



Tisztelt Ügyfelünk!

Megtisztelőnek érezzük, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával a Groupama Biztosító Részvénytársaságot kereste meg.

Ezúton tájékoztatjuk Önt biztosítótársaságunk főbb adatairól, a biztosítással kapcsolatos titok- és adatvédelmi szabályokról, valamint azokról a lehetőségekről, amelyeket ügyfeink jogai és jogos érdekeik érvényesítése céljából igénybe vehetnek.

Biztosítónk főbb adatai

A **Groupama Biztosító** Részvénytársaság a francia Groupama csoport leányvállalata. 1990 óta működünk Magyarországon (2004. októberéig Európa Biztosító Rt. néven); cégjegyzékszámunk: 01-10-041540, adószámunk: 10507247-2-44.

Székhelyünk: 1117 Budapest, Dombóvári út 10-11.

Telephelyünk és személyes ügyfélszolgálatunk: 1114 Budapest, Hamzsabégi út 37.

Postacímünk: 1519 Budapest, Pf. 271

Központi telefonszámunk: (06-1) 279-4000,

Központi faxszámunk: (06-1) 361-0091,

Központi e-mail címünk: info@groupama.hu

Számos helyi irodával rendelkezünk az ország egész területén. Ezek címét, telefonszámát, valamint biztosítótársaságunk és termékeink részletesebb bemutatását megtalálja honlapunkon, a www.groupama.hu címen.

Felügyeleti szervünk a **Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete** (1535 Budapest, 114. Pf. 777., Telefon: (06-40) 203-776, www.pszaf.hu).

Titok- és adatvédelem

A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 153.§-a értelmében a biztosítót titoktartási kötelezettség terheli minden olyan rendelkezésre álló adattal kapcsolatban, amely a biztosító egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására, vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. Az ilyen, biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosító csak akkor adhatja ki harmadik személynek, ha a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve erre vonatkozóan írásban felmentést ad.

A biztosító titoktartási kötelezettsége azonban a 2003. évi LX. törvény 157. §-a értelmében meghatározott szervezetekkel kapcsolatban nem áll fenn. E szervezeteknek a biztosító az ügyfelek adatait adott esetekben továbbítani köteles, ügyfeink erre vonatkozó írásos hozzájárulása nélkül is.

E szervezetek a következők: a feladatkörében eljáró Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete; a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozóhatóság és ügyészség; büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó; a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző; adóügyben az adóhatóság, ha annak felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkoztattatási kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli; a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat; a biztosító, a biztosításközvetítő, a szaktanácsadó, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselete, ezek érdekképviselői szervezetei, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal; a feladatkörében eljáró gyámhatóság; az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108.§ (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatóság; külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv; a viszontbiztosító, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítók; az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosító; a biztosítók által létrehozott és működtetett kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző. A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet kábítószer-kereskedelemmel, terrorizmussal, illegális fegyverkereskedelemmel, vagy a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.

A biztosító a nyomozhatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésre is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosítók, valamint az általuk létrehozott és működtetett központi információs rendszer elemei közötti olyan adatszolgáltatás, mely egyedi azonosításra nem alkalmas, a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

Ügyfeleink jogai

Számunkra a legfontosabb az elégedett ügyfél. Ezen célunk eléréséhez a legnagyobb segítséget hiányosságaink visszajelzésével kaphatjuk. Ezért kérjük, hogy amennyiben már létrejött szerződésével, vagy biztosító társaságunk működésével kapcsolatban bármilyen **kérése, kérdése vagy problémája** lenne, forduljon a biztosítás közvetítőjéhez, helyi irodánkhoz, vagy hívja a Groupama Biztosító központi, telefonos ügyfélszolgálatát a **(06-40) 44-40-44**-es, helyi tarifával hívható számon.

Amennyiben minden erőfeszítésünk ellenére sem sikerült problémáját orvosolni, kérjük, forduljon írásban panaszokkal foglalkozó szervezeti egységünkhöz: **Groupama Biztosító Rt. Központi Ügyfélszolgálat**, levélcím: 1519 Budapest, Pf. 271, fax: (06-1) 279-4144, e-mail: ugyfsz@groupama.hu

Felhívjuk továbbá szíves figyelmét, hogy panaszt nyújthat be felügyeleti szervünkhöz is; a fogyasztók védelméről szóló 1997. évi CLV. törvény 18. §-a alapján fogyasztói jogainak érvényesítése érdekében igénybe veheti békéltető testület eljárását; valamint jogait bírósági úton is érvényesítheti azzal, hogy az Ön biztosítási szerződésére a mindenkor hatályos **magyar jogszabályok** rendelkezései az irányadók.

Az Őrangyal baleset-biztosítás főbb jellemzői

Engedje meg, hogy néhány szóban bemutassuk azt a biztosítást, amely az Ön érdeklődését felkeltette. Ez az ügyféltájékoztató, amit Ön most a kezében tart, nem helyettesíti a biztosítási feltételeket, pusztán bővebb előzetes tájékoztatásul szolgál.

Az **Őrangyal baleset-biztosítás** társaságunk egyik legnépszerűbb baleset-biztosítási terméke, ügyfeleink körében úgy szolgáltatásait, mint díját tekintve elégedettséget váltott ki.

A biztosítási események, amelyek bekövetkezte esetén társaságunk szolgáltatást nyújt, a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban balesetből eredő

- 10%-ot meghaladó mértékű állandósult testi kára,
 - halála,
 - szakorvosilag indokolt és szükséges - a szerződő által megválasztott önrész napok számától függően - 0, 4, 7, illetve 9 napot meghaladó folyamatos fekvőbeteg-gyógyintézeti gyógykezelése,
 - szakorvosilag indokolt és szükséges - szerződési feltételek szerinti - műtete,
 - szakorvos által igazolt - a szerződő által választott önrész napok számától függően - 9, illetve 14 napot meghaladó keresőképtelensége,
 - csonttörése, csontrepedése,
 - égési sérülése, illetve közlekedési balesete,
- azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

A biztosító szolgáltatásai a következők: a biztosított baleseti eredetű

- állandósult 11-100%-os testi kára esetén a biztosító az aktuális biztosítási összeget fizeti ki,
- halála esetén a biztosító az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 50%-át fizeti ki,
- szakorvosilag indokolt és szükséges - a szerződő által megválasztott önrész napok számától függően - 0, 4, 7, illetve 9 napot meghaladó fekvőbeteg-gyógyintézeti gyógykezelése esetén a biztosító az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 0,5%-ának megfelelő összegű napi térítést nyújt a biztosított részére,
- szakorvosilag indokolt és a balesettel oki összefüggésben szükséges
 - I. csoportba tartozó műtete esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 2%-át,
 - II. csoportba tartozó műtete esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 5%-át,
 - III. csoportba tartozó műtete esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 10%-át,
 - kiemelt műtete esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 20%-át,
 - replantáció (a csontolt, testtől elvált végtag részek, ujjak visszavarrásának műtétei) esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 30%-át fizeti ki a biztosító,
- szakorvos által igazolt, - a szerződő által választott önrész napok számától függően - 9, illetve 14 napot meghaladó keresőképtelensége esetén a biztosító az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 0,1%-ának megfelelő összegű napi térítést nyújt a biztosított részére,

- csonttörése, csontrepedése esetén a biztosító az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 1,5%-át fizeti ki, továbbá
- amennyiben a biztosítási esemény a biztosított balesetből eredő égési sérülésének, illetve közlekedési balesetének következménye, a biztosító az egyes biztosítási szolgáltatásokra megállapított aktuális biztosítási összegek kétszeresét fizeti ki. A többletkifizetés csak azokra a biztosítási szolgáltatásokra vonatkozik, melyeknek biztosítási díját a szerződő megfizette.

A szolgáltatások teljesítésének módja, ideje: a biztosítási eseményt társaságunkhoz a bekövetkezésétől számított 8 munkanapon belül írásban be kell jelenteni. A szolgáltatáshoz szükséges utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül a biztosító kifizeti a biztosítottnak, illetve a kedvezményezettnek az őt megillető összeget.

A biztosítás határozatlan tartamú, a biztosítási tartam a biztosított 65. életének betöltését követő biztosítási évfordulón véget ér. A szerződés úgy jön létre, hogy Ön ajánlatot tesz, amelyet társaságunk elbírál. Döntésünket az ajánlat átadásától számított 15 napon belül kell meghoznunk. Ha a rendelkezésünkre álló kockázatelbírálási határidőn belül nem nyilatkozunk, az az ajánlat hallgatóságos elfogadását jelenti. Az ajánlat elfogadása után a kötvényt rövid időn belül kiadjuk. A biztosítási tartam kezdete az ajánlat aláírását és a biztosító vagy képviselője részére történt átadását - az ajánlattételt - követő hó első napjának 0 órája, ha a felek másként nem állapodnak meg.

A biztosító kockázatviselése az azt követő napon 0 órakor kezdődik, amikor a szerződő fél az első biztosítási díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti. Ha a szerződő a díjat a biztosító képviselőjének fizeti, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedék napon a biztosító számlájára beérkezettnek kell tekinteni. A biztosítási évforduló a naptári évnek mindig azon napja, amikor a biztosító kockázatviselése megkezdődött.

Az egyes kockázati elemek biztosítási díjának nagysága függ a biztosított egészségi állapotától, a biztosítási összeg nagyságától és a díjfizetés gyakoriságától. A szerződő által fizetendő biztosítási díj az egyes kockázati elemek biztosítási díjának összege. Ha a biztosított az átlagosnál veszélyesebb tevékenységet folytat (ideértve mind a munkavégzésre irányuló, mind a szabadidőben folytatott tevékenységet), a biztosító a díjszabásban meghatározott esetekben és mértékben - tekintettel a nagyobb kockázatra - **magasabb díjat állapít meg.** Ha a biztosító által - az azonos biztosítási eseményt tartalmazó szerződések alapján - teljesített szolgáltatások összege tartósan (két egymást követő naptári évben) meghaladja azt az összeget, amellyel a biztosító a biztosítás díjának megállapításakor a módozat díjkalkulációjában előre számolt, a biztosító az egyes konkrét szerződésekre vonatkozóan - a következő biztosítási évforduló első napjától - **módosíthatja a fizetendő díj mértékét** anélkül, hogy a biztosítási szolgáltatás mértéke változna. A biztosítási díj konkrét mértékéről üzletkötőink, hálózati egységeink részletes felvilágosítással szolgálnak. A biztosítás díját Ön végig a biztosítás tartama alatt fizeti meg (ún. folyamatos díjfizetés). A díjfizetés történhet csekken, előzetes számla nélkül átutalással, vagy számla alapján. A biztosítási díj minden biztosítási évfordulón előre esedékes, azonban tetszése szerint választhat havi, negyedéves vagy féléves díjfizetési gyakoriságot is.

A biztosítási díj - és ezzel azonos arányban a biztosítási összeg - minden évben a biztosítási évfordulón azonos mértékben emelkedik. Az értékkövetés alapja a Központi Statisztikai Hivatal által a tárgyévben hivatalosan közzétett, a megelőző évre vonatkozó éves fogyasztói árindex, azzal a kikötéssel, hogy a biztosító ettől az árindex +/- 10 százalékaának megfelelő mértékkel eltérhet. Amennyiben a szerződő az értékkövetés során módosult biztosítási díjjal a szerződést nem kívánja fenntartani, akkor azt a biztosítási évfordulóra - 30 napos felmondási idővel - írásban felmondhatja.

Társaságunk **mentesül** a biztosítási összeg kifizetése alól,

- ha a biztosítási esemény a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye, illetőleg
- ha a biztosítási esemény a biztosított olyan balesetével függ össze, amelyet jogellenesen a biztosított, a szerződő vagy a szerződővel, illetve a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott.

A biztosító kötelezettsége nem áll be a közlési kötelezettség megsértése esetén (ha a szerződéskötéskor feltett kérdésekre Ön nem a valóságnak megfelelően válaszol), kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt társaságunk a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

Továbbá a **biztosító nem teljesít szolgáltatást**, ha a biztosítási esemény a biztosítottnak

- harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétele miatt,
 - szándékosan elkövetett, két évnél több szabadságvesztéssel büntetendő bűntette folytán, vagy azzal okozati összefüggésben,
 - nem menetrendszerűen közlekedő légi járművön történő utazása során,
 - orvosi javaslat nélküli vagy nem az előírt adagolásban való gyógyszereszedése miatt,
 - ittas vagy kábító-, illetve bódítószerek hatása alatti állapota miatt,
 - elme- vagy tudatzavarával, bármilyen okú eszméletvesztésével, illetve öngyilkosságával vagy annak kísérletével okozati összefüggésben,
 - hivatásszerűen gyakorolt sporttevékenysége kapcsán, vagy
 - atommag szerkezeti módosulása, illetőleg radioaktív sugárzás vagy egyéb ionizáló sugárforrás hatása miatt (ha azt nem terápiás célból vette igénybe), vagy
 - jogosítvány nélküli gépjárművezetése miatt
- következett be, illetve
- a biztosított a baleset bekövetkeztekor KRESZ-szabályt is sértett,
 - a biztosított balesete a szervezett diáksport- és tömegsport-tevékenység közben történt baleset (sportbaleset) következménye.

Nem teljesít a biztosító szolgáltatást annyiban, amennyiben a biztosított a balesettel összefüggésben előírt orvosi kezelésnek nem vetette alá magát, vagy nem követte az orvosi utasításokat, és ezzel gyógyulását hátráltatta. A baleset előtt már mara-

dandóan károsodott, nem ép szervek és testrészek a biztosító kockázatviseléséből ki vannak zárva. Nem minősül balesetnek a megemelés, a rándulás, a fagyás, a napszúrás, a hőséguta, a vízbefúlás, a csigolyák közötti porckorong elváltozása, a fogkorona törése, a sérv, a nem baleset következtében kialakult vérzés és az agyvérzés, továbbá azon izületi elváltozások, melyek gyógyítására feltárási nélküli csőtűkrözés formájában kerül sor.

A biztosítási szerződés bármelyik fél részéről a biztosítási évfordulóra, azt 30 nappal megelőzően, írásban **felmondható**.

A szerződés a következők miatt **szűnhet meg**:

- a biztosított 65. életévének betöltésével,
- díj nemfizetés miatt,
- felmondással,
- a biztosított tartamon belüli halálával (baleseti eredet esetén a biztosítási összeg kifizetését követően).

A biztosítási szerződés **maradékjogokkal nem rendelkezik**, azaz a szerződés nem vásárolható vissza, és a díj nem fizetés miatti díjmentesítésre sincs mód.

A mindkét fél megelégedésére szolgáló kapcsolat reményében

Groupama Biztosító Részvénytársaság

Őrangyal baleset-biztosítás általános szerződési feltételei



1. A jelen általános baleset-biztosítási szerződési feltételek azokat a rendelkezéseket tartalmazzák, amelyeket a Groupama Biztosító Rt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött baleset-biztosítási szerződésekre alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték meg.

A biztosítási szerződés alanyai

2. A szerződő az, aki a szerződés megkötésére ajánlatot tett, és aki a biztosítási díj megfizetésére köteles.
3. A biztosított a szerződő által a biztosítási ajánlatban megnevezett személy, akire a biztosító kockázatviselése vonatkozik.

Biztosított lehet minden 18 és 64 év közötti belépési korú természetes személy. A szerződéskötéskor a biztosított belépési korát úgy kell megállapítani, hogy a biztosítási tartam kezdetének évszámából le kell vonni a biztosított születésének évszámát.

A szerződés létrejötte

4. A biztosítás megkötését a szerződő a biztosító által rendszeresített ajánlati formanyomtatvány és egészségi nyilatkozat kitöltésével kezdeményezi. A biztosító egyedi esetekben orvosi vizsgálat elvégzését is előírhatja. Az orvosi vizsgálat költségét a biztosító viseli.
5. A biztosított az ajánlattételkor vállalja, hogy szükség esetén nyilatkozatot ad a biztosítónak arról, hogy
 - a) a biztosítóval szemben felmenti a vizsgálatát vagy kezelését végző orvost az orvosi titoktartás kötelezettsége alól, és felhatalmazza őt, hogy a biztosítónak az általa végzett kezelésekről a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges felvilágosítást megadja;
 - b) hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító felvilágosítást szerezzen a biztosítási szerződés megkötése előtt fennállt betegségeinek kezelésével kapcsolatban kezelőorvosától vagy az őt kezelő egészségügyi szervtől.
6. A szerződés a szerződő felek írásbeli megállapodásával jön létre. Az írásbeli megállapodást, illetőleg a biztosító elfogadó nyilatkozatát a biztosítási kötvény kiállítása pótolja.
7. A szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra 15 napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadása időpontjára visszamenő hatállyal jön létre.
8. A biztosító az ajánlatot a részére történő átadástól számított 15 napon belül írásban elutasíthatja. Az elutasítást nem köteles megindokolni.

9. Ha a kötvény tartalma a szerződő ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő 15 napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. Ezt a rendelkezést a lényeges eltérésekre - ideértve különösen azt az esetet, amikor a biztosító bizonyos testrész(ek)e)t a kockázatviseléséből kizár, illetve a kockázat elbírálása alapján az ajánlatban rögzítetthez képest emelt díjat határoz meg - csak akkor lehet alkalmazni, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény kiszolgáltatásakor írásban felhívja. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.
10. A baleset-biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához - ha a szerződést nem ő köti meg - a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis. Ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosítottat, illetőleg örökösét kell tekinteni.

A szerződés hatályba lépése

11. A szerződés hatálybalépésével kezdődik a biztosító kockázatviselése. Ha a felek másképp nem állapodnak meg, a biztosítás az azt követő napon 0 órakor lép hatályba, amikor
 - a szerződő az első biztosítási díjat vagy díjrészletet a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, vagy
 - a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodnak meg, vagy
 - a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton érvényesíti.

Ha a szerződő a díjat a biztosító képviselőjének fizette, azt legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni, a szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

Díjhalasztás esetén a hatálybalépés időpontja (a kockázatviselés kezdete) az ajánlat aláírását követő nap 0 órája, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.

Amennyiben a felek díjhalasztás nélkül, írásban úgy állapodnak meg, hogy a kockázatviselés kezdete az ajánlat aláírását követő nap 0 órája, a szerződés létrejöttén túlmenően a hatályba lépés feltétele, hogy az első díj (díjrészlet) a biztosító számlájára az ajánlat aláírásától számított 15 napon belül beérkezzen.

A biztosítási időszak, a biztosítás tartama és a biztosítási évforduló

12. A biztosítási időszak egy év. A biztosítási időszak és egyben a tartam kezdete az ajánlat aláírását és a biztosító vagy képviselője részére történt átadását - az ajánlatté-

telt - követő hó első napjának 0 órája, ha a felek más-ként nem állapodnak meg.

13. A biztosítás határozatlan tartamú. A biztosítási tartam a biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulón véget ér.
14. A biztosítás évfordulója a biztosítási tartamon belül a naptári évnek mindig azon napja, amikor az első biztosítási időszak megkezdődött.

A biztosítás területi és időbeli hatálya

15. A biztosító kockázatviselése kiterjed a Földön bárhol bekövetkezett biztosítási eseményre, és a biztosítás tartamán belül a nap 24 órájában fennáll.

Értékkövetés

16. Az értékkövetés a biztosítás díjának és a biztosítási összegnek - a kárgyakoriságtól függetlenül - az árszínvonal változásához évente egy alkalommal történő hozzáigazítása. A jelen szerződési feltételek értelmében a biztosítás értékállósága érdekében a biztosítási összeg és a biztosítási díj a biztosítási évfordulón azonos arányban emelkedik.
17. Az értékkövetés mértéke a Központi Statisztikai Hivatal által a tárgyévben hivatalosan közzétett, a megelőző évre vonatkozó éves fogyasztói árindex azzal a kikötéssel, hogy a biztosító ettől az árindex +/- 10 százaléknak megfelelő mértékkel eltérhet.
18. A biztosító a tárgyévi biztosítási évforduló előtt legalább 45 nappal írásban értesíti a szerződőt az értékkövetés mértékéről és a biztosítási évforduló napjától érvényes biztosítási összegről, valamint a biztosítási díjról.
19. Ha a szerződő az értékkövetés során emelt biztosítási díjjal a szerződést nem kívánja fenntartani, akkor a szerződést a biztosítási évfordulóra - 30 napos felmondási idővel - írásban felmondhatja. Egyébként a biztosítási szerződés a biztosítási évfordulótól kezdődő hatállyal az értékkövetés során emelt biztosítási díjjal és biztosítási összeggel marad érvényben.

A biztosítás díja és a biztosítási időszak

20. A biztosítás díja a különös szerződési feltételekben meghatározott kockázati elemenként a díjszabás alapján a biztosítási összegtől és a díjfizetés gyakoriságától függően megállapított forintérték. A szerződő által fizetendő biztosítási díj az egyes kockázati elemek díjának összege, a 21. és 23. pontban foglaltakra is figyelemmel.
21. Ha a biztosított az átlagosnál veszélyesebb tevékenységet folytat (ideértve mind a munkavégzésre irányuló foglalkozását, mind a szabadidőben folytatott tevékenységet is), a biztosító a díjszabásban meghatározott esetekben és mértékben - tekintettel az átlagosnál nagyobb kockázatra - magasabb díjat állapít meg. Ha a szerződés hatálya alatt a biztosított foglalkozása megváltozik, és ezáltal más kockázati csoportba kerül, akkor a díj a változás bejelentését követően a díjesedékesség időpontjától ennek megfelelően módosul.
22. A szerződő a szerződéskötéskor éves, féléves, negyedéves vagy havi részletekben való díjfizetést választhat

(díjfizetési gyakoriság). A biztosító a szerződés megkötésekor jogosult minimális gyakoriság szerinti biztosítási díjat meghatározni.

23. A biztosítási időszak egy év. A biztosító a biztosítási díjat az egyéves biztosítási időszakra állapítja meg. A biztosítás első díját az ajánlattételkor kell megfizetni, minden későbbi díj pedig annak a - felek megállapodása szerinti évi, félévi, negyedévi vagy havi - időszaknak az első napján esedékes, amelyre az vonatkozik.

Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosító követelheti az egész évre járó díj megfizetését. A biztosító e követelését oly módon érvényesíti, hogy az egész évre járó díjat a biztosítási szolgáltatás összegéből levonja.

24. Ha a szerződő az esedékes biztosítási díjat nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az esedékességtől számított 30 napig viseli, amely idő alatt a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja. Az elmaradt díj esedékességétől számított 30 nap elteltével a szerződés megszűnik, ha addig a hátralékos díjat nem fizetik meg, és a szerződő ezen 30 napon belül halasztást sem kapott, illetőleg a biztosító a díjkövetelést bírósági úton nem érvényesítette.

Halasztott első díj esetén a biztosítás a halasztott első díj befizetésére megállapított határidő lejártától számított 30 nap elteltével szűnik meg díjnemfizetés miatt.

25. A már esedékessé vált és a biztosítónak meg nem fizetett biztosítási díjat a biztosító a biztosítási szolgáltatás összegéből levonja.

A szerződés díjának módosítása a kockázati körülmények változása miatt

26. A szerződő felek megállapodnak, hogy a biztosító valamennyi, a jelen szerződési feltételek alapján létrejött baleset-biztosítási szerződés vonatkozásában évente felülvizsgálja az általa kalkulált (várt) és a ténylegesen nyújtott biztosítási szolgáltatásokat.
27. Ha a biztosító által - az azonos biztosítási eseményt tartalmazó szerződések alapján - teljesített szolgáltatások összege tartósan (két egymást követő naptári évben) meghaladja azt az összeget, amellyel a biztosító a biztosítás díjának megállapításakor a termék díjkalkulációjában előre számolt, a biztosító az egyes konkrét szerződésekre vonatkozóan - a következő biztosítási évforduló első napjától - módosíthatja a szerződő által fizetendő díj mértékét anélkül, hogy a biztosítási szolgáltatás mértéke változna.

28. A biztosító a díjmódosításról a biztosítási évforduló előtt 45 nappal írásban értesíti a szerződőt.

29. Ha a szerződő a 28. pont szerinti értesítésben foglalt díjat nem fogadja el, a szerződést a biztosítási évfordulóra - 30 napos felmondási idővel - írásban felmondhatja.

Közlési és változás bejelentési kötelezettség

30. A szerződő és a biztosított köteles a szerződéskötéskor, majd azt követően a szerződés tartama alatt a biztosítóval a valóságnak megfelelően közölni minden olyan, a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges körülményt és ezek változását, amelyre a biztosító a szerződéskötéskor írásban kérdést tett fel, és amelyet a

szereződő vagy a biztosított ismert, vagy ismernie kellett. A biztosított köteles a közölt adatok ellenőrzését a biztosító részére lehetővé tenni. A biztosított köteles 15 napon belül bejelenteni a szerződés tartama alatt foglalkozásában bekövetkező változást.

31. Az orvosi vizsgálat nem mentesíti a biztosítottat közlési kötelezettsége alól.

32. A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy a be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

33. A közlési, illetőleg a változásbejelentési kötelezettség a szerződőt és a biztosítottat egyaránt terheli, egyikük sem védekezhet olyan körülmény vagy változás nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni vagy neki bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és azt közölni, illetőleg bejelenteni köteles lett volna.

34. Ha a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik vele, tizenöt napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg - ha a kockázatot a szerződési feltételek értelmében nem vállalhatja - a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik. Erre a következményre a szerződőt a módosító javaslat megtételekor figyelmezteti.

Ha a biztosító e jogával nem él, a szerződés az eredeti tartalommal hatályban marad.

A biztosító szolgáltatása

35. A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási eseménynek a biztosítás hatálya alatti bekövetkezése esetén az akkor aktuális biztosítási összeget fizeti ki a biztosítottnak, halála esetén pedig a halál esetére megnevezett kedvezményezettnek.

36. A szerződő által választható kockázati elemeket a különös szerződési feltételek tartalmazzák. A szerződés a baleset következtében kialakult állandósult testi kár és a baleseti eredetű halál kockázati elemét minden esetben kell, hogy tartalmazza, a további kockázati elemek pedig a szerződő által külön-külön és együttesen is, tetszés szerinti variációban választhatók. A szerződő által választott kockázati elemeket a biztosítási szerződés tartalmazza.

37. A kezdeti biztosítási összeget a szerződő felek a biztosítási szerződésben rögzítik. Az aktuális biztosítási összeg az értékkövetés (lásd a 16. pontot) folytán emelkedett, az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási összeg.

38. Ha a biztosított foglalkozása a kockázatviselési időszakban megváltozik, s ezáltal a díjszabás szerint más koc-

kázati csoportba kerül, de a biztosított a változást a baleset bekövetkezése előtt nem jelenti be, akkor minden egyes kockázati elem biztosítási összege - a szerződővel (biztosítottal) történt más megállapodás hiányában - aszerint módosul, ahogy az új foglalkozásának a díjszabás szerinti díja a régi foglalkozása szerint megállapított díjhoz aránylik.

A baleset fogalma

39. A jelen feltételek alkalmazásában balesetnek a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépett olyan külső behatás minősül, amelynek következtében a biztosított a kockázatviselési időszakban

- mulékony sérülést szenved, vagy
- legkésőbb egy éven belül meghal, vagy
- legkésőbb két éven belül állandósult testi kára alakul ki.

40. A jelen feltételek szerint nem minősül balesetnek a megemelése, a rándulás, a ficam, a fagyás, a napszúrás, a hőguta, a vízbefúlás, a csigolyák közötti porckorong elválása, a fogkorona törése, a sérv, a nem baleset következtében kialakult vérzés és az agyvérzés, továbbá azon izületi elváltozások, melyek gyógyítására feltárással csőtükrözés formájában kerül sor.

A biztosító mentesülése

41. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosítási esemény

- a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye,
- a biztosított olyan balesetével függ össze, amelyet jogellenesen a biztosított, a szerződő vagy a szerződővel, illetőleg a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott.

Kizárások

42. A biztosító nem teljesít szolgáltatást, ha a biztosítási esemény a biztosítottnak

- harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavarásban való részvétele miatt,
- szándékosan elkövetett, két évnél több szabadságvesztéssel büntetendő bűntette folytán, vagy azzal okozati összefüggésben,
- nem menetrendszerűen közlekedő légi járművön történő utazása során,
- orvosi javaslat nélküli vagy nem az előírt adagolásban való gyógyszereszedése miatt,
- ittas vagy kábító-, illetve bódítószerek hatása alatti állapota miatt, elme- vagy tudatzavarával, bármilyen okú eszméletvesztésével, illetve öngyilkosságával vagy annak kísérletével okozati összefüggésben,
- hivatásszerűen gyakorolt sporttevékenysége kapcsán,
- atommag szerkezeti módosulása, illetőleg radioaktív sugárzás vagy egyéb ionizáló sugárforrás hatása miatt (ha azt nem terápiás célból vette igénybe), vagy
- jogosítvány nélküli gépjárművezetése miatt

következett be, illetve

- a biztosított a baleset bekövetkeztekor KRESZ-szabályt is sértett,
- a biztosított balesete a szervezett diáksport- és tömegsport-tevékenység közben történt baleset (sportbaleset) következménye.

- 43.** Nem teljesít a biztosító szolgáltatást annyiban, amennyiben a biztosított a balesettel összefüggésben előírt orvosi kezelésnek nem vetette alá magát, vagy nem követte az orvosi utasításokat, és ezzel gyógyulását akadályozta.
- 44.** A baleset előtt már károsodott, nem ép szervek és testrészek a biztosító kockázatviseléséből ki vannak zárva.
- 45.** Hivatásszerűen gyakorolt sporttevékenységnek minősül, ha a biztosított sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik hivatásos sportolói igazolvánnyal.

A biztosító teljesítése

- 46.** A biztosítási eseményt a bekövetkezésétől számított 8 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítottnak, meg kell adni a szükséges felvilágosításokat, továbbá csatolni kell a biztosítási szolgáltatáshoz szükséges iratokat, továbbá lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.
- 47.** A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő, illetőleg a biztosított a 46. pontban foglalt kötelezettségeinek nem tesz eleget, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.
- 48.** A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi iratok bemutatása szükséges:
- a biztosítási kötvény,
 - a biztosítási eseményt igazoló dokumentumok (pl. szakorvosi vagy hatósági bizonyítvány stb.),
 - halál esetén a halotti anyakönyvi kivonat és a halál okát igazoló szakorvosi vagy hatósági bizonyítvány,
 - baleset következtében kialakult testi kár esetén az azt igazoló szakorvosi dokumentumok,
 - hatósági eljárás esetén a biztosítási esemény körülményeit igazoló határozat,
 - a szolgáltatás igénybevételére jogosult személyazonosságát igazoló okirat, valamint
 - minden olyan más, a biztosító által kért dokumentum, amely a biztosítási szolgáltatás iránti igény igazolásához szükséges.
- 49.** A biztosító megvizsgálja a biztosítási esemény bekövetkezte kapcsán benyújtott dokumentumok tartalmát, valamint szükség esetén felülvizsgálja a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét és a gyógytartamot. A biztosított vállalja, hogy aláveti magát a biztosító orvosa által végzett vizsgálatnak. Amennyiben a biztosított a vizsgálatra nem hajlandó, a biztosító orvosa a rendelkezésére álló iratok alapján dönt.
- 50.** Egyedi esetekben a biztosító külső orvos szakértőt is felkérhet véleményadásra.
- 51.** A biztosító az aktuális biztosítási összeget a szolgáltatás iránti igény igazolásához szükséges utolsó irat, okmány kézhezvételét követő 15 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak. A biztosítási szolgáltatás teljesítésének (a biztosítási összeg kifizetésének) minősül a postán keresztül történő utalás és a banki átutalás is.

A biztosítási szerződés megszűnése

- 52.** A biztosító kockázatviselése a biztosítási tartam utolsó

napján 24 órákor, vagy a szerződés korábbi megszűnése esetén a megszűnés napján 24 órákor ér véget.

53. A biztosítás megszűnik:

- a biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulóval (lásd a 13. pontot),
- díjnmfizetés miatt (lásd a 24. pontot),
- felmondással (lásd a 19., 29., 34. és 54. pontokat),
- a biztosított tartamon belüli halálával (baleseti eredetű halál esetén, a biztosítási összeg kifizetését követően).

- 54.** A szerződés bármelyik fél részéről a biztosítási évfordulóra, azt 30 nappal megelőzően, írásban felmondható.

Egyéb rendelkezések

- 55.** A szerződő és a biztosított köteles a szerződés tartama alatt bekövetkezett címváltozását (tartózkodási hely és lakóhely változását) a biztosítottnak 15 napon belül bejelenteni. A bejelentés elmulasztása esetén a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.
- 56.** A biztosító üzletkötője kizárólag az ajánlatok és a díjak átvételére jogosult. Az üzletkötő szerződéskötésre nem jogosult, és a szerződő (biztosított) jognyilatkozatot nem intézhet hozzá érvényesen.
- 57.** A biztosítóhoz intézett jognyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha azt írásban teszik, és a biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut.
- 58.** A biztosítottnak a szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozata abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor a posta azt az érdekeltnek ajánlott levélben kézbesítette, illetve - személyesen átadott nyilatkozat esetén - az átvételt az érdekelt írásban elismerte, illetőleg akkor is, ha a fenti esetekben az átvételt a címzett igazolatlanul megtagadta.
- 59.** A biztosítási díj azon a napon tekintendő megfizetettnek, amikor az a biztosító pénztárába vagy számlájára megérkezik. Ha a díjat a biztosító képviselőjének (üzletkötőjének) fizették, a 11. pont szabályai az irányadók.
- 60.** A biztosítási szerződésből eredő igények az esedékeségtől számított két év elteltével elévülnek.
- 61.** A biztosítással összefüggő iratokat, valamint a biztosító által végeztetett orvosi vizsgálatok leleteit a biztosító jogosult megőrizni.
- 62.** A biztosítóintézetekről és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 155. §-a értelmében a biztosító, a biztosításközvetítő és biztosítási szaktanácsadó ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a fenti törvény által meghatározott egyéb cél lehet.
- Különleges személyes adatok kezeléséhez, illetőleg a személyes adatok külföldi adatkezelőhöz történő továbbításához az ügyfél írásbeli hozzájárulása szükséges. A biztosító az ügynöke, illetve megbízottja tevé-

kenysége során tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat – a jogszabályban meghatározott eseteket kivéve – csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettség alól az érintett ügyféltől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve írásban felmentést kapott. Az ügyfél a saját személyes, nyilvántartott adatairól jogosult tájékoztatást kapni, kérésére adatait a biztosító nyilvántartásában módosítja.

63. A biztosító és a szerződő fél között a jelen feltételek alapján létrejött szerződésre az itt nem szabályozott kérdésekben a Polgári törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok ide vonatkozó rendelkezései az irányadók.

Groupama Biztosító Részvénytársaság
Társaságunk székhelye:
H-1117 Budapest, Dombóvári út 10-11.

Őrangyal baleset-biztosítás különös szerződési feltételei



1. A Groupama Biztosító Rt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött baleset-biztosításra a jelen különös szerződési feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Őrangyal egyéni baleset-biztosítás általános szerződési feltételeiben foglaltak az irányadók.

A biztosítási esemény

2. A jelen biztosításban biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban balesetből eredő,
 - a) a baleset bekövetkeztétől számított két éven belüli, 10%-ot meghaladó mértékű állandósult testi kára,
 - b) a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belüli halála, továbbá
 - a szerződő választása szerint - a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkező balesetből eredő
 - c) szakorvosilag indokolt és szükséges - a szerződő által megválasztott önrész napok számától függően - 0, 4, 7, illetve 9 napot meghaladó folyamatos gyógykezelése fekvőbeteg-gyógyintézetben a kezelés megkezdésétől annak befejezéséig (legfeljebb azonban a gyógyintézet tartózkodás kezdetétől számított 90. napig),
 - d) szakorvosilag indokolt és szükséges, a jelen feltételek szerinti műtéte,
 - e) szakorvos által igazolt - a szerződő által választott önrész napok számától függően - 9, illetve 14 napot meghaladó folyamatos keresőképtelensége (legfeljebb azonban a keresőképtelenség kezdetétől számított 100. napig),
 - f) radiológiai lelettel igazolt csonttörése, csontrepedése,
 - g) égési sérülése, illetve közlekedési balesete.

A biztosítási eseményhez vezető balesetnek és az ezzel okozati összefüggésben bekövetkező biztosítási eseménynek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

A biztosító szolgáltatása, és a szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja

3. A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében a következő biztosítási szolgáltatásokra vállal kötelezettséget.
 - a) A biztosított baleset következtében kialakult, állandósult
 - teljes, 100%-os testi kára esetén a biztosító az aktuális biztosítási összeget,
 - 11%-99% közötti testi kára esetén a biztosító az aktuális biztosítási összegnek a károsodás mértékével arányos részét fizeti ki.
 - b) A biztosított baleseti eredetű halála esetén a biztosító az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 50%-át fizeti ki.

4. A biztosító az egyes további, a szerződő által választott és a szerződésben rögzített kockázati elemek után járó biztosítási díj megfizetése ellenében a következő szolgáltatásokra vállal kötelezettséget.

- a) A biztosított baleset miatti, szakorvosilag indokolt és szükséges - a szerződő által megválasztott önrész napok számától függően - 0, 4, 7, illetve 9 napot meghaladó fekvőbeteg-gyógyintézeti gyógykezelése esetén a biztosító az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 0,5%-ának megfelelő összegű napi térítést nyújt a biztosított részére.
- b) A biztosított szakorvosilag indokolt és a balesettel oki összefüggésben szükséges, a jelen feltételek szerinti
 - I. csoportba tartozó műtéte esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 2%-át,
 - II. csoportba tartozó műtéte esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 5%-át,
 - III. csoportba tartozó műtéte esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 10%-át, továbbá
 - kiemelt műtéte esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 20%-át,
 - replantáció (a csonkolt, testtől elvált végtag részek, ujjak visszavarrásának műtétei) esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 30%-át fizeti ki a biztosító.
- c) A biztosított baleset következtében kialakult, szakorvos által igazolt, - a szerződő által választott önrész napok számától függően - 9, illetve 14 napot meghaladó keresőképtelensége esetén a biztosító az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 0,1%-ának megfelelő összegű napi térítést nyújt a biztosított részére.
- d) A biztosított balesetből eredően bekövetkező csonttörése, csontrepedése esetén a biztosító az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 1,5%-át fizeti ki.
- e) Amennyiben a biztosítási esemény a biztosított balesetből eredő égési sérülésének, illetve közlekedési balesetének következménye, a biztosító az egyes biztosítási szolgáltatásokra megállapított aktuális biztosítási összegek kétszeresét fizeti ki. A többletkifizetés csak azokra a biztosítási szolgáltatásokra vonatkozik, melyeknek biztosítási díját a szerződő megfizette.

5. A biztosító szolgáltatására a biztosított jogosult. A biztosított baleseti eredetű halálára szóló kockázati elem tekintetében a 12. pont rendelkezései alkalmazandók.

6. A szolgáltatási igény esedékességének időpontja:
 - azonnali halál, illetve végtagok, szervek azonnali elvesztése vagy csonttörés, csontrepedés esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének napja,
 - később bekövetkezett - egy éven belüli - halál esetén az elhalálozás napja,
 - állandósult, teljes vagy részleges testi kár esetén a százalékos mérték orvosi megállapíthatóságának napja,
 - folyamatos fekvőbeteg-gyógykezelés esetén - a szerződő által választott önrész napok számától függően - az első, az 5., a 8., illetve a 10. nap,
 - műtét esetén a műtét napja,
 - keresőképtelenség esetén - a szerződő által választott önrész napok számától függően - az 5., a 10., illetve a 15. nap.

Az egyes kockázati elemekre vonatkozó egyéb rendelkezések

A baleset következtében kialakult testi kár

7. A testi kár mértékét a biztosított foglalkozására tekintet nélkül, a jelen feltételekben rögzítettek szerint kell megállapítani.

A testrészek testi kára (térítési százalékkal) különösen:

- mindkét szem látóképességének elvesztése, mindkét felkar- alkar vagy kéz - elvesztése, mindkét comb elvesztése: 100%,
- mindkét lábszár elvesztése: 90%,
- jobbkezes jobb kezének, balkezes bal kezének elvesztése (csuklón alul): 65%,
- jobbkezes bal kezének, balkezes jobb kezének elvesztése (csuklón alul): 50%.

8. Az állandósult testi kár mértékét a fenti táblázatban felsorolt szervek, illetve végtagok elvesztése esetén a szükséges iratok bemutatásától számított 15 napon belül, egyébként legkésőbb a balesetet követő 2 éven belül meg kell állapítani. A táblázatban fel nem sorolt esetekben az állandósult testi kár mértékét a biztosító orvosa állapítja meg, ideértve az egyes szervek, illetve végtagok olyan funkciócsökkenését, amely nem jár azok elvesztésével.

A testi kár mértékének megállapításánál nem a foglalkozással összefüggő munkaképesség-csökkenést, hanem az általános funkció-csökkenést kell értékelni.

A biztosító baleseti sebészorvos szakértőjének megállapítása a baleseti testi kár mértéke tekintetében más orvos szakértői testület döntésétől független.

9. Ha a biztosított az állandósult testi kárnak a biztosító orvosa által megállapított mértékével nem ért egyet, a biztosító II. fokú (felülvizsgáló) orvos szakértőjéhez fordulhat. A vizsgálat díját a biztosító viseli, amennyiben a felülvizsgáló orvos szakértő nagyobb mértékű testi kárt állapít meg, mint a biztosító orvosa, vagy ha a vizsgálatot a biztosító kezdeményezte. Ezekben az esetekben a biztosítottat, illetőleg kísérlőjét - ha a kíséret szakorvosilag indokolt - költségtérítés (személyvonat II. osztály viteldíja) illeti meg a biztosított lakhelye és a vizsgálat helye között.

10. A baleset-biztosítás alapján kifizetett összeg független a társadalombiztosítási szervek megállapításaitól és szolgáltatásaitól.

11. Egy biztosítási eseménnyel kapcsolatban, egy biztosítottra vonatkozóan a baleset következtében kialakult

állandósult testi kár térítése a 100%-os testi kár esetén járó szolgáltatási összeget nem haladhatja meg.

A baleseti eredetű halál

12. A biztosított baleseti eredetű halála esetén esedékes szolgáltatásra a kedvezményezett az a szerződő által megjelölt személy, aki a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatás igénybevételére jogosult.

A kedvezményezett jogi személy is lehet. A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a biztosítási esemény bekövetkezése előtt más kedvezményezettet is megnevezhet. A kedvezményezett kijelöléséhez, illetőleg a kedvezményezés megváltoztatásához - ha nem a biztosított a szerződő fél - a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal (illetőleg a jogi személy kedvezményezett megszűnik). Ha a szerződő nem jelölt meg kedvezményezettet, vagy a kedvezményezés a biztosítási esemény bekövetkeztekor nincs hatályban, a biztosító a haláleseti szolgáltatást a biztosított örökösének fizeti ki.

A fekvőbeteg-gyógykezelés

13. Fekvőbeteg-gyógyintézeti gyógykezelésnek minősül az aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) történő folyamatos gyógykezelés. Aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) olyan fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályok (részlegek, ágyak) értendők, amelyeken az orvosi szakterületenként szervezett osztályok, részlegek (pl. belgyógyászat, sebészet stb.), de ide sorolandók az intenzív osztályok, részlegek is) állandó és folyamatos, aktív orvosi és ápolási ellátást igénylő betegeket látnak el.

14. A napi térítés számításánál a biztosító azt a napot is figyelembe veszi, amelyen a biztosítottat a fekvőbeteg-gyógyintézeti gyógykezelésre felvették, illetőleg onnan elbocsátották. A napi térítést a biztosító a fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodás kezdetének napjától a gyógyintézeti tartózkodás befejeztének napjáig teljesíti, legfeljebb azonban a gyógyintézeti tartózkodás kezdetétől számított 90. napig.

15. A biztosító a napi térítést a fekvőbeteg-gyógyintézetben való tartózkodás naptári napjaira nyújtja.

16. A biztosító nem teljesít szolgáltatást (napi térítést) az önrész napokra, valamint azokra a napokra, amelyeken a biztosított nem tartózkodik a fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy ha az otttartózkodás - a 14. pontban foglaltakat kivéve - 24 óránál rövidebb.

17. A biztosító a napi térítés szolgáltatásának összegét úgy számítja ki, hogy azon napok számát, amelyeken a biztosított folyamatos gyógykezelésben részesült és biztosítási eseménynek minősülnek, megszorozza a 4. a) pont szerinti biztosítási összeggel.

A baleseti eredetű műtét

18. A biztosítási eseménynek minősülő műtétek alapján a biztosító a biztosítottat ért balesettel közvetlen okozati összefüggésben elszenvedett sérülés miatt szükségessé

váló akut műtéti ellátását követően, a bemutatott szakorvosi adatok (kórelőzmény, klinikai tünetek, a műtéti ellátás) ismeretében a súlyosság, az anatómiai lokalizáció és az elvégzett műtéti típus figyelembe vételével az alábbi csoportosítás szerint nyújt szolgáltatást.

I. csoportba tartozó műtétek:

- heveny módon bekövetkezett, diagnosztikus adatokkal igazolt és kóris-mézett ízületi szalagszakadások, insérülések, mely elváltozások gyógyítása érdekében nyílt, feltárással járó műtét végzésére kerül sor;
- azok a csont törésével járó esetek, ahol a csont egyesítése feltárással nélkül dróttűzés formájában történik meg;
- olyan nyílt sérülések, ahol a bőr, bőralatti kötőszövet sérülésén túl egy ín- vagy izomkárosodás is bekövetkezik, és annak műtéti ellátása megtörténik;
- a kéz és láb ujjai, ujjai hosszának felét nem meghaladó csonkolások.

II. csoportba tartozó műtétek:

- a nagy csöves csontok zárt ízületbe hatoló, és ízületen kívüli töréseinek helyretétele és stabilizációja céljából végzett nyílt feltárással járó műtétek különböző formái (váll-, könyök-, csukló-, csípő-, térd-, boka ízületek, felkar-, alkar-, comb-, lábszár csontjai), e körbe tartozik az a műtéti megoldás, amikor a jelölt cél elérésének érdekében külső rögzítő műtéti behelyezésére kerül sor;
- a csonttöréssel nem járó kiterjedt roncsolással járó lágyrész sérülések, melyeknek gyógyítása műtéti sorozatot, bőrpótló eljárások alkalmazását indokolják;
- a kéz és láb ujj(ak) egész hosszát érintő csonkolások;
- a II-III. fokozatú égési sérülések azon formái, ahol a testfelszín 10-25 %-át éri a károsodás;
- több ín vagy izom károsodása.

III. csoportba tartozó műtétek:

- a II. csoportba sorolt törések nyílt formái;
- azon végtag-sérülések, ahol a roncsolás mértéke miatt csonkolás válik szükségessé (ujjak kivételével);
- a végtagok nagy ér- és idegsérülései;
- az emberi szervezet zárt üregrendszerének műtéti feltárása az azokon belül elhelyezkedő anatómiai képletek sérülése miatt (koponya, nyak, mellkas, has, medence, gerincoszlop);
- a II-III. fokozatú égési sérülések azon formái, ahol a testfelszín 26-50 %-át éri károsodás;
- az érzékszervek sérülései miatt végzett műtét, ha a baleset által determináltan az adott szerv funkciója 50 %-ot meghaladóan károsodik.

Kiemelt műtétek:

- azok az életveszélyes többszörös sérülések - polytraumatizáció -, kombinált sérülések, ahol műtétre, műtéti sorozatra, intenzív terápiás kezelésre, gépi lélegeztetésre van szükség és a baleset gyógyításának részeként feltárással járó műtét elvégzésére kerül sor;
- a II-III. fokozatú égési sérülések azon formái, ahol a testfelszín 50 %-át meghaladja a károsodás;
- a látással és hallással kapcsolatban azok a műtéti beavatkozások, amikor a sérülés jellegéből adódóan a jelölt érzékszervek teljes körű kiesése következik be.

19. A heveny sérülés okán elvégzett műtét adott térítési csoportba sorolásának feltétele a kórelőzményt, a kóris-mét és a terápiás beavatkozást tartalmazó szakorvosi irat, kórházi zárójelentés.

20. Jelen baleset-biztosításban nem minősülnek biztosítási eseménynek azok a feltárással járó esetek, ahol műtét-re degeneratív jellegű, ortopéd típusú megbetegedés, régi eredetű sérülés utáni állapot alapján kerül sor és azok meglétére adott esetben egy bekövetkező baleset hívja fel a figyelmet.

21. Kizáró körülmény, ha a baleset akut eredete nem bizonyítható.

22. Nem jár műtéti térítés a kizárólag feltárással nélküli ízületi csőtűkrözés műtétének elvégzése miatt.

23. Vitás esetben a biztosító fenntartja magának a jogot, hogy baleseti sebész igazságügyi orvosszakértővel az adott esetben konzultáljon, a biztosított szakvizsgálatát elvégezze, kiegészítő iratokat szerezzen be, szükség esetén az ellátó intézetet az elbírálásba bevonja, vele konzultáljon.

24. Ha ugyanazon baleset miatt több műtéti beavatkozás is szükségessé válik (a sérülés mechanizmusa okán többszörös sérülés jön létre, és ezért műtéti sorozat végzése van szükség), ez a biztosító szolgáltatása szempontjából egy biztosítási eseménynek minősül. Ilyen esetben a biztosító a műtéti beavatkozások közül a legmagasabb besorolást alapján teljesít szolgáltatást. Ha a szolgáltatást követően a biztosított újabb műtétet kell elvégezni, amely a lista alapján magasabb besorolást, a biztosító a korábbi és az újabb műtétet megállapított szolgáltatások különbözetét fizeti ki.

A baleset következtében kialakult keresőképtelenség

25. Keresőképtelen az a biztosított, aki baleset következtében szakorvosi szempontból saját jogán szükséges folyamatos gyógykezelése miatt munkáját nem tudja ellátni, és más kereső tevékenységet sem képes végezni. E rendelkezés alkalmazásában munkán az a foglalkozás, illetőleg az a munkakör értendő, amelyben a biztosított a keresőképtelenségét közvetlenül megelőzően dolgozott. Ha a biztosított több jogviszony alapján is jogosult társadalombiztosítási ellátásra, a keresőképtelenségnek mindegyik jogviszonyban fenn kell állnia. A munkaképtelenség tényét, okát, tartamát a baleseti sebészeti szakrendelés vagy a kórházi intézmény által igazolni szükséges, illetve az utókezelés folyamatát leíró igazolás szükséges.

26. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott napi térítési összeget fizeti ki a biztosítottnak az igazolt keresőképtelenség időtartamára, amely a keresőképtelenné nyilváníttal kezdődik, és a keresőképesse nyilváníttal szűnik meg. A napi térítést a biztosító az önrész napok leteltét követően a folyamatos táppénzes napokra téríti, legfeljebb azonban a keresőképtelenség kezdetétől számított 100. napig nyújtja.

27. A biztosító a napi térítést úgy számítja ki, hogy azon napok számát, amelyeken a biztosított keresőképtelen volt és biztosítási eseménynek minősülnek, megszorozza a 4. c) pont szerinti biztosítási összeggel.

28. A keresőképtelenség folyamán a biztosító részére havonta be kell nyújtani a kezelőorvos igazolását a biztosított keresőképtelenségéről.

Groupama Biztosító Részvénytársaság
Társaságunk székhelye:
H-1117 Budapest, Dombóvári út 10-11.

Biztosító

Nyilatkozat (élet-, betegség- és baleset-biztosítási ajánlathoz)

Szerződő neve:

Biztosított neve:

Biztosított címe:

Kijelentem, hogy a Groupama Biztosító Rt-vel (1117 Budapest, Dombóvári út 10-11.) biztosítási szerződés(ek) megkötésére irányuló ajánlat(ok) aláírása előtt az alábbi ügyféltájékoztató(ka)t, biztosítási feltétel(eke)t, adatlapo(ka)t, ajánlatmásolato(ka)t átvettem, a biztosítótól a 2003. évi LX. törvény 10. sz. melléklete a) és b/1. pontokban meghatározott tartalommal bíró írásbeli tájékoztatást megkaptam. Tudomásul veszem, hogy a 2003. évi LX. törvény 10. melléklete b/2. pontjában foglalt tájékoztatást részemre a biztosító biztosítási kötvényem kiállításával egyidejűleg adja meg. Hozzájárulok továbbá, hogy a biztosító a részére szerződéses jogviszony alapján a kárrendezési tevékenységet ellátó szervezet részére – biztosítási esemény bekövetkezte esetén – a biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatokat és iratokat ismertesse, illetve azokat átadja.

Az átvett dokumentum(ok) megjelölése (kérjük x-el jelölni):

Átvettem

	Ajánlatmásolat
	számú elismervény(ek)
	Csoportos beszédési megbízás
	N14-5000-00. számú Igényfelmérő
	N18-1000-01. számú Biztosításközvetítői tájékoztatás
	N14-5200-00. számú Ráció 2003 életbiztosítás termékismertető, ügyféltájékoztató, feltételek, nyilatkozat
	N14-5201-00. számú Útravaló életbiztosítás termékismertető, ügyféltájékoztató, feltételek, nyilatkozat
	N14-5202-00. számú Útravaló 2003 termékismertető, ügyféltájékoztató, feltételek, nyilatkozat
	N14-5203-00. számú Tárvat vegyes, lépcsőzetes szolgáltatású életbiztosítás termékismertető, ügyféltájékoztató, feltételek, nyilatkozat
	N14-5204-00. számú Lépésről-lépésre életbiztosítás termékismertető, ügyféltájékoztató, feltételek, nyilatkozat
	N14-5205-00. számú Azonnal induló életjáradék-biztosítás termékismertető, ügyféltájékoztató, feltételek, nyilatkozat
	N14-5206-00. számú Folytatólagos díjfizetésű kockázati életbiztosítás termékismertető, ügyféltájékoztató, feltételek, nyilatkozat
	N14-5207-00. számú Egyéni hitelfedezeti életbiztosítás ügyféltájékoztató, feltételek, nyilatkozat
	N14-5208-00. számú Egyszeri díjas Pénzvirág befektetési egységekhez kötött életbiztosítás termékismertető, ügyféltájékoztató, feltételek, 1. és 2. számú melléklet, nyilatkozat
	N14-5209-00. számú Pénzvirág 2004 befektetési egységekhez kötött életbiztosítás termékismertető, ügyféltájékoztató, feltételek, 1. és 2. számú melléklet, nyilatkozat
	N14-5210-00. számú Őrangyal baleset-biztosítás ügyféltájékoztató, általános és különös feltételek, nyilatkozat
	N14-5211-00. számú Kiegészítő betegségbiztosítás 2003 ügyféltájékoztató, feltételek, nyilatkozat
	Egyéb:

Dátum:

év

hó

nap

Szerződő (cégszerű) aláírása

Biztosított aláírása

Őrangyal baleset-biztosítás

Ügyféltájékoztató, Általános és különös feltételek, Nyilatkozat



Groupama Biztosító Részvénytársaság

Székhely: H-1117 Budapest, Dombóvári út 10-11. • Telefon: (06-1) 279-4000 • Telefax: (06-1) 361-0091
Telephely és ügyfélszolgálat: H-1114 Budapest, Hamzsabégi út 37. • Telefon: (06-40) 44-40-44
Postacím: H-1519 Budapest, Pf.: 271 • info@groupama.hu • www.groupama.hu