

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

1. Általános rendelkezések

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

2. A biztosítási szerződés alanyai

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

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

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

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

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

3. A biztosítási esemény

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

4. A biztosítás szolgáltatása

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

A Biztosító jogosult arra, hogy a teljes Műteti listát, illetve az abban szereplő műtétek térítési kategóriáit naptári évenként egyszer felülvizsgálja. A Műteti lista műtéteinek körét, és a műtétekhez tartozó térítési

kategóriát egyoldalúan bővítheti vagy szűkítheti kizárólag a kockázatközösség védelme esetén, továbbá azért, hogy a biztosítási szolgáltatás lépést tartson az orvostechika és az orvostudomány fejlődésével. A Biztosító a módosítás hatálybalépését megelőzően legalább 30 nappal írásban tájékoztatja a Szerződőt a változás tényéről.

A Szerződő jogosult arra, hogy az új Műtési listát elutasítsa, mely jogát írásban, az adott biztosítási évfordulóiig a Biztosító székhelyére beérkezett írásbeli nyilatkozattal gyakorolhatja. Amennyiben a Szerződő az új Műtési listát 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 Műtési lista vonatkozásában nem nyilatkozik, a Biztosító a megváltozott Műtési listát tekinti érvényesnek.** A mindenkor aktuális és teljes Műtési lista a Biztosító ügyfélszolgálatán, az értékesítési igazgatóságain, valamint a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu) tekinthető meg. A Biztosító ügyfélszolgálatának és értékesítési igazgatóságainak elérhetősége a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján megtalálható.

- c) A WHO-kóddal ellátott műtétek listáját a mindenkor aktuális és teljes Műtési lista tartalmazza. **A Biztosító a műtési térítési kategóriát elsősorban az orvosi dokumentumokban szereplő WHO-kód alapján határozza meg oly módon, hogy a mindenkor hatályos műtési listában az adott WHO-kódhoz műtési térítési kategóriát rendel.** Az orvosi dokumentumban feltüntetett WHO-kódnak meg kell felelnie a dokumentumokban leírt orvosi beavatkozásnak. Amennyiben az orvosi dokumentumokban feltüntetett WHO-kód nem felel meg a dokumentumokban leírt orvosi beavatkozásnak, vagy nem került feltüntetésre a zárójelentésen, úgy a Biztosító orvos szakértője jogosult a WHO-kódot meghatározni. A Biztosító orvos szakértője jogosult felülvizsgálni a műtési leírásban, illetve kórházi zárójelentésben foglaltak alapján a megadott WHO-kódot. Amennyiben az elvégzett beavatkozás WHO-kódját a Biztosító orvosa állapítja meg, a felülvizsgálat alapelve, hogy az azonos veszélyességi, illetve súlyossági fokozatot képviselő műtétek azonos térítési kategóriába kerüljenek.
- d) **Egy baleset vagy egy betegség miatt szükségessé váló, eltérő időpontban elvégzett műtétek esetén az egyes műtétekre vonatkozó térítési összegek nem adódnak össze.** A Biztosító által fizetendő műtési térítés összege az elvégzett műtétek közül a legmagasabb térítési kate-

góriába tartozó műtét után járó térítési összeggel egyezik meg, függetlenül attól, hogy az azt megelőző, illetve az azt követő műtéteket mi tette szükségessé (például szövőd-mény fellépése, az előző műtét sikertelensége stb.).

- e) **Amennyiben bármely okból azonos időpontban egyszerre több műtési beavatkozásra van szükség, az egyes műtétekre vonatkozó térítési összegek nem adódnak össze.** Ekkor a Biztosító szolgáltatása az elvégzett műtétek közül a legmagasabb térítési kategóriájú műtét után járó térítési összeggel egyezik meg.
- f) A Biztosító által teljesített szolgáltatás – egy biztosítási esemény vonatkozásában – legfeljebb a választott biztosítási összeg ötszöröse lehet. **Az egy biztosítási éven belül teljesített kifizetések egy Biztosítottra vonatkozóan nem haladhatják meg a biztosítási összeg ötszörösét.**

5. A biztosítási összeg

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

6. A biztosítás tartama, korhatárok

- a) A jelen kiegészítő **biztosítás tartama egy év.** A biztosítási tartam **minden következő biztosítási évre automatikusan meghosszabbodik** a jelen fejezet b) pontjában meghatározott korlátozással, **amennyiben a Szerződő a vonatkozó biztosítási évfordulóiig 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 alapbiztosítás díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb a Főbiztosított 65 éves koráig hosszabbodhat meg.
- c) Az Egyéb biztosított(ak) életkora a jelen kiegészítő biztosításba való belépéskor 1–17 év között lehet. A Biztosító Egyéb biztosított(ak)ra vonatkozó kockázatviselése a biztosítási tartam lejártáig, de legfeljebb addig a biztosítási évfordulóiig 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 biz-

tosított(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 alapt biztosítás megkötésekor vagy annak díjfizetési tartama alatti biztosítási évfordulóján van lehetőség a jelen fejezet d) és e) pontjában meghatározottak szerint.
- b) A jelen kiegészítő biztosítás megkötéséhez Egészségügyi vizsgálatra van szükség.
- c) Amennyiben jelen kiegészítő biztosítás megkötésére az alapt biztosítás megkötésével egyidejűleg kerül sor, a biztosítási fedezet létrejöttére és a Biztosító kockázatviselésére az ÁÉSZ 6. §-ának rendelkezései az irányadóak.
- d) A Szerződőnek lehetősége van egy, a Biztosítóval már korábban megkötött alapt biztosítását kiegészíteni a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási ajánlatnak Biztosítóhoz történő eljuttatásával, feltéve, hogy a biztosítási ajánlat legkésőbb 30 nappal a biztosítási évfordulót megelőzően beérkezik a 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 ren-

delkezései 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 alapt biztosítás adott biztosítási évfordulójának napján 0:00 órákor kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási díj a Biztosító számlájára megérkezik, és a biztosítási fedezet egyébként létrejön.

9. A biztosítás díja, díjengedmény

- a) Jelen kiegészítő biztosítás díja az alapt biztosítás díjával együtt fizetendő.
- b) A jelen kiegészítő biztosítás díja legfeljebb az alapt biztosítás díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb annak a biztosítási évnek a végéig fizetendő, amelyben a Főbiztosított betölti a 65. életévét. A biztosítási szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének a végéig fizetendő.
- c) Az Egyéb biztosított(ak) után a Szerződőnek kiegészítő díjat kell fizetnie.
- d) Az Egyéb biztosított(ak) után felszámított kiegészítő díj legfeljebb az alapt biztosítás díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb annak a biztosítási évnek a végéig fizetendő, amelyhez az Egyéb biztosított 18. születésnapja közelebb esik. A biztosítási szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének a végéig fizetendő.
- e) Az Egyéb biztosított(ak) után fizetendő kiegészítő díj csak a biztosítási összegtől függ, az Egyéb biztosított(ak) korától független. A kiegészítő díjat az összes Egyéb biztosított után meg kell fizetni, de több Egyéb biztosított esetén a Biztosító **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 tökeszükséglet-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 tényezőtől 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 tökeszükséglet-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 valameny-

nyi 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 díjnagyság után járó díjkezdvezmény 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 műtétekre terjed ki.

12. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

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

13. Mentesség a teljesítési kötelezettség alól

A teljesítési kötelezettség alóli mentesség szabályait az ÁÉSZ 17-18. §-ai tartalmazzák.

14. Kizárások

- a) **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:**
 - **azon betegségből eredő műtetre, amellyel kapcsolatban a Biztosított a kockázatviselés kezdetétől számított 180 napon belül betegségre utaló vagy ezzel összefüggésben álló tünetekkel orvoshoz fordult,**
 - **ha a kockázatviselés kezdetétől számított 360 napon belül császármetszésre kerül sor,**
 - **ha igazolható, hogy a műtét olyan baleset vagy betegség miatt vált szükségessé, amely öngyilkossági kísérlet következtében alakult ki,**
 - **olyan műtét, amelyre a szerződéskötés előtt meglévő betegség vagy állapot (értve ezalatt különösen, de nem kizárólagosan a Biztosított születésekor már fennálló, illetve a szerződéskötés pillanatában még nem ismert és/vagy nem diagnosztizált**

születéskori betegségeket és állapotokat, továbbá a meglévő, de tünetmentes megbetegedéseket is), illetve bekövetkezett baleset miatt kerül sor,

- ha a Biztosítotton fogászati beavatkozást hajtanak végre,
 - ha a műtét oka kozmetikai vagy plasztikai sebészet (kivéve a baleset következtében szükségessé vált kozmetikai vagy plasztikai beavatkozásokat),
 - olyan izületi és szalagműtétekre, amelyeket artroszkopos műtéti eljárással hajtottak végre,
 - ha a műtét a WHO-kódokat tartalmazó mindenkor aktuális műtéti listában „nem térített műtét”-ként van megjelölve,
 - ha a műtétre az Európai Unió területén kívül kerül sor,
 - ha a műtétre nem az ÁÉSZ 2. §-ában meghatározottaknak megfelelő Kórházban vagy Rendelőben kerül sor.
- b) A kockázatviselésből kizárt további kockázatokat az ÁÉSZ 19–22. §-ai tartalmazzák.

15. Együttműködési, kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettség

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

- d) a díjfizetés elmulasztása esetén (ÁÉSZ 9. §),
- e) az alapt biztosítás megszűnése esetén,
- f) az alapt biztosítás díjmentes leszállítása esetén (ÁÉSZ 13. §),
- g) az ÁÉSZ-ben meghatározott egyéb esetekben.

17. Egyéb szabályok

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

Budapest, 2020. november 26.