ben megjelölt iratokon kívül a gyógyintézeti zárójelentés, továbbá olyan gyógyintézeti, orvosi dokumentum benyújtása szükséges, amely tartalmazza a biztosítási események pontos megnevezését, illetve leírását, bekövetkezésük okát, előzményeit, időpontját. **A Biztosító a teljesítést indokolt esetben szakorvosi, szakértői felülvizsgálathoz is kötheti.**

14. Egyéb rendelkezések

14.1. Jelen kiegészítő biztosítás díjszabását a Biztosító a jelen különös feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás technikai kezdetétől számított 5. évfordulóig garantálja. Az 5. évfordulót követő időszakra nézve a Biztosító a tarifát az orvostechikai, valamint a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének jelentős változása miatt felülvizsgálhatja, és új díjkalkuláció és díjszabás alapján új tarifákat állapíthat meg, melyről az évforduló előtt 60 nappal értesíti a szerződőt.

Az így módosított díj a biztosítás során következő évfordulójától érvényes a következő évfordulóig. Amennyiben a szerződő a módosított díjat nem fogadja el, és az erre vonatkozó nyilatkozatát az új díj életbe lépése előtt 30 nappal megküldi a Biztosítónak, akkor a kiegészítő biztosítás megszűnik az első emelt díj esedékességét megelőző napon 24 órakor.

14.2. Írásbeli nyilatkozat hiányában a módosított díj a módosításkori biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan hatályba lép.