

Az NN Biztosító Zrt. 987 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 987 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 987 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 képviselőjét 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 biztosítás pénzneme

Jelen kiegészítő biztosítás keretében a díjak megfizetése, illetve a szolgáltatások nyújtása (a kiegészítő biztosításra történő valamennyi be- és kifizetés) euróban történik.

4. 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.

5. A biztosítás szolgáltatása

- a) A Biztosító a Szerződő biztosítási szerződésben meghatározott díjfizetési kötelezettségének teljesítése ellenében 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 Műtéti listát, illetve az abban szereplő műtétek térítési kategóriáit naptári évenként egyszer felülvizsgálja. A Műtéti 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 Műtéti listát elutasítsa, mely jogát írásban, az adott biztosítási évfordulóig a Biztosító székhelyére beérkezett írásbeli nyilatkozattal gyakorolhatja. Amennyiben a Szerződő az új Műtéti 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 Műtéti lista vonatkozásában nem nyilatkozik, a Biztosító a megváltozott Műtéti listát tekinti érvényesnek.**

A mindenkor aktuális és teljes Műtéti 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 Műtéti lista tartalmazza. **A Biztosító a műtéti térítési kategóriát elsősorban az orvosi dokumentumokban szereplő WHO-kód alapján határozza meg oly módon, hogy a mindenkor hatályos műtéti listában az adott WHO-kódhoz műtéti 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 műtéti 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 műtéti térítés összege az elvégzett műtétek közül a legmagasabb térítési kategóriába tartozó műtét után járó térítési összeggel egyezik meg, függetlenül attól, hogy az azt megelőző, illetve az azt követő műtéteket mi tette szükségessé (például szövődmény fellépése, az előző műtét sikertelensége stb.).
- e) **Amennyiben bármely okból azonos időpontban egyszerre több műtéti 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.**

6. 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 11. pontjában meghatározott automatikus díjnövelési lehetőség. A díjnöveléssel megnövekedett biztosítási összeg a következő növelésig érvényes.

7. 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 16 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 évfordulóig tarthat, melyhez az Egyéb biztosított(ak) 18. születésnapja közelebb esik.

8. 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 9. 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 7. 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.

9. 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 kockázata-

telbírálási 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 kockázatbírálási 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.

10. 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 évnél 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 évnél 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 kárta-pasztalat 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 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 kárta-pasztalat 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 7. 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 díjnagyság után járó díjkezdvezmény egyaránt.

11. Automatikus díjnövelés

Az alapbiztosítás Különös Feltételeiben meghatározott automatikus díjnövelésre vonatkozó szabályok jelen kiegészítő biztosításra maradéktalanul érvényesek.

12. A biztosítás területi hatálya

A Biztosító kockázatviselése az Európai Unió területén elvégzett műtétekre terjed ki.

13. 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.

14. Mentésülés a teljesítési kötelezettség alól

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

15. 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 szerződés-kötés 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 születés kori betegségeket és állapotokat, továbbá a meglévő, de tünetmentes megbetegedéseket is), illetve bekövetkezett baleset miatt kerül sor,

- ha a Biztosított 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 arthroscopos 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.

16. Együttműködési, kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettség

- A Szerződő és a Biztosított(ak) a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást kötelesek tanúsítani.
- 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.
- 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.
- Nem jelenti a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.
- A kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegése esetére az ÁÉSZ 18. §-ában meghatározottak az irányadóak.

17. A biztosítás megszűnésének esetei

A jelen kiegészítő biztosítás megszűnik az alábbi esetekben:

- a jelen kiegészítő biztosítás a jelen Különös Feltételek

7. a) pontjában meghatározottak szerinti az automatikus meghosszabbodás elutasításával a biztosítási időszak (év) végén,

- az alapbiztosítás díjfizetési tartamának végén,
- a Főbiztosított halála esetén a halál időpontjában,
- a díjfizetés elmulasztása esetén (ÁÉSZ 9. §),
- az alapbiztosítás megszűnése esetén,
- az alapbiztosítás díjmentes leszállítása esetén (ÁÉSZ 13. §),
- az ÁÉSZ-ben meghatározott egyéb esetekben.

18. Egyéb szabályok

- 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.
- A jelen kiegészítő biztosítást a Biztosító rendes felmondással nem szüntetheti meg. Egyebekben az ÁÉSZ 5. §-ának rendelkezései az irányadóak.
- Jelen kiegészítő biztosítás visszavásárlási értékkel, maradékjoggal nem rendelkezik, továbbá nem érvényesek rá az ÁÉSZ szerződmódosításra, visszavásárlásra, díjmentes leszállításra és kötvénykölcsön igénylésére vonatkozó rendelkezései.
- Jelen kiegészítő biztosítás nem befektetési egységekhez kötött, ezért a tőke-, illetve hozamgarancia nem értelmezhető.

Budapest, 2020. november 26.