

Az NN Biztosító Zrt. 937 jelű Mellrákra szóló kiegészítő biztosításának 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 937 jelű Mellrákra 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 937 jelű Mellrákra szóló kiegészítő biztosítás célja, hogy anyagi segítséget nyújtson a biztosított mellrákban történő megbetegedésének esetére, illetve hogy támogassa a diagnózis gyors felállítását.

Jelen biztosítás kiegészítő biztosításnak minősül, mely csak a Biztosító által meghatározott alapt biztosításokhoz köthető. Az alapt biztosításokra külön szerződési feltételek vonatkoznak.

2. A biztosítással kapcsolatos fogalmak meghatározása

- a) **Roszzindulatú daganat:** a rosszzindulatú sejtek kontrollálatlan növekedése és szövetek közötti terjedése.
- b) **Mellrák:** az emlő szövetéből az emlőben kialakult rosszzindulatú daganat. **A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki azon emlődaganatokra, amelyek a helyi, a környezetet nem elárasztó, úgynevezett lokális daganatok (carcinoma in situ), valamint az emlőre esetlegesen áttérjedő alábbi rosszzindulatú daganatokra:**
- a bőr rosszzindulatú daganataira (beleértve a festékes anyajegyek rosszzindulatú daganatait (melanoma malignum),
 - a nyirokszövet rosszzindulatú daganataira (Hodgkin- és Non-Hodgkin-lymphoma),
- c) **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 szervező partner kiszervezett tevékenység végzése során a tudomásra jutott személyes adatokat, és biztosítási titoknak minősülő információkat a hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően kezeli.

- d) **Egészségügyi intézmény:** rendelőintézeti járóbeteg-szakellátást vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató.
- e) **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.
- f) **Képkalkító diagnosztikai vizsgálat:** 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 és a Diagnosztika szervezési szolgáltatás tekintetében Képkalkító diagnosztikai vizsgálatnak minősül minden olyan képkalkító diagnosztikai vizsgálat, amely a Magyarországon elfogadott és aktuális egészségügyi szakmai irányelvek szerint az emlőrák diagnosztizálásának felállításához szükséges.

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:
- i) Biztosítási esemény a kockázatviselés ideje alatt és a biztosítás területi hatályán belül a Biztosított vonatkozásában emlőelváltozással összefüggésben felmerülő, szakorvos által orvosszakmailag megállapított, és a jelen Különös Feltételek 2. f) pontjában

meghatározott Képalkotó diagnosztikai vizsgálat elvégzésének szükségessége, illetve

- ii) Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt és a biztosítás területi hatályán belül bekövetkező mellrákban történő megbetegedésének diagnosztizálása.
- b) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja:
 - i) az emlő elváltozásával összefüggésben felmerülő Képalkotó diagnosztikai vizsgálat megszervezése iránti igény esetén a szakorvosi beutaló vagy szakorvosi javaslat kiállításának időpontja;
 - ii) mellrák 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) a jelen Különös Feltételek 4. a) i) pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a választott biztosítási összeg függvényében Diagnosztika szervezési szolgáltatást nyújt: a Biztosító a vele szerződésben álló Szolgáltatás szervező partnere közreműködésével a 16. fejezet b) pontjában meghatározottak szerint megszervezi a szakorvosi beutalón vagy javaslatban szereplő, a jelen Különös Feltételek 2. f) pontjában meghatározott Képalkotó diagnosztikai vizsgálatot.

A Biztosító Diagnosztika szervezési szolgáltatása kizárólag a Képalkotó diagnosztikai vizsgálat megszervezésének költségére terjed ki. A vizsgálat elvégzésének költségét a Biztosítottnak kell viselnie.

- b) 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.
- 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 mellrákra;
- b) a Diagnosztika szervezési szolgáltatás tekintetében az Európai Unió területén működő egészségügyi intézmény szakorvosa által előírt Képalkotó diagnosztikai vizsgálatokra terjed ki.

7. A biztosítási összeg

A jelen Különös Feltételek 5. b) 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.

A jelen Különös Feltételek 5. a) pontjában meghatározott Diagnosztika szervezési szolgáltatás legalább 2 millió Ft biztosítási összeg választása esetén korlátlanul igénybe vehető a Biztosított vonatkozásában. **2 millió Ft alatti biztosítási összeg választása esetén a Biztosító Diagnosztika szervezési szolgáltatást nem nyújt.**

8. A biztosítás tartama, automatikus tartamhosszabbítás, korhatárok

- a) A jelen kiegészítő biztosítás tartama 1 év. A biztosítás tartama minden következő 1 biztosítási évre automatikusan meghosszabbodik, a jelen fejezet b) és c) pontjában meghatározott korlátozással, amennyiben a Szerződő a biztosítási évfordulói 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 c) pontban meghatározott maximális életkorát.
- c) 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 évfordulói 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 alap-

- biztosítás Különös Feltételei ettől eltérően rendelkeznek;
- ii) amennyiben az alapbiztosítás díjjal rendezett; és
 - iii) a díjfizetési tartamából még legalább 5 év van hátra; és
 - iv) a Biztosított életkora megfelel a jelen Különös Feltételek 8. 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 irányadóak.
- d) Amennyiben a Szerződő jelen kiegészítő biztosítást egy, a Biztosítóval már korábban megkötött, 2014. március 15-i vagy azt követő kockázatviselési kezdetű 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 irányadóak azzal, hogy a kockázatelbírási 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 irányadóak.

10. A biztosítás díja, a díjfizetési tartam, díjengedmény

- a) Jelen kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő.
- b) A jelen kiegészítő biztosítás díja – figyelemmel a 8. pontban meghatározott automatikus tartamhosszabbítás esetére – legfeljebb az alapbiztosítás 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 alapbiztosítás 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 díjmódosulásból.**
 - ii) **A 13. pontban meghatározott, a szerződésre vonatkozó díjtételek módosításából.**
 - 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 (évforduló) előtt írásban értesíti a Szerződőt. Amennyiben a Szerződő az új biztosítási díjat nem fogadja el, jogosult minden biztosítási év végéig (évforduló) a jelen Különös Feltételek 8. a) pontja szerinti automatikus tartamhosszabbítást elutasítani. Ez esetben a kiegészítő biztosítás az adott biztosítási évfordulón 0:00 órakor (a biztosítási tartam végén) 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 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 biztosítási évére (biztosítási tartam) érvényesek. A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a biztosítás díjtételeit és ezáltal a díját évente 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 maximum 20%-os mértékű lehet.** Az új díjtételekről és az ezáltal megváltozott díjról a Biztosító legkésőbb 30 nappal minden biztosítási évforduló (biztosítási tartam) vége előtt írásban értesíti a Szerződőt. Amennyiben a Szerződő az új biztosítási díjat és díjtételeket nem fogadja el, jogosult minden biztosítási év végéig (évforduló) a jelen Különös Feltételek 8. a) pontja szerinti automatikus tartamhosszbővítést elutasítani. Ez esetben a kiegészítő biztosítás az adott biztosítási évfordulón 0:00 órakor (a biztosítási tartam végén) megszűnik. **Ha azonban a Szerződő a biztosítás évfordulójának időpontjáig az új díj és díjtételek vonatkozásában nem nyilatkozik, a Biztosító a megváltozott díjat és díjtételeket tekinti érvényesnek az automatikusan meghosszabbodott tartamra vonatkozóan, és a Szerződő az ennek megfelelő díj megfizetésére köteles.**

14. A szolgáltatási feltételek módosítása és az ebből fakadó díjtételváltozás

- a) A biztosítási szerződés megkötésekor érvényes **szolgáltatási feltételek a biztosítás első évére (biztosítási év) 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 évente, 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 a 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 a biztosítási év végéig (évforduló) a jelen Különös Feltételek 8. a) pontja szerinti automatikus tartamhosszbővítést elutasítani. Ez esetben a kiegészítő biztosítás a biztosítási évfordulón 0:00 órakor (a biztosítási tartam végén) 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 alapt biztosítás Különös Feltételeiben meghatározott automatikus díjnövelésre vonatkozó szabályok jelen kiegészítő biztosítás díja és az Összeg szolgáltatásának biztosítási összege vonatkozásában maradéktalanul érvényesek.

16. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

- 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) A Diagnosztika szervezési szolgáltatás iránti igény
- i) A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Diagnosztika szervezési szolgáltatás iránti igényét a Biztosító Szolgáltatás szervező partnerének telefonon jelentheti be a +36 1 461 15 19 telefonszámon.
 - ii) Amennyiben a Biztosított nak emlő ultrahangra vagy mammográfiára van szüksége, a Biztosító Szolgáltatás szervező partnere semmilyen dokumentumot nem kér be a szolgáltatás teljesítéséhez.
 - iii) Amennyiben a Biztosított CT vagy MRI vizsgálatot kér, a Biztosító Szolgáltatás szervező partnere vizsgálja az igény orvos-szakmai megalapozottságát. Ehhez elektronikus formában bekéri az ÁÉSZ 2. számú mellékletében meghatározott dokumentumokat.
 - iv) A Biztosító Szolgáltatás szervező partnere egyeztet a Biztosítottal az időpont és a helyszín tekintetében.
 - v) A Biztosító Szolgáltatás szervező partnere az összes, a Diagnosztika szervezési szolgáltatás teljesítéséhez szükséges, a 16.) iii. pontban meghatározott dokumentumnak a Biztosító Szolgáltatás szervező partneréhez történő beérkezésétől számított 10 munkanapon belüli időpontot köteles egyeztetni a Képalkotó diagnosztikai vizsgálat elvégzésére.
 - vi) A Biztosított jogosult a megszervezett Képalkotó diagnosztikai vizsgálatot legfeljebb két alkalommal, legkésőbb a vizsgálatot megelőző 24 órával lemondani. Ebben az esetben a Szolgáltatás szervező partner újból megszervezi a vizsgálatot a lemondástól számított 10 munkanapon belüli időpontra. Amennyiben a lemondásra kettőnél

több alkalommal kerül sor, a Biztosító Szolgáltatás szervező partnere a harmadik alkalommal megtagadhatja a további Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok megszervezését az adott biztosítási évre. Amennyiben a Biztosított nem jelenik meg a vizsgálaton a Szolgáltatás szervezővel egyeztetett időpontban, és nem is mondja le a vizsgálatot 24 órával korábban, a Szolgáltatás szervező partner az első ilyen alkalom után megtagadhatja adott biztosítási évben a további vizsgálatok megszervezését, kivéve ha a Biztosított bizonyítja, hogy rajta kívül álló ok(ok)ból nem volt lehetősége a vizsgálatot lemondani.

- vii) A Képalkotó diagnosztikai vizsgálat a Biztosítottal előre egyeztetett helyszínen és időpontban történik meg, amennyiben a Biztosított vállalja a Képalkotó diagnosztikai vizsgálat költségeinek a megtérítését.
- viii) **A Biztosító Diagnosztika szervezési szolgáltatása kizárólag a Képalkotó diagnosztikai vizsgálat megszervezésének költségére terjed ki. A vizsgálat elvégzésének költségét a Biztosítottnak kell viselnie.**
- 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. Mentésülés a teljesítési kötelezettség alól
A teljesítési kötelezettség alóli mentésülés 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 tartama alatt a kockázatviselés kezdetétől számított 180 napon belül rosszindulatú emlődaganatot diagnosztizálnak, illetve ha a Biztosított a kockázatviselés kezdetét megelőzően, vagy a biztosítás tartama alatt a kockázatviselés kezdetétől számított 180 napon belül emlőrák betegségre utaló vagy ezzel összefüggésben álló tünetekkel orvoshoz fordult;

- ii) arra az esetre, ha a mellrákot az Európai Unió területén kívül diagnosztizálták;
- iii) arra az esetre, ha a Biztosított vonatkozásában az emlőt érintő elváltozás diagnosztizálásához szükséges Képalkotó diagnosztikai vizsgálatot nem az Európai Unió területén működő egészségügyi intézmény szakorvosa írta elő.

- b) **A kockázatviselésből kizárt további kockázatokat az ÁÉSZ 18–22.§-ai tartalmazzák.**
- c) 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.
- d) A jelen Különös Feltételek 18. a) ii) pontjában meghatározott, kockázatviselésből kizárt eset bekövetkezése esetén a Biztosító Összeg szolgáltatást nem nyújt, és jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a diagnózis felállításának időpontjára visszamenőleges hatállyal.
- e) A jelen Különös Feltételek 18. a) iii) pontjában meghatározott, kockázatviselésből kizárt esetek bekövetkezése esetén a Biztosító Diagnosztika szervezési 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 öt törvény alapján megillető 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 mellrákban történő megbetegedése esetén, a biztosítási esemény bekövetkezésének napján 24:00 órakor;
- b) a Biztosított 70. életévének betöltése esetén, a 70. életév betöltésének évében esedékes biztosítási évfordulón 0:00 órakor;
- c) a Biztosított halála esetén, a halál időpontjában;
- d) a jelen Különös Feltételek 8., 12., 13. és 14. pontjában meghatározottak szerint, az automatikus tartamhosszbírtás elutasításával a biztosítási évfordulón 0:00 órakor;
- e) a jelen Különös Feltételek 18. a) i) és ii) pontjában meghatározottak szerinti kockázatviselésből kizárt esetek bekövetkezése esetén, a biztosítási esemény bekövetkezésének napján 24:00 órakor;
- f) az alaptbiztosítás díjfizetési tartamának végén,
- g) a díjfizetés elmulasztása esetén (ÁÉSZ 9. §),
- h) az alaptbiztosítás megszűnése esetén,
- i) az alaptbiztosítás díjmentes leszállítása esetén (ÁÉSZ 13. §),
- j) 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. augusztus 1.