

Az NN Biztosító Zrt. K jelű Gyermekek kórházi ellátására szóló biztosítási csomagjának különös feltételei

Tartalomjegyzék

1.	Általános rendelkezések	2
2.	A biztosítással kapcsolatos fogalmak meghatározása	2
3.	A biztosítási szerződés alanyai	2
4.	A biztosítási esemény	2
5.	A biztosítás szolgáltatása	2
6.	A biztosítási összeg	4
7.	A biztosítás tartama, automatikus tartamhosszabbítás, korhatárok	4
8.	A biztosítás megkötésére vonatkozó rendelkezések	5
9.	A biztosítás díja, a díjfizetési tartam, díjengedmény	5
10.	A biztosítási díj és a díjtétel változása	5
11.	A szerződésre vonatkozó díjtételek módosulása a kártapasztalat és a külső szabályozási környezet változására tekintettel	5
12.	A szolgáltatási feltételek módosítása és az ebből fakadó díjtétel változás	6
13.	Automatikus díjnövelés	6
14.	A biztosítás területi hatálya	6
15.	A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei	6
16.	Mentesülés a teljesítési kötelezettség alól	6
17.	Kizárások	7
18.	Együttműködési, kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettség	7
19.	A biztosítás megszűnésének esetei	7
20.	Egyéb szabályok	8
	1. számú Függelék	9

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 K jelű Gyermekek kórházi ellátására szóló biztosítási csomagjának szerződési 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 K jelű Gyermekek kórházi ellátására szóló biztosítási csomag célja, hogy a biztosított kórházi ellátása esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg kifizetésével anyagi segítséget nyújtson a kórházi ellátás kapcsán felmerülő költségek (pl. a műtét után szükséges gyógykezelés(ek) kapcsán felmerülő többletköltségek) finanszírozásában. Jelen biztosítási csomag nem téríti meg a műtét, illetve az igénybe vett emelt szintű kórházi fekvőbeteg ellátás költségeit.
- d) Jelen biztosítási csomag kiegészítő biztosításnak minősül, mely csak a Biztosító által meghatározott alapbiztosításokhoz köthető. Az alapbiztosításokra külön szerződési feltételek vonatkoznak.
- e) A K jelű Gyermekek kórházi ellátására szóló biztosítási csomag az alábbi elemeket foglalja magába, melyek külön-külön nem választhatóak:
9K7 jelű Műtési térítés
9K9 jelű Műtési térítés Plusz
9K8 jelű Kórházi napi térítés

2. A biztosítással kapcsolatos fogalmak meghatározása

A jelen különös feltételekben alkalmazott fogalmak meghatározása az ÁÉSZ 2. §-ában található.

3. A biztosítási szerződés alanyai

A biztosítási szerződés alanyai az ÁÉSZ 3. §-ában kerültek meghatározásra.

Jelen kiegészítő biztosítás szerződője az alapbiztosítás Szerződője. A Szerződő személye a tartam során módosulhat. A biztosított személye eltér az alapbiztosítás biztosítottjától, a továbbiakban Egyéb biztosítottként kerül megnevezésre.

Jelen kiegészítő biztosítás Kedvezményezettje az Egyéb biztosított.

4. A biztosítási esemény

- a) Biztosítási esemény az Egyéb biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás tartamán belüli, szakorvos által szükségesnek tartott kórházi fekvőbeteg ellátása, amelynek oka:
- Az Egyéb biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás tartamán belül bekövetkezett baleseti eredetű sérülése, vagy
 - az Egyéb biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás tartamán belül kialakult és diagnosztizált betegsége.
- Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg ellátásban részesül az a személy, aki megszakítás nélkül legalább 24 órát a kórházban tölt.
- b) Biztosítási esemény az Egyéb biztosítottnak minden olyan, szakorvos által szükségesnek tartott és szakorvos által Kórházban, illetve Rendelőben a jelen kiegészítő biztosítás tartamán belül elvégzett műtete, amelynek oka:
- Az Egyéb biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás tartamán belül bekövetkezett balesetből eredő sérülése, vagy
 - az Egyéb biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás tartamán belül kialakult és diagnosztizált betegsége.
- c) A biztosítási esemény időpontja:
- az Egyéb biztosított a jelen Különös Feltételek 4. a) pontjában leírt feltételeknek megfelelő kórházi fekvőbeteg ellátásának első napja.
 - a Biztosító által térített 4.b) pontban meghatározott műtét elvégzésének napja.
- A Baleset és a Kórház fogalmát az ÁÉSZ 2. §-a tartalmazza

5. A biztosítás szolgáltatása

A Biztosító a Szerződő biztosítási szerződésben meghatározott díjfizetési kötelezettségének teljesítése ellenében a jelen Különös Feltételek 4. pontjában meghatározott biztosítási események valamelyikének bekövetkezése esetén az alábbi összeg szolgáltatásokat nyújtja a Kedvezményezettnek az alábbi pontokban meghatározott korlátozások figyelembevételével:

a) az Egyéb biztosított kórházi fekvőbeteg ellátása esetén (9K8 jelű Kórházi napi térítési elem)

- i) A Biztosító szolgáltatásának alapja a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó, a biztosítási szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeg, amely a kórházi fekvőbeteg ellátás egy napjára vonatkozik. Kórházi fekvőbeteg ellátásnak az minősül, ha az Egyéb biztosított legalább 24 órát kórházban tölt. A kórházi fekvőbeteg ellátás minden, a kórház-

ban megkezdett napja kórházi fekvőbeteg ellátási napnak minősül. A Biztosító által a Kedvezményezettnek fizetett biztosítási összeg a kórházi napi térítési összeg és a kórházi fekvőbeteg ellátásban töltött napok számának a szorzata.

- ii) A Biztosító a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a Kedvezményezettnek, amennyiben az Egyéb biztosítottnon olyan műtétet hajtanak végre, amelyre a jelen Különös Feltételek 4. b) és 5. b) pontja alapján a Biztosító kifizetését nem teljesít.
- iii) A Biztosító a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki a Kedvezményezettnek, amennyiben a Egyéb biztosítottnon olyan műtétet hajtanak végre, amelyre a jelen Különös Feltételek 4. b) és 5. b) pontja alapján a Biztosító kifizetését teljesít, vagy amennyiben a kórházi fekvőbeteg ellátás során műtétre nem kerül sor.
- iv) A Biztosító egy biztosítási éven belül legfeljebb 90 napra teljesíti a kórházi napi térítés szolgáltatását. Ezt követően az adott biztosítási évben a Biztosító további kifizetéseket nem teljesít, azonban a kiegészítő biztosítás a Szerződő díjfizetési kötelezettsége mellett él tovább.

b) Az Egyéb biztosítottnon elvégzett műtét esetén (9K7 jelű Műtéti térítés és 9K9 jelű Műtéti térítés Plusz elemek)

- i) A Biztosító szolgáltatásának alapja a jelen Különös Feltételek elválaszthatatlan részét képező mindenkor aktuális és teljes Műtéti lista, illetve a jelen Különös Feltételek 1. számú Függelékében meghatározott műtétek listája, amely módosítja a teljes Műtéti listát a 4. b) vi. B) pontban meghatározottak szerint.
- ii) Az egyes WHO-kódokhoz tartozó műtéti térítési kategóriákat a mindenkor aktuális teljes Műtéti lista, valamint a jelen Különös Feltételek 1. számú Függelékében meghatározott műtétek listája együtt tartalmazza.
- iii) A teljes Műtéti lista valamennyi WHO-kóddal ellátott műtétet térítési kategóriákba sorol, amelyek a következők lehetnek:
 - A) nem térített;
 - B) 100%;
 - C) 200%;
 - D) 300%;
 - E) 400%;
 - F) 500%.
- iv) A Biztosító jogosult arra, hogy a teljes Műtéti listát, valamint az 1. számú Függelékben meghatározott kiegészítő Műtéti listát, illetve az azokban szereplő műtéti térítési kategóriákat naptári évenként

egyszer felülvizsgálja (módosítás). A Biztosító egyoldalúan szűkítheti a teljes és kiegészítő Műtéti listákban felsorolt műtétek körét kizárólag a kockázatközösség védelmében, 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 Biztosító egyoldalúan módosíthatja a teljes és kiegészítő Műtéti listákban felsorolt műtétek körét azért, hogy a biztosítási szolgáltatás lépést tartson az orvostechika és az orvostudomány fejlődésével. A Biztosító egyoldalúan módosíthatja az egyes műtétekhez tartozó térítési kategóriákat a kockázatközösség védelmében, 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, illetve, 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 teljes, illetve az új kiegészítő Műtéti listát elutasítsa, mely jogát írásban, az adott biztosítási évfordulóig a Biztosító székhelyére beérkezett írásbeli nyilatkozattal gyakorolhatja. Amennyiben a Szerződő akár az új teljes, akár az új kiegészítő 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 teljes és az új kiegészítő Műtéti lista vonatkozásában nem nyilatkozik, a Biztosító a megváltozott teljes és kiegészítő Műtéti listát tekinti érvényesnek. A mindenkor aktuális teljes és kiegészítő Műtéti lista a Biztosító ügyfélszolgálatán, az értékesítési irodáiban, valamint a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu) tekinthető meg. A Biztosító ügyfélszolgálatának és értékesítési irodáinak elérhetősége a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján megtalálható.

- v) A műtét térítési kategóriájának besorolását a mindenkor aktuális teljes és kiegészítő Műtéti lista felhasználásával minden esetben a Biztosító végzi, figyelembe véve

- a műtét alapjául szolgáló kóros állapotot,
- a műtétről készült zárójelentést,
- az abban feltüntetett, elvégzett műtéti eljárást,
- a „műtéti leírás”-t,
- az esetlegesen készült szövettani lelet eredményét,
- a műtő intézmény és a műtétet végző orvos műtéti kompetenciáját.

A zárójelentésen feltüntetett műtéti kódot csak abban az esetben fogadja el a Biztosító, ha az a fentiek alapján orvos-szakmai szempontból indokolt, a műtét megtörténte pedig kétséget kizáróan igazolt. A Biztosító orvos szakértője jogosult felülvizsgálni a műtéti leírásban, illetve a kórházi zárójelentésben foglaltak alapján a megadott WHO-kódot, oly módon, hogy az azonos veszélyességi, illetve súlyossági fokozatot képviselő műtétek azonos térítési kategóriába kerüljenek.

- vi) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor a teljes Műtéti listában feltüntetett, a biztosítási eseménynek megfelelő WHO-kódhoz tartozó térítési kategóriák szerint szolgáltat az alábbiak szerint:
- A. A jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási összeget vagy annak meghatározott többszörösét fizeti ki a Kedvezményezettnek a térítési kategória függvényében.
- B. Amennyiben a biztosítási eseménynek megfelelő WHO-kód a “nem térített” kategóriába tartozik, a Biztosító szolgáltatást nem nyújt, kivéve, ha az adott WHO-kód a jelen Különös Feltételek 1. számú Függelékében található kiegészítő Műtéti listában szerepel. Ebben az esetben a Biztosító egyszeri összegű 50 000 Ft-os térítést nyújt a Kedvezményezettnek.
- vii) Egy biztosítási eseményből eredően a Biztosító egy műtetre nyújt szolgáltatást, függetlenül a szükséges és elvégzett műtétek számától. Egy biztosítási eseményből eredően eltérő időpontokban, vagy azonos időpontban, egyszerre elvégzett műtétek esetén a Biztosító által fizetendő szolgáltatás összege az elvégzett műtétek közül a legmagasabb térítési kategóriába tartozó műtét után járó műtéti 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.).
- viii) A Biztosító által teljesített szolgáltatás – egy biztosítási esemény vonatkozásában – legfeljebb a választott biztosítási összeg ötszöröse lehet.
- ix) Az egy biztosítási éven belül teljesített kifizetések nem haladhatják meg ezen biztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási összeg ötszörösét, figyelem-

be véve a Biztosító által az 1. Számú Függelékben szereplő eseményekre teljesített kifizetéseket is.

- x) A Biztosító az egyes biztosítási események bejelentésének sorrendjében teljesít mindaddig, amíg az általa egy biztosítási év alatt akár több eseményből eredően teljesített szolgáltatások értéke együttesen el nem éri az aktuális biztosítási összeg ötszörösét. Az utolsó biztosítási eseményből eredő kifizetés mértéke megegyezik az aktuális biztosítási összeg ötszörösének és a Biztosító által az adott biztosítási évben az utolsó biztosítási esemény bekövetkeztéig nyújtott műtéti térítések összegének a különbözetével.
- xi) Amennyiben a Biztosító által teljesített kifizetés, vagy kifizetések összege adott biztosítási évben elérte az aktuális biztosítási összeg ötszörösét, a Biztosító adott biztosítási évben további kifizetéseket nem teljesít, azonban a jelen kiegészítő biztosítás a Szerződő díjfizetési kötelezettsége mellett továbbra is érvényben marad.

6. A biztosítási összeg

- a) A jelen Különös Feltételek 4. a) és 5. a) pontjában meghatározott kórházi napi térítés összege 5000 Ft
- b) Az Egyéb biztosítottak a jelen Különös Feltételek 4. b) és 5. b) pontjában meghatározott műtéti térítésére vonatkozó biztosítási összeget a Szerződő választja meg szerződéskötéskor a Biztosító által meghatározott lehetőségek közül.
- c) A kezdeti biztosítási összegeket a biztosítási kötvény tartalmazza biztosítási eseményenként.
- d) A biztosítási összegeket növelheti a jelen Különös Feltételek 10. pontjában meghatározott automatikus díjnövelési lehetőség. A díjnöveléssel megnövekedett biztosítási összegek a következő növelésig érvényesek.

7. A biztosítás tartama, automatikus tartamhosszabbítás, korhatárok

- a) A jelen kiegészítő **biztosítás tartama egy év**. A biztosítási tartam **minden következő 1 éves tartamra 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** (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 alaptartam díjfizetési tartamának lejáratát vagy a c) pontban meghatározott biztosítási évfordulót.

- c) Jelen kiegészítő biztosítás 1 és 15 éves kor közötti Egyéb biztosítottra köthető, azzal a kitételrel, hogy az Egyéb biztosított a szerződésbe történő belépés időpontjában már betöltötte az első életévét, de még nem töltötte be a 15. életévét. A jelen kiegészítő biztosítás az alapt biztosítás díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb az Egyéb biztosított 18. születésnapját megelőző utolsó biztosítási évforduló napjának 0:00 percéig tart.

8. A biztosítás megkötésére vonatkozó rendelkezések

- a) A Biztosító egyoldalúan határozza meg azon alapt biztosítások körét, amelyekhez jelen kiegészítő biztosítás köthető.
- b) Jelen kiegészítő biztosítás megköthető az alapt biztosítás megkötésekor az alapt biztosítással együtt, vagy egy korábban megkötött alapt biztosításhoz, az alábbi módon és együttes feltételekkel:
- az alapt biztosítás díjfizetési tartama alatt az alapt biztosítás biztosítási évfordulóján, kivéve, ha az alapt biztosítás Különös Feltételei ettől eltérően rendelkeznek;
 - amennyiben az alapt biztosítás díjjal rendezett; és
 - az alapt biztosítás díjfizetési tartamából még legalább 1 év van hátra; és
 - a Egyéb biztosított életkora megfelel a jelen Különös Feltételek 7. c) 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 irányadóak.
- d) Amennyiben a Szerződő jelen kiegészítő biztosítást egy, a Biztosítóval már korábban megkötött 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 irányadóak azzal, hogy a kockázatbírési 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.

- 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 irányadóak.

9. A biztosítás díja, a díjfizetési tartam, 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, illetve legfeljebb az Egyéb biztosított 18. születésnapját megelőző utolsó biztosítási évforduló napjáig fizetendő. A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének a végéig fizetendő. A jelen kiegészítő biztosítás díjában érvényesítésre kerül az alapt biztosításnál meghatározott díjfizetési gyakoriság alapján járó díjengedmény.

10. 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**. Automatikus tartamhosszabbítás esetén biztosítási tartamonként a biztosítás díjtétele az alábbi esetekben változhat:
- adott biztosítási tartam lejáratakor, mely esetben a díjtételeket a Biztosító egyoldalúan módosíthatja a 11. pontban meghatározottak alapján.**
 - A 12. pontban meghatározott szolgáltatási feltételek módosítása következtében.**
- b) **A biztosítás díja változó**, a biztosítási díj az alábbiak következtében változik:
- A 11. pontban meghatározott, a szerződésre vonatkozó díjtételek módosítása következtében.**
 - A 12. pontban meghatározott szolgáltatási feltételek módosítása miatti díjtétel módosulás következtében.**
 - A 13. pontban meghatározott automatikus díjnövelés miatt.**

11. 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 díját évente 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 az alkalmazott díjtételhez 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 a biztosítási év végéig (évforduló) a jelen Különös Feltételek 7. a) pontja szerinti automatikus tartamhosszabbítást elutasítani.

Ez esetben a kiegészítő biztosítás az adott biztosítási évfordulón (a biztosítási tartam végén) 0:00 órakor megszűnik.

Ha azonban a Szerződő a biztosítás adott évfordulójának időpontjáig az új díj és díjtételek vonatkozásában nem nyilatkozik, a Biztosító a megváltozott díjat és díjtételeket tekinti érvényesnek az automatikusan meghosszabbított tartamra vonatkozóan, és a Szerződő az ennek megfelelő díj megfizetésére köteles.

12. A szolgáltatási feltételek módosítása és az ebből fakadó díjtétel változás

a) A biztosítási szerződés megkötésekor érvényes szolgáltatási feltételek a biztosítás első biztosítási évére (biztosítási tartam) 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 vonatkozóan egyoldalúan módosítsa abban az esetben, ha ez a kockázatközösség védelmében szükséges.

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 7. a) pontja szerinti automatikus tartamhosszabbítást elutasítani. Ez esetben a kiegészítő biztosítás az adott biztosítási évfordulón (a biztosítási tartam végén) 0:00 órakor 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 meghosszabbított tartamra vonatkozóan, és a Szerződő az ennek megfelelő díj megfizetésére köteles.

13. Automatikus díjnövelés

Az alapbiztosítás Különös Feltételeiben meghatározott automatikus díjnövelésre vonatkozó szabályok jelen kiegészítő biztosítás díja és biztosítási összegei vonatkozásában maradéktalanul érvényesek.

14. A biztosítás területi hatálya

A Biztosító kockázatviselése az Európai Unió, illetve Svájc, Norvégia, Izland, Liechtenstein területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki. A biztosító kockázatviselése kiterjed az Egyesült Királyságra annak Európai Unióból történő kiválását követően is.

15. 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 biztosítási eseménnyel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum együttes megléte esetén fizeti ki. A benyújtott dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője értékeli.
- c) Amennyiben a biztosítási esemény az Egyéb biztosítottak a jelen Különös Feltételek 4. a) pontja szerinti kórházi fekvőbeteg ellátása:
 - Az Egyéb biztosított (vagy a törvényes képviselője) a biztosítási szolgáltatás iránti igényét **a kórházi elbocsátást követő 15 napon belül írásban köteles bejelenteni.**
 - A Biztosító lehetőséget ad arra, hogy a Kedvezményezett az Egyéb biztosított hosszú távra 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 (epikrízis) 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).

16. Mentésülés a teljesítési kötelezettség alól

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

17. Kizárások

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

- Azon betegségből eredő biztosítási eseményre, amellyel kapcsolatban az Egyéb biztosított a kockázatviselés kezdetétől számított 180 napon belül betegségre utaló vagy ezzel összefüggésben álló tünetekkel orvoshoz fordult,
- Azon betegségből eredő biztosítási eseményre, amely okozati összefüggésben áll az Egyéb biztosított veleszületett betegségével, valamint a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségével, kóros állapotával, és ezek következményeivel, amennyiben erről az Egyéb biztosított és/vagy a törvényes képviselője tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett,
- Ha igazolható, hogy a kórházi fekvőbeteg ellátás és/vagy a műtét olyan baleset vagy betegség miatt vált szükségessé, amely öngyilkossági kísérlet következtében alakult ki,
- Fogászati beavatkozásokra (fogászati beavatkozás alatt értjük a fogorvos által végzett, illetve végezhető, a fog megőrzésére, vagy eltávolítására, pótlására, gyógyítására, vagy foggal kapcsolatos elváltozás – gyulladás, tályog, ciszta, szövetszaporulat, egyéb kóros elváltozás – kezelésére irányuló, a fogon, a felső, vagy az alsó állkapcspon, továbbá a fogínyen végrehajtott kezelést, illetve műtétet),
- Kozmetikai vagy plasztikai sebészetre (kivéve, ha baleset következtében válik szükségessé),
- Ha a műtét a mindenkor aktuális teljes Műtéti listában „nem térített” műtétként van megjelölve és az 1. számú Függelékben található kiegészítő Műtéti lista sem tartalmazza,
- Ha a műtétre és/vagy kórházi fekvőbeteg ellátásra nem az ÁÉSZ 2. §-ában meghatározottaknak megfelelő Kórházban vagy Rendelőben kerül sor,
- Ha a műtétre és/vagy kórházi fekvőbeteg ellátásra a jelen Különös Feltételek 14. pontjában meghatározott területi hatályon kívül kerül sor,
- Bármely okból megszakított kórházi kezelés esetén, a kórházon kívül megkezdett napokra,
- Szervátültetés esetén a donornál elvégzett műtétre,
- Endoszkópos, laparoszkópos vizsgálatokra,
- Implantált anyagok eltávolítására,
- Szövetteni vizsgálat céljából végzett anyagkimetszésre,
- Olyan ízületi és szalagműtétekre, amelyeket arthroscopos műtéti eljárással hajtottak végre, kivéve a jelen Különös Feltételek 1. számú Függelékben szereplő arthroscopos eljárásokat,

- Terhességgel, mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos, illetve az ezek során fellépő komplikációk miatt szükségessé váló beavatkozásokra,
 - Szülést követő kórházi kezelésre, amennyiben a kórházi kezelés időtartama nem haladja meg az 5 napot,
 - Ha a kockázatviselés kezdetétől számított 360 napon belül császármetszésre kerül sor.
 - Művi terhességmegszakításra.
- b) A kockázatviselésből kizárt további kockázatokat az ÁÉSZ 18–22. §-ai tartalmazzák.
- c) A jelen fejezet a) pontjában meghatározott események bármelyikének bekövetkezése esetén a Biztosító szolgáltatást nem nyújt, de a jelen kiegészítő biztosítás változatlan feltételekkel érvényben marad.

18. Együttműködési, kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettség

- a) A Szerződő és az Egyéb biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást kötelesek tanúsítani.
- b) Az Egyéb 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 az Egyéb biztosított az Egyéb 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 az Egyéb biztosított törvényes képviselője az Egyéb biztosítottat 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 irányadóak.

19. A biztosítás megszűnésének esetei

A jelen kiegészítő biztosítás megszűnik az alábbi esetekben:

- a) az Egyéb biztosított halála esetén a halál időpontjában,
- b) az Egyéb biztosított 18. születésnapját megelőző utolsó biztosítási évforduló napján 0:00 órakor,
- c) a jelen kiegészítő biztosítás a jelen Különös Feltételek 7. a) pontjában meghatározottak szerinti automatikus tartamhosszabbítás elutasításával a biztosítási évfordulón 0:00 órakor,
- d) A jelen Különös Feltételek 11. és 12. b).pontjában meghatározottak szerint, az automatikus tartam-

hosszabbítás elutasításával a biztosítási évfordulón
0:00-kor,

- e) az alapbiztosítás díjfizetési tartamának végén,
- f) a díjfizetés elmulasztása esetén (ÁÉSZ 9. §),
- g) az alapbiztosítás megszűnése esetén,
- h) az ÁÉSZ-ben meghatározott egyéb esetekben.

20. Egyéb szabályok

- a) Az ÁÉSZ 5. §-ában meghatározott, a Biztosítót megillető rendkívüli felmondási jog vonatkozásában nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének az Egyéb 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 irányadóak.
- c) Jelen kiegészítő biztosítás visszavásárlási értékkel, maradékjogokkal nem rendelkezik, továbbá nem érvényesek rá az ÁÉSZ szerződmódosításra, visszavásárlásra, díjmentes leszállításra és kötvénykölcsön igénylésére vonatkozó rendelkezései.
- d) Jelen kiegészítő biztosítás nem befektetési egységekhez kötött, ezért a tőke-, illetve hozamgarancia nem értelmezhető

Budapest, 2018. április 16.

1. számú Függelék
Kiegészítő Műtési lista

Műtési kód	A műtét megnevezése	A térítés összege
52310	Fog sebészi eltávolítása	50 000 Ft
52810	Tonsillectomia, residuum kimetszése	50 000 Ft
52820	Tonsillo-adenotomia	50 000 Ft
52850	Adenotomia, readenotomia	50 000 Ft
58044	Meniscectomia totalis, arthroscopos	50 000 Ft
58055	Arthroscopos szalagplastica	50 000 Ft
58350	Izomvarrat	50 000 Ft
58351	Ínvarrat	50 000 Ft
58353	Szalagvarrat	50 000 Ft
51410	Idegentest eltáv. szemlencséből (incisio, mágnes)	50 000 Ft
52111	Idegentest eltávolítás az orrból műtéttel	50 000 Ft
58305	Idegentest eltávolítás végtagi lágyrészből	50 000 Ft
58204	Idegentest eltávolítása kézből	50 000 Ft
81070	Idegentest-eltávolítás bronchosccoppal	50 000 Ft
52104	Orrvérzés ellátása cryokezeléssel	50 000 Ft
52103	Orrvérzés ellátása laserrel	50 000 Ft
18460	Punctio et/seu aspiratio renis diagnosticus	50 000 Ft
5567P	Teflon inj. infiltr. uretero-vesicalis szájadékbá	50 000 Ft
32461	Irrigoscopiával vezérelt desinvaginatio	50 000 Ft