

GB121 JELŰ GREEMAN TANULÓBIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ**1.§ Általános rendelkezések**

A GB121 jelű Greeman Tanulóbiztosítási szerződés jelen feltételei alapján a Groupama Biztosító Zrt. (1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C, továbbiakban: biztosító), valamint a jelen biztosítás hatálya alá tartozó biztosított szülője, törvényes képviselője (továbbiakban: szerződő) között, az ajánlatban megnevezett biztosított javára jön létre.

2.§ A szerződés létrejötte és tartama

(1) A szerződő a szerződés megkötését írásbeli ajánlattal kezdeményezi. A szerződő az ajánlatához annak megtételétől számított tizenöt napig van kötve.

(2) A szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a biztosító vagy az alkusz részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal akkor jön létre, amikor a biztosító az ajánlat elfogadásáról és a fedezet igazolásáról kötvényt állít ki. A kötvény az ajánlat átvételét követően azonnal átadásra kerül a szerződőnek.

(3) Ha a kötvény a szerződő fél ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő fél a kötvény kézhezvételét követő tizenöt napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

(4) A biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül is létrejön a szerződés, ha a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított tizenöt napon belül nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették. Ebben az esetben a szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a biztosító vagy az alkusz részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal jön létre.

(5) Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a GB121 jelű Greeman Tanulóbiztosítás feltételeitől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést a GB121 jelű Greeman Tanulóbiztosítás feltételeinek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított tizenöt napon belül a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

(6) Az ajánlat esetleges elutasítását a biztosító nem köteles indokolni.

(7) Az önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül a biztosítási szerződést megkötő természetes személy szerződő a kötvény kézhezvételétől számított 30 napon belül a hat hónapot meghaladó tartamú biztosítási szerződést írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja. A szerződő érvényesen nem mondhat le az öt megillető felmondási jogról.

A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító legkésőbb 30 napon belül elszámol a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel, tájékoztatja a szerződőt a biztosítási díjból visszatartott összegről, mely legfeljebb az éves díj 1/12-e. A biztosító a szerződés felmondása esetén adminisztrációs és kötvényesítési költségeit érvényesíti a beérkezett befizetésekből. A biztosító a befizetésekből a felmondott biztosítási szerződésre már teljesített kifizetéseket levonja.

(8) Ha a szerződéskötést követően a biztosítási szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltoznak, a biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő 60 napon belül javaslatot tehet a biztosítási szerződés vagy az ahhoz kapcsolódó általános szerződési feltételek megváltozott szabályozásra tekintettel történő módosítására annak érdekében, hogy a szerződés tartalma az adókedvezmény vagy adójóváírás igénybevételére jogosító feltételeknek megfeleljen.

Ha a szerződő fél a módosító javaslatot az arról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem utasítja el, a szerződés a módosító javaslatban meghatározott feltételekkel a jogszabályváltozás hatálybalépésének időpontjával módosul.

(9) A biztosítási szerződést – a biztosítási kockázat jelentős növekedésének esetét kivéve – a biztosító nem mondhatja fel.

(10) A biztosítási szerződés jelen feltételek szerint a biztosítási szerződés létrejöttétől az azt követő naptári év szeptember 30-ig terjedő határozott időtartamra jön létre. A biztosítási időszak a hatálybalépéstől a következő év szeptember 30-ig terjedő időszak.

3.§ Fogalmak

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából:

(1) **Biztosítási tartam:** a szerződés létrejöttétől a következő év szeptember 30-ig terjedő időszak.

(2) **Biztosított belépési kora:** az adott biztosítottra vonatkozóan a kockázatviselés kezdetének éve és a biztosított születési évének különbsége.

(3) **Fogyasztó:** a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

(4) **Vállalkozás:** a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körében eljáró személy.

(5) **Hozzá tartozó:** a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, a testvér, a féltestvér, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, valamint a testvér házastársa.

(6) **Közeli hozzátartozó:** a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér, a féltestvér.

(7) **Baleset:** A biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelyből eredően a biztosított a bekövetkezésétől számított egy éven belül meghal vagy 2 éven belül végleges munkaképtelenséget, maradandó egészségkárosodást (rokkantságot) és/vagy azonnali mulékony sérülést szenved. Jelen feltételekben balesetnek minősülnek az alábbi események is, amennyiben ezek a biztosított akaratán kívül, hirtelen következnek be:

- vízbefúlás;
- égési sérülések, leforrázás, villámcsapás, elektromos áram hatásai;
- károsító gázok, gőzök belélegzése, mérgező vagy maró anyagok szervezetbe való kerülése.

A betegségek bekövetkezése nem minősül balesetnek, a fertőző betegségek bekövetkezése nem tekinthető baleseti következménynek. Az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet nem baleset.

(8) **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.

(9) **Baleseti eredetű rokkantság:** a biztosítottnak baleset okozta sérülés következtében kialakuló olyan testi-, érzékszervi és/vagy szel-

lemi működőképesség-csökkenése, mely a szokásos életvitelt korlátozza. A rokkantság mértékét a biztosító a jelen feltétel 1. számú melléklete alapján állapítja meg.

(10) **Kórház:** Az egészségügyi hatóság által engedélyezett, illetőleg ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek állandó szakorvosi irányítás és felügyelet alatt állnak, továbbá:

- 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 idősek szociális otthonai és azok betegosztályai;
- a fürdő- és egyéb gyógyintézetek;
- az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete, a kockázat jelentős növekedése

(1) A biztosító kockázatviselése a felek által a biztosítási ajánlaton meghatározott időpontban, ha a felek erről nem rendelkeztek az ajánlaton, az ajánlat biztosító vagy alkusz részére történt átadását követő nap 0 órájkor kezdődik.

(2) A biztosítás a biztosítási időszak végén a szerződő meghosszabbításra irányuló akaratnyilatkozatával a biztosított 18. életévének betöltéséig, a biztosító egyetértésével folyamatosan, évente megújítható. Amennyiben a biztosított középiskolai tanulmányait 18. életévének betöltésekor nem fejezi be, a biztosítás ezen tanulmányok befejezéséig a tanintézetnek a tanulói viszonyra vonatkozó igazolása alapján újítható meg.

(3) A szerződő és a biztosító a szerződéskötéskor a biztosítási díj és a biztosítási szolgáltatások többszörözésében is megállapodhatnak.

(4) Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.

5.§ A biztosítási szerződés alanyai

(1) A biztosítási szerződés alanyai:

- a. a szerződő;
- b. a biztosított;
- c. a kedvezményezett és
- d. a biztosító.

(2) A jelen feltételek alkalmazása szempontjából:

- a. **Szerződő:** A biztosítottnak az a szülője vagy más törvényes képviselője, aki a biztosítási ajánlatot szerződként aláírja, a biztosítási díjat megfizeti, köteles a jognyilatkozatok megtételére, és akihez a biztosító nyilatkozatait intézi.
- b. **Biztosított:** Az a 3–18 év közötti (illetve 18 év felett a középiskolai tanulmányokat igazolni képes) természetes személy, akit a biztosítási ajánlatban biztosítottként neveztek meg.
- c. **Kedvezményezett** az a személy, aki a biztosítási szerződés szerint a biztosító szolgáltatására jogosult. A biztosító a szolgáltatás teljesítése előtt a kedvezményezett személyazonosságát ellenőrzi.

(3) A biztosítási szerződésben kedvezményezett lehet:

- a. a szerződésben megnevezett személy(ek);
- b. ilyen személy(ek) hiányában, vagy ha a kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, a biztosított vagy örököse.

(4) A szerződő fél a kedvezményezettet a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg.

(5) Ha a szerződő fél a biztosítotthoz vagy a kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A szerződő fél nyilatkozatáról a biztosítót tájékoztatni kell.

(6) A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal vagy jogutód nélkül megszűnik.

(7) A biztosítási szerződés létrejöttéhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, ha a szerződést nem ő köti meg. A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis; ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosítottat vagy örökösét kell tekinteni, aki a szerződő félnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket.

(8) Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőlet gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges. A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a szerződés akkor is, ha a biztosított a cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.

6.§ Biztosítási esemény

A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében az alábbi – a biztosítási időszakon belül bekövetkező – biztosítási eseményekre nyújt fedezetet:

- a. a biztosított halála;
- b. a biztosított baleseti rokkantsága;
- c. a biztosított balesetből eredő csonttörése, csontrepedése;
- d. a biztosított kórházi ápolása.

7.§ Várakozási idő

(1) A várakozási idő hat hónap. A várakozási idő kezdete a kockázatviselés kezdetével megegyező naptári nap.

(2) Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási idő alatt következik be, a biztosító az addig befizetett díjakat téríti vissza a kedvezményezett részére, egyéb szolgáltatást nem nyújt.

(3) A biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától, ha a biztosítási esemény baleset miatt következik be, illetve, ha a biztosítási szerződés megújításra kerül.

8.§ A biztosítási díj

(1) A biztosítási díj a biztosító szolgáltatásának ellenértéke.

(2) A biztosítás egyszeri díjfizetésű. Egyszeri díjfizetés esetén a szerződő az egyszeri díjat az ajánlat átadásakor, valamint a biztosítás megújításakor köteles megfizetni.

(3) A biztosítás díját, valamint a biztosítási összegeket a biztosítási kötvény tartalmazza.

(4) A belépési életkor helytelen bevallása esetén, ha a tényleges belépési kor szerint a biztosítás nem jöhetett volna létre, a biztosítási szerződés a megkötésére visszamenő hatállyal érvénytelennek minősül, és a biztosító az addig befizetett biztosítási díjakat visszafizeti a szerződő részére.

(5) A biztosítási díj fizetése magyar törvényes fizetőeszközben esedékes.

(6) A biztosító a biztosítási ajánlat megtételekor vagy azt követően befizetett biztosítási díjat a kockázatviselés kezdetéig kamatmentesen kezeli. A biztosítási ajánlat visszautasítása esetén biztosító az addig befize-

tett biztosítási díjat 8 napon belül kamatmentesen visszafizeti a szerződő részére.

(7) A szerződő felek megállapodnak, hogy a díjszámításkor keletkező, 100 Ft-ot meg nem haladó díjhiány, illetve díjtöbblet érvényesítésétől kölcsönösen eltekintenek.

9.§ A díjfizetési kötelezettség elmulasztásának következményei

(1) Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

(2) A teljes biztosítási időszakra járó díjat a biztosító az első évben bírósági úton érvényesítheti.

(3) A biztosítási szerződés díjfizetés elmulasztása miatti megszűnését követően befizetett díjak nem eredményezik a szerződés újra érvénybe helyezését, a díjfizetési időszak folytatását vagy új szerződés létrejöttét.

10.§ A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 napon belül személyesen vagy írásban a biztosítónál be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. Ennek elmaradása esetén a biztosító annyiban mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetlenné válnak.

(2) Az e feltételek alapján kötött biztosítási szerződések esetében a biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor külön hozzájáruló nyilatkozatával egyidejűleg felhatalmazhatja a biztosítót arra, hogy vitás esetben a biztosító által megbízott orvosokkal vizsgálatokat végeztesen, illetve a biztosítási eseménnyel összefüggő leleteket, információkat közvetlenül a kezelőorvostól, intézménytől megkérje.

(3) A szolgáltatási igény bejelentésekor a biztosító az alábbi dokumentumok bemutatását kéri:

- a biztosítási kötvény (leadását is) és az utolsó díjfizetést igazoló nyugta;
- a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okirat;
- halotti anyakönyvi kivonat;
- a halál okát igazoló halottvizsgálati bizonyítvány, boncolási jegyzőkönyv, hatósági, és igazságügyi orvosszakértői vizsgálat eredményei;
- a biztosítási esemény bekövetkeztét igazoló és annak következményeivel kapcsolatos kezelőorvosi orvosi dokumentációk, orvosi vizsgálat eredményei, orvosszakértői véleményezések;
- a baleseti egészségkárosodást igazoló iratok;
- kórházi térítés esetén a kórházi ápolás tényét, időtartamát hitelesen tanúsító iratok (kórházi zárójelentés);
- a 16.§-ban meghatározott mentesülés ellenőrzéséhez szükséges hatósági eljárás során keletkezett iratok és orvosszakértői dokumentációk;
- a kedvezményezett azonosítását hitelt érdemlően igazoló okirat, alapító okirat, jogerős hagyatéki végzés, öröklési bizonyítvány, jogerős gyámhatósági határozat.

(4) Az okiratok beszerzésének költségei a kedvezményezettet terhelik, beleértve a 10.§ (3) bekezdésében előírt orvosi és hatósági eljárásokra vonatkozó iratok, dokumentációk hiteles magyar nyelvű fordítását.

(5) A szolgáltatást a biztosító az igényelt összes dokumentum benyújtásától számított 15 napon belül teljesíti.

(6) A biztosító szolgáltatásainak teljesítése a magyar törvényes fizetőszközben, a szolgáltatásra jogosult által megjelölt módon, banki átutalással vagy postai utalványozással történik. Postai úton történő teljesítés esetén a biztosító a szolgáltatási összegből kifizetésenként bruttó 400 Ft kezelési költséget levon.

Amennyiben a jogosult kérésére a biztosítási szolgáltatást postai átutalással teljesíti a biztosító, a teljesítési idő a postai átfutás idejével meghosszabbodik, vagyis a teljesítést a biztosító részéről akkor kell

megtörténni, amikor a biztosítási szolgáltatás postára adása megtörtént.

11.§ A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosítottnak a biztosítás hatálya alatt bekövetkező halála esetén a kötvényben rögzített haláleseti biztosítási összeget fizeti a biztosító a kedvezményezett részére. A biztosított baleseti halála esetén a kötvényben rögzített további biztosítási összeget is kifizeti a biztosító a kedvezményezett részére. A kifizetéssel a biztosítás megszűnik.

(2) A biztosított baleseti eredetű 100%-os rokkantsága esetén a biztosító a kötvényben rögzített biztosítási összeget fizeti a biztosított részére. A kifizetéssel a biztosítás megszűnik.

(3) A biztosított balesetből eredő részleges rokkantsága esetén, ha ennek mértéke a 10%-ot eléri vagy meghaladja, a 100%-os megrokkánás esetén fizetendő biztosítási összegnek a rokkantság fokával arányos részét fizeti a biztosító a biztosított részére. Amennyiben a rokkantság mértéke nem éri el a 10%-ot, a biztosító a kötvényben rögzített egyszeri összeget fizeti ki a biztosított részére.

(4) A biztosított orvosilag igazolt csonttörése, csontrepedése esetén bal esetenként egy alkalommal a kötvényben rögzített egyszeri térítési összeget fizeti ki a biztosító a biztosított részére függetlenül a törések, repedések számától, súlyosságától. Ha egy balesetből eredően a biztosított több testrésze is sérül, a biztosító csak egy testrész sérülése kapcsán nyújt szolgáltatást.

(5) A biztosított bármely okból bekövetkező kórházi ápolása esetén, amennyiben a gyógykezelés megszakítás nélküli tartama eléri vagy meghaladja a 8 napot, a biztosító a kötvényben rögzített egyszeri biztosítási összeget fizeti a biztosított részére. Amennyiben a gyógykezelés megszakítás nélküli tartama eléri vagy meghaladja a 28 napot, a biztosító a biztosítási kötvényben rögzített, további egyszeri biztosítási összeget fizeti a biztosított részére.

(6) A GB121 jelű Greeman Tanulóbiztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, a szerződés díjmentesítésére, valamint visszavásárlására nincs lehetőség. A biztosító jelen feltételekkel meghatározott biztosítási szerződése nyereségrészesedésre nem jogosít. Jelen szerződési feltételekkel meghatározott biztosítási szerződés vonatkozásában a biztosító kötvénykölcsönt nem nyújt.

12.§ Elévülés

A biztosítási szerződésből eredő igények elévülési ideje 5 év.

13.§ A szerződés megszűnésének esetei

A biztosítás megszűnik:

- a biztosítási időszak utolsó napján, amennyiben a biztosítás nem kerül megújításra;
- a biztosított halálával;
- a biztosított 100%-os megrokkánása esetén;
- amikor a biztosító által kifizetett rokkantsági térítések összesített mértéke eléri a 100%-ot;
- a szerződésnek a 2.§ (5) pontban foglalt szerződő általi felmondása esetén;
- a szerződésnek a 2.§ (7) pontban foglalt szerződő általi felmondása esetén;
- a 4.§ (4) pontban feltüntetett esetben;
- a díjfizetés elmulasztása esetén a biztosító által küldött írásbeli felszólításban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével az esedékességre visszamenő hatállyal.

14.§ Változásbejelentési kötelezettség

(1) A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő írásbeli válaszokkal a szerződő (biztosított) közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlan hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

(2) A szerződő fél köteles a személyes adataiban történő változását a biztosítónak 5 napon belül írásban bejelenteni. A változásbejelentésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet

bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a bejelentésre köteles lett volna.

(3) A biztosító szolgáltatása teljesítésének feltétele, hogy a biztosított a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges körülményekre vonatkozóan felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyek őt kezelték. További feltétel, hogy a biztosított felhatalmazza a biztosítót, miszerint a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől az intézményektől a szükséges információkat beszerezze, valamint ugyanebből a célból más biztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen.

Amennyiben a biztosított a titoktartás alóli felmentő nyilatkozatot nem adja meg és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlennek válnak, a biztosító kötelezettsége nem áll be.

A biztosító a szolgáltatás jogalapjának megállapítása céljából jogosult a vele közölt adatok ellenőrzésére, és ezért a biztosított egészségi állapotával kapcsolatban kérdéseket tehet fel és/vagy orvosi vizsgálatot kérhet. A biztosított az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

15.§ Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség

(1) A szerződőt a baleseti és egészségbiztosítási biztosítási esemény bekövetkezése esetén kárenyhítési kötelezettség terheli. Ennek értelmében:

– A szerződő fél és a biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani. Ezt az elvárhatósági követelményt kell támasztani abban az esetben is, ha a szerződés szabályozza a szerződő fél és a biztosított kármegelőzési teendőit, előírja a kár megelőzését vagy enyhítését célzó eszközöket, eljárásokat, szakképzettségi követelményeket.

– A szerződő fél és a biztosított a biztosító előírásai és a káresemény bekövetkezésekor adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni.

(2) A kárenyhítés szükséges költségei a biztosítási összeg keretei között akkor is a biztosítót terhelik, ha a kárenyhítés nem vezetett eredményre.

(3) A szerződő és a biztosított kárenyhítési kötelezettsége különösen:

– A betegség első orvosi diagnosztizálását követően, illetve a baleset után haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe venni és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni kell.

– Gondoskodni kell továbbá a megfelelő ápolásról, s általában törekedni kell a biztosítási esemény következményeinek lehetőség szerinti elhárítására, illetve enyhítésére.

(4) Nem terheli a biztosított állapotmegőrzési kötelezettség a biztosítási esemény bekövetkezése esetén.

16.§ A biztosító mentesülése és kizárások

(1) A biztosító mentesülése

a. A biztosító mentesül a haláleseti szolgáltatás kifizetése alól:

- ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében;
- ha a 14. életévét betöltött biztosított a szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben;
- ha a 14. életévét betöltött biztosított öngyilkosság következtében vesztette életét.

b. A biztosító mentesül a baleseti halál, illetve baleseti rokkantsági szolgáltatás alól, ha

- bizonyítja, hogy a balesetből eredő halált, illetve rokkantságot a 14. életévét betöltött biztosított vagy a szerződő, vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk jogellenes, szándékos vagy gondatlan magatartása okozta;
- a szerződő fél vagy a biztosított kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségét megszegi.

(2) Kizárt kockázatok:

a. A biztosító nem teljesít szolgáltatást, ha a balesetből eredő halál, illetve rokkantság a biztosított 14. életévének betöltését követően

- a biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) okozati összefüggésben következett be;
- kábítószer vagy bódító hatású anyag, továbbá nem orvos által előírt gyógyszer fogyasztása miatti tudatzavar vagy a belátási képesség csökkenése miatt következett be;
- arra a biztosítási eseményre, amely a biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli, vagy ittas állapotban történt vasúti, légi, vízi, közúti jármű és gépjármű vezetése közben, azzal okozati összefüggésben következett be, ideértve a nem közforgalmi úton történt gépjárművezetést is.

b. A baleseti esemény előtt bármely okból károsodott, nem ép testrészek a biztosításból ki vannak zárva.

(3) A biztosító nem köteles fedezetet vállalni vagy bármilyen szolgáltatást nyújtani, illetve a biztosító köteles a jelen biztosítási szerződés alapján a kártérítést elutasítani, ha az ilyen szolgáltatás nyújtására vagy kártérítés kifizetésére az Egyesült Nemzetek Szervezete határozata alapján szankció, tiltó rendelkezés vagy szigorítás és/vagy az Európai Unió, Franciaország, az Amerikai Egyesült Államok vagy bármely nemzeti jogszabályozás által bevezetett gazdasági vagy kereskedelmi szankció vonatkozik.

17.§ Többszörös biztosítás

A felek azonos biztosítási érdekre és azonos biztosítási kockázatokra több biztosítást is érvényesen köthetnek, és halmozhatják a biztosítói szolgáltatásokat.

18.§ Jognyilatkozatok

(1) A biztosító a szerződés megkötésekor a szerződőt a pénzmossás és terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvény rendelkezései szerint azonosítani köteles. A szerződő a biztosítási szerződés tartama alatt az azonosítás során megadott adatokban – családi és utónév (születési név), lakcím, állampolgárság, azonosító okmány típusa és száma, külföldi esetében a magyarországi tartózkodási helye; jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet esetén neve, rövidített neve, székhelyének, külföldi székhelyű vállalkozás esetén magyarországi fióktelepének címe, cégbírósági nyilvántartásban szereplő jogi személy esetén cégjegyzékszám, egyéb jogi személy esetén a létrejöttéről (nyilvántartásba vételéről, bejegyzéséről) szóló határozat száma vagy nyilvántartási száma –, illetve a tényleges tulajdonos személyét érintően bekövetkezett változásokról köteles a tudomásszerzést követő 5 munkanapon belül a biztosítót értesíteni.

(2) Amennyiben a szerződő, és ha a szerződő személyével nem egyezik meg, a biztosított 30 napnál hosszabb időre eltávozik lakhelyéről, előzetesen kézbesítési megbízottját vagy a képviselőre feljogosított személyt (pl. ügyvédet, rokont stb.) köteles megnevezni.

(3) A biztosító a hozzá eljuttatott panasznak nem minősülő jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá.

(4) Minden nyilatkozat akkor hatályos, amikor az a biztosítóhoz megérkezett.

19.§ Független orvosi bizottság

Azokban az esetekben, amelyeket jelen feltétel a biztosító (vagy általa kijelölt) orvosának hatáskörébe utal, a biztosított (vagy a kedvezményezett) panasszal élhet, és a döntés független orvosokból álló bizottság általi felülvizsgálatát kérheti. Független orvosi bizottság vizsgálatát és állásfoglalását a biztosító is kérheti.

Az orvosi bizottság létszáma változó, azt az eset körülményei alapján a biztosító állapítja meg. Összetételére mindkét fél javaslatot tesz a létszám 50–50%-a erejéig, elnökét a felek közös megegyezéssel bízzák meg.

A biztosított köteles alávetni magát a bizottság által előírt vizsgálatoknak,

valamint a baleset következményeinek enyhítésére vonatkozó utasításainak.

Az orvosi bizottság ügyrendjét saját maga állapítja meg. A bizottság működéséről jegyzőkönyvet készít, döntéséről határozatot hoz. E dokumentumokba az ügyfél betekinhet.

Az orvosi bizottság működésének költségeit a bizottság maga állapítja meg. Az orvosi bizottság eljárásával kapcsolatos költségeket az a fél viseli, akinek érdekében állt az összehívása. Amennyiben a szerződő vagy a biztosított kezdeményezte az eljárását, és az orvosi bizottság a javára döntött, a költségeket a biztosító fizeti.

20.§ Egyéb rendelkezések és szabályok

(1) A kötvény megsemmisülése vagy elvesztése esetén a biztosító a szerződő fél írásbeli nyilatkozatára az eredeti kötvényről a kérelem kézhezvételétől számított 60 napon belül hiteles másolatot állít ki, miután az okirat megsemmisüléséről vagy elvesztéséről a kérelmező írásban, teljes bizonyító erejű magánokiratban nyilatkozatot tett. A hiteles másolat kiadásával egyidejűleg az eredeti kötvény hatályát veszti. A hiteles másolat kiállításának költségei a kérelmezőt terhelik.

(2) A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog a magyar jog. A jelen feltételekben és a biztosítási szerződésben nem érintett kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adójogi kérdésekben a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény, a társasági adóról és osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXV. törvény, az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény, és az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

(3) A személyes adatkezelésre vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók, a biztosító elérhetőségeire (levelezési cím, telefonszám, honlap cím), felügyeleti szervére és a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos fogyasztóvédelmi eljárásokra vonatkozó tájékoztatás jelen feltételek részét képező, „A személyes adatok kezelésére, valamint a biztosítási szerződéssel kapcsolatos panaszok ügyintézésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók (Tudnivalók)” elnevezésű külön dokumentumban találhatóak.

21.§ Az életbiztosítási szerződésre vonatkozó adózással kapcsolatos szabályok

(1) A tájékoztatás a 2016. január 1-jén hatályos jogszabályokon alapul, amelyek változhatnak. Az ügyfeleknek az alábbiakban felsorolt, az adózási kérdésekre vonatkozó alapvető szabályokat meghatározó jogszabályokat, azok változásait célszerű nyomon követniük.

- a. Természetes személyek esetén:
 - a/1. a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény;
 - a/2. az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. törvény;
 - a/3. az egészségügyi hozzájárulásról szóló 1998. évi LXVI. törvény.
- b. Munkáltatónak, kifizetőnek, illetve jogi személynek minősülő szerződők esetén az előbbieken túl:

- b/1. a társasági adóról és osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXI. törvény;
- b/2. az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény.

(2) Természetes személy szerződő, biztosított, illetve kedvezményezett esetén az életbiztosítási szerződések legfontosabb adózási jellemzői, valamint előnyei a következők:

- a. A biztosító szolgáltatása mentes az örökösödési illeték alól.
 - b. Adómentes biztosítói szolgáltatás a személybiztosítás alapján nyújtott halál esetére szóló biztosítási, nyugdíjbiztosítási, járadék biztosítási, balesetbiztosítási és betegségbiztosítási szolgáltatás. Az adómentes jövedelmet a magánszemélynek az adóbevallásában nem kell szerepeltetnie.
- (3) A fentieknél részletesebb adózási szabályok, a vonatkozó hatályos jogszabályok, valamint a munkáltatónak, kifizetőnek, illetve jogi személynek minősülő ügyfelekre vonatkozó adózási tudnivalók a www.groupama.hu honlapon érhetőek el. A tájékoztatók áttanulmányozása nem mentesíti és nem is helyettesíti a hatályos adójogszabályok ismeretét és betartásának kötelezettségét.

22.§ A korábban alkalmazott feltételektől történő lényeges eltérés

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. korábbi GB121 jelű Tanulóbiztosításának feltételeitől, valamint a korábban alkalmazott szerződési gyakorlattól a jelen GB121 jelű Greeman Tanulóbiztosítás Feltételei és Ügyféltájékoztató több ponton eltér, mert a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény 2014. 03. 15. napján történő hatályba lépésére tekintettel társaságunk több módosítást eszközölt (pl. szerződés létrejötte, fogyasztó fogalma, kockázatviselés kezdete, kockázat jelentős növekedése, díjnmfizetés miatti megszűnés, érdekmúlás miatti megszűnés, várakozási idő egészségbiztosítás esetén, többszörös biztosítás szabályai stb.).

Ezeket az eltéréseket, valamint a biztosító mentesülésének, a biztosító szolgáltatása korlátozásának feltételeit és a biztosítási szerződésben alkalmazott kizárásokat a szerződési feltétel figyelemfelhívó módon, félkövér betűtípussal tartalmazza.

Tájékoztatjuk továbbá, hogy a jelen szerződési feltételek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény hatályba lépése miatt szükséges módosításokon túl a feltételek előző verziójától az alábbiakban tér el lényegesen:

- kiegészítette a kizárt kockázatok körét;
- kiegészítette szerződés módosításának és felmondásának lehetőségeit.

Biztosítónk legfontosabb adatai:

Név: Groupama Biztosító Zrt.
Székhely: Magyarország, 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C
Levélcím: 1380 Budapest, Pf. 1049
Jogi formája: zártkörűen működő részvénytársaság (alapítva 1987)
Cégjegyzékszám: Cg. 01-10-041071
Társaságunk a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságánál került bejegyzésre.

23.§ Mellékletek

1. számú melléklet

Rokkantsági fok megállapítása

(1) A szerződés tartama alatt bekövetkező balesetből eredő maradandó baleseti sérülések mértékei (rokkantsági fokok) összegződnek. Amennyiben az összegzett rokkantsági fok eléri a 100%-ot, a szerződés megszűnik.

(2) A biztosító az adott biztosítási év során bekövetkező különböző balesetből eredő, de következményeiket tekintve egymásra ható rokkantságot előidéző sérülések esetén a legsúlyosabb következményekkel járó sérülésre teljesít szolgáltatást úgy, hogy a kifizetendő összeget a könnyebb sérülésekre már teljesített szolgáltatással csökkenti.

(3) A rokkantság fokát az alábbi táblázat szerint kell megállapítani.

Testrészek károsodása	Rokkantság foka
egyik felső végtag vállizülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
egyik felső végtag könyökízület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
egyik felső végtag könyökízület alatt való teljes elvesztése vagy működésképtelensége, továbbá az egyik kéz teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	20%
egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
egyik alsó végtag combközépig fölött való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	70%
egyik alsó végtag combközépigig való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
egyik alsó végtag lábszár közepéig vagy egyik lábfej teljes elvesztése vagy működésképtelensége	50%
egyik lábfej boka szintjében való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
bármely más lábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	2%
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	65%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	45%
a beszélőképesség teljes elvesztése	60%
a szaglórészék teljes elvesztése	10%
az ízelelőképesség teljes elvesztése	5%

(4) A tartós rokkantságot és annak mértékét a biztosító orvosa állapítja meg. Az elbírálás során, a biztosító orvosának döntése, valamint a biztosító szolgáltatása a társadalombiztosítási eljárástól és annak eredményétől független.

(5) A táblázatban felsorolt érzékszervek vagy testrészek részleges elvesztése vagy károsodása esetén a rokkantság fokát a biztosító orvosa ennek megfelelő mértékben állapítja meg.

(6) Az érzékszervek működőképességének részleges elvesztése esetén a szolgáltatást legfeljebb a megfelelő rokkantsági fok 75%-ában lehet meghatározni.

(7) Ha a rokkantság foka a táblázat alapján nem állapítható meg, akkor azt a biztosító orvosa állapítja meg.

(8) Egy balesetből fakadó több sérülés esetén a szolgáltatás teljesítése során a rokkantsági táblázat, valamint az (5), a (6) és (7) bekezdések alapján adódó százalékok összegzésre kerülnek.

(9) A baleseti eredetű rokkantság végleges fokát a biztosító a baleset bekövetkezése után legkésőbb 2 évvel állapítja meg. Amennyiben a baleseti eredetű rokkantság végleges foka meghaladja az előzetesen megállapított rokkantsági fokot, a biztosító a rokkantsági fok különbözetének megfelelő többszörszolgáltatást kifizeti.

(10) A végleges rokkantsági fok megállapítása után, a végelszámolás során a kifizetendő baleseti eredetű rokkantsági biztosítási összegből ugyanezen biztosítási eseményből adódóan rokkantságra már kifizetett összegek levonásra kerülnek. Amennyiben a rokkantság megállapítása előtt ugyanabból a balesetből eredő sérülésre múltékony sérülésként már térítést fizetett a biztosító a biztosítottnak, úgy a múltékony sérülésre kifizetett összeg levonásra kerül a baleseti eredetű rokkantsági szolgáltatás összegéből. Múltékony sérülés a 10% alatti rokkantság, csonttörés, csontrepedés.

(11) A baleseti eredetű rokkantság fokának megállapításával kapcsolatban a biztosított (vagy a szerződő) panasszal élhet és kérheti a döntés független orvosokból álló bizottság általi felülvizsgálatát. Az orvosi bizottság működése a 19.§ „Független orvosi bizottság” részben leírtak szerint történik.