

Az NN Biztosító Zrt. 926 jelű Rokkantsági járadék 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 926 jelű Rokkantsági járadék 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 926 jelű Rokkantsági járadék kiegészítő biztosítás célja, hogy a Biztosított rokkantsága esetén havi rendszeres kifizetést teljesítsen.
- 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.

Biztosított: azon természetes személy, akinek az egészsége és testi épségére a Biztosító kockázatviselése vonatkozik. Jelen kiegészítő biztosítás Biztosítottja az alapbiztosítás Főbiztosítottja, illetve – ennek hiányában – az alapbiztosítás Biztosítottja.

3. A biztosítási esemény

- a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak a biztosítási tartam alatt bekövetkező össz-szervezeti egészségkárosodása (rokkantsága), amelynek mértéke az ennek megállapítására jogosult szakértői bizottság¹ szakvéleménye alapján:
- meghaladja a 69%-ot (D vagy E rokkantsági kategória) vagy
 - 50–69% közötti (C1 vagy C2 rokkantsági kategória),

és ez a mértékű egészségkárosodás a biztosítás tartama alatt bekövetkező balesetből ered, illetve az egészségkárosodás a baleset bekövetkezésétől számított 1 (egy) éven belül kialakult.

- b) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a jelen fejezet a) pontjában meghatározott mértékű egészségkárosodás bekövetkezésének a szakértői bizottság szakvéleményében meghatározott időpontja, vagy ennek hiányában a szakvélemény elkészítéséhez lefolytatott vizsgálat időpontja.
- c) Az az egészségkárosodás, amely a jelen kiegészítő biztosítási szerződés kockázatviselési kezdetének időpontjában már fennállt, a jelen fejezet a) pontjában meghatározott mértékű egészségkárosodás megállapításakor nem vehető figyelembe.

4. A biztosítás szolgáltatása

- a) A Biztosító a Szerződő meghatározott díjfizetési kötelezettségének teljesítése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezését követő hónapforduló napjától a Kedvezményezett részére, a szolgáltatás jelen Különös Feltételek 6. pontjában meghatározott tartamára a jelen Különös Feltételek 5. pontjában meghatározott összegű havi járadékot fizet.
- b) A Biztosító a járadékszolgáltatást először a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához szükséges összes dokumentum Biztosító székhelyére történő beérkezésének hónapját követő hónapban folyósítja. A járadékszolgáltatást a Biztosító havi rendszerességgel minden időszakra előre teljesíti a Kedvezményezett részére, mindig az esedékesség hónapjának 10. napjáig.
- c) **Abban az esetben, ha az ÁÉSZ és az alapbiztosítás Különös Feltétele lehetővé teszi, hogy az alapbiztosításra a Biztosító automatikus díj kölcsönt léptessen életbe, és a jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a biztosítási esemény akkor következik be, amikor az alapbiztosítás automatikus díj kölcsönben van, a Biztosító a jelen kiegészítő biztosítás biztosítási szolgáltatásának teljesítését abban a biztosítási hónapfordulót követő hónapban kezdi meg, amikor az alapbiztosításra az automatikus díj kölcsön összege maradéktalanul megfizetésre került, továbbá a jelen Különös Feltételekben meghatározott biztosítási szolgáltatásra való jogosultság még fennáll.**

¹ Jelen Különös Feltételek hatálybalépésekor a NEFMI 7/2012 rendelete alapján a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakértői bizottsága.

5. A járadék összege

A járadék kezdeti összegét a Szerződő választja meg a szerződéskötéskor. Ezt az összeget a biztosítás tartama alatt a jelen Különös Feltételek 10. pontjában szabályozott automatikus díjnövelés, a járadékfolyósítás megkezdését követően pedig a jelen Különös Feltételek 11. pontjában szabályozott többlethozam-visszatérítés növelheti. A díjmelés(ek) vagy a többlethozam-visszatérítés révén megnövekedett járadékszint annak következő megnöveléséig, illetve megnövekedéséig érvényes.

6. A biztosítási szolgáltatás tartama

- a) A biztosítási szolgáltatás a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához szükséges összes dokumentum beérkezésének hónapját követő hónapban kerül először folyósításra a jelen kiegészítő biztosítás tartamának végéig, de legfeljebb a Biztosított haláláig, illetve a Biztosított jelen Különös Feltételek 3. a) pontjában meghatározott mértékű egészségkárosodása megszűnésének hónapjáig a jelen Különös Feltételek 6. b) pontjában meghatározottak szerint. Abban az esetben, ha a jelen Különös Feltételek 3. pontjában meghatározott szakvéleményben felülvizsgálati időpontot állapítanak meg, a Biztosító szolgáltatása a felülvizsgálatra kijelölt hónapban megszűnik. Amennyiben a felülvizsgálatra sor kerül, és az erre vonatkozó szakvélemény a Biztosító székhelyére beérkezik, úgy a Biztosító a szakvéleményben szereplő újabb felülvizsgálatra kijelölt hónapig a szolgáltatást meghosszabbítja, amennyiben a szakvéleményben foglaltak alapján a Biztosítottnál továbbra is fennáll a jelen Különös Feltételek 3. a) pontjában meghatározott mértékű egészségkárosodás.
- b) A Biztosított jelen Különös Feltételek 3. a) pontjában meghatározott mértékű egészségkárosodásának a biztosítási tartamon belüli megszűnése esetén a járadékszolgáltatás megszűnik az egészségkárosodás felülvizsgálatára jogosult szakértői bizottság szakvéleményében a jelen Különös Feltételek 3. a) pontjában meghatározott mértékű egészségkárosodás megszűnését jelölő időpontot követő hónaptól, illetve, ha nincs ilyen időpont, a szakvélemény elkészítéséhez lefolytatott vizsgálat időpontját követő hónaptól.

7. A biztosítás tartama, korhatárok

- a) A jelen kiegészítő biztosítás határozott időre jön létre, tartama 5 és 35 év között minden egész év lehet, de legfeljebb az alapt biztosítás díjfizetési tartamának végéig terjedhet.
- b) A biztosítás 25 és 60 év közötti személyekre köthető. A Biztosított életkora a lejáratkor nem haladhatja meg a 65 évet.

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 e) és f) pontjaiban meghatározottak szerint.
- b) **Jelen kiegészítő biztosítás a 916 jelű Díjmentesítés rokkantság esetén kiegészítő biztosítással egyidejűleg köthető. Jelen kiegészítő biztosítás az alapt biztosítás bármely évfordulójakor a 913, 914 és 916 jelű kiegészítő biztosításokhoz csak akkor köthető, ha a Biztosított ezen kiegészítő biztosítások megkötésekor még nem érte el jelen kiegészítő biztosítás minimális belépési életkorát.**
- c) A jelen kiegészítő biztosítás megkötéséhez a Biztosító Egészségügyi vizsgálatot kérhet.
- d) 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.
- e) 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 Biztosítóhoz. A kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlat **kockázatelbírálási időtartama abban az esetben, ha a Biztosító Egészségügyi vizsgálatot kér, az ajánlat Biztosítóhoz történő beérkezésétől számított 30 nap, egyéb esetben 15 nap.**
- f) 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, a **kockázatelbírás határidő abban az esetben, ha a Biztosító Egészségügyi vizsgálatot kér, 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

- a) A kiegészítő biztosítás díja az alapt biztosítás díjával együtt fizetendő.
- b) A jelen kiegészítő biztosítás díja a biztosítási tartam lejáratáig vagy a Biztosító kockázatviselésének a végéig, de legfeljebb a Biztosított jelen Különös Feltételek 3. a)

pontjában meghatározott mértékű egészségkárosodásának bekövetkezését követő biztosítási hónapfordulóig fizetendő.

Biztosítási díj változása

- c) **A biztosítás díja és díjtétele változó, a kezdeti díjtétel a biztosítás első öt biztosítási évére érvényes.**
A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítás díjtételét és ezen keresztül a díját ötévente 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 (ötévente) az alkalmazott díjtételhez képest akkora lehet, hogy az aktuálisan alkalmazott díjtétel kezdő évétől számítva az éves átlagos emelkedés ne haladja meg a 20%-os mértéket. Az új biztosítási díjról a Biztosító legkésőbb 30 nappal a biztosítási évforduló előtt értesíti a Szerződőt. A Szerződő jogosult arra, hogy az új biztosítási díjat elutasítsa, mely jogát írásban, az adott biztosítási évfordulóig a Biztosító székhelyére beérkezett írásbeli nyilatkozattal gyakorolhatja. 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 évfordulón 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.**

- d) A Biztosított jelen Különös Feltételek 3. a) pontjában meghatározott mértékű egészségkárosodásának a biztosítás tartamán belüli megszűnése esetén a jelen Különös Feltételek 3. a) pontjában meghatározott mértékű egészségkárosodás megszűnését követő biztosítási hónapfordulótól a fizetendő díj alapját a jelen Különös Feltételek 3. a) pontjában meghatározott mértékű egészségkárosodás utolsó időpontjában érvényes járadékösszeg képezi.
- e) A jelen kiegészítő biztosítás díjában érvényesítésre kerül az alapbiztosítás díjfizetési gyakorisága, valamint a díjnagyság után járó díjkedvezmény egyaránt.

10. Automatikus díjnövelés

Az alapbiztosítás feltételeiben meghatározott automatikus díjnövelésre vonatkozó szabályok ezen kiegészítő biztosításra maradéktalanul érvényesek.

11. A többlethozam visszatérítése a járadékfolyósítás időszakában

- a) A járadékfolyósítási tartam alatt a jelen szerződés díjtartalékának befektetéséből származó hozamnak – díjkalkuláció során érvényesített – technikai kamatot (2,5%) meghaladó részéből a Biztosító legalább 90%-ot visszajuttat a járadékösszeg emelése formájában.
- b) A többlethozam-visszatérítés a járadékösszeg emelkedését eredményezi. A többlethozam-visszatérítés révén megnövekedett járadékösszeg a járadékfolyósítás megkezdését követő minden év július 1-jétől esedékes, és egy évig marad érvényben.
- c) A többlethozam visszatérítésére minden év júliusában kerül sor oly módon, hogy a Biztosító a megelőző naptári évre számított többlethozamot juttatja vissza. A Biztosító tájékoztatást küld a Szerződőnek a többlethozam-visszatérítés mértékéről és a járadékösszeg növekedéséről.
- d) A járadékfolyósítási tartam alatt történő visszavásárlás időpontjáig az alapbiztosításra még el nem számolt többlethozam összegét a Biztosító nem veszi figyelembe az alapbiztosítás visszavásárlási összegének kiszámításánál (ÁÉSZ 11. § (11) bekezdés).
- e) A technikai kamatláb legnagyobb mértékét a technikai kamatlábak legnagyobb mértékéről szóló mindenkori jogszabály határozza meg.² A Biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítási szerződés tartama alatt a technikai kamatláb mértékét egyoldalúan módosítsa akkor, amikor a technikai kamatlábak legnagyobb mértékéről szóló mindenkori jogszabályban rögzített technikai kamatláb legnagyobb mértéke módosul. Jelen Különös Feltételek szerint létrejött szerződésre meghatározott technikai kamatláb értéke olyan mértékben és irányban módosulhat, amelyet a technikai kamatlábak legnagyobb mértékéről szóló mindenkori jogszabály lehetővé tesz. A módosítást követően alkalmazott technikai kamatláb nagysága nem haladhatja meg a technikai kamatlábak legnagyobb mértékéről szóló mindenkori jogszabályban rögzített technikai kamatláb legnagyobb mértékét. A technikai kamatláb változásáról a Biztosító legkésőbb a változást megelőzően 30 nappal írásban értesíti a Szerződőt.

12. Együttműködési, kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettség

- a) A Szerződő és a Biztosított a biztosítási esemény

² Jelen Különös Feltételek hatálybalépésekor a technikai kamatláb maximális mértékéről szóló 54/2015. (XII. 21.) MNB rendelet.

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 egészségkárosodás mértékének 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) A jelen Különös Feltételek 3. a) pontjában meghatározott mértékű egészségkárosodás fennállásának és a Biztosított életben létének igazolását a Biztosító évente egyszer kérheti. Ha a Biztosított a megkezdés kézhezvételét követő 30. napig nem igazolja a jelen Különös Feltételek 3. a) pontjában meghatározott mértékű egészségkárosodás fennállását és a Biztosított életben létét, a Biztosító a biztosítási szolgáltatásra való jogosultságot az egészségkárosodás és az életben lét dokumentumokkal alátámasztott igazolásáig szüneteltetheti.
- e) Nem jelenti a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.
- f) A kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegése esetére az ÁÉSZ 18. §-ában meghatározottak az irányadók.

13. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

A biztosítási esemény bejelentésének módját és határidejét, valamint a szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat az ÁÉSZ 16. §-a és a 2. számú melléklete tartalmazza.

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

15. Kizárások

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

16. A biztosítási szerződés felmondása

- a) A jelen kiegészítő biztosítás a Szerződő által megtett írásbeli nyilatkozattal, az aktuális biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal – a következő biztosítási évtől kezdődően – az alapbiztosítástól függetlenül felmond-

ható. 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.
- c) Egyebekben az ÁÉSZ 11. §-ának rendelkezései az irányadók.

17. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

A kiegészítő biztosítás megszűnik az alábbi esetekben:

- a) a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási tartam lejáratának (a biztosítási szerződésben és a biztosítási kötvényen dátumszerűen meghatározott lejárat nap 0:00 órája) időpontjában,
- b) a Biztosított halála esetén, a halál időpontjában,
- c) a díjfizetés elmulasztása esetén (ÁÉSZ 9. §),
- d) az alapbiztosítás megszűnése esetén,
- e) az alapbiztosítás díjmentes leszállítása esetén (ÁÉSZ 13. §),
- f) az ÁÉSZ-ben meghatározott egyéb esetben,
- g) jelen Különös Feltételek 16. pontja szerint felmondással,
- h) a Szerződő részéről a jelen Különös Feltételek 9. c) pontja szerint felmondással.

18. Egyéb szabályok

Jelen kiegészítő biztosítás visszavásárlási értékkel, maradékjoggal nem rendelkezik, továbbá nem érvényesek rá az ÁÉSZ szerződmódosításra, visszavásárlásra, díjmentes leszállításra és kötvénykölcson igénylésére vonatkozó rendelkezései.

Jelen terméket a Biztosító nem regisztrálta az Amerikai Egyesült Államok vonatkozó jogszabályában (Securities Act of 1933) meghatározott módon az erre jogosult hatóságnál és ennek megfelelően nem értékesíthető U.S. személyek számára. U.S. személyek alatt a fenti jogszabály 902(k) paragrafus (1) bekezdésében meghatározott személyeket kell érteni.

Jelen kiegészítő biztosítás nem befektetési egységekhez kötött, ezért a tőke-, illetve hozamgarancia nem értelmezhető.

Budapest, 2016 március 31.