

GB1037 JELŰ NEM BALESETI KERESŐKÉPTELENSÉG ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS – KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

1.§ Általános rendelkezések

(1) A GB1037 jelű Nem baleseti keresőképtelenség esetére szóló kiegészítő biztosítás (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) a jelen különös feltételek és a Groupama Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei (továbbiakban: Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek) alapján jön létre a Groupama Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító), valamint bármely személy (továbbiakban: szerződő) között.

(2) Amennyiben jelen különös feltételek bármely rendelkezése eltér a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaktól, a jelen különös feltételek rendelkezései az irányadók.

(3) A jelen különös feltételek szerint létrejövő egészségbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított jelen különös feltételekben meghatározott nem baleseti eredetű keresőképtelensége, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a kötvényben meghatározott biztosítási összeg, mint szolgáltatás teljesítésére vállal kötelezettséget (összegbiztosítás).

2.§ A szerződés létrejötte és tartama

(1) A kiegészítő biztosítás a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 2.§-ában foglaltak szerint jön létre. A szerződés megkötését a szerződő ajánlattal kezdeményezi.

(2) A kiegészítő biztosítási szerződés csak akkor köthető meg, ha a szerződő a biztosító rendelkezései szerint szerződője a biztosító által meghatározott életbiztosítási szerződésnek (továbbiakban: főbiztosítás).

(3) A kiegészítő biztosítás a főbiztosítással egyidejűleg vagy a főbiztosítás biztosítási díjfordulóján köthető meg.

(4) A kiegészítő biztosítás tartama a főbiztosítás tartamának végéig tart, de legfeljebb addig az évig, amikor a biztosított 65. életévét betölti. A szerződés legalább 5 éves tartamra jöhet létre. A biztosítási szerződés lejáratának napja a tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

3.§ Fogalmak

Jelen különös feltételek alkalmazása szempontjából:

(1) **Kezdeti biztosítási díj:** A szerződő által az ajánlattételkor vállalt biztosítási díj.

(2) **Betegség:** Az orvostudomány aktuális, általánosan elfogadott álláspontja szerint a biztosított egészségében bekövetkező rendellenes testi vagy szellemi állapot, mely nem minősül baleseti eredetűnek és objektív tüneteket mutat.

(3) **Kórház:** Az egészségügyi hatóság által engedélyezett, illetőleg ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek állandó szakorvosi felügyelet alatt állnak; az üzemi kórházak; a fegyveres testületek kórházai; minden olyan, az erre jogosult egészségügyi hatóság által elismert egyéb gyógyintézmény, ahová az orvos a biztosítottat beutalja.

Jelen feltételek alapján létrejövő szerződések szempontjából nem minősülnek kórháznak különösen:

- a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok;
- az idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei;
- gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok;
- az idősök szociális otthonai és azok betegosztályai;
- a fürdő- és egyéb gyógyintézetek;
- az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.

(4) **Keresőképtelen** az, aki saját betegsége vagy balesete miatt munkáját –

orvosi szempontból indokoltan – nem tudja ellátni és aki a vonatkozó jogszabályok alapján a betegszabadság, illetve a táppénz igénybevételére jogosult. A keresőképtelenség tartamát és okát csak az arra érvényes jogszabályok szerint feljogosított orvos, illetve kórház igazolhatja.

(5) **Táppénz:** a biztosított baleset vagy betegség miatti keresőképtelensége esetén táppénzre legkorábban a betegszabadságra való jogosultság lejárata követő naptól jogosult.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

A kiegészítő biztosítás esetén a biztosító kockázatviselésének kezdete a főbiztosítással egyidejűleg történő kötés esetén az ajánlat biztosító vagy alkusz részére történő átadását követő nap, főbiztosítás tartama alatt történő kötés esetén az ajánlat átadását követő díjfizetési időszak első napja.

5.§ Kockázatelbírálás, egészségi kockázatfelmérés

(1) A Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglalt szabályozáson túl jelen kiegészítő biztosítási szerződés megkötésének előfeltétele lehet a biztosított írásban tett egészségi nyilatkozata.

(2) Ajánlattételkor a már meglévő betegség, rokkantság, egészségkárosodás megfelelő dokumentálásának kötelezettsége az ajánlattevőt terheli.

(3) Ajánlattételkor a már meglévő betegség vonatkozásában a biztosító további orvosi vizsgálatot, véleményt kérhet, ez lehet: kezelőorvosi dokumentáció, vizsgálati eredmények, orvosszakértői véleményezések.

(4) Az egészségügyi kockázatfelmérés során a biztosító kötelező orvosi vizsgálatot is előírhat, melynek költsége a biztosítót terheli.

6.§ A biztosítási szerződés alanyai

(1) **Szerződő:** A kiegészítő biztosítás szerződője azonos a főbiztosítás szerződőjével.

(2) **Biztosított:** Az az ajánlattételkor 16–60 év közötti természetes személy, akit az ajánlatban a szerződő biztosítottként nevezett meg, és aki a szerződés megkötésekor saját jogon a társadalombiztosítási szabályok értelmében táppénzre jogosult, valamint az ajánlat megtételekor táppénzben nem részesül.

Nem lehet biztosított az, aki saját jogon nem jogosult táppénzre (különösen: tanuló, munkanélküli, háztartásbeli, gyed-en lévők, nyugdíjas), illetve akinek a részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg.

Nem lehet biztosított, aki nem tesz eleget a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjakra jogosultságról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. LXXX. törvényben meghatározott mértékű egészségbiztosítási járulékfizetési kötelezettségének. A biztosító jogosult a pénzbeli egészségbiztosítási járulék megfizetésének írásbeli igazolását kérni.

(3) **Kedvezményezett:** Az a személy, aki a jelen különös feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás szerint a biztosító szolgáltatására jogosult.

7.§ Biztosítási esemény

(1) A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosított egészségében bekövetkező romlás, melynek következtében a biztosított saját jogon – az arra jogosult kórház, illetve orvos által igazoltan – a magyar

társadalombiztosítási szabályokban foglaltak szerint Magyarországon keresőképtelen állományba kerül és táppénzre jogosult.

(2) A biztosítási esemény időpontja a biztosított betegség miatti keresőképtelensége esetén a keresőképtelen állomány első napja.

8.§ A biztosító szolgáltatása

(1) Jelen különös feltételek alapján a biztosító a nem baleseti keresőképtelenség 15. napjától kezdődően a kötvényben meghatározott napi térítés összegének az indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában aktuális értékével megegyező szolgáltatást nyújtja.

(2) A biztosító szolgáltatása a táppénzes állomány minden naptári napjára jár, **azonban egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb 150 napra.**

(3) Amennyiben a nem baleseti keresőképtelenség a 14 napot meghaladja, és a biztosító szolgáltatási kötelezettsége fennáll, a biztosító visszamenőlegesen, a keresőképtelenség első napjától nyújtja szolgáltatását. **Ha a nem baleseti eredetű keresőképtelenség tartama nem haladja meg a 14 napot, a biztosító nem nyújt szolgáltatást.**

(4) A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse és annak eredményétől függően bírálja el a szolgáltatás iránti igénybejelentést.

9.§ A biztosítási díj

(1) Jelen különös feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás folyamatos díjas lehet.

(2) A biztosítás díja a szerződő választása szerint havonta, negyedévente, félévente vagy évente esedékes. A díjfizetés gyakorisága és módja nem térhet el a főbiztosításnál választott díjfizetési gyakoriságtól és módtól.

(3) A szerződő az első vállalt biztosítási díjat az ajánlat átadásakor, a folytatólagos díjat minden ezt követő, díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszakra az első díjfizetés napjával megegyező naptári napjáig köteles megfizetni.

10.§ Értékkövetés

(1) Jelen biztosítási szerződés értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféltájékoztató a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféltájékoztatóval azonosan történik.

(2) Jelen feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítás csak akkor indexálható, ha a szerződő a főbiztosításnál is vállalta a magasabb díj fizetését.

11.§ A biztosító teljesítése

(1) A szolgáltatás igénylése esetén a biztosítási esemény bejelentésekor a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 17.§ (4) pontjában felsoroltakon kívül az alábbi iratok bemutatását kéri a biztosító:

- munkáltatói igazolást vagy vállalkozói igazolványt;
- az orvos által kiállított táppénzes állományba vételről szóló, az állományba vétel okát tartalmazó igazolást;
- egészségbiztosítási járulék megfizetésének 30 napnál nem régebbi keltezésű írásbeli igazolását.

(2) Amennyiben a táppénzes állomány huzamos (30 napot meghaladó) ideig tart, a biztosító 30 naponként, a szerződésben foglaltak szerint folyamatosan teljesíthet szolgáltatást, ha a táppénzes állományról szóló tárgy-

havi igazolást megkapja. Az igazolást a biztosítottnak havonta kell megküldeni a biztosító részére. Az adott hónapra vonatkozó igazolást abban a hónapban, de legkésőbb az azt követő hónap 5-ig kell eljuttatni, amelyben a biztosított keresőképtelen volt. A biztosító teljesítéséhez az (1) pontban foglalt iratok benyújtása szükséges.

12.§ Kizárt kockázatok

A biztosító nem nyújt szolgáltatást – a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglalt kizárási okokon túl – abban az esetben, ha a táppénzen való tartózkodásra:

- közegészségi, járványügyi vagy állategészségügyi zárlat;
- gyermekápolás miatt kerül sor.

13.§ Változásbejelentési kötelezettség

A biztosított köteles a biztosítónak 8 napon belül írásban bejelenteni, ha:

- (1) a biztosítási tartamon belül a biztosított táppénzre vonatkozó jogosultsága megszűnik. Amennyiben a táppénzre a biztosított újra jogosulttá válik, akkor a szerződő és biztosított írásban kérheti újra a kiegészítő biztosítás megkötését. Ebben az esetben a biztosító új egészségi kockázatelbírást végezhet.
- (2) a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervtől határozatot kapott, amely a biztosítás tartama alatt öregségi nyugdíjra, rokkantsági, baleseti rokkantsági, rehabilitációs, illetve egyéb nyugdíjszerű ellátásra, járadékra szerez jogosultságot.

14.§ A szerződés megszűnésének esetei

A kiegészítő biztosítási szerződés megszűnik:

- a főbiztosítás megszűnésével egyidejűleg;
- ha a főbiztosítás díjmentessé válik, akkor a díjmentessé válás napján;
- a biztosított halála esetén a biztosított halála napján;
- annak a biztosítási évnek a végén, amelynek során a biztosított a 65. életévét betölti;
- ha a biztosított a biztosítás tartama alatt öregségi nyugdíjra, rokkantsági, baleseti rokkantsági, rehabilitációs, illetve egyéb nyugdíjszerű ellátásra, járadékra szerez jogosultságot;
- ha a biztosított táppénzre való jogosultsága megszűnik;
- a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek a 2.§ (9)-(10) pontokban foglalt szerződő általi felmondása esetén;
- a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek a 2.§ (11) pontban foglalt szerződő általi felmondása esetén;
- a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 4.§ (2) pontban feltüntetett esetben;
- a díjfizetés elmulasztása esetén a biztosító által küldött írásbeli felszólításban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével az esedékességre visszamenő hatállyal.

15.§ Egyéb rendelkezések

A biztosító **mentesülésének**, a biztosító **szolgáltatása korlátozásának feltételeit** és a biztosítási szerződésben alkalmazott kizárásokat a szerződési feltétel figyelemfelhívó módon, **félkövér** betűtípussal tartalmazza.