

Az NN Biztosító Zrt. 918 jelű Kórházi napi 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 918 jelű Kórházi napi 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 918 jelű Kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás célja, hogy kórházi ellátás esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg kifizetésével szolgáltatást nyújtson a Kedvezményezettnek, amelyet így módon felhasználhat pl. a kórházi tartózkodással kapcsolatos többletköltségekre. Jelen kiegészítő biztosítás a kórházi kezelés és ellátás költségeit nem téríti meg.
- d) Jelen biztosítás kiegészítő biztosításnak minősül, mely csak a Biztosító által meghatározott alapt biztosításokhoz köthető. Az alapt biztosításokra 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 kiegészítéseket tartalmazza.

- a) **Biztosított(ak):** az(ok) a természetes személy(ek), aki(k) nek egészségére, testi épségére a Biztosító kockázatviselése vonatkozik. Ezen belül:
- **Főbiztosított:** az a Biztosított személy, akit az alapt biztosítás Főbiztosítottként nevez meg, vagy – ennek hiányában – az alapt biztosítás 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 képviselőt 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 Biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás tartamán belüli
- aa) balesetből eredő sérülése,
- ab) kialakult és/vagy diagnosztizált betegsége, melynek következtében a Biztosított a jelen kiegészítő biztosítás tartamán belül kórházi kezelésben részesül.
- b) Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából **kórházi kezelésben részesül az a személy, aki az éjszakát is a kórházban tölti.** A kórházi kezelés a kórházi ápolás első napjával kezdődik és annak utolsó napjáig tart.
- c) Jelen kiegészítő biztosítás esetén a biztosítási esemény időpontja a jelen Különös Feltételek 3. pontjában leírt feltételeknek megfelelő kórházi kezelés első napja.

4. A biztosítás szolgáltatása

- a) A Biztosító a Szerződő biztosítási szerződésben meghatározott díjfizetési kötelezettségének teljesítése érdekében a biztosítási esemény bekövetkezésekor a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó, a biztosítási szerződésben meghatározott kórházi napi térítésnek megfelelő biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek.
- b) **A Biztosító a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a Kedvezményezettnek, ha az alapt biztosításhoz jelen kiegészítő biztosításon kívül 917 jelű Műteti térítésre szóló kiegészítő biztosítás is tartozik, és a kórházi kezelés során olyan műtetre kerül sor, amelyre a Biztosító a 917 jelű Műteti térítésre szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetést nem teljesít.** Ugyanakkor a Biztosító

a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki a Kedvezményezettnek, ha az alapt biztosításhoz jelen kiegészítő biztosításon kívül 917 jelű Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás is tartozik, és a kórházi kezelés során olyan műtetre kerül sor, amelyre a Biztosító a 917 jelű Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetést teljesít.

- c) A Biztosító a kórházi napi térítést a kórházi kezelés tartamára, kizárólag a 3 napot meghaladó kórházi kezelés esetén nyújtja a kezelés első napjától. Ha a kórházi kezelés időtartama a 3 napot nem haladja meg, a Biztosító nem teljesít szolgáltatást.
- d) Szülést követő kórházi kezelés esetén a Biztosító akkor teljesít szolgáltatást, ha a kórházi kezelés időtartama az 5 napot meghaladja. Ebben az esetben a Biztosító a térítést a szülést követő kezelés első napjától nyújtja. Ha a szülést követő kórházi kezelés időtartama az 5 napot nem haladja meg, a Biztosító nem teljesít szolgáltatást.
- e) A Biztosító a kórházi napi térítést a jelen fejezet a) pontjában meghatározott feltételek teljesülése esetén a kórházi kezelés legfeljebb 90. napjáig teljesíti.
- f) A szolgáltatás teljesítése után a kiegészítő biztosítás nem szűnik meg, de a Biztosító Biztosítottanként egy biztosítási éven belül legfeljebb 90 napra teljesíti a kórházi napi térítés szolgáltatását.
- g) A gyógyulás érdekében legfeljebb 3 napra megszakított kórházi kezelést, illetve az egymás után több kórházban folyó kezelést a Biztosító egy kórházi kezelésnek tekinti, ha a Biztosított (vagy a Kedvezményezett) igazolni tudja a kezelés megszakításának szükségességét. Amennyiben a kórházi kezelést nem egészségügyi okokból szakítják meg, a Biztosító a második, illetve a további kórházi kezeléseket új biztosítási eseményként kezeli.

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.
- e) Ha a biztosítási évforduló napja arra az időtartamra esik, amelyet a Biztosított kórházban tölt, és a Szerződő elfogadja a jelen Különös Feltételek 10.

pontjában meghatározott díjnövelési lehetőséget, akkor a Biztosító a biztosítási évfordulótól kezdve az automatikus díjnövelésnek megfelelő emelt napi térítésű szolgáltatást nyújtja a Kedvezményezett részére.

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 megkötni. A jelen kiegészítő biztosítás az alapt biztosítás 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 irányadóak.
- 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 alaptbiztosítás 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 alaptbiztosítás megkötésével egyidejűleg kerül sor, a biztosítási fedezet létrejöttére és a Biztosító kockázatviselésére az ÁÉSZ 6. §-ának rendelkezései az irányadóak.
- d) A Szerződőnek lehetősége van egy, a Biztosítóval már korábban megkötött alaptbiztosítását 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 Biztosítóhoz. **A kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlat kockázatelbírálási időtartama ebben az esetben az ajánlat Biztosítóhoz 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 irányadóak azzal, hogy **a kockázatelbírálási 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 alaptbiztosítás 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 alaptbiztosítás díjával együtt fizetendő.
- b) A jelen kiegészítő biztosítás díja legfeljebb az alaptbiztosítás 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 alaptbiztosítás 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 **saját elhatározása alapján üzleti/pénzügyi eredményeit, stratégiai célkitűzéseit figyelembe véve díjengedményt adhat. A díjengedmény egy biztosítási évre érvényes. Az első biztosítási évre vonatkozó díjengedményt a biztosítási kötvény tartalmazza. A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot arra, hogy üzleti/pénzügyi eredményeit, stratégiai célkitűzéseit figyelembe véve a díjengedményt a következő biztosítási évre vonatkozóan egyoldalúan határozza meg.** A következő biztosítási évre érvényes díjengedményről a Biztosító legkésőbb 30 nappal a biztosítás évfordulója előtt írásban értesíti a Szerződőt. A díjengedmény mértéke adott biztosítási évre vonatkozóan akár 0 is lehet.

Biztosítási díj változása

- f) Tekintettel arra, hogy a jelen kiegészítő **biztosítás tartama egy biztosítási év, a jelen kiegészítő biztosítás díja változó. A biztosítás aktuális díját a Biztosító minden biztosítási évfordulóra újrakalkulálja az aktuális biztosítási összeg és a biztosított életkorához tartozó aktuális díjtétel figyelembevételével. A biztosítási szerződés megkötésekor megállapított díjtétel és díj a biztosítás első évére (biztosítási év) érvényes. 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 és az ehhez tartozó díjtételt alkalmazva állapítja meg a következő biztosítási évre vonatkozó díjat.
 - **A szerződésre vonatkozó díjtétel módosításából. A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a díjtételt egyoldalúan módosítsa – melynek következtében a díj is módosul – a következő biztosítási tartamra (évre) vonatkozóan, 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 díjtételhez képest maximum 20%-os mértékű lehet.

A biztosítási díj módosítása az Egyéb biztosítottra egy tényezőből áll:

- A szerződésre vonatkozó díjtétel módosításából.
A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a díjtételt egyoldalúan módosítsa – melynek következtében a díj is módosul – a következő biztosítási tartamra (évre) vonatkozóan, 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 díjtételhez képest maximum 20%-os mértékű lehet.

g) 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 alapbiztosítás díjfizetési gyakorisága, valamint a díj nagyság után járó díjkezdmény egyaránt.

10. Automatikus díjnövelés

Az alapbiztosítás 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 kórházi kezelésekre 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 Biztosított (vagy a Kedvezményezett) a biztosítási szolgáltatás iránti igényét a kórházi elbocsátást követő 15 napon belül írásban köteles bejelenteni.
- c) A Biztosító a napi térítési összeget a kórházi ápolással kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum együttes megléte esetén fizeti ki. A benyújtott dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője értékeli.
- d) A Biztosító lehetőséget ad arra, hogy a Kedvezményezett a Biztosított hosszúra nyúló kórházi ápolásának befejezése (a kórházi zárójelentés kibocsátása) előtt hozzájuthasson a Biztosító szolgáltatásának időarányos részéhez. Ennek igénylésére a kórházi ápolás 21. napjától nyílik lehetőség – feltéve, hogy a Biztosító erre a célra rendszeresített nyomtatványát a kezelőintézmény kitölti, és azt az előzetes zárójelentés (epiepikrízis) vagy a részletes orvosi összefoglaló (mezokrízis) kíséretében a Biztosító részére megküldik. Az igénybejelentő nyomtatvány megtalálható a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu).

13. Mentésülés a teljesítési kötelezettség alól

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

14. Kizárások

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

- azon betegségből eredő kórházi napi térítésre, amellyel kapcsolatban a Biztosított a kockázatviselés kezdetétől számított 180 napon belül betegségre utaló vagy ezzel összefüggésben álló tünetekkel orvoshoz fordult,
- ha igazolható, hogy a kórházi kezelés olyan bal esetet vagy betegséget miatt vált szükségessé, amely öngyilkossági kísérlet következtében alakult ki,
- olyan kórházi kezelés, 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,
- szervátültetésnél a donornál elvégzett műtetre,
- kórházi kezelés alatti adaptációs szabadságra,
- ha a kórházi kezelésre:
 - a kockázatviselés kezdetétől számított 360 napon belül bekövetkezett szülés,

- a biztosítottn végrehajtott fogászati beavatkozás,
 - kozmetikai vagy plasztikai sebészet (kivéve a baleset következtében szükségessé vált kozmetikai vagy plasztikai beavatkozásokat),
 - anyagkimetszés szövettani vizsgálat,
 - terhességgel, mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos, illetve az ezek során fellépő komplikációk miatt szükségessé váló beavatkozás,
 - művi terhességmegszakítás,
 - a sterilizáció minden formája miatt kerül sor.
 - ha a kezelésre az Európai Unió területén kívül kerül sor.
 - ha a kezelésre nem az ÁÉSZ 2. §-ában meghatározottaknak megfelelő Kórházban 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 meg előzése 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 kórházi kezelés térítésének 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 megszegése 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 meghatározott 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 növekedésnek 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, maradékjoggal nem rendelkezik, továbbá nem érvényesek rá az ÁÉSZ szerződmódosításra, visszavásárlásra, díjmentes leszállításra, kötvénykölcson igénylésére vonatkozó rendelkezései.
- d) Jelen kiegészítő biztosítás nem befektetési egységekhez kötött, ezért a tőke-, illetve hozamgarancia nem értelmezhető.

Budapest, 2016 március 31.