

Az NN Biztosító Zrt. 936 jelű Rosszindulatú daganatos betegségekre szóló kiegészítő biztosításának feltételei

1. Általános rendelkezések

- 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 936 jelű Rosszindulatú daganatos betegségekre szóló kiegészítő biztosítási szerződéseinek feltételeit képezik, feltéve, hogy a szerződést a jelen Különös Feltételekre és az ÁÉSZ-re hivatkozva kötötték.
- 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.
- A 936 jelű Rosszindulatú daganatos betegségekre szóló kiegészítő biztosítás célja, hogy a Szerződő anyagi segítséget nyújtson a Biztosított rosszindulatú daganatos betegségben történő megbetegedésének esetére, illetve hogy támogassa a diagnózis gyors felállítását.

Jelen biztosítás kiegészítő biztosításnak minősül, mely csak a Biztosító által meghatározott alapbiztosításokhoz köthető. Az alapbiztosításokra külön szerződési feltételek vonatkoznak.

2. A biztosítással kapcsolatos fogalmak meghatározása

- Rosszindulatú daganat:** a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan növekedése és szövetek közötti terjedése.
- Szolgáltatás szervező partner:** a Biztosítóval szerződésben álló olyan szolgáltató, amely jogszerűen foglalkozik egészségügyi szolgáltatás szervezésével, és alkalmas a jelen Különös Feltételek 5. pontjában meghatározott diagnosztikai szolgáltatások megszervezésére. A Szolgáltatás szervező partner kiszervezett tevékenység keretében működik közre a Biztosító 5. pontban meghatározott diagnosztikai szolgáltatásának megszervezésében. A Biztosítónak jogában áll a fenti elvárásoknak megfelelő Szolgáltatás szervező partnert egyoldalúan meghatározni és módosítani, azaz a biztosítási szerződés tartama során a Biztosító egyoldalú döntésétől függően más Szolgáltatás szervező partner kerülhet megnevezésre. A mindenkor aktuális szolgáltatás Szervező partner a Biztosító honlapján (www.nn.hu/asszisztencia) kerül megnevezésre. A Szolgáltatás szer-

vező partner kiszervezett tevékenység végzése során a tudomására jutott személyes adatokat és biztosítási titoknak minősülő információkat a hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően kezeli.

- Egészségügyi intézmény:** rendelőintézeti járóbeteg-szakellátást vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató.
- Egészségügyi szolgáltató:** a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.
- Képzővizsgálat:** olyan, a betegségek felismerésére és megállapítására kidolgozott eljárás, amely valamilyen fizikai jelenség felhasználásával látható képet hoz létre az élő szervezet belsejének alakbeli, illetve működésbeli viszonyairól. Jelen Különös Feltételek tekintetében kizárólag az alábbiak minősülnek Képzővizsgálatnak:

Vizsgálat megnevezése

Emlőultrahang

Mammográfia

CT-vizsgálatok	Mellkas-CT
	Hasi CT
	Koponya-CT
	Gerinc-CT
MR-vizsgálatok	Lágyrész-CT
	Mellkas-MR
	Hasi MR
	Koponya-MR
	Gerinc-MR
	Végtag-MR
	Emlő-MR
PET-/CT-vizsgálat	Lágyrész-MR

Endoszkópos vizsgálatok	Orr (melléküregek) vizsgálata
	Légcső vizsgálata
	Hörgő vizsgálata
	Mellkas vizsgálata
	Nyelőcső vizsgálata
	Gyomor vizsgálata
	Bél vizsgálata
	Hasüreg vizsgálata
	Húgyhólyag vizsgálata

**A továbbiakban ahol a jelen Különös Feltételek Képal-
kotó diagnosztikai vizsgálatot említene, ott kizárólag
a fenti táblázatban meghatározott vizsgálatok értendők.
A Biztosító Diagnosztikai szolgáltatása kizárólag a fenti
táblázatban meghatározott Képal-
kotó diagnosztikai
vizsgálatok fedezetére terjed ki a jelen Különös Feltéte-
lekben meghatározottak szerint.**

3. A biztosítási szerződés alanyai

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

4. A biztosítási esemény

a) A biztosítási esemény:

- Biztosítási esemény a kockázatviselés ideje alatt és a biztosítás területi hatályán belül a Biztosított vonatkozásában rosszindulatú daganatos betegségekkel összefüggésben felmerülő, a diagnózis felállítását szolgáló, szakorvos által orvosszakmailag megalapozott és a jelen Különös Feltételek 2. e) pontjában meghatározott Képal-
kotó diagnosztikai vizsgálat elvégzésének szükségessége; illetve
 - Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt és a biztosítás területi hatályán belül bekövetkező rosszindulatú daganatos betegségben történő megbetegedésének diagnosztizálása.
- b) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja:
- A rosszindulatú daganatos betegségekkel összefüggésben felmerülő Képal-
kotó diagnosztikai vizsgálat iránti igény esetén a szakorvosi beutaló vagy szakorvosi javaslat kiállításának időpontja.
 - Rosszindulatú daganatos megbetegedés esetén a betegség végleges, szövettani vizsgálattal igazolt diagnózisa felállításának időpontja.

5. A biztosítás szolgáltatása

A Biztosító a Szerződő biztosítási szerződésben meghatározott díjfizetési kötelezettségének teljesítése ellenében

- a jelen Különös Feltételek 4 a) ii) pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén Összeg szolgáltatást nyújt: a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó, a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek. A biztosítási összegre vonatkozó szabályokat a jelen Különös Feltételek 7. pontja tartalmazza;
- a jelen Különös Feltételek 4. a) i) pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a választott biztosítási összeg függvényében az 5. b) ix–xii) pontban meghatározott diagnosztikai periódusban Diagnosztikai szolgáltatást nyújt: a Biztosító a biztosítási kötvényben meghatározott szolgáltatási limit és maximális összköltség figyelembevételével (a továbbiakban: szolgáltatási keret) a vele szerződésben álló Szolgáltatás szervező partnere közreműködésével a 16. pontban leírtak szerint megszervezi a szakorvosi beutalón vagy szakorvosi javaslatban szereplő Képal-
kotó diagnosztikai vizsgálatot, és annak költségét az alábbi feltételekkel átvállalja, feltéve, hogy a javasolt vizsgálat szerepel a jelen Különös Feltételek 2. e) pontjában található listán:

- Amennyiben a Biztosított számára előírt Képal-
kotó diagnosztikai vizsgálat emlőultrahang vagy mammográfia, a Biztosító a vizsgálatot Szolgáltatás Szervező partnere közreműködésével **megszervezi, de nem finanszírozza.**
- Amennyiben a Biztosított számára az őt kezelő szakorvos egy komplex emlővizsgálat keretében emlő ultrahangot és mammográfia vizsgálatot együttesen ír elő, a Biztosító a jelen Különös Feltételek 7. b) pontjában meghatározott szolgáltatási keret vonatkozásában a Képal-
kotó diagnosztikai vizsgálati igényt egynek tekinti.
- Amennyiben a Biztosított számára előírt és a Biztosító által a jelen Különös Feltételek 5. b) i) és ii) pontjában meghatározottak szerint finanszírozott diagnosztikai vizsgálat költsége meghaladja a Biztosító által meghatározott, a biztosítási kötvényen feltüntetett szolgáltatási keretet, a Biztosítottat a Biztosító Szolgáltatás szervező partnere erről a vizsgálat megszervezése során tájékoztatja. Amennyiben a Biztosított a Diagnosztikai szolgáltatást ennek tudatában is igénybe kívánja venni, abban az esetben a különbözet megtérítésére a Biztosított köteles a vizsgálat elvégzésekor a vizsgálatot végző egészségügyi szolgáltatónak.

- iv) A szolgáltatási keret kimerüléséről a Biztosító levélben tájékoztatja a Szerződőt a Diagnosztikai szolgáltatás igénybe vételét követő 30 napon belül.
- v) A szolgáltatási keret kimerülése nem eredményezi a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését, azonban a Biztosított az adott diagnosztikai periódusban további Diagnosztikai szolgáltatás igénybe vételére nem jogosult.
- vi) A Biztosító nem teljesít Diagnosztikai szolgáltatást, ha a Képalkotó diagnosztikai vizsgálat megszervezése nem a Biztosítóval szerződésben álló Szolgáltatás szervező közreműködésével és a Biztosító jóváhagyásával történik.
- vii) A Biztosító akkor sem teljesít Diagnosztikai szolgáltatást, ha a diagnosztikai szolgáltatás szükségessége orvosszakmailag nem megalapozott. Az orvosszakmai megalapozottságot a Biztosító orvos szakértője vizsgálhatja.
- viii) A Biztosító szolgáltatása a Képalkotó diagnosztikai vizsgálat és a vizsgálat megszervezésének költségén kívül – figyelemmel a jelen Különös Feltételek 5. b) i) és ii) pontjában meghatározottakra – egyéb költségek megtérítésére nem terjed ki.
- ix) **2 millió Ft alatti biztosítási összeg választása esetén a Biztosító Diagnosztikai szolgáltatást nem nyújt.**

Diagnosztikai periódus:

- x) A Biztosító 5 éves tartamra határozza meg a jelen Különös Feltételek 7. b) pontja szerinti, a biztosítási kötvényen szereplő szolgáltatási keretet.
- xi) A diagnosztikai periódus 5 év. Az első diagnosztikai periódus a jelen Különös Feltételekben szabályozott kiegészítő biztosítás kockázatviselés kezdetének napján 0:00 órakor kezdődik, és a kiegészítő biztosítás 5. biztosítási évforduló napján 0:00 órakor ér véget (az 5 éves diagnosztikai periódus utolsó napja), feltéve, hogy a jelen kiegészítő biztosítást az alapbiztosítás évfordulóján kötötték. Amennyiben a jelen kiegészítő biztosítás az alapbiztosítás feltételei szerint nem az alapbiztosítás évfordulóján, hanem a díjfizetési gyakoriság szerinti hófordulóján kerül megkötésre, abban az esetben a Diagnosztikai szolgáltatás első diagnosztikai periódusa csak az alapbiztosítás következő biztosítási évfordulóján (0:00 órakor) kezdődik, és az onnantól számított 5. biztosítási évforduló napján 0:00 óráig tart.
- xii) A következő diagnosztikai periódus az előző 5 éves diagnosztikai periódus utolsó napján 0:00 órakor kezdődik, és az azt követő újabb 5. biztosítási évforduló napján 0:00 órakor ér véget,

amennyiben a Szerződő nem utasítja el a jelen Különös Feltételek 8. a) pontjában meghatározottak szerinti automatikus tartamhosszabbítás lehetőségét. A diagnosztikai periódusok mindaddig ekként meghosszabbodnak, amíg az alapbiztosítás díjfizetési tartama le nem jár, vagy a Biztosított el nem éri a jelen Különös Feltételek 8. e) pontjában meghatározott maximális életkorát. Amennyiben az alapbiztosítás díjfizetési tartamából, illetve a Biztosított maximális életkoráig hátralévő időből már kevesebb mint 5 biztosítási év van hátra, abban az esetben az utolsó diagnosztikai periódus az így hátralévő időtartamra vonatkozik (törtidőszak).

- xiii) Amennyiben tehát az utolsó diagnosztikai periódus rövidebb, mint 5 év (törtidőszak), a Biztosító 5 éves diagnosztikai periódusokra meghatározott Diagnosztikai szolgáltatásra vonatkozó szolgáltatási kerete akként módosul, hogy a maximális össz költség a törtidőszak tartamával arányosan csökken, míg a szolgáltatási limit a törtidőszakban változatlan. Az időarányos szolgáltatás mértékéről legalább 30 nappal a biztosítási év vége (évforgató) előtt a Biztosító írásban értesíti a Szerződőt.

- c) Ha a biztosítási tartam alatt biztosítási esemény nem következett be, akkor a jelen kiegészítő biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

6. A biztosítás területi hatálya

A jelen Különös Feltételek vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése

- a) az Összeg szolgáltatás tekintetében az Európai Unió területén belül diagnosztizált rosszindulatú daganatos betegségekre,
- b) a Diagnosztikai szolgáltatás tekintetében az Európai Unió területén működő egészségügyi intézmény szakorvosa által előírt Képalkotó diagnosztikai vizsgálatokra terjed ki.

7. A biztosítási összeg, szolgáltatási keret

- a) A jelen Különös Feltételek 5. a) pontjában meghatározott Összeg szolgáltatás esetén
 - i) a kezdeti biztosítási összeget a Szerződő választja meg a szerződéskötéskor;
 - ii) a kezdeti biztosítási összeget a biztosítási kötvény tartalmazza;
 - iii) a kezdeti biztosítási összeget növelheti a jelen Különös Feltételek 15. pontjában meghatározott automatikus díjnövelési lehetőség. Az ily módon megnövekedett biztosítási összeg a következő növelésig érvényes.

b) A jelen Különös Feltételek 5. b) pontjában meghatározott Diagnosztikai szolgáltatás esetén a szolgáltatási keretet, amely a biztosítási kötvényen kerül feltüntetésre, a Biztosító állapítja meg. A szolgáltatási keret az alábbi két elemből áll:

- i) Maximális összköltség: egy diagnosztikai periódusban a szolgáltatási limit figyelembevételével a Biztosító által finanszírozott Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok együttes költsége. Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a maximális összköltség a választott biztosítási összeg függvénye. Legalább 2 millió Ft, de 5 millió Ft-nál alacsonyabb biztosítási összeg választása esetén a maximális összköltség 100 000 Ft. Legalább 5 millió Ft biztosítási összeg választása esetén a maximális összköltség 250 000 Ft.
- ii) Szolgáltatási limit: egy diagnosztikai periódusban a Biztosító által szervezett Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok maximális darabszáma. Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában 1 darab.

A jelen Különös Feltételek 15. pontjában meghatározott automatikus díjnövelési lehetőség a Diagnosztikai szolgáltatásra nem vonatkozik.

8. A biztosítás tartama, automatikus tartamhosszabbítás, korhatárok

- a) A jelen kiegészítő biztosítás tartama 5 év. A biztosítás tartama minden következő 5 éves tartamra automatikusan meghosszabbodik a jelen fejezet b) és e) pontjában meghatározott korlátozással, amennyiben a Szerződő az 5. biztosítási évfordulóig írásban nem jelzi, hogy a jelen kiegészítő biztosítást nem kívánja meghosszabbítani (a továbbiakban: automatikus tartamhosszabbítás).
- b) A jelen kiegészítő biztosítás tartama az a) pontban meghatározottak szerint mindaddig meghosszabbodik, amíg a jelen kiegészítő biztosítás tartama el nem éri az alapbiztosítás díjfizetési tartamának lejáratát vagy a Biztosított e) pontban meghatározott maximális életkorát.
- c) Amennyiben az alapbiztosítás díjfizetési tartamából, illetve a Biztosított e) pontban meghatározott maximális életkoráig hátralévő időből már kevesebb mint 5 biztosítási év van hátra, abban az esetben az utolsó biztosítási tartam az így hátralévő időtartamra hosszabbodik meg (biztosítási törtidőszak).
- d) A biztosítási törtidőszakban a Biztosító Összeg szolgáltatásának biztosítási összege változatlan, a Diagnosztikai szolgáltatás szolgáltatási kerete az 5. b) xiii) pontban meghatározottak szerint kerül meghatározásra.
- e) A biztosítás 18 és 60 éves kor közötti Biztosítottra köthető. A jelen kiegészítő biztosítás az alapbiztosítás

díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb a Biztosított 70. életévének (maximális életkor) betöltése évében esedékes biztosítási évfordulóig tarthat.

9. A biztosítás megkötésére vonatkozó rendelkezések

- a) Jelen kiegészítő biztosítás forint pénznemben teljesítendő rendszeres díjfizetésű alapbiztosításokhoz köthető meg.
- b) Jelen kiegészítő biztosítás megköthető az alapbiztosítás megkötésekor az alapbiztosítással együtt, vagy egy korábban megkötött, 2014. március 15-i vagy azt követő kockázatviselési kezdetű alapbiztosításhoz, az alábbi módon és együttes feltételekkel:
 - i) az alapbiztosítás díjfizetési tartama alatt az alapbiztosítás biztosítási évfordulóján, kivéve, ha az alapbiztosítás Különös Feltételei ettől eltérően rendelkeznek;
 - ii) amennyiben az alapbiztosítás díjjal rendezett; és
 - iii) az alapbiztosítás díjfizetési tartamából még legalább 5 év van hátra; és
 - iv) a Biztosított életkora megfelel a jelen Különös Feltételek 8. e) pontjában meghatározott korhatároknak.
- c) Amennyiben jelen kiegészítő biztosítás megkötésére az alapbiztosítás megkötésével egyidejűleg kerül sor, a biztosítási fedezet létrejöttére és a Biztosító kockázatviselésére az ÁÉSZ 6. §-ának rendelkezései az irányadók.
- d) Amennyiben a Szerződő jelen kiegészítő biztosítást egy, a Biztosítóval már korábban megkötött alapbiztosításához kívánja hozzákötni, ezt megteheti a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási ajánlatnak Biztosítóhoz történő eljuttatásával, feltéve, hogy a biztosítási ajánlat legkésőbb 30 nappal az alapbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően beérkezik a Biztosító székhelyére. A biztosítási fedezet létrejöttére az ÁÉSZ 6. §-ának rendelkezései az irányadók azzal, hogy a kockáztelbírási 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 alapbiztosítás adott biztosítási évfordulójának napján 0:00 órakor kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási díj a Biztosító számlájára megérkezik, és a biztosítási fedezet egyébként létrejön.
- e) Amennyiben a biztosítási ajánlat nem érkezik be a Biztosító székhelyére legkésőbb az alapbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőző 30. napon, a jelen kiegészítő biztosítás nem jöhet létre.
- f) A jelen kiegészítő biztosítás megkötéséhez Egészségügyi vizsgálatra van szükség. Az Egészségügyi vizsgálat vonatkozásában az ÁÉSZ 2., 4. és 5. §-ai irányadók.

10. A biztosítás díja, a díjfizetési tartam, díj-engedmény

- a) Jelen kiegészítő biztosítás díja az alapt biztosítás díjával együtt fizetendő.
- b) A jelen kiegészítő biztosítás díja – figyelemmel a 8. a) pontban meghatározott automatikus tartamhosszabbítás esetére – legfeljebb az alapt biztosítás díjfizetési tartamának végéig, illetve annak a biztosítási évnél a végéig fizetendő, amelyben a Biztosított betölti a 70. életévét. Biztosítási esemény miatti megszűnés esetén a Biztosító az egész biztosítási évre járó díj megfizetését követelheti. A biztosítási szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének a végéig fizetendő.
- c) A jelen kiegészítő biztosítás díjában egyaránt érvényesítésre kerül az alapt biztosítás díjfizetési gyakorisága, valamint a díjnagyság után járó díjengedmény.

11. A biztosítási díj és a díjtétel változása

- a) A biztosítás díja és díjtétele változó.
- b) A biztosítási díj az alábbiak következtében változik.
 - i) **A 12. pontban meghatározott, a Biztosított életkorának változásából eredő díjmódosulás következtében.**
 - ii) **A 13. pontban meghatározott, a szerződésre vonatkozó díjtételek módosítása következtében.**
 - iii) **A 14. pontban meghatározott szolgáltatási feltételek módosítása következtében.**
 - iv) **A 15. pontban meghatározott automatikus díjnövelés miatt.**

12. A Biztosított életkorának változásából eredő díjmódosulás

A biztosítási szerződés megkötésekor megállapított díj a biztosítás első évére (biztosítási év) érvényes. A Biztosító a következő biztosítási évre vonatkozóan jogosult a jelen pontban meghatározottak szerint egyoldalúan módosítani a biztosítás díját. A jelen kiegészítő biztosítás további egy-egy évre (biztosítási év) szóló díjainak meghatározásánál a Biztosító figyelembe veszi a Biztosított aktuális életkorát. Az új biztosítási díjról a Biztosító legalább 30 nappal a biztosítási év vége (évforgató) előtt írásban értesíti a Szerződőt. Amennyiben a Szerződő az új biztosítási díjat írásban elutasítja, akkor ez a jelen kiegészítő biztosítás Szerződő általi felmondásának minősül, és ez esetben a kiegészítő biztosítás és a Biztosító kockázatviselése a biztosítási évforgató 0:00 órákor megszűnik. **Ha azonban a Szerződő a biztosítás évforgatójának időpontjáig az új díj vonatkozásában nem nyilatkozik, a Biztosító a megváltozott díjat tekinti érvényesnek, és a Szerződő ezen biztosítási díj megfizetésére köteles.**

13. A szerződésre vonatkozó díjtételek módosulása a kártapasztalat és a külső szabályozási környezet változására tekintettel

A biztosítási szerződés megkötésekor hatályos, **kezdeti díjtételek a biztosítás első öt biztosítási évére (biztosítási tartam) érvényesek. A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a biztosítás díjtételeit és ezáltal a díját öt-vente egyoldalúan módosítsa**, 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. **A módosítás mértéke alkalmanként az alkalmazott díjtételekhez képest** akkora lehet, hogy az aktuálisan alkalmazott díjtételek kezdő évétől számítva az éves átlagos emelkedés ne haladja meg a 20%-os mértéket. Az új díjtételekről és az ezáltal megváltozott díjról a Biztosító legkésőbb 30 nappal minden 5. biztosítási évforgató (biztosítási tartam vége) előtt írásban értesíti a Szerződőt. Amennyiben a Szerződő az új biztosítási díjat és díjtételeket nem fogadja el, jogosult minden 5. biztosítási év végéig (évforgató) a jelen Különös Feltételek 8. a) pontja szerinti automatikus tartamhosszabbítást elutasítani. Ez esetben a kiegészítő biztosítás az adott 5. biztosítási évforgató (a biztosítási tartam végén) 0:00 órákor megszűnik. **Ha azonban a Szerződő a biztosítás adott 5. évforgatójának időpontjáig az új díj és díjtételek vonatkozásában nem nyilatkozik, a Biztosító a megváltozott díjat és díjtételeket tekinti érvényesnek az automatikusan meghosszabbított tartamra vonatkozóan, és a Szerződő az ennek megfelelő díj megfizetésére köteles.**

14. A szolgáltatási feltételek módosítása és az ebből fakadó díjtétel változás

- a) A biztosítási szerződés megkötésekor érvényes **szolgáltatási feltételek a biztosítás első öt biztosítási évére (biztosítási tartam) érvényesek. A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a jelen kiegészítő biztosítás szolgáltatásait és a szolgáltatás feltételeit, valamint az emiatt megváltozott díjtételek alapján kalkulált biztosítási díjat öt-vente, a következő biztosítási tartamra vonatkozóan egyoldalúan módosítsa** abban az esetben, ha ez a kockázatközösség védelmében szükséges, továbbá, hogy a biztosítási szolgáltatás lépést tartson az orvostechika és az orvostudomány fejlődésével, illetve ha a Biztosító Szolgáltatás szervező partnerével kötött szerződés módosul, vagy megszűnik, illetve az új Szolgáltatás szervező partnerrel kötött szerződésben vállalt szolgáltatások eltérőek.
- b) A megváltozott szolgáltatási feltételekről és az emiatt

megváltozott díjtételek alapján kalkulált biztosítási díjról a Biztosító legkésőbb 30 nappal minden 5. biztosítási évforduló (biztosítási tartam vége) előtt írásban értesíti a Szerződőt. Amennyiben a Szerződő a megváltozott szolgáltatási feltételeket és az új biztosítási díjat nem fogadja el, jogosult minden 5. biztosítási év végéig (évforduló) a jelen Különös Feltételek 8. a) pontja szerinti automatikus tartamhosszbővítést elutasítani. Ez esetben a kiegészítő biztosítás az adott 5. biztosítási évfordulón (a biztosítási tartam végén) 0:00 órakor megszűnik. **Ha azonban a Szerződő a biztosítás évfordulójának időpontjáig a megváltozott szolgáltatási feltételek és az új biztosítási díj vonatkozásában nem nyilatkozik, a Biztosító a megváltozott szolgáltatást és az új biztosítási díjat tekinti érvényesnek az automatikusan meghosszabbodott tartamra vonatkozóan, és a Szerződő az ennek megfelelő díj megfizetésére köteles.**

15. Automatikus díjnövelés

Az alapbiztosítás Különös Feltételeiben meghatározott automatikus díjnövelésre vonatkozó szabályok jelen kiegészítő biztosítás díja és Összeg szolgáltatásának biztosítási összege vonatkozásában maradéktalanul érvényesek.

16. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei, diagnosztikai szolgáltatás igénybevételének folyamata

a) Összeg szolgáltatás iránti igény:

Az Összeg szolgáltatás iránti igényt megalapozó biztosítási esemény bejelentésének módját és határidejét, valamint a szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat az ÁÉSZ 16. §-a és a 2. számú melléklete tartalmazza.

b) Diagnosztikai szolgáltatás iránti igény:

- i) A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Diagnosztikai szolgáltatás iránti igényét a Biztosítónak akként jelentheti be, hogy a Biztosító honlapján (www.nn.hu) közzétett Diagnosztikai szolgáltatás igénybejelentésére rendszeresített nyomtatványt kitölti és az ÁÉSZ 2. számú mellékletében meghatározott szükséges dokumentumokkal együtt eljuttatja a Biztosító részére postai úton vagy személyesen.
- ii) A Biztosító a Diagnosztikai szolgáltatása teljesítéséhez az ÁÉSZ 2. számú mellékletében meghatározott dokumentumokat kéri be.
- iii) A Biztosító megvizsgálja az igény jogalapját, és a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges utolsó dokumentum Biztosító székhelyére tör-

tendő beérkezését követő 5 munkanapon belül telefonon tájékoztatja a Biztosítottat a bírálat eredményéről, egyúttal tájékoztatja a Szolgáltatás szervező partnerét, hogy a Képalkotó diagnosztikai vizsgálat szervezését megkezdheti. A Biztosító a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges utolsó dokumentum Biztosító székhelyére történő beérkezését követő 30 napon belül postai úton tájékoztatja a Biztosítottat a bírálat eredményéről.

- iv) A Biztosító Szolgáltatás szervező partnere felveszi a kapcsolatot a Biztosítottal, és egyeztet az időpont és a helyszín tekintetében.
- v) A Biztosító Szolgáltatás szervező partnere a Biztosító jóváhagyásától számított 5 munkanapon belül köteles a Képalkotó diagnosztikai vizsgálatot leszervezni a Biztosított számára, és a Biztosító jóváhagyásától számított 10 munkanapon belüli időpontot köteles egyeztetni a Képalkotó diagnosztikai vizsgálat elvégzésére.
- vi) Biztosított jogosult a megszervezett Képalkotó diagnosztikai vizsgálatot két alkalommal, legkésőbb a vizsgálatot megelőző 24 órával lemondani. Ebben az esetben a Szolgáltatás szervező partner újból megszervezi a vizsgálatot a lemondástól számított 5 munkanapon belül, a lemondástól számított 10 munkanapon belüli időpontra. Amennyiben a lemondásra kettőnél több alkalommal kerül sor, a Biztosító megtagadhatja a Képalkotó diagnosztikai vizsgálat megszervezését és finanszírozását.
- vii) A Képalkotó diagnosztikai vizsgálat a Biztosítottal előre egyeztetett helyszínen és időpontban történik meg.
- viii) Amennyiben a Képalkotó diagnosztikai vizsgálat során a vizsgálatot végző szakszemélyzet orvosszakmai szempontok figyelembevételével a Biztosító által jóváhagyott vizsgálat kiegészítését, kiterjesztését javasolja, felveszi a kapcsolatot a Biztosító Szolgáltatás szervező partnerével jóváhagyást kérve. A Biztosító Szolgáltatás szervező partnere megvizsgálja, hogy indokolt-e az igény és összefüggésben van-e azzal az egészségügyi problémával, amely miatt a diagnosztikai vizsgálatot a Biztosítottnak előírták, valamint hogy a javasolt kiegészítő vizsgálat szerepel-e a jelen Különös Feltételek 2. e) pontjában meghatározott, a jelen kiegészítő biztosítás által fedezett Képalkotó diagnosztikai vizsgálatra vonatkozó táblázatban. Amennyiben az igényt indokoltnak ismeri el, és a vizsgálatkiegészítés összefüggés-

ben van az eredeti egészségügyi problémával, a kiegészítést engedélyezi, költségét a jelen Különös Feltételek 7. b) pontjában és a kötvényen meghatározott maximális összköltség és a jelen Különös Feltételek 5. b) i) és ii) pontjában meghatározottak figyelembevételével a Biztosító finanszírozza. Amennyiben az igény elutasításra kerül, a Biztosított a kiegészítő szolgáltatás költségét az egészségügyi szolgáltatónak köteles a vizsgálat elvégzésekor megfizetni.

- ix) A Képalkotó diagnosztikai vizsgálat eredményét a vizsgálatot végző egészségügyi szolgáltatótól kapja meg a Biztosított a vizsgálatot követően a vizsgálat helyszínén, vagy utólag postai úton.
- x) **A Biztosító kifejezetten felhívja a figyelmet, hogy az egészségügyi szolgáltató, valamint ezek alkalmazottja, megbízottja, alvállalkozója által a vizsgálat elvégzése során okozott károkért nem felel, azokért kizárólag az egészségügyi szolgáltató köteles helytállni a vonatkozó hatályos jogszabályok rendelkezései szerint.**

17. Mentesülés a teljesítési kötelezettség alól

A teljesítési kötelezettség alóli mentesülés egyéb szabályait az ÁÉSZ 16. §-a tartalmazza.

18. Kizárások

- a) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki:
 - i) arra az esetre, ha a Biztosítottnál a kockázatviselés kezdetét megelőzően, vagy a biztosítás tartamán belül rosszindulatú daganatot diagnosztizálnak, illetve ha a Biztosított a kockázatviselés kezdetét megelőzően, vagy a biztosítás tartamán belül a kockázatviselés kezdetétől számított 180 napon belül rosszindulatú daganatos betegsége utaló vagy ezzel összefüggésben álló tünetekkel orvoshoz fordult;
 - ii) a Biztosítottat kezelő szakorvos által a kockázatviselés kezdetét megelőzően, vagy a biztosítás tartamán belül, a kockázatviselés kezdetétől számított 180 napon belül a Biztosított vonatkozásában bármely szervet, szervrendszert érintő elváltozás diagnosztizálásához előírt Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok szervezésére és finanszírozására;
 - iii) arra az esetre, ha a betegséget az Európai Unió területén kívül diagnosztizálták;
 - iv) arra az esetre, ha a Biztosított vonatkozásában az elváltozás diagnosztizálásához szükséges Képalkotó diagnosztikai vizsgálatot nem az Európai Unió területén működő egészségügyi intézmény szakorvosa írta elő;

v) az emlőultrahang, mammográfia és a CT-lézer mammográfia finanszírozására.

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

- b) A jelen Különös Feltételek 18. a) i) pontjában meghatározott, kockázatviselésből kizárt esetek bekövetkezése esetén a befizetett díjnak a jelen kiegészítő biztosításra jutó részét a Biztosító visszautalja a Szerződőnek, jelen kiegészítő biztosítás pedig megszűnik a biztosítási esemény időpontjára visszamenő hatállyal, de az alapbiztosítás a többi kiegészítő biztosítással együtt érvényben marad, kivéve, ha az alapbiztosítás Különös Feltételei ettől eltérően rendelkeznek.
- c) A jelen Különös Feltételek 18. a) ii) pontjában meghatározott, kockázatviselésből kizárt esetek bekövetkezése esetén a Biztosító Diagnosztikai szolgáltatást nem nyújt, de a jelen kiegészítő biztosítás változatlan feltételekkel érvényben marad.

19. Együttműködési, kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettség

- a) A Szerződő és a Biztosított 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 a betegség tényének 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 illető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.
- e) A kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegése esetére az ÁÉSZ 18. §-ában meghatározottak az irányadók.

20. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

A jelen kiegészítő biztosítás megszűnik az alábbi esetekben:

- a) a Biztosítottnak rosszindulatú daganatos betegségben történő megbetegedése esetén, a biztosítási esemény bekövetkezésének napján 24:00 órakor;
- b) a Biztosított halála esetén, a halál időpontjában;
- c) a Biztosított 70. életévének betöltése esetén, a 70. életév betöltésének évében esedékes biztosítási évfordulón 0:00 órakor;

- d) a jelen Különös Feltételek 8. a) pontjában meghatározottak szerint az automatikus tartamhosszabbítás elutasításával, a biztosítási évfordulón 0:00 órakor,
- e) a jelen Különös Feltételek 12. pontjában meghatározottak szerint, a Szerződő felmondásával, a biztosítási évfordulón 0:00 órakor;
- f) a jelen Különös Feltételek 13. és 14. b) pontjában meghatározottak szerint, az automatikus tartamhosszabbítás elutasításával a biztosítási évfordulón 0:00-kor;
- g) a jelen Különös Feltételek 18. b) pontjában meghatározottak szerinti kockázatviselésből kizárt esetek bekövetkezése esetén, a biztosítási esemény bekövetkezésének napján 24:00 órakor;
- h) az alapbiztosítás díjfizetési tartamának végén;
- i) a díjfizetés elmulasztása esetén (ÁÉSZ 9. §);
- j) az alapbiztosítás megszűnése esetén;
- k) az alapbiztosítás díjmentes leszállítása esetén (ÁÉSZ 13. §);
- l) az ÁÉSZ-ben meghatározott egyéb esetekben.

21. 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. június 5.