

Az NN Biztosító Zrt. 937 jelű Mellrákra szóló kiegészítő biztosításának 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 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 környezetét 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 bármikor más Szolgáltatás szervező partner kerülhet megnevezésre. A szolgáltatásszervező partner módosítására abban az esetben kerülhet sor, ha a Biztosító és a vele szerződéses jogviszonyban álló szolgáltatást szervező partner közötti szerződés bármilyen okból kifolyólag megszűnik, vagy a szolgáltatás szervező partner a továbbiakban bármilyen okból időlegesen, vagy véglegesen, üzemeltetési vagy jogi akadályok miatt nem tudja a szerződésben vállaltakat teljesíteni. A mindenkor aktuális Szolgáltatás szervező partner a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu/asszisztencia) kerül megnevezésre. A Szolgáltatás szervező partner kiszervezett tevékenység végzése során a tudomására 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) **Képzővizsgák 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 Képzővizsgák diagnosztikai vizsgálatnak minősül minden olyan képzővizsgák diagnosztikai vizsgálat, amely a Magyarországon elfogadott és aktuális egészségügyi szakmai irányelvek szerint az emlőrák diagnosztizálásához szükséges.

3. A biztosítási szerződés alanyai

A biztosítási szerződés alanyai az ÁÉSZ 3. §-ában kerültek meghatározásra. Jelen fejezet a jelen kiegészítő biztosí-

tásra 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 megalapozott, és a jelen Különös Feltételek 2. f) pontjában meghatározott Képpalkotó 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 Képpalkotó 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 szolgáltatás 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 Képpalkotó diagnosztikai vizsgálatot.

A Biztosító Diagnosztika szervezési szolgáltatása kizárólag a Képpalkotó 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 Képpalkotó 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 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 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 évfordulóig tarthat.

9. A biztosítás megkötésére vonatkozó rendelkezések

- a) Jelen kiegészítő biztosítás forint pénznemben teljesítendő rendszeres díjfizetésű alapt biztosításokhoz köthető meg.
- b) Jelen kiegészítő biztosítás megköthető az alapt biztosítás megkötésekor az alapt biztosítással együtt, vagy egy korábban megkötött, 2014. március 15-i vagy azt követő kockázatviselési kezdetű alapt biztosításhoz, az alábbi módon és együttes feltételekkel:
 - i) az alapt biztosítás díjfizetési tartama alatt az alapt biztosítás biztosítási évfordulóján, kivéve, ha az alapt biztosítás Különös Feltételei ettől eltérően rendelkeznek;
 - ii) amennyiben az alapt biztosítás 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 alapt biztosítás 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, 2014. március 15-i vagy azt követő kockázatviselési kezdetű alapt biztosításához kívánja hozzákötni, ezt megteheti a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási ajánlatnak Biztosítóhoz történő eljuttatásával, feltéve, hogy a biztosítási ajánlat legkésőbb 30 nappal az alapt biztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően beérkezik a Biztosítóhoz. A biztosítási fedezet létrejöttére az ÁÉSZ 6. §-ának rendelkezései az irányadók azzal, hogy a kockázatbírási 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 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 Biztosítóhoz legkésőbb az alapt biztosítás 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, díjengedmény

- a) Jelen kiegészítő biztosítás díja az alapt biztosítás díjával együtt fizetendő.

- b) A jelen kiegészítő biztosítás díja – figyelemmel a 8. pontban meghatározott automatikus tartam-hosszabbítás 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 biztosításnál meghatározott díjfizetési gyakoriság alapján, valamint a díjnagyság után járó díjengedmény.

11. A biztosítási díj és a díjtétel változása

- a) A biztosítás díjtétele változó, a biztosítási szerződés megkötésekor hatályos kezdeti díjtételek a biztosítás első biztosítási évére (biztosítási tartam) érvényesek. A biztosítás díjtétele az alábbiak következtében változhat:
 - i) **adott biztosítási tartam lejáratára miatt, mely esetben a díjtételeket a Biztosító egyoldalúan módosíthatja a 13. pontban meghatározottak alapján.**
 - ii) **A 14. pontban meghatározott szolgáltatási feltételek módosítása következtében.**
- b) A biztosítási díja változó, 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 miatti díjtétel módosulása 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 módosítani a biztosítás díját abból adódóan, hogy a biztosított aktuális életkorához tartozó díjtételt alkalmazza.** 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 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 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 díjat évente egyoldalúan módosítsa**, 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 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 vonat-**

kozóan 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, és emiatt a jelen biztosítás szolgáltatásai változatlan feltételekkel már nem nyújthatók, illetve ha az új Szolgáltatás szervező partnerrel kötött szerződésben vállalt szolgáltatások eltérőek, és emiatt a jelen biztosítás szolgáltatásai változatlan feltételekkel már nem nyújthatóak.

- 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 Biztosítottnak 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. Mentesülés a teljesítési kötelezettség alól

A teljesítési kötelezettség alóli mentesülés egyéb szabályait az ÁÉSZ 17–18. §-ai tartalmazzák.

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 19–22. §-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 meg-

határozott, 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 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 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 tartamhosszabbítás 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 alapbiztosítás díjfizetési tartamának végén,
- g) a díjfizetés elmulasztása esetén (ÁÉSZ 9. §),
- h) az alapbiztosítás megszűnése esetén,
- i) az alapbiztosítás 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.
- d) Jelen kiegészítő biztosítás nem befektetési egységekhez kötött, ezért a tőke-, illetve hozamgarancia nem értelmezhető.

Budapest, 2020. november 26.