

Az NN Biztosító Zrt. 917 jelű Műteti térítésre szóló kiegészítő biztosításának különös feltételei

1. Általános rendelkezések

- a) Az NN Biztosító Zrt. (székhelye: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, a továbbiakban: Biztosító) jelen Különös Feltételeiben (a továbbiakban: Különös Feltételek) foglalt rendelkezések a Biztosító Általános Életbiztosítási Szabályzatával (a továbbiakban: ÁÉSZ) együtt – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a Biztosító 917 jelű Műteti térítésre szóló kiegészítő biztosítási szerződéseinek feltételeit képezik, feltéve, hogy a szerződést a jelen Különös Feltételekre és az ÁÉSZ-re hivatkozva kötötték.
- b) A Különös Feltételek és az ÁÉSZ eltérése esetén a Különös Feltételek rendelkezései az irányadóak. A Különös Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁÉSZ és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.
- c) A 917 jelű Műteti térítésre szóló kiegészítő biztosítás célja, hogy műteti beavatkozás esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg kifizetésével szolgáltatást nyújtson a Kedvezményezett részére, aki ily módon a biztosítási összeget felhasználhatja, pl. a műtét után szükséges gyógykezelés(ek) kapcsán felmerülő többletköltségekre. Jelen kiegészítő biztosítás a műtét költségeit nem téríti meg.
- d) Jelen biztosítás kiegészítő biztosításnak minősül, mely csak a Biztosító által meghatározott alapbiztosításokhoz köthető. Az alapbiztosításokra külön szerződési feltételek vonatkoznak.

2. A biztosítási szerződés alanyai

A biztosítási szerződés alanyai az ÁÉSZ 3. §-ában kerültek meghatározásra. Jelen fejezet a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó különös rendelkezéseket tartalmazza.

- a) **Biztosított(ak):** azon természetes személy(ek), aki(k)nek egészségére, testi épségére a Biztosító kockázatviselése vonatkozik. Ezen belül:
- **Főbiztosított:** az a Biztosított személy, akit az alapbiztosítás Főbiztosítottként nevez meg vagy – ennek hiányában – az alapbiztosítás Biztosítottja.
- A Biztosító lehetőséget ad arra, hogy a Főbiztosítottal együtt több Egyéb biztosított is Biztosítottá váljon az alábbiak szerint:
- **Egyéb biztosított(ak):** jelen kiegészítő biztosításban megnevezett Egyéb biztosított(ak), az(ok) a kiskorú(ak), aki(k) fölött a Főbiztosított törvényes képviselője gyakorol.

A továbbiakban Főbiztosított és az Egyéb biztosított együttesen Biztosítottként kerül a jelen Különös Feltételekben megnevezésre. Amennyiben a jelen Különös Feltételek valamely rendelkezése csak a Főbiztosítottra, vagy csak az Egyéb biztosítottra vonatkozik, így a Főbiztosított, vagy az Egyéb biztosított megnevezés kerül használatra.

- b) **Kedvezményezett:** az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító teljesítésére jogosult.

- A Főbiztosított esetében a jelen kiegészítő biztosításnál Kedvezményezettként megjelölt személy, ennek hiányában a Főbiztosított.
- Az Egyéb biztosított esetében az Egyéb biztosított.

3. A biztosítási esemény

- a) Biztosítási esemény a jelen kiegészítő biztosítás tartamán belül bekövetkezett balesetből eredő sérülés vagy kialakult és/vagy diagnosztizált betegség következtében szakorvos által szükségesnek tartott és szakorvos által Kórházban, illetve Rendelőben a jelen kiegészítő biztosítás tartamán belül elvégzett műtét.
- b) Jelen kiegészítő biztosítás esetén a biztosítási esemény időpontja a Biztosító által térített műtét elvégzésének napja.

4. A biztosítás szolgáltatása

- a) A Biztosító a Szerződő biztosítási szerződésben meghatározott díjfizetési kötelezettségének teljesítése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezésekor a jelen Különös Feltételek elválaszthatatlan részét képező mindenkor aktuális műteti listájában feltüntetett WHO-kódok alapján meghatározott műteti térítési kategóriák szerint a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási összeget vagy annak meghatározott többszörösét fizeti ki a Kedvezményezettnek.
- b) Jelen Különös Feltételek melléklete – kizárólag tájékoztató jelleggel – a teljes műteti lista kivonatos tájékoztatóját tartalmazza. **A teljes, az egyes WHO-kódhoz tartozó műteti térítési kategóriákat a mindenkor aktuális és teljes műteti lista tartalmazza.**

A Biztosító jogosult arra, hogy a teljes műteti listát, illetve az abban szereplő műtétek térítési kategóriáit naptári évenként egyszer felülvizsgálja, és jogosult arra, hogy azokat indoklás nélkül, egyoldalúan

módosítsa. A Biztosító a módosítás hatálybalépését megelőzően legalább 30 nappal írásban tájékoztatja a Szerződőt a változás tényéről.

A mindenkor aktuális és teljes műtéti lista a Biztosító ügyfélszolgálatán, az értékesítési igazgatóságain, valamint honlapján (www.nn.hu) tekinthető meg. A Biztosító ügyfélszolgálatának és értékesítési igazgatóságainak elérhetősége a Biztosító honlapján megtalálható.

- c) A WHO-kóddal ellátott műtétek listáját a mindenkor aktuális és teljes műtéti lista tartalmazza. **A Biztosító a műtéti térítési kategóriát elsősorban az orvosi dokumentumokban szereplő WHO-kód alapján határozza meg oly módon, hogy a mindenkor hatályos műtéti listában az adott WHO-kódhoz műtéti térítési kategóriát rendel.** Az orvosi dokumentumban feltüntetett WHO-kódnak meg kell felelnie a dokumentumban leírt orvosi beavatkozásnak. Amennyiben az orvosi dokumentumokban feltüntetett WHO-kód nem felel meg a dokumentumban leírt orvosi beavatkozásnak, vagy nem került feltüntetésre a zárójelentésen, úgy a Biztosító orvos szakértője jogosult a WHO-kódot meghatározni. A Biztosító orvos szakértője jogosult felülvizsgálni a műtéti leírásban, illetve kórházi zárójelentésben foglaltak alapján a megadott WHO-kódot. Amennyiben az elvégzett beavatkozás WHO-kódját a Biztosító orvosa állapítja meg, a felülvizsgálat alapelve, hogy az azonos veszélyességi, illetve súlyossági fokozatot képviselő műtétek azonos térítési kategóriába kerüljenek.
- d) **Egy baleset vagy egy betegség miatt szükségessé váló, eltérő időpontban elvégzett műtétek esetén az egyes műtétekre vonatkozó térítési összegek nem adódnak össze.** A Biztosító által fizetendő műtéti térítés összege az elvégzett műtétek közül a legmagasabb térítési kategóriába tartozó műtét után járó térítési összeggel egyezik meg, függetlenül attól, hogy az azt megelőző, illetve az azt követő műtéteket mi tette szükségessé (például szövődmény fellépése, az előző műtét sikertelensége stb.).
- e) **Amennyiben bármely okból azonos időpontban egyszerre több műtéti beavatkozásra van szükség, az egyes műtétekre vonatkozó térítési összegek nem adódnak össze.** Ekkor a Biztosító szolgáltatása az elvégzett műtétek közül a legmagasabb térítési kategóriájú műtét után járó térítési összeggel egyezik meg.
- f) A Biztosító által teljesített szolgáltatás – egy biztosítási esemény vonatkozásában – legfeljebb a választott biztosítási összeg ötszöröse lehet. **Az egy biztosítási éven belül teljesített kifizetések egy Biztosítottra vonatkozóan nem haladhatják meg a biztosítási összeg ötszörösét.**

5. A biztosítási összeg

- a) A jelen kiegészítő biztosításra szóló biztosítási összeget a Szerződő választja meg a szerződéskötéskor.
- b) A kezdeti biztosítási összeget a biztosítási kötvény tartalmazza.
- c) A biztosítási összeg a Főbiztosított és az Egyéb biztosított(ak) vonatkozásában megegyezik.
- d) A biztosítási összeget növelheti a jelen Különös Feltételek 10. pontjában meghatározott automatikus díjnövelési lehetőség. A díjnöveléssel megnövekedett biztosítási összeg a következő növelésig érvényes.

6. A biztosítás tartama, korhatárok

- a) A jelen kiegészítő **biztosítás tartama egy év.** A biztosítási tartam **minden következő biztosítási évre automatikusan meghosszabbodik** a jelen fejezet b) pontjában meghatározott korlátozással, **amennyiben a Szerződő a vonatkozó biztosítási évfordulóig írásban nem jelzi, hogy a jelen kiegészítő biztosítást nem kívánja meghosszabbítani.**
- b) Jelen kiegészítő biztosítást 1 és 60 éves kor közötti Főbiztosítottra lehet megkötöni. A jelen kiegészítő biztosítás az alapbiztosítás díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb a Főbiztosított 65 éves koráig hosszabbodhat meg.
- c) Az Egyéb biztosított(ak) életkora a jelen kiegészítő biztosításba való belépéskor 1–17 év között lehet. A Biztosító Egyéb biztosított(ak)ra vonatkozó kockázatviselése a biztosítási tartam lejártáig, de legfeljebb addig a biztosítási évfordulóig tarthat, melyhez az Egyéb biztosított(ak) 18. születésnapja közelebb esik.

7. Az Egyéb biztosítottakkal kapcsolatos rendelkezések

- a) A jelen kiegészítő biztosítás hatályát a jelen Különös Feltételekben meghatározott feltételekkel az Egyéb biztosított(ak)ra a szerződés megkötésekor vagy a biztosítási évfordulón lehet kiterjeszteni. A jelen kiegészítő biztosítás tartama alatt újonnan megjelölni kívánt Egyéb biztosított(ak)at a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal kell írásban bejelenteni a Biztosító felé. A jelen biztosítási fedezet Egyéb biztosított(ak)ra történő kiterjesztésére a jelen Különös Feltételek 8. a), d) és e) pontjában meghatározott rendelkezések az irányadók.
- b) A jelen kiegészítő biztosítás Egyéb biztosított(ak)-ra történő kiterjesztéséhez a Biztosító Egészségügyi vizsgálatot kér.
- c) Jelen kiegészítő biztosítást azokra a személyekre is ki lehet terjeszteni – figyelembe véve a jelen Különös Feltételek 6. pontjában leírt korhatárokat –, akik a biztosítási szerződés megkötése után születnek.

- d) A jelen kiegészítő biztosításban szereplő Egyéb biztosított(ak) megjelölésének visszavonása csak biztosítási évfordulóval lehetséges. A biztosítás tartama alatt Egyéb biztosított(ak) megjelölésének visszavonását a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal kell írásban bejelenteni a Biztosító felé. Ez esetben az adott Egyéb biztosított vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése a biztosítási évfordulóval megszűnik.
- e) Az Egyéb biztosítottak száma nincs korlátozva.
- f) Az Egyéb biztosított(ak) halála esetén a többi Biztosított vonatkozásában a jelen kiegészítő biztosítás érvényben marad.

8. A biztosítás megkötésére vonatkozó rendelkezések

- a) A jelen kiegészítő biztosítás megkötésére az alapt biztosítás megkötésekor vagy annak díjfizetési tartama alatti biztosítási évfordulóján van lehetőség a jelen fejezet d) és e) pontjában meghatározottak szerint.
- b) A jelen kiegészítő biztosítás megkötéséhez Egészségügyi vizsgálatra van szükség.
- c) Amennyiben jelen kiegészítő biztosítás megkötésére az alapt biztosítás megkötésével egyidejűleg kerül sor, a biztosítási fedezet létrejöttére és a Biztosító kockázatviselésére az ÁÉSZ 6. §-ának rendelkezései az irányadók.
- d) A Szerződőnek lehetősége van egy, a Biztosítóval már korábban megkötött alapt biztosítását kiegészíteni a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási ajánlatnak Biztosítóhoz történő eljuttatásával, feltéve, hogy a biztosítási ajánlat legkésőbb 30 nappal a biztosítási évfordulót megelőzően beérkezik a Biztosító székhelyére. **A kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlat kockázatbírálási időtartama ebben az esetben az ajánlat Biztosító székhelyére történő beérkezésétől számított 30 nap.**
- e) Amennyiben a Szerződő a 30 napos határidőt elmulasztja, a jelen kiegészítő biztosítás nem jöhet létre. A biztosítási fedezet létrejöttére az ÁÉSZ 6. §-ának rendelkezései az irányadók azzal, hogy **a kockázatbírálási határidő ez esetben 30 nap**, továbbá hogy a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlat elfogadása esetén a Biztosító új kötvényt állít ki. A Biztosító kockázatviselése az alapt biztosítás adott biztosítási évfordulójának napján 0:00 órakor kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási díj a Biztosító számlájára megérkezik, és a biztosítási fedezet egyébként létrejön.

9. A biztosítás díja, díjengedmény

- a) Jelen kiegészítő biztosítás díja az alapt biztosítás díjával együtt fizetendő.
- b) A jelen kiegészítő biztosítás díja legfeljebb az alapt biztosítás díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb

annak a biztosítási évnek a végéig fizetendő, amelyben a Főbiztosított betölti a 65. életévét. A biztosítási szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének a végéig fizetendő.

- c) Az Egyéb biztosított(ak) után a Szerződőnek kiegészítő díjat kell fizetnie.
- d) Az Egyéb biztosított(ak) után felszámított kiegészítő díj legfeljebb az alapt biztosítás díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb annak a biztosítási évnek a végéig fizetendő, amelyhez az Egyéb biztosított 18. születésnapja közelebb esik. A biztosítási szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének a végéig fizetendő.
- e) Az Egyéb biztosított(ak) után fizetendő kiegészítő díj csak a biztosítási összegtől függ, az Egyéb biztosított(ak) korától független. A kiegészítő díjat az összes Egyéb biztosított után meg kell fizetni, de több Egyéb biztosított esetén a biztosító díjengedményt adhat. **A díjengedmény egy biztosítási évre érvényes.**

Biztosítási díj változása

- f) Tekintettel arra, hogy a jelen kiegészítő **biztosítás tartama egy biztosítási év, ezért a jelen kiegészítő biztosítás díja és díjtétele változó. A biztosítási szerződés megkötésekor megállapított díjtétel és díj a biztosítás első évére (biztosítási év) érvényes. A Biztosító jogosult a jelen kiegészítő biztosítás díját és díjtételét a következő biztosítási tartamra (évre) vonatkozóan módosítani.**

A biztosítási díj módosítása a Főbiztosítottra két tényezőtől áll:

- **A biztosított életkorának változásából eredő díjmódosulásból, mely a tartam automatikus meghosszabbításával megtörténik.** Azaz a jelen kiegészítő biztosítás további egy-egy évre (biztosítási év) szóló díjainak meghatározásánál a Biztosító figyelembe veszi a Főbiztosított aktuális életkorát.
- **A szerződésre vonatkozó díjtétel módosításából.** A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a díjtételt egyoldalúan módosítsa. A módosítás mértéke alkalmanként az alkalmazott díjtételhez képest maximum 20%-os mértékű lehet.

A biztosítási díj módosítása az Egyéb biztosítottra egy tényezőtől áll:

- **A szerződésre vonatkozó díjtétel módosításából.** A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a díjtételt egyoldalúan módosítsa. A módosítás mértéke alkalmanként az alkalmazott díjtételhez képest maximum 20%-os mértékű lehet.

- g) A Biztosító jogosult a szerződésre vonatkozó díjtételt egyoldalúan módosítani, ha **a kártapasztalat előre nem látható romlása vagy a külső szabályozási környezet**

olyan változása történik, amelyek adó-, közteher- és/ vagy tőkeszükséglet-növekedéssel járnak, melyek befolyásolják, illetve befolyásolhatják a nyújtott szolgáltatások díjtételeit/költségeit.

Az új biztosítási díjról a Biztosító legalább 30 nappal a biztosítási év vége (évforduló) előtt írásban értesíti a Szerződőt. Amennyiben a Szerződő az új biztosítási díjat nem fogadja el, jogosult a biztosítási év végéig (évforduló) a jelen Különös Feltételek 6. a) pontjában meghatározottak szerint az automatikus meghosszabbodást elutasítani. Ez esetben a kiegészítő biztosítás valamennyi Biztosított vonatkozásában a biztosítási évfordulóval megszűnik.

Ha azonban a Szerződő a biztosítás évfordulójának időpontjáig az új díj vonatkozásában nem nyilatkozik, a Biztosító a megváltozott díjat tekinti érvényesnek, és a Szerződő ezen díj megfizetésére köteles.

- h) A jelen kiegészítő biztosítás díjában egyaránt érvényesítésre kerül az alapt biztosítás díjfizetési gyakorisága, valamint a díjnagyság után járó díjengedmény.

10. Automatikus díjnövelés

Az alapt biztosítás Különös Feltételeiben meghatározott automatikus díjnövelésre vonatkozó szabályok jelen kiegészítő biztosításra maradéktalanul érvényesek.

11. A biztosítás területi hatálya

A Biztosító kockázatviselése az Európai Unió területén elvégzett műtétekre terjed ki.

12. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

- a) A szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat az ÁÉSZ 16. §-a és a 2. számú melléklete tartalmazza.
- b) A Biztosító a biztosítási összeget a műtéttel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum együttes megléte esetén fizeti ki. A benyújtott dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője értékeli.

13. Mentésülés a teljesítési kötelezettség alól

A teljesítési kötelezettség alóli mentésülés szabályait az ÁÉSZ 17. §-a tartalmazza.

14. Kizárások

- a) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:

- azon betegségből eredő műtétre, amellyel kapcsolatban a Biztosított a kockázatviselés kezdetétől számított 180 napon belül betegségre utaló vagy ezzel összefüggésben álló tünetekkel orvoshoz fordult,

- ha a kockázatviselés kezdetétől számított 360 napon belül császármetszésre kerül sor,
- ha igazolható, hogy a műtét olyan baleset vagy betegség miatt vált szükségessé, amely öngyilkossági kísérlet következtében alakult ki,
- olyan műtét, amelyre a szerződéskötés előtt meglévő betegség vagy állapot (értve ezalatt különösen, de nem kizárólagosan a Biztosított születésekor már fennálló, illetve a szerződéskötés pillanatában még nem ismert és/vagy nem diagnosztizált születéskori betegségeket és állapotokat, továbbá a meglévő, de tünetmentes megbetegedéseket is), illetve bekövetkezett baleset miatt kerül sor,
- ha a Biztosított fogászati beavatkozást hajtanak végre,
- ha a műtét oka kozmetikai vagy plasztikai sebészet (kivéve a baleset következtében szükségessé vált kozmetikai vagy plasztikai beavatkozásokat),
- olyan ízületi és szalagműtétekre, amelyeket arthroscopos műtéti eljárással hajtottak végre,
- ha a műtét a WHO-kódokat tartalmazó mindenkor aktuális műtéti listában „nem térített műtét”-ként van megjelölve,
- ha a műtétre az Európai Unió területén kívül kerül sor,
- ha a műtétre nem az ÁÉSZ 2. §-ában meghatározottaknak megfelelő Kórházban vagy Rendelőben kerül sor.

- b) A kockázatviselésből kizárt további kockázatokat az ÁÉSZ 18–22. §-ai tartalmazzák.

15. Együttműködési, kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettség

- a) A Szerződő és a Biztosított(ak) a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást kötelesek tanúsítani.
- b) A Biztosított balesete vagy megbetegedése esetén köteles tartózkodni minden olyan körülmény vagy tény elhallgatásától, eltitkolásától, melynek jelentősége lehet az elvégzett műtéti beavatkozás térítési kategóriájának megállapítása szempontjából.
- c) A Szerződő és a Biztosított a Biztosított balesete vagy megbetegedése esetén a Biztosító adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint kötelesek a kárt enyhíteni.
- d) Nem jelenti a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

- e) A kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszégése esetére az ÁÉSZ 18. §-ában meghatározottak az irányadók.

16. A biztosítás megszűnésének esetei

A jelen kiegészítő biztosítás megszűnik az alábbi esetekben:

- a) a jelen kiegészítő biztosítás a jelen Különös Feltételek 6. a) pontjában meghatározottak szerinti az automatikus meghosszabbodás elutasításával a biztosítási időszak (év) végén,
- b) az alapbiztosítás díjfizetési tartamának végén,
- c) a Főbiztosított halála esetén a halál időpontjában,
- d) a díjfizetés elmulasztása esetén (ÁÉSZ 9. §),
- e) az alapbiztosítás megszűnése esetén,
- f) az alapbiztosítás díjmentes leszállítása esetén (ÁÉSZ 13. §),
- g) az ÁÉSZ-ben meghatározott egyéb esetekben.

17. Egyéb szabályok

- a) Az ÁÉSZ 5. §-ában meghatározott, a Biztosítót megillető rendkívüli felmondási jog vonatkozásában nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a Biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.
- b) A jelen kiegészítő biztosítást a Biztosító rendes felmondással nem szüntetheti meg. Egyebekben az ÁÉSZ 5. §-ának rendelkezései az irányadók.
- c) Jelen kiegészítő biztosítás visszavásárlási értékkel, maradékjogokkal nem rendelkezik, továbbá nem érvényesek rá az ÁÉSZ szerződmódosításra, visszavásárlásra, díjmentes leszállításra és kötvénykölcson igénylésére vonatkozó rendelkezései.

Budapest, 2015. április 1.