

RELEVA
KOCKÁZATI
ÉLETBIZTOSÍTÁS
FELTÉTELFÜZET



Bizalomból biztonság



Biztosító

Az OTP Csoport partnere

Biztosító**A GROUPAMA BIZTOSÍTÓ ZRT.
ÉLETBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.5 Az életbiztosítás általános feltételeinek tartalma**

(1) A Groupama Biztosító Zrt. Életbiztosítási Általános Feltételei és Ügyféltájékoztató (továbbiakban: Életbiztosítási Általános Feltételek) azokat a kikötéseket tartalmazzák, amelyeket – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a Groupama Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződéseire, illetve biztosítási szerződéseinek életbiztosítást tartalmazó részére alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték.

(2) Életbiztosítási szerződés alapján a biztosító a természetes személy biztosított halála, meghatározott életkor vagy időpont elérése vagy más esemény bekövetkezése esetére a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kifizetésére, járadék élethosszig tartó vagy meghatározott időszakra történő folyósítására vállal kötelezettséget.

(3) Az ajánlat, az ajánlathoz kapcsolódó nyilatkozatok, az egészségi nyilatkozat, a szerződési feltételek és a kötvény a felek közötti megállapodás valamennyi feltételét tartalmazzák, így a korábbi megállapodások, nyilatkozatok hatályukat veszítik, és nem képezik jelen szerződés részét.

2.5 A szerződés létrejötte és tartama

(1) A szerződő a szerződés megkötését írásbeli ajánlattal kezdeményezi. A szerződő az ajánlatához annak megtételétől számított tizenöt – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van köteve. Kockázatbírálási idő az ajánlat biztosítóhoz történő beérkezésétől számított tizenöt – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – nap.

(2) A szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal akkor jön létre, amikor a biztosító az ajánlat elfogadásáról és a fedezet igazolásáról a kockázatbírálási idő alatt kötvényt állít ki.

(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. Nem jön létre a szerződés, ha a biztosító az ajánlatot a kockázatbírálásra nyitva álló tizenöt, illetve egészségügyi kockázatfelmérés esetén hatvan napos határidőn belül elutasítja.

(4) A biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül is létrejön a szerződés, ha a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított tizenöt – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – 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 részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatbírálási idő elteltét követő napon jön létre. A biztosító a szerződés létrejöttéről kötvényt állít ki.

(5) Ha a kockázatbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, az ajánlatot a biztosító csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az ajánlati lapon a figyelmet kifeje-

zetten felhívta, és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

(6) Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a biztosító általános szerződési feltételeitől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az általános szerződési feltételeknek 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.

(7) A biztosító a kockázatbírálásra nyitva álló tizenöt – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napos határidőn belül dönt az ajánlat elfogadásáról.

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

(9) Az életbiztosítási szerződés megkötését követően, a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül – a kötelezettségvállalás tagállamának hivatalos nyelvén, vagy ezirányú megegyezés esetén a szerződő kifejezett kérésére más nyelven – a biztosító a szerződőt bizonyítható és azonosítható módon, egyértelműen tájékoztatja a biztosítási szerződés létrejöttéről.

(10) Az önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül a biztosítási szerződést megkötő természetes személy szerződő a (9) bekezdés szerinti tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napos jogvesztő határidőn belül a hat hónapot meghaladó tartamú életbiztosítási szerződést írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja. E felmondási jog a szerződőt nem illeti meg olyan életbiztosítás esetén, amely egy hitel- vagy kölcsönszerződéshez kapcsolódik és a rendelkezésre bocsátott pénzes összeg – teljes vagy részleges – törlesztése a szerződés szerint életbiztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegből történik (hitelfedezeti életbiztosítás). A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt 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. A biztosító a szerződés felmondása esetén adminisztrációs és kötvényesítési költségeit érvényesíti a főbiztosításra és a kiegészítő biztosításokra beérkezett befizetésekből. A visszatartott összeg mértéke egyszeri díjas biztosítás és a hozzá tartozó kiegészítő biztosítás esetén összesen 4000 forint, folyamatos díjas biztosítási szerződés és a hozzá tartozó kiegészítő biztosítások esetén összesen 4000 forint, de legfeljebb a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítások éves díjai összegének egy tizenkettede. Befektetési egységhez kötött életbiztosítások esetén a felmondási érték alapja az aktuális vélteli árfolyamon számolt aktuális érték, plusz a felmondásig levont költségek, majd ebből az összegből kerül levonásra az előbb meghatározott visszatartott összeg. Az árfolyamváltozásból származó veszteség a szerződőt terheli. A biztosító a befizetésekből a felmondott biztosítási szerződésre már teljesített kifizetéseket levonja.

(11) A szerződő fél – ha az első évi biztosítási díjat befizették – az életbiztosítási szerződést írásban, harmincnapos felmondási idő mellett, a biztosítási időszak utolsó napjára felmondhatja.

(12) 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

szződés 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.

(13) Az életbiztosítási szerződést – a biztosítási kockázat jelentős növekedésének esetét kivéve – a biztosító nem mondhatja fel.

(14) A biztosítás a különös feltételekben foglaltak alapján, határozott vagy élethosszig szóló tartamra jöhet létre.

3.§ Fogalmak

Jelen általános feltételek alkalmazása szempontjából:

(1) **Biztosítási tartam:** határozott időre szóló szerződés esetén a szerződés létrejöttétől a szerződő által a biztosítási ajánlaton megválasztott lejáratig terjedő időszak, határozatlan időre szóló (élethosszig tartó) szerződés esetén a szerződés létrejöttétől a biztosítási esemény bekövetkezéséig terjedő időszak.

(2) **Biztosítási évforduló:**

a. Főbiztosítások esetében minden évben a kockázatviselés kezdetének megfelelő napot megelőző nap.

b. Kiegészítő biztosítások esetében, ha a kiegészítő biztosítás a főbiztosítással egyidejűleg vagy annak valamely biztosítási évfordulóján jön létre, akkor minden évben a kockázatviselés kezdetének megfelelő napot megelőző nap.

Ha a kiegészítő biztosítás a főbiztosítás bármely biztosítási évfordulójától eltérő időpontban jön létre, akkor a kiegészítő biztosítás biztosítási évfordulója a főbiztosítás következő biztosítási évfordulójával esik egybe.

(3) **Biztosítási időszak:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti 1 éves időszak, más néven biztosítási év.

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

(5) **Díjfizetési időszak:** a szerződés díjfizetési gyakoriságától függő havi, negyedéves, féléves vagy éves időszak, melyre a szerződő által vállalt biztosítási díj fizetése vonatkozik. Az első díjfizetési időszak kezdő napja a kockázatviselés kezdetének napja.

(6) **Díjforduló:** a díjfizetési időszak utolsó napja.

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

(8) **Technikai kamat:** A biztosítási díj számításához felhasznált kamatláb. A biztosító a biztosítási szerződés tartama alatt a technikai kamatlábat megváltoztathatja, de a változtatásra csak akkor kerülhet sor, ha a technikai kamatlábak legnagyobb mértékéről szóló jogszabályban rögzített technikai kamatláb legnagyobb mértéke módosul.

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

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

(11) **Hozzá tartozó:** a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbe fogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbe fogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér, a féltestvér, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona, testvére és a testvér házastársa.

(12) **Közeli hozzátartozó:** a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbe fogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbe fogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér, a féltestvér.

(13) **Értékkövetés:** a biztosítási díjaknak és szolgáltatásoknak a szerződési feltételekben előre meghatározott módon történő emelése.

(14) **Maradékjogok:** Az életbiztosítások lehetséges maradékjogai a következők: visszavásárlás, díjmentes leszállítás. A szerződő a 15.§, illetve 16.§ szerint jogosult a biztosításból eredő maradékjogokra.

(15) **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, leforrzás, 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.

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 részére történt átadását követő nap 0 órájaktól kezdődik. A kockázatviselés kezdő időpontja nem lehet korábbi, mint az ajánlat biztosítónak történt átadását követő nap 0 órája. Amennyiben az ajánlaton a kockázatviselés kezdő időpontjaként korábbi időpont került feltüntetésre, mint az ajánlat biztosítónak történt átadását követő nap, úgy a kockázatviselés kezdő időpontjának az ajánlat biztosítónak történt átadását követő nap 0 óráját kell tekinteni.

(2) Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről (pl. a biztosított foglalkozása, sporttevékenysége vagy egyéb veszélyes tevékenysége, külföldre költözése) 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. A biztosító a szerződés módosítására vagy felmondására vonatkozó ezen jogát a lényeges körülmények megváltozásától számított 5 éven belül gyakorolhatja. 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. Ha a szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a jelen bekezdésben meghatározott jogait a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.

5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi kockázatfelmérés

(1) A biztosító a szerződés létrejöttét kockázatelbírálástól teszi függővé. Ennek keretében a biztosító jogosult az ajánlaton közölt adatok ellenőrzésére, továbbá a kockázat elbírálása céljából kérdéseket feltenni a biztosított foglalkozásával, életkörülményeivel, szabadidős- és sporttevékenységével kapcsolatban, valamint kérdéseket tehet fel a biztosított egészségi állapotával kapcsolatban az egészségi nyilatkozaton, orvosi vizsgálatot írhat elő. A biztosító az egészségi nyilatkozatot írásban papír alapú nyomtatványon vagy – az ehhez történt hozzájárulásától függően a biztosító megbízott partnere útján – telefonon szóban kérheti a biztosítotttól.

(2) Ha a kockázatelbírálás során a biztosító egészségügyi kockázatfelmérést végez, az azt jelenti, hogy a biztosított korától, a biztosítási összeg nagyságától, valamint az egészségi nyilatkozaton feltett kérdésekre adott válaszoktól függően orvosi vizsgálatot írhat elő, illetve a biztosított egészségi állapotával kapcsolatos orvosi dokumentációkat (kezelőorvosi orvosi dokumentációk, orvosi vizsgálat eredményei, orvosszakértői véleményezések) kérhet be, illetve telefonon történő egészségi nyilatkozat felvételekor egészségi állapottal kapcsolatos további adatokat kér be.

(3) A kockázat elbírálására vonatkozó határidő az ajánlat biztosítóhoz történő beérkezésétől számított tizenöt nap, amennyiben egészségügyi kockázatfelmérésre is szükség van, hatvan nap. Hatvan nap a kockázat elbírálására vonatkozó határidő abban az esetben is,

ha a biztosított egészségi nyilatkozatának felvételére telefonon kerül sor, tekintettel arra, hogy ennek során egészségügyi kockázat-felmérés történik.

(4) Az ügyfél az elvégzett orvosi vizsgálatok eredményeit az egészségügyi-ről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti. Amennyiben a biztosító az ajánlat elfogadását orvosi vizsgálathoz köti, ennek költségeit a biztosító viseli. Az orvosi vizsgálat elvégzése a közlési kötelezettség alól a feleket nem mentesíti.

(5) A biztosító által feltett kérdésekre adott válaszok vagy az egészségügyi kockázatfelmérés eredményétől függően a biztosító jogosult a kockázatot alacsonyabb biztosítási összeggel vállalni, pótdíjat felszámítani, kockázat kizárását alkalmazni vagy az ajánlatot elutasítani.

(6) Díjmelés, kockázatkizárás vagy a biztosítási összeg csökkentése esetén a biztosító a kockázat elbírálására vonatkozó határidőn belül írásban értesíti a szerződőt arról, hogy a kockázatot az ajánlattól eltérően milyen feltételekkel vállalja. A szerződő a tájékoztatás kézhezvételétől számított 15 napon belül jogosult nyilatkozni a díjmelés, kockázatkizárás vagy biztosítási összeg csökkentésének elfogadásáról vagy elutasításáról. Amennyiben a szerződő a 15 napos határidő alatt nem nyilatkozik, ez a módosított ajánlat elutasításának minősül.

(7) A biztosító a biztosítási szerződés tartama alatt a szerződő által kezdeményezett új biztosítási kockázat igénylésére, új biztosított bevonására irányuló szerződésmódosítás esetén ismételt kockázat-elbírálást végezhet. Ebben az esetben a kockázat elbírálására, valamint a várakozási időre a biztosítási ajánlat megtételére vonatkozó általános szabályok érvényesek.

(8) Amennyiben a szerződés létrejöttét a biztosított egészségi állapota vonatkozó kérdés feltétele, illetve egészségi nyilatkozat kitöltése, vagy egészségügyi kockázatfelmérés nem előzi meg, úgy a biztosító nem nyújt szolgáltatást a jelen feltételekben foglalt kizárási okokon túl olyan eseményre, amely a szerződés kockázatviselésének kezdete előtt diagnosztizált, rendszeres orvosi kezelést vagy rendszeres orvosi ellenőrzést igénylő betegséggel, vagy bekövetkezett balesetekkel, illetve az ezekből eredő egészségkárosodással okozati összefüggésben a szerződés fennállásának első öt évében következik be.

(9) A biztosító módosított kockázatviselése a biztosítási szerződéssel kapcsolatos igény elfogadása esetén az adott biztosítási kockázat vonatkozásában a szerződésmódosításról szóló ajánlat megtételét követő díjfizetési időszak kezdő napján kezdődik.

6.§ 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 általános feltételek alkalmazása szempontjából:

- a. **A szerződő az a magyarországi lakcímmel vagy levelezési címmel rendelkező személy, aki az ajánlatot teszi, a biztosítóval a biztosítási szerződést megkötöti és a biztosítás díját fizeti, köteles a jognyilatkozatok megtételére és akihez a biztosító nyilatkozatait intézi. Amennyiben a szerződő nem rendelkezik magyarországi lakcímmel vagy levelezési címmel, köteles ilyen lakcímmel rendelkező személyt meghatalmazni (kézbesített megbízott) a biztosító által küldött jognyilatkozatok, tájékoztatások és egyéb levelek átvételére. A szerződő azonos is lehet a biztosítottal. Biztosítási szerződést az köthet, aki valamely személyhez fűződő jogviszonya alapján a biztosítási esemény elkerülésében érdekelt, vagy aki a biztosítást ilyen személy (biztosított) javára köti meg. Ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.**
- b. **a biztosított az a természetes személy, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés szól.**

c. **A kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási szerződés szerint a biztosító szolgáltatására jogosult. A biztosító a szolgáltatás teljesítése előtt a kedvezményezett személyazonosságát ellenőrzi.**

(3) Az életbiztosítási 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. Ha nem a biztosított a szerződő fél, mindezekhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.**

(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) **Az életbiztosítási 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 képviselget 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.**

(9) **A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe belép.**

(10) **Ha a szerződést nem a biztosított kötötte, a biztosított a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a szerződésbe beléphet; a belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át.**

(11) **Ha a biztosított belép a szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős. A szerződésbe belépő biztosított köteles a szerződő félnek a szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni.**

7.§ A biztosító szolgáltatása és a biztosítási esemény

(1) **Az életbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a különös feltételekben foglaltak szerinti szolgáltatást teljesíti.**

(2) **Életbiztosítási esemény lehet:**

- a. a biztosított tartam alatti halála;
- b. a biztosítottnak a szerződésben megjelölt időpont életben elérése;
- c. **azon események, amelyeket a különös feltételek biztosítási eseményként határoznak meg.**

8.§ Várakozási idő

(1) **A felek a szerződésben kiköthetik, hogy a biztosító valamely biztosítási esemény kockázatát csak a szerződés létrejöttét követő későbbi időponttól vállalja. A várakozási idő legfeljebb hat hónap lehet; a kikötött várakozási idő ezt meghaladó része semmis. A várakozási idő kezdete a kockázatviselés kezdetével megegyező naptári nap.**

(2) A biztosító a biztosítási szolgáltatások vonatkozásában 6 havi várakozási időt köt ki.

(3) 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.

(4) Amennyiben az életbiztosítási szerződés megkötéséhez a hatályos kockázatbírálási szabályok értelmében nincs szükség orvosi vizsgálat elvégzésére, de a biztosított saját költségén elvégezteti a biztosító által megadott orvosi vizsgálatokat, a biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától. Az orvosi vizsgálat elvégzése nem mentesíti a biztosítottat az egészségi nyilatkozat kitöltése alól.

(5) A biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától, ha a biztosítási esemény baleset miatt következik be.

9.§ A biztosítási díj

(1) A biztosítási díj a biztosító szolgáltatásának ellenértéke. A biztosítás díja lehet egyszeri vagy folyamatos fizetésű. A biztosítási díj fizetése az ajánlaton megjelölt módon történik.

Egyszeri díjfizetés esetén a szerződő az egyszeri díjat az ajánlat átadásakor, de legkésőbb a kockázatbírálási idő végéig köteles megfizetni.

A folyamatos díjas biztosítás éves díjfizetésű. A szerződő az éves díjat a különös feltételekben foglaltak szerint havi, negyedéves, illetve féléves részletekben is fizetheti. A havi díjfizetéstől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító a díjból engedményt adhat. Folyamatos díjfizetés esetén a biztosítás első díját az ajánlat átadásakor, de legkésőbb a kockázatbírálási idő végéig kell megfizetni. Minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napjáig esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A szerződő legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 30 nappal, írásban kérheti a díjfizetési időszak módosítását, melyet a biztosító jogosult elutasítani.

(2) A díjfizetési tartamon túli fizetéssel a biztosító lejárati szolgáltatását meghaladó többletszolgáltatására jogosultság nem keletkezik. Az így fizetett többletdíjat a biztosító harminc napon belül kamatmentesen visszafizeti. A díjfizetési tartamon belül fizetett többletdíjat a biztosító a később esedékes díjrészletbe beleszámítja.

(3) A biztosítás (kezdeti) díját a biztosított belépési korának és a biztosítás tartamának figyelembevételével állapítja meg a biztosító. A biztosítónak jogában áll módosítani a (kezdeti) biztosítási díjat az ajánlat 5.§-ban foglalt kockázat elbírálásának eredménye alapján. A biztosítás (kezdeti) díját, valamint a (kezdeti) biztosítási összegeket a biztosítási kötvény tartalmazza.

(4) A belépési életkor helytelen bevallása esetén a biztosító a valóságos belépési életkornak megfelelő szolgáltatást nyújtja, ha a biztosítás a valóságos belépési életkorral létrejöhett volna. **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 átutalással történő kiegyenlítése esetén a szerződő köteles az átutalási megbízás közlemény rovatát úgy kitölteni, hogy abból egyértelműen beazonosítható legyen az átutalt díj rendeltetése. A közleménynek ezért az alábbi adatokat kell tartalmaznia:

- a. szerződő neve;
- b. ajánlatszám vagy szerződésszám (rendkívüli/eseti befizetés esetén a rendkívüli/eseti befizetés sorszama, ennek hiányában a „Rendkívüli/eseti befizetés” megjegyzés és a főszerződés száma);
- c. szerződő címe.

A beazonosíthatatlan fizetményeket a biztosító a díj beérkezését követő 30. napon visszautalja a feladó részére, amennyiben a rendelkezésre álló információ alapján a díj visszautalható.

(6) A biztosítási díj fizetése – amennyiben a különös feltételek ettől eltérően nem rendelkeznek – magyar törvényes fizetőszközben esedékes.

(7) 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 befizetett biztosítási díjat 8 napon belül kamatmentesen visszafizeti a szerződő részére.**

(8) Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és a szerződés megszűnik, a biztosító az egész biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti.

(9) A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért. Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a biztosító a díjtöbbletet kamatmentesen 8 napon belül köteles visszatéríteni.

(10) Amennyiben a szerződő a díjfizetés módjára vagy gyakoriságára tekintettel díjkedvezményben részesül, a díjfizetés módjának, illetve gyakoriságának megváltoztatása esetén a korábbi kedvezményt elveszti. Banki díjlehívásra adott meghatalmazás esetén, ha a biztosítási díj lehívása a szerződő érdekkörébe tartozó okból (ideértve a bank érdekkörébe tartozó okot is) nem hajtható végre, a biztosító jogosult a díjfizetési módot csekkes díjfizetésre módosítani.

(11) A szerződő felek megállapodnak, hogy a díjszámításkor keletkező 100 Ft-ot, illetve 1 €-t meg nem haladó díjhiány, illetve díjtöbblet érvényesítésétől kölcsönösen eltekintenek.

(12) A biztosítás díja fizethető csoportos beszédési megbízással, banki átutalással vagy postai átutalással (csekken). A szerződő a 100 000 Ft-ot meghaladó összegű első biztosítási díjat csak banki átutalással teljesítheti.

(13) A biztosító üzletkötője (függő ügynöke) jogosult a szerződőtől díj átvételére, de csak 100 000 Ft összeghatárig. Az OTP Bank Nyrt. ügyintézője nem jogosult díj átvételére, de az ügyfél az OTP Bankban befizethet a biztosító számlájára. Az alkusz és a többes ügynök díj átvételére nem jogosult, kivéve, ha a biztosítóval kötött egyedi megállapodás erre feljogosítja. A díj átvételére vonatkozó jogosultság fennállásáról az alkusz, a többes ügynök tájékoztatja a szerződőt.

A biztosításközvetítő nem jogosult a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében közreműködni.

10.§ 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, illetve a 10.§ (3) pontban foglalt esetet.

(2) A teljes biztosítási időszakra járó díjat a biztosító az első évben bírósági úton érvényesítheti. Ezt követően csak akkor élhet e jogával, ha abban az évben a szerződő fél a díjfizetést már megkezdte vagy a díjfizetés halasztásában állapodtak meg.

(3) A díjfizetés elmulasztása esetén a kockázati életbiztosításnak nem minősülő életbiztosítási szerződés megfelelően csökkentett biztosítási összeggel marad fenn (a továbbiakban: díjmentes leszállítás). A szerződő fél e jogkövetkezmény helyett választhatja a szerződés rendes felmondását.

(4) Nem lehet díjmentesíteni a szerződést, ha visszavásárlási összeg a díjmentes leszállítás időpontjában még nem keletkezett. Ebben az esetben a szerződés szolgáltatási összeg hiányában megszűnik.

(5) A biztosítási szerződés díjfizetés elmulasztása miatti megszűnését vagy díjmentes leszállítását követően befizetett díjak – a 11.§-ban foglalt esetet kivéve – nem eredményezik a szerződés újra érvénybe helyezését, a díjfizetési időszak folytatását vagy új szerződés létrejöttét.

11.§ Az újra érvénybe helyezés

(1) Abban az esetben, ha a szerződés a 10.§ (1) bekezdéseiben írt módon, a folyamatos díj meg nem fizetése következtében szűnt meg, **a szerződő fél a megszűnés napjától számított 6 hónapon belül írásban kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására.** A biztosító a biztosítási fedezetet a megszűnt szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, feltéve, hogy a korábban esedékessé vált biztosítási díjat megfizetik. **A biztosító a biztosítási fedezet helyreállításához kockázatbírálást írhat elő.**

Amennyiben a kockázatbírálás eredményétől függően a biztosító hozzájárul a szerződés újra érvénybe helyezéséhez (reaktiválásához) a biztosító kockázatviselése az újra érvénybe helyezés hatályától folytatódhat.

(2) A díjfizetés elmulasztása miatt díjmentes állományba került biztosítás esetén a szerződő az (1) pontban foglalt határidőn belül írásban kérheti a biztosítót a szerződés díjmentesítés előtti állapotba helyezésére. A biztosító kockázatbírálási eljárására ebben az esetben az (1) pontban foglaltak az irányadók.

12.§ Értékkövetés

(1) A biztosító jogosult a biztosítási díjak és szolgáltatások vonatkozásában értékkövetést alkalmazni. Az értékkövetés módját a módosítási különös feltételekben határozza meg.

(2) Amennyiben a biztosított érvényben lévő biztosítási szerződésai aktuális biztosítási összegeinek összege az értékkövetés alapján a következő biztosítási évfordulón meghaladná a 30 000 000 forintot, a biztosítási összeg értékkövetésére nincs lehetőség.

13.§ Az életbiztosítási díjtartalék

(1) A biztosító a biztosítási díjak egy részéből a hatályos jogszabályokban előírtaknak megfelelően életbiztosítási díjtartalékot képez. A biztosító a díjtartalék összegét biztosítási szerződésenként nyilvántartja és használja.

(2) A biztosítási díjtartalék és a befektetéséből képződő kamathozam képezi az alapját – a haláleseti (tisztá kockázati) biztosítások kivételével – a szerződés visszavásárlásának, díjmentes leszállításának és a befektetett díjtartalékok többelhozamából való részesedésének.

14.§ A nyereségrészesedés

(1) Az életbiztosítási díjtartalék befektetési többelhozamának legalább nyolcvan százalékát a biztosítottaknak vissza kell juttatni. A visszajuttatás mértékéről a különös feltételek rendelkeznek.

(2) Az elért összeg utáni nyereségrészesedés jogosultja a kedvezményezett. A biztosítási esemény nélkül megszűnő díjtartalékos életbiztosítás ugyancsak az (1) szerinti nyereségrészesedésre jogosít.

(3) A díjtartalékos életbiztosítás haláleseti összege utáni nyereségrészesedés jogosultja a kedvezményezett.

(4) Az életbiztosítási szerződés – kivéve a maradékjoggal nem rendelkező, kockázati életbiztosításokat, illetve az életbiztosítási ágba tartozó baleseti és betegségi kiegészítő biztosításokat – megkötését követően a biztosító évente legalább egyszer írásban tájékoztatja a szerződőt szerződése szolgáltatási értékéről, aktuális visszavásárlási értékéről és a visszajáró többelhozam jóváírásának mértékéről.

15.§ A visszavásárlás

(1) A szerződés visszavásárlására a szerződő jogosult. A visszavásárlási értéket tartalmazó biztosítási szerződések esetében a szerződés megszűnésakor a biztosító a különös feltételekben meghatározott visszavásárlási összeget fizeti ki a szerződő részére. A visszavásárlási összeg kifizetése az igény bejelentésétől számított 15. napon esedékes.

(2) Ha a szerződés bármely okból a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, a biztosító köteles a befizetett díjaknak a biztosítási szerződés különös feltételeiben megállapított részét (visszavásárlási összeg) kifizetni.

16.§ A díjmentes leszállítás

(1) A díjmentes leszállítás jogát tartalmazó szerződések esetében a szerződő kérheti, hogy a biztosító a biztosítást részben vagy egészben díjmentesen leszállított biztosítással alakítsa át.

(2) A leszállítás szerinti biztosítási összeg megállapítása biztosításmatematikai elvek alapján történik.

(3) A nyereségrészesedés szabályai a díjmentesen leszállított biztosításra is vonatkoznak.

17.§ 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, amennyiben a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené 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 végeztessen, illetve a biztosítási eseménnyel összefüggő leleteket, információkat közvetlenül a kezelőorvostól, intézménytől megkérje.

(3) A biztosító a kifizetésre kerülő biztosítási összegből a biztosítási esemény bekövetkeztéig járó, még be nem fizetett díjak összegét levonni jogosult.

(4) 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 bekövetkeztével és annak következményeivel kapcsolatos kezelőorvosi orvosi dokumentációk, orvosi vizsgálat eredményei, keresőképtelenséget igazoló dokumentációk, orvosszakértői véleményezések;
- a közlési kötelezettség vizsgálatához a kezelőorvosi orvosi dokumentációk, orvosi vizsgálat eredményei, orvosszakértői véleményezések;
- a 21.§ és a 22.§-ban meghatározott biztosító mentesülései és kizárt kockázatok 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 gyámsági határozat.

(5) Az okiratok beszerzésének költségei a kedvezményezettet terhelik, beleértve a 17.§ (4) bekezdésében előírt orvosi és hatósági eljárásokra vonatkozó iratok, dokumentációk hiteles magyar nyelvű fordítását.

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

(7) A biztosító szolgáltatásainak teljesítése a magyar törvényes fizetőszközben, a szolgáltatásra jogosult által megjelölt módon, banki átutalással vagy postai utalványozással történik.

Amennyiben a jogosult kérése szerint 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 tekinteni, amikor a biztosítási szolgáltatás postára adása megtörtént.

18.§ Elévülés

A biztosítási szerződésből eredő igények elévülési ideje 5 év.

19.§ A szerződés megszűnésének esetei

Ha erről az adott biztosítási szerződésre irányadó különös feltételekben a biztosító másként nem rendelkezik, a szerződés megszűnik:

- a biztosított halála esetén a biztosított halálával;
- a biztosítási tartam lejártakor a biztosított életben léte esetén;
- a szerződés visszavásárlása esetén, amennyiben a biztosítás rendelkezik ezen maradékjoggal;
- a díjfizetés elmulasztása esetén a biztosító által küldött írásbeli felszólításban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével az esedékességre visszamenő hatállyal, feltéve, hogy a szerződés díjfizetése még nem szüneteltethető vagy díjmentesen nem szállítható le;
- a szerződésnek a 2.§ (9)-(10) pontokban foglalt szerződő általi felmondása esetén;

- f. a szerződésnek a 2.§ (11) pontban foglalt szerződő általi felmondása esetén;
- g. a 4.§ (2) pontban feltüntetett esetben.

20.§ Közlési és változásbejelentési kötelezettség

(1) A szerződő (biztosított) a biztosítási szerződés megkötésekor köteles – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt (pl. a biztosított foglalkozása, sporttevékenysége vagy egyéb veszélyes tevékenysége, külföldre költözése) a biztosítóval írásban közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett.

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

(3) A szerződő fél köteles a lényeges körülmények változását (pl. lakcím, levelezési cím, székhely, bejelentett e-mail cím, SMS üzenet fogadására alkalmas telefonszám, a szerződésen nyilvántartott bankszámlaszám módosulása) a biztosítóknak **5 munkanapon** belül írásban bejelenteni.

(4) A közlésre vagy a változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha:

- a. bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében;
- b. a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

(5) A közlésre és 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 közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

(6) Ha a szerződés több személyre vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.

(7) A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben a biztosítóknak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenülé válik.

(8) Ha a biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első öt évében gyakorolhatja. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt. A jelen bekezdés rendelkezéseit a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is megfelelően alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló ötéves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

21.§ A biztosító mentesülése

(1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét. Ebben az esetben a visszavásárlási összeg a biztosított örököseit illeti meg, és abból a kedvezményezett nem részesülhet.

(2) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, és a biztosító a visszavásárlási összeget köteles visszatéríteni abban az esetben, ha a biztosított:

- a. szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben halt meg;
- b. a szerződéskötéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg.

22.§ Kizárt kockázatok

(1) A biztosító nem teljesít szolgáltatást bármely biztosítási esemény vonatkozásában:

- a. a biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) okozati összefüggésben bekövetkező eseményekre;
- b. kábítószer vagy bódító hatású anyag, továbbá nem orvos által előírt gyógyszer fogyasztása miatti tudatzavar vagy a belátási képesség csökkenése miatt bekövetkező biztosítási eseményekre;
- c. a biztosított által végzett (vagy végeztetett) gyógyeljárásokból, beavatkozásokból fakadó következményekre;
- d. ha a biztosítási eseményt öngyógyítás okozta;
- e. ha a biztosítási esemény nem orvosi szakvégtzettségű személy általi kezeléssel összefüggésben következett be;
- f. esztétikai vagy kozmetikai céllal végzett kezelésekből, plasztikai sebészeti beavatkozásokból és kórházi ápolásból, valamint orvosiilag nem indokolt műtétekből, kórházi ápolásból és gyógyító eljárásokból eredő biztosítási eseményekre;
- g. ha a biztosítási esemény a biztosított HIV vírus fertőzöttsége, AIDS betegsége miatt következett be;
- h. az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási eseményekre, kivéve a balesetből eredő biztosítási eseményre szóló szolgáltatásokat akkor, ha az indítók biztosítási esemény;
- i. öncsonkításból vagy annak kísérletéből eredő biztosítási eseményekre;
- j. ha a biztosított a szerződés létrejöttét követő 2 éven túl elkövetett öngyilkosság következtében halt meg, de a biztosítás létrejöttétől számítva 5 év még nem telt el, a közlési kötelezettség elmulasztása esetén;
- k. ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel, ide nem értve a belföldön hivatali vagy közszolgálati kötelesség teljesítése során bekövetkező biztosítási eseményeket;
- Harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határvillongás, felkelés, lázadás, forradalom, zendülés, zavargás, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskíséret, népi megmozdulás (pl. nem engedélyezett tüntetés vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk), idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény.
- l. a repülőeszközök, továbbá ejtőernyő (ideértve az ugrót szállító légi eszközt is) használatából eredő biztosítási eseményekre, kivéve az olyan baleseteket, amelyeket a biztosított személy légi jármű utasaként, a polgári légi forgalomban engedélyezett járművön vagy személyforgalomban engedélyezett és kijelölt katonai légi járművön polgári utasként szenved el;
- Utasnak az minősül, aki a légi járműnek nem üzembentartója és nem tartozik a személyzethez.
- m. ha a biztosított halála gépi erővel hajtott szárazföldi vagy légi, vagy vízi járművel országos vagy nemzetközi sportversenyen történő részvétel következtében, vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) keretében következett be;
- n. a motoros járművek versenyén (edzésein) a nézőt érő balesetekre, és az ebből eredő egyéb biztosítási eseményre, ha a néző nem a szervezők által kijelölt helyen tartózkodik, ideértve a teszt-túrákat és a rally versenyeket is;
- o. az országos és nemzetközi síugró, bob, sítob versenyeken (edzéseken) a nézőt érő balesetekre és az ebből eredő egyéb biztosítási eseményre, ha a néző nem a szervezők által kijelölt helyen tartózkodik;
- p. 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;

q. mentális- és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre.

(2) A fenti kizárt kockázatok esetén a biztosító köteles a befizetett díjaknak a biztosítási szerződés külön feltételeiben megállapított részét (visszavásárlási összeg) kifizetni.

(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.

23.§ Többszörös biztosítás

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

24.§ Jognyilatkozatok

(1) A biztosító a szerződés megkötésekor a szerződőt a pénzmosság 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.

25.§ 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 a jelen feltételek részét képező, Tudnivalók elnevezésű külön dokumentumban találhatóak.

26.§ Lényeges eltérés a korábban alkalmazott feltételektől

A jelen feltételekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény 2014. 03. 15. napján történő hatályba lépésére tekintettel társaságunk több módosítást eszközölt (pl. szerződés létrejötte, vállalkozó fogalma, fogyasztó fogalma, kockázatviselés kezdete, kockázat jelentős növekedése, díjnémfizetés miatti megszűnés, várakozási idő, újra érvénybe helyezés, többszörös biztosítás szabályai stb.).

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

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2016. július 1-jétől alkalmazott Életbiztosítási Általános Feltételektől a jelen általános feltétel eltér, mivel a biztosító jelen általános feltételt az alábbiakban módosította:

- pontosította a 4.§ (1) pontjában a kockázatviselés kezdetét;
- pontosította a 4.§ (2) pontjában a biztosítási kockázat jelentős növekedésére vonatkozó rendelkezését;
- pontosította a 6.§ (2) pontjában a szerződő fogalmát;
- a 17.§ (7) pontjából törölte a postai úton történő teljesítés esetén levonandó költségre vonatkozó rendelkezést;
- pontosította a 20.§ (3) pontjában a lényeges körülmény meghatározását.

A felsorolt eltéréseket a feltételszöveg félkövér betűtípussal tartalmazza.

27.§ 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, járadékbiztosítási, bal-esetbiztosítási és betegségbiztosítási szolgáltatás. Az adómentes jövedelmet a magánszemélynek az adóbevallásában nem kell szerepeltetnie.

c. A biztosító lejárat, visszavásárlási, részleges visszavásárlási, rendszeres pénzkivonási szolgáltatása után, valamint automatikus átvezetés során adóköteles kamatjövedelem keletkezhet, ha a magánszemély által befizetett, valamint más személy által befizetett adókötelesnek minősülő díjak együttes – részleges pénzkivonás esetén arányos – összegét a biztosítói kifizetés meghaladja. Az előbbi szabály vonatkozásában nem minősül befizetett díjnak a törvény által meghatározott kockázati biztosítási díj. Az adóköteles kamatjövedelmet 15% mértékű kamatadó és – a törvényben szabályozott kivételszabályoktól eltekintve – 6% mértékű egészségügyi hozzájárulás terheli, amelyeket a biztosító a kifizetés időpontjában levon és befizet az adóhatóságnak, és amelyekről a biztosító igazolást ad a magánszemélynek.

d. A kamatjövedelemmel és adófizetési kötelezettséggel kapcsolatban az alábbi kedvezmények illethetik meg a magánszemélyt:

d/1. a kamatjövedelem mint adóalap 50 százalékkal csökkenthető: egyszeri díjas biztosítások esetén, ha a biztosító teljesítése az ajánlat aláírását követő 3. év elteltével, de az 5. év elteltét megelőzően történik, valamint rendszeres díjas biztosítások esetén, ha a biztosító tel-

jesítése az ajánlat aláírását követő 6. év elteltével, de a 10. év elteltét megelőzően történik;

d/2. a kamatjövedelem mint adóalap 100 százalékkal csökkenthető (így az nem adóköteles): egyszeri díjas biztosítások esetén, ha a biztosító teljesítése az ajánlat aláírását követő 5. év elteltével történik, valamint rendszeres díjas biztosítások esetén, ha a biztosító teljesítése az ajánlat aláírását követő 10. év elteltével történik.

- e. A kedvezményre jogosító időszakok számolása újraindul, ha a szerződésen a rendszeres díjak (díjelőírások) olyan mértékű díjnövelésére (ideértve az indexálást is) kerül sor, mely növekedés az előző biztosítási évhez képest meghaladja a díjnövelés évét megelőző második évre vonatkozó éves fogyasztói áremelkedés 30 százalékponttal növelt értékét.
- f. Amennyiben a biztosításra befizetett díjak vagy a díjak egy része adómentesnek minősült (tipikusan a munkáltató által magánszemély biztosítottra kötött szerződések bizonyos eseteiben), úgy rendelkezési jog gyakorlaskor, szolgáltatáskor a magánszemély szerződőnek személyi jö-

vedelemadó és egészségügyi hozzájárulás fizetési kötelezettsége keletkezhet.

(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 mentesít és nem is helyettesíti a hatályos adójogszabályok ismeretét és betartásának kötelezettségét.

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.

Biztosító**A GROUPAMA BIZTOSÍTÓ ZRT. BALESET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI
ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.5 A baleset- és egészségbiztosítás általános feltételeinek tartalma**

(1) A Groupama Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei (továbbiakban: Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek) azokat a kikötéseket tartalmazzák, amelyeket – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a Groupama Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) baleseti és betegségi kockázatokra védelmet nyújtó szerződéseire, valamint biztosítási szerződéseinek baleseti és betegségi kockázatokot tartalmazó részére kell alkalmazni, feltéve, hogy a szerződést e szabályzatra hivatkozással kötötték.

(2) Balesetbiztosítási szerződés alapján a biztosító különösen a biztosított baleset miatt bekövetkező halála, egészségkárosodása vagy rokkantsága esetére a szerződésben meghatározott biztosítási összeg vagy járadék fizetésére, vagy a szerződésben meghatározott egyéb szolgáltatásra vállal kötelezettséget, a szerződő fél díj fizetésére köteles.

(3) Egészségbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított megbetegedése esetén a szerződésben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget. A biztosító szolgáltatása kiterjedhet a szerződésben meghatározott egészségügyi szolgáltatások egészséges személy általi igénybe vételekor felmerülő költségek megtérítésére is.

(4) Jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés lehet kárbiztosítás (a biztosító szolgáltatása a biztosított kárának a szerződésben meghatározott módon és mértékben történő megtérítése, a biztosított részére nyújtott más szolgáltatás teljesítése) és összegbiztosítás (a biztosító szolgáltatása a szerződésben meghatározott összeg megfizetése).

(5) Az ajánlat, az ajánlathoz kapcsolódó nyilatkozatok, az egészségi nyilatkozat, az ügyféltájékoztató, a szerződési feltételek és a kötvény a felek közti megállapodás minden feltételét tartalmazzák, így a korábbi megállapodások, nyilatkozatok hatályukat veszítik, és nem képezik jelen szerződés részét.

2.5 A szerződés létrejötte és tartama

(1) A szerződő a szerződés megkötését írásbeli ajánlattal kezdeményezi. A szerződő az ajánlatához annak megtételétől számított tizenöt – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvé. Kockázatbírálási idő az ajánlat biztosítóhoz történő beérkezésétől számított tizenöt – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – nap.

(2) A szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal akkor jön létre, amikor a biztosító az ajánlat elfogadásáról és a fedezet igazolásáról a kockázatbírálási idő alatt kötvényt állít ki.

(3) Ha a kötvény a szerződő fél ajánlatától eltér, és az eltérés 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. Nem jön létre a szerződés, ha a biztosító az ajánlatot a kockázatbírálásra nyitva álló tizenöt, illetve egészségügyi kockázatfelmérés esetén hatvan napon belül elutasítja.

(4) A biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül is létrejön a szerződés, ha a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított tizenöt – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – 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 részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatbírálási idő elteltét követő napon jön létre. A biztosító a szerződés létrejöttéről kötvényt állít ki.

(5) Ha a kockázatbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetke-

zik, az ajánlatot a biztosító csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az ajánlati lapon a figyelmet kifejezetten felhívta, és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

(6) Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a biztosító általános szerződési feltételeitől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az általános szerződési feltételeknek 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.

(7) A biztosító a kockázatbírálásra nyitva álló tizenöt – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napon belül dönt az ajánlat elfogadásáról.

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

(9) Azon baleseti és betegségi kockázatokra védelmet nyújtó életbiztosítási szerződések mellé kötött kiegészítő biztosítási szerződések tekintetében, amelyeket e szabályzatra hivatkozással kötöttek, a szerződés megkötését követően, a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül – a kötelezettségvállalás tagállamának hivatalos nyelvén, vagy ezirányú megegyezés esetén, a szerződő kifejezett kérésére más nyelven – a biztosító a szerződőt bizonyítható és azonosítható módon, egyértelműen tájékoztatja a biztosítási szerződés létrejöttéről.

(10) Az önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül a biztosítási szerződést megkötő természetes személy szerződő a (9) bekezdés szerinti tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napos jogvesztő határidőn belül hat hónapot meghaladó tartamú, azon baleseti és betegségi kockázatokra védelmet nyújtó, életbiztosítási szerződések mellé kötött kiegészítő biztosítási szerződést, amelyet e szabályzatra hivatkozással kötöttek, írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja. E felmondási jog a szerződőt nem illeti meg olyan életbiztosítás esetén, amely egy hitel- vagy kölcsönszerződéshez kapcsolódik és a rendelkezésre bocsátott pénzüsszeg – teljes vagy részleges – törlesztése a szerződés szerint életbiztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegből történik (hitelfedezeti életbiztosítás). 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. A biztosító a szerződés felmondása esetén adminisztrációs és kötvényesítési költségeit érvényesíti a főbiztosításra és a kiegészítő biztosításokra beérkezett befizetésekből. A visszatartott összeg mértéke egyszeri díjas biztosítás és a hozzá tartozó kiegészítő biztosítás esetén összesen 4000 forint, folyamatos díjas biztosítási szerződés és a hozzá tartozó kiegészítő biztosítások esetén összesen 4000 forint, de legfeljebb a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítások éves díjai összegének egy tizenkettede. A biztosító a befizetésekből a felmondott biztosítási szerződésre már teljesített kifizetéseket levonja.

(11) A határozatlan időre kötött szerződést a felek írásban, a biztosítási időszak végére, harmincnapos felmondási idővel felmondhatják. A felmondási jog legfeljebb három évre zárható ki. A felmondási jog három évnél hosszabb időre történő kizárása a három évet meghaladó részében semmis. Ha a szerződés három évnél hosszabb időre szól, és a felek nem kötöttek ki, hogy az a megállapított időtartam eltelte előtt is felmondható, a negyedik évtől kezdve a szerződést bármelyik fél felmondhatja. A szerződő fél felmondása esetén a biztosító követelheti annak a díjengedménynek a megfizetését, amelyet a szerződés hosszabb tartamára tekintettel nyújtott (a továbbiakban: tartamengedmény).

(12) Ha a szerződéskötést követően a biztosítási szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jog-

szabályi 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.

(13) Az egészségbiztosítást a biztosító a (11) bekezdés szerinti rendes felmondással nem szüntetheti meg.

(14) A biztosítás a különös feltételekben foglaltak alapján, határozott vagy határozatlan tartamra jöhet létre.

(15) Egy évre szóló határozott tartamú biztosítások esetén a szerződő és a biztosító megállapodhatnak a szerződés automatikus meghosszabbításában. Ez esetben a szerződés tartama további egy évvel meghosszabbodik, amennyiben azt a tartam lejáratá előtt legkésőbb 30 nappal a szerződő felek bármelyike írásbeli nyilatkozattal nem mondja fel. Ezt a szabályt a hosszabbítás leteltekor is megfelelően alkalmazni kell.

3.5 Fogalmak

Jelen általános feltételek alkalmazása szempontjából:

(1) **Biztosítási tartam:** határozott időre szóló szerződés esetén a szerződés létrejöttétől a szerződő által a biztosítási ajánlaton megválasztott lejáratig terjedő időszak, határozatlan időre szóló (élethosszig tartó) szerződés esetén a szerződés létrejöttétől a biztosítási esemény bekövetkezéséig terjedő időszak.

(2) **Biztosítási évforduló:**

a. Főbiztosítások esetében minden évben a kockázatviselés kezdetének megfelelő napot megelőző nap.

b. Kiegészítő biztosítások esetében, ha a kiegészítő biztosítás a főbiztosítással egyidejűleg vagy annak valamely biztosítási évfordulóján jön létre, akkor minden évben a kockázatviselés kezdetének megfelelő napot megelőző nap.

Ha a kiegészítő biztosítás a főbiztosítás bármely biztosítási évfordulójától eltérő időpontban jön létre, akkor a kiegészítő biztosítás biztosítási évfordulója a főbiztosítás következő biztosítási évfordulójával esik egybe.

(3) **Biztosítási időszak:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti 1 éves időszak, más néven biztosítási év.

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

(5) **Díjfizetési időszak:** a szerződés díjfizetési gyakoriságától függő havi, negyedéves, féléves vagy éves időszak, melyre a szerződő által vállalt biztosítási díj fizetése vonatkozik. Az első díjfizetési időszak kezdő napja a kockázatviselés kezdetének napja.

(6) **Díjforduló:** a díjfizetési időszak utolsó napja.

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

(8) **Technikai kamat:** A biztosítási díj számításához felhasznált kamatláb. A biztosító a biztosítási szerződés tartama alatt a technikai kamatlábat megváltoztathatja, de a változtatásra csak akkor kerülhet sor, ha a technikai kamatlábak legnagyobb mértékéről szóló jogszabályban rögzített technikai kamatláb legnagyobb mértéke módosul.

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

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

(11) **Hozzá tartozó:** 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, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona, testvére és a testvér házastársa.

(12) **Értékkövetés:** a biztosítási díjnak és szolgáltatásoknak a szerződési feltételekben előre meghatározott módon történő emelése.

(13) **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 múlékony sérülést szenved. Jelen feltételekben balesetnek minősülnek az alábbi események is, amennyiben ezek a biztosított akaratán kívül, hirtelen következnek be:

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

A betegségek bekövetkezése nem minősül balesetnek, a fertőző be-

tegségek bekövetkezése nem tekinthető baleseti következménynek. Az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet nem baleset.

(14) **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.

(15) **Egészségkárosodás:** a biztosított egészségi állapotában bekövetkező romlás, amely alapján az arra illetékes rehabilitációs szakértői szerv szakvéleménye alapján, az egészségi állapot komplex minősítése során a biztosított egészségi állapotát 100 százalékosnál kisebb mértékűnek minősíti.

(16) **Baleseti eredetű rokkantság:** a biztosítottnak baleset okozta sérülés következtében kialakuló olyan testi-, érzékszervi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenése, mely a szokásos életvitelt korlátozza. A rokkantság mértékét a biztosító a jelen feltétel 1. számú melléklete alapján állapítja meg.

(17) **Foglalkozási betegség:** Az a betegség, amely a biztosított foglalkozásának különös veszélye folytán keletkezett.

(18) **Műtét:** Minden olyan – orvos által – orvosszakmai szempontok szerint végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás vagy kórmegállapítás céljából hajtottak végre.

A biztosítónál megtekinthető azoknak a műtéteknek a teljes, WHO kóddal ellátott és a biztosító által kis-, közepes és nagyműtét kategóriába besorolt listája, amelyekre a biztosító szolgáltatást nyújt.

A műtétek összevont listáját jelen általános feltételek 2-4. számú mellékletek tartalmazzák.

(19) **Kórház:** Az egészségügyi hatóság által engedélyezett, illetőleg ilyenként nyilvántartott

- kórházak, klinikák, amelyek állandó szakorvosi irányítás és 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 idősek szociális otthonai és azok betegosztályai;
- a fürdő- és egyéb gyógyintézetek;
- az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.

(20) **Hivatásos sportoló:** az a személy, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá megbízási szerződés alapján jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik hivatásos sportolói engedéllyel.

(21) **Amatőr sportoló:** amatőr játékosnak minősül mindenki, aki nem jövedelemszerzés céljából bármely magyarországi vagy külföldi sportklub, sportszövetség, sportegyesület vagy más sportszervezet által kiállított, a versenyszerben, illetve a versenyeken részvételre jogosító, versenyengedélyt is magában foglaló versenyigazolvánnyal rendelkezik.

(22) **Gépjármű:** olyan jármű, amelyet beépített erőgép hajt. A mezőgazdasági vontató, a lassú jármű, a segédmotoros kerékpár és a villamos azonban nem minősül gépjárműnek.

(23) **Jármű:** közúti szállító- vagy vontató eszköz, amelyet nem beépített erőgép hajt, ideértve az önjáró vagy vontatott munkagépet is. Járműnek minősül a villamos, a kerékpár és a segédmotoros kerékpár is. A mozgáskorlátozottak közlekedésére szolgáló, emberi erővel tolt vagy hajtott kerekesszék és a gépi meghajtású kerekesszék – ha sík úton önerejéből 10 km/óra sebességnél gyorsabban haladni nem képes, továbbá a gyermekkocsi és a talicska – azonban nem minősül járműnek. Az ilyen eszközökkel közlekedő személyek gyalogosoknak minősülnek.

4.5 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 részére történt átadását követő nap 0 órájkor kezdődik. A kockázatviselés kezdő időpontja nem lehet korábbi, mint az ajánlat biztosítónak történt átadását követő nap 0 órája. Amennyiben az ajánlaton a kockázatviselés kezdő időpontjának korábbi időpont került feltüntetésre, mint az ajánlat biztosítónak történt átadását követő nap, úgy a kockázatviselés kezdő időpontjának az ajánlat biztosítónak történt átadását követő nap 0 óráját kell tekinteni.

(2) Ha a biztosító a szerződés kötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről (pl. a biztosított foglalkozása, sport-

tevékenysége vagy egyéb veszélyes tevékenysége, külföldre költözése) 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. A biztosító a szerződés módosítására vagy felmondására vonatkozó ezen jogát a lényeges körülmények megváltozásától számított 5 éven belül gyakorolhatja. 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. Ha a szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a jelen bekezdésben meghatározott jogait a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.

(3) Egészségbiztosítás esetén nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

5.5 Kockázatelbírálás, egészségügyi kockázatfelmérés

(1) A biztosító a szerződés létrejöttét kockázatelbírálástól teszi függővé. Ennek keretében a biztosító jogosult az ajánlaton közölt adatok ellenőrzésére, továbbá a kockázat elbírálása céljából kérdéseket feltenni a biztosított foglalkozásával, életkörülményeivel, szabadidős- és sporttevékenységével kapcsolatban, valamint kérdéseket tehet fel a biztosított egészségi állapotával kapcsolatban az egészségi nyilatkozaton, orvosi vizsgálatot írhat elő. A biztosító az egészségi nyilatkozatot írásban papír alapú nyomtatványon vagy – az ehhez történt hozzájárulásától függően a biztosító megbízott partnere útján – telefonon szóban kérheti a biztosítotttól.

(2) Ha a kockázatelbírálás során a biztosító egészségügyi kockázatfelmérést végez, az azt jelenti, hogy a biztosított korától, a biztosítási összeg nagyságától, valamint az egészségi nyilatkozaton feltett kérdésekre adott válaszoktól függően orvosi vizsgálatot írhat elő, illetve a biztosított egészségi állapotával kapcsolatos orvosi dokumentációkat (kezelőorvosi orvosi dokumentációk, orvosi vizsgálat eredményei, orvosszakértői véleményezések) kérhet be, illetve telefonon történő egészségi nyilatkozat felvételekor egészségi állapottal kapcsolatos további adatokat kér be.

(3) A kockázat elbírálására vonatkozó határidő az ajánlat biztosítóhoz történő beérkezésétől számított tizenöt nap, amennyiben egészségügyi kockázatfelmérésre is szükség van, hatvan nap. Hatvan nap a kockázat elbírálására vonatkozó határidő abban az esetben is, ha a biztosított egészségi nyilatkozatának felvételére telefonon kerül sor, tekintettel arra, hogy ennek során egészségügyi kockázatfelmérés történik.

(4) Amennyiben az egészségbiztosítási szerződés létrejöttét a biztosított egészségi állapotára vonatkozó kérdés feltétele, illetve egészségi nyilatkozat kitöltése vagy egészségügyi kockázatfelmérés nem előzi meg, úgy a biztosító nem nyújt szolgáltatást a jelen feltételekben és a különös feltételekben foglalt kizárási okokon túl olyan eseményre, amely a szerződés kockázatviselésének kezdete előtt diagnosztizált, rendszeres orvosi kezelést vagy rendszeres orvosi ellenőrzést igénylő betegséggel vagy bekövetkezett balesetekkel, illetve az ezekből eredő egészségkárosodással okozati összefüggésben a szerződés fennállásának első öt évében következik be.

(5) Az ügyfél az elvégzett orvosi vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti. Amennyiben a biztosító az ajánlat elfogadását orvosi vizsgálathoz köti, ennek költségeit a biztosító viseli. Az orvosi vizsgálat elvégzése a közlési kötelezettség alól a feleket nem mentesíti.

(6) A biztosító által feltett kérdésekre adott válaszok vagy az egészségügyi kockázatfelmérés eredményétől függően a biztosító jogosult a kockázatot alacsonyabb biztosítási összeggel vállalni, pótdíjat felszámítani, kockázat kizárást alkalmazni vagy az ajánlatot elutasítani.

(7) Díjemelés, kockázatkizárást vagy a biztosítási összeg csökkentése esetén a biztosító a kockázat elbírálására vonatkozó határidőn belül írásban értesíti a szerződőt arról, hogy a kockázatot az ajánlattól eltérően milyen feltételekkel vállalja. A szerződő a tájékoztatás kézhezvételétől számított 15 napon belül jogosult nyilatkozni a díjemelés, kockázatkizárást vagy biztosítási összeg csökkentésének elfogadásáról vagy elutasításáról. Amennyiben a szerződő a 15 napos határidő alatt nem nyilatkozik, ez a módosított ajánlat elutasításának minősül.

(8) A biztosító a biztosítási szerződés tartama alatt a szerződő által kezdeményezett új biztosítási kockázat igénylésére, új biztosított be-

vonására irányuló szerződésmódosítás esetén ismételt kockázatelbírálást végezhet. Ebben az esetben a kockázat elbírálására, valamint a várakozási időre a biztosítási ajánlat megtételére vonatkozó általános szabályok érvényesek.

(9) A biztosító módosított kockázatviselése a biztosítási szerződéssel kapcsolatos igény elfogadása esetén az adott biztosítási kockázat vonatkozásában a szerződésmódosításról szóló ajánlat megtételét követő díjfizetési időszak kezdő napján kezdődik.

6.5 A biztosítási szerződés alanyai

(1) A biztosítási szerződés alanyai:

- a szerződő;
- a biztosított;
- a kedvezményezett és
- a biztosító.

(2) A jelen általános feltételek alkalmazása szempontjából:

a. A szerződő az a magyarországi lakcímmel vagy levelezési címmel rendelkező személy, aki az ajánlatot teszi, a biztosítóval a biztosítási szerződést megkötő és a biztosítás díját fizeti, köteles a jognyilatkozatok megtételére és akihez a biztosító nyilatkozatait intézi. Amennyiben a szerződő nem rendelkezik magyarországi lakcímmel vagy levelezési címmel, köteles ilyen lakcímmel rendelkező személyt meghatalmazni (kézbesített megbízott) a biztosító által küldött jognyilatkozatok, tájékoztatások és egyéb levelek átvételére. A szerződő azonos is lehet a biztosítottal. Biztosítási szerződést az köthet, aki valamely személyhez fűződő jogviszonya alapján a biztosítási esemény elkerülésében érdekelt, vagy aki a biztosítást ilyen személy (biztosított) javára köti meg. Ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

b. A biztosított az a természetes személy, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés szól.

c. A 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 szerződésben megnevezett személy(ek);
- 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. Ha nem a biztosított a szerződő fél, mindezekhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

(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 biztosított 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 örököst kell tekinteni, aki a szerződő félnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket.

(8) A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe belép.

(9) Ha a szerződést nem a biztosított kötötte, a biztosított a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a szerződésbe beléphet; a belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át.

(10) Ha a biztosított belép a szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllal egyetemlegesen felelős. A szerződésbe belépő biztosított köteles a szerződő félnek a szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni.

7.§ A biztosítási esemény

- (1) Biztosítási esemény a jelen feltételek 3.§-ában meghatározott balesetből vagy betegségből eredő, illetve azzal közvetlenül összefüggő olyan esemény, amelynek bekövetkezése esetén a különös feltételekben foglaltak szerint a biztosító szolgáltatást teljesít.
- (2) Biztosítási esemény lehet:
- baleseti halál;
 - egészségkárosodás;
 - baleseti eredetű rokkantság;
 - csonttörés, csontrepedés;
 - baleset vagy betegség mulékony következményei (akkor is, ha nem jár együtt kórházi ápolással vagy keresőképtelenség miatti betegszabadsággal, táppénzes állományba vétellel);
 - Magyarország területén végrehajtott gyógyító eljárások szükségessége;
 - a biztosított baleseti eredetű kórházi ápolása;
 - a biztosított betegségi eredetű kórházi ápolása Magyarországon területén;
 - a biztosított balesetből eredően végrehajtott műtét;
 - a biztosított betegségből eredően Magyarországon területén végrehajtott műtét;
 - azon események, amelyeket a különös feltételek biztosítási eseményként határoznak meg, amennyiben a különös feltételekben és a biztosítási szerződésben meghatározott körülmények között következnek be.

8.§ Várakozási idő

- (1) A felek a szerződésben kiköthetik, hogy a biztosító valamely biztosítási esemény kockázatát csak a szerződés létrejöttét követő későbbi időponttól vállalja. A várakozási idő kezdete a kockázatviselés kezdetével megegyező naptári nap.
- (2) Az egészségbiztosításra (betegségbiztosításra) vonatkozó különös feltételekben meghatározott betegségből eredő biztosítási esemény vonatkozásában a várakozási idő hat hónap.
- (3) Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási idő alatt következik be, a biztosító szolgáltatást nem nyújt.
- (4) Amennyiben a biztosítási szerződés megkötéséhez a hatályos kockázatbírálási szabályok értelmében nincs szükség orvosi vizsgálat elvégzésére, de a biztosított saját költségén elvégezteti a biztosító által megadott orvosi vizsgálatokat, a biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától. Az orvosi vizsgálat elvégzése nem mentesíti a biztosítottat az egészségi nyilatkozat kitöltése alól.
- (5) A biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától, ha a biztosítási esemény baleset miatt következik be.
- (6) Egészségbiztosítási szolgáltatások közül ápolási szolgáltatásra irányuló biztosítás esetén, illetve akkor, ha a biztosítandó személy valamely tartós betegsége a szerződéskötéskor mindkét fél által ismert volt, az említett betegsége vonatkozásában a felek az egészségbiztosítási szerződésben legfeljebb hároméves várakozási időt köthetnek ki.
- (7) A várakozási időbe beszámít az az időtartam, amelynek során a biztosított az egészségbiztosítás megkötését megelőzően – legfeljebb hatvan napon belül – megszűnt korábbi egészségbiztosítási szerződés alapján folyamatosan jogosult volt egészségbiztosítási szolgáltatásra.

9.§ A biztosító szolgáltatása

- (1) A biztosító által nyújtott szolgáltatásokat a szerződő által választott módokat különös feltételei szabályozzák.
- (2) A baleseti halál esetére szóló biztosítási összegből a biztosító levonja az ugyanebből a balesetből eredő rokkantság, egészségkárosodás miatt már kifizetett összeget. Amennyiben a baleseti eredetű rokkantságra kifizetett szolgáltatások összege meghaladja a baleseti halálra szóló szolgáltatás összegét, az esetleges többletkifizetést a biztosító nem követelheti vissza.
- (3) Amennyiben a baleseti eredetű rokkantság szolgáltatás teljesítését megelőzően ugyanazon baleset következtében a biztosított a baleseti halál szolgáltatás elvélési idején belül meghal, a biztosító baleseti eredetű rokkantság szolgáltatást nem, csak baleseti halál szolgáltatást teljesít.
- (4) A biztosító a balesetből eredő rokkantság fokát a jelen általános feltételek elválaszthatatlan részét képező 1. számú mellékletének megfelelően állapítja meg.
- (5) A kórházi ápolásra szóló szolgáltatás egyidejűleg csak egy biztosítási eseményre vehető igénybe. Újabb biztosítási eseményre kórházi ápolási szolgáltatás csak akkor teljesíthető, amikor az előző kórházi ápolás orvosilag egyértelműen befejeződött.
- (6) A biztosító kockázatviselése alatt bekövetkező, biztosítási eseménynek minősülő baleseti vagy betegségi eredetű kórházi ápolás; vagy keresőképtelenség miatti betegszabadság; vagy táppénzes állományba vétel esetén a biztosító térítési kötelezettsége addig az idő-

pontig áll fenn, amelyik az alább felsorolt időpontok közül a leghamarabb bekövetkezik:

- a keresőképtelenség megszűnik vagy a különös feltételekben szabályozott maximálisan téríthető napok száma eltelt, vagy
- kórházi ápolás megszűnik, vagy a különös feltételekben szabályozott maximálisan téríthető napok száma letelt, vagy
- a biztosítási szerződés megszűnik. A biztosító a megszűnés utáni időszakra (napokra) a kórházi ápolás vagy keresőképtelenség miatti betegszabadság, táppénzes állományba vétel folyamatos fennállása esetén sem nyújt további szolgáltatást.

(7) A biztosított orvosilag igazolt csonttörése, csontrepedése esetén balesetenként 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.

10.§ A biztosítási díj

(1) A biztosítási díj a biztosító szolgáltatásának ellenértéke. A biztosítás díja lehet egyszeri vagy folyamatos fizetésű. A biztosítási díj fizetése az ajánlaton megjelölt módon történik.

Egyszeri díjfizetés esetén a szerződő az egyszeri díjat az ajánlat átadásakor, de legkésőbb a kockázatbírálási idő végéig köteles megfizetni.

A folyamatos díjas biztosítás éves díjfizetésű. A szerződő az éves díjat a különös feltételekben foglaltak szerint havi, negyedéves, illetve féléves részletekben is fizetheti. A havi díjfizetéstől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító a díjból engedményt adhat. Folyamatos díjfizetés esetén a biztosítás első díját az ajánlat átadásakor, de legkésőbb a kockázatbírálási idő végéig kell megfizetni. Minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napjára esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A szerződő legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 30 nappal, írásban kérheti a díjfizetési időszak módosítását, melyet a biztosító jogosult elutasítani.

(2) A biztosítás (kezdeti) díját a biztosított belépési korának és a biztosítás tartamának figyelembevételével állapítja meg a biztosító. A biztosítónak jogában áll módosítani a (kezdeti) biztosítási díjat az ajánlat 5.§-ban foglalt kockázatbírálási eredménye alapján. A biztosítás (kezdeti) díját, valamint a (kezdeti) biztosítási összegeket a biztosítási kötvény tartalmazza.

(3) A belépési életkor helytelen bevallása esetén a biztosító a valóságos belépési életkornak megfelelő szolgáltatást nyújtja, ha a biztosítás a valóságos belépési életkorral létrejöhett volna. 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.

(4) A biztosítási díj átutalással történő kiegyenlítése esetén a szerződő köteles az átutalási megbízás közlemény rovatát úgy kitölteni, hogy abból egyértelműen beazonosítható legyen az átutalt díj rendeltetése. A közleménynek ezért az alábbi adatokat kell tartalmaznia:

- szerződő neve;
- ajánlatszám vagy szerződésszám (rendkívüli/eseti befizetés esetén a rendkívüli/eseti befizetés sorszáma, ennek hiányában a „Rendkívüli/eseti befizetés” megjegyzés és a főszerződés száma);
- szerződő címe.

A beazonosíthatatlan fizetményeket a biztosító a díj beérkezését követő 30. napon visszautalja a feladó részére, amennyiben a rendelkezésre álló információ alapján a díj visszautalható.

(5) A biztosítási díj fizetése – amennyiben a különös feltételek ettől eltérően nem rendelkeznek – magyar törvényes fizetőszámban 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 befizetett biztosítási díjat 8 napon belül kamatmentesen visszafizeti a szerződő részére.

(7) Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és a szerződés megszűnik, a biztosító az egész biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti.

(8) A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért. Ha az időarányos díjnal több díjat fizettek be, a biztosító a díjtöbbletet kamatmentesen 8 napon belül köteles visszatéríteni.

(9) Amennyiben a szerződő a díjfizetés módjára vagy gyakoriságára tekintettel díjkezdményben részesül, a díjfizetés módjának, illetve gyakoriságának megváltoztatása esetén a korábbi kedvezményt elveszti. Banki díjlehívásra adott meghatalmazás esetén, ha a biztosítási díj lehívása a szerződő érdekkörébe tartozó okból (ideértve a bank érdekkörébe tartozó okot is) nem hajtható végre, a biztosító jogosult a díjfizetési módot csekkes díjfizetésre módosítani.

(10) A szerződő felek megállapodnak, hogy a díjszámításkor keletkező 100 Ft-ot, illetve 1 €-t meg nem haladó díjhiány, illetve díjtöbblet érvényesítésétől kölcsönösen eltekintenek.

(11) A biztosítás díja fizethető csoportos beszedési megbízással, banki átutalással vagy postai átutalással (csekken). A szerződő a 100 000 Ft-ot meghaladó összegű első biztosítási díjat csak banki átutalással teljesítheti.

(12) A biztosító üzletkötője (függő ügynöke) jogosult a szerződőtől díj átvételére, de csak 100 000 Ft összeghatárig. Az OTP Bank Nyrt. ügyintézője nem jogosult díj átvételére, de az ügyfél az OTP Bankban befizethet a biztosító számlájára. Az alkusz és a többes ügynök díj átvételére nem jogosult, kivéve, ha a biztosítóval kötött egyedi megállapodás erre feljogosítja. A díj átvételére vonatkozó jogosultság fennállásáról az alkusz, a többes ügynök tájékoztatja a szerződőt.

A biztosításközvetítő nem jogosult a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében közreműködni.

11.§ 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 elteltevel a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

(2) A biztosítási szerződés díjfizetés elmulasztása miatt megszűnését követően befizetett díjak – a 12.§ esetét kivéve – nem eredményezik a szerződés újra érvénybe helyezését, a díjfizetési időszak folytatását vagy új szerződés létrejöttét.

(3) Balesetbiztosítási szerződések esetén, ha az esedékes díjnak csak egy részét fizették meg, és a biztosító – a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó szabályok megfelelő alkalmazásával – eredménytelenül hívta fel a szerződő felet a befizetés kiegészítésére, a szerződés változatlan biztosítási összeggel, a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn. Ha a szerződés a díj nemfizetése miatt megszűnik, a biztosító követelheti a tartamengedmény időarányos részének megfizetését.

12.§ Az újra érvénybe helyezés

Abban az esetben, ha a szerződés az 11.§ (1) bekezdéseiben írt módon, a folyamatos díj meg nem fizetése következtében szűnt meg, a szerződő fél a megszűnés napjától számított 6 hónapon belül írásban kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására. A biztosító a biztosítási fedezetet a megszűnt szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, feltéve, hogy a korábban esedékessé vált biztosítási díjat megfizetik. A biztosító a biztosítási fedezet helyreállításához kockázatbírálást írhat elő. Amennyiben a kockázatbírálás eredményétől függően a biztosító hozzájárul a szerződés újra érvénybe helyezéséhez (reaktíválásához) a biztosító kockázatviselése az újra érvénybe helyezés hatályától folytatódhat.

13.§ Értékkövetés

(1) A biztosító jogosult a biztosítási díjak és szolgáltatások vonatkozásában értékkövetést alkalmazni. Az értékkövetés módját a módozati különös feltételekben határozza meg.

(2) A meghosszabbított szerződések esetében, amennyiben a különös feltételek másként nem rendelkeznek, a biztosító a módosított díjakat és szolgáltatásokat a biztosítási évfordulótól alkalmazza.

(3) Amennyiben a biztosított érvényben lévő biztosítási szerződésai aktuális biztosítási összegeinek összege az értékkövetés alapján a következő biztosítási évfordulón meghaladná a 30 000 000 forintot, a biztosítási összeg értékkövetésére nincs lehetőség.

14.§ A nyereségrészesedés

A biztosító jelen feltételekkel meghatározott biztosítási szerződése nyereségrészesedésre nem jogosít.

15.§ Maradékjogok

A biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, a szerződés díjmentesítésére, valamint visszavásárlására nincs lehetőség.

16.§ Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség

(1) A szerződőt és a biztosítottat 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 biztosítottat állapotmegőrzési kötelezettség a biztosítási esemény bekövetkezése esetén.

17.§ 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, amennyiben a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené 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 biztosító a kifizetésre kerülő biztosítási összegből, a biztosítási esemény bekövetkeztéig járó, még be nem fizetett díjak összegét levonni jogosult.

(4) 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 bekövetkeztével és annak következményeivel kapcsolatos kezelőorvosi orvosi dokumentációk, orvosi vizsgálat eredményei, keresőképtelenséget igazoló dokumentációk, orvosszakértői véleményezések;
- a közlési kötelezettség vizsgálatához a kezelőorvosi orvosi dokumentációk, orvosi vizsgálat eredményei, orvosszakértői véleményezések;
- a 21.§ és a 22.§-ban meghatározott biztosító mentesülései és kizárt kockázatok 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;

(5) Az okiratok beszerzésének költségei a kedvezményezettet terhelik, beleértve a 17.§ (4) bekezdésében előírt orvosi és hatósági eljárásokra vonatkozó iratok, dokumentációk hiteles magyar nyelvű fordítását.

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

(7) A biztosító szolgáltatásainak teljesítése a magyar törvényes fizetőszközben, a szolgáltatásra jogosult által megjelölt módon, banki átutalással vagy postai utalványozással történik.

Amennyiben a jogosult kérése szerint 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 tekinteni, amikor a biztosítási szolgáltatás postára adása megtörtént.

18.§ Elévülés

A biztosítási szerződésből eredő igények elévülési ideje 5 év.

19.§ A szerződés megszűnésének esetei

(1) Ha erről az adott biztosítási szerződésre irányadó különös feltételek máséknél nem rendelkeznek, a szerződés megszűnik:

- a biztosított halála esetén a biztosított halálával;
- a határozott tartamú szerződés esetén a tartam lejártakor, amennyiben nem kerül sor a szerződés meghosszabbítására;
- a díjfizetés elmulasztása esetén a biztosító által küldött írásbeli felszólításban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével az esedékességre visszamenő hatállyal;
- a szerződésnek a 2.§ (9)-(10) pontokban foglalt szerződő általi felmondása esetén;
- ha a határozatlan tartamú szerződést a felek a 2.§ (11) pont szerint rendes felmondással felmondják;
- a 4.§ (2) pontban feltüntetett esetben.

(2) Továbbá a szerződés megszűnik lehetetlenülés és érdekmúlás esetén. Ha a biztosító kockázatviselésének kezdete előtt a biztosítási esemény bekövetkezett, bekövetkezése lehetetlenné vált vagy a biztosítási érdek megszűnt, a szerződés vagy annak megfelelő része megszűnik. Ha a biztosító kockázatviselésének tartama alatt a biztosítási esemény bekövetkezése lehetetlenné vált vagy a biztosítási érdek megszűnt, a szerződés vagy annak megfelelő része megszűnik.

20.§ Közlési és változásbejelentési kötelezettség

(1) A szerződő fél köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt (pl. a biztosított foglalkozása, sporttevékenysége vagy egyéb veszélyes tevékenysége, külföldre költözése) a biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett.

(2) A biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

(3) A szerződő fél köteles a lényeges körülmények változását (pl. lakcím, levelezési cím, székhely, bejelentett e-mail cím, SMS üzenet fogadására alkalmas telefonszám, a szerződésen nyilvántartott bankszámlaszám módosulása) a biztosítóknak 5 munkanapon belül írásban bejelenteni.

(4) A közlésre vagy a változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha:

- a szerződő felek bizonyítják, hogy az elhagglatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében;
- egészségbiztosítás esetén a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

(5) A közlésre és 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 közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

(6) Ha a szerződés több személyre vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.

(7) A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben a biztosítóknak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenül válik.

(8) Egészségbiztosítási szerződés esetén, ha a biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első öt évében gyakorolhatja. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt. A jelen bekezdés rendelkezéseit a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is megfelelően alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló öt éves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

(9) A szerződő köteles a biztosított foglalkozásának vagy tevékenységeinek tartam alatti megváltozását 30 napon belül bejelenteni a biztosítóknak. Amennyiben a biztosított foglalkozásának vagy tevékenységeinek változása a kockázat jelentős növekedését eredményezik, a biztosító a jelen feltételek 4.§ (2) bekezdésében szerint jogosult a szerződés módosítására javaslatot tenni vagy a szerződést felmondani.

(10) A (9) bekezdés szerinti bejelentés vagy az orvosi titoktartás alóli felmentés elmulasztása esetén a biztosító olyan arányban teljesíti

szolgáltatásait, amilyen arányban a ténylegesen fizetett díj a megváltozott körülmények miatt megállapítható magasabb díjhoz aránylik. Ha a megváltozott körülmények ismeretében a biztosító az ajánlatot elutasította volna, akkor a biztosítás érvénytelenségének jogkövetkezményeit kell alkalmazni.

21.§ A biztosító mentesülése

(1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.

(2) A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól, ha:

- bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen, szándékosan vagy gondatlan magatartásával a szerződő fél vagy a biztosított, vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta;
- a szerződő fél vagy a biztosított kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségét megszegi.

Amennyiben az egészségbiztosítást kárbiztosításként kötötték, nem tekinthető a biztosító mentesülését eredményező oknak, ha a biztosított az öt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járult hozzá.

22.§ Kizárt kockázatok

(1) A biztosító nem teljesít baleset- és egészségbiztosítási szolgáltatást: a biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) okozott összefüggésben bekövetkező eseményekre;

- kábítószert vagy bódító hatású anyagot, továbbá nem orvos által előírt gyógyszer fogyasztása miatti tudatzavar vagy a beléptési képesség csökkenése miatt bekövetkező biztosítási eseményekre;
- ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:
 - harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel;
 - felkelésekkel, lázadásokkal vagy zavargásokkal, ide nem értve a belföldön hivatali vagy közzolgalmi köteletség teljesítése során bekövetkező biztosítási eseményeket.

Harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határviillongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskíséret, népi megmozdulás (pl. nem engedélyezett tüntetés vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk), idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény;

d. a repülőeszközök, továbbá ejtőernyő (ideértve az ugrót szállító légi eszközt is) használatából eredő biztosítási eseményekre, kivéve az olyan baleseteket, amelyeket a biztosított személy légi jármű utasaként, a polgári légi forgalomban engedélyezett járművön vagy személyforgalomban engedélyezett és kijelölt katonai légi járművön polgári utasként szenved el; ahol utasnak az minősül, aki a légi járműnek nem üzembentartója és nem tartozik a személyzethez;

e. ha a biztosítási esemény gépi erővel hajtott szárazföldi vagy légi, vagy vízi járművel országos vagy nemzetközi sportversenyen történő részvétel következtében, vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) keretében következik be;

f. a motoros járművek versenyén (edzésein) a nézőt érő balesetekre, és az ebből eredő egyéb biztosítási eseményre, ha a néző nem a szervezők által kijelölt helyen tartózkodik, ideértve a teszt-túrákat és a rally versenyeket is;

g. az országos és nemzetközi síugró, bob, sítob versenyeken (edzéseken) a nézőt érő balesetekre és az ebből eredő egyéb biztosítási eseményre, ha a néző nem a szervezők által kijelölt helyen tartózkodik;

h. arra a biztosítási eseményre, amely a biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli, vagy ittas állapotban történő vasúti, légi, vízi, közúti jármű és gépjármű vezetése közben, azzal okozati összefüggésben következett be, ideértve a nem közforgalmi úton történt gépjárművezetést is;

i. a biztosított által végzett (vagy végeztetett) gyógyeljárásokból, beavatkozásokból fakadó következményekre, ha indítóokuk nem biztosítási esemény;

j. ha a biztosítási eseményt öngyógyítás okozta;

k. ha a biztosítási esemény nem orvosi szakképzettségű személy általi kezeléssel összefüggésben következett be;

l. ha a biztosítási esemény orvosiilag nem indokolt műtétekből, kórházi ápolásból és gyógyító eljárásokból ered;

m. az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő

biztosítási eseményekre, kivéve a balesetből eredő biztosítási eseményre szóló szolgáltatásokat akkor, ha az indítók biztosítási esemény;

- n. ha a biztosított későn fordult orvoshoz, és ezért az elváltozást már gyógyszeres kezeléssel nem, csak műtéttel lehetett befolyásolni, vagy kórházi ápolásra szorult, és a biztosítási esemény nem halál;
- o. mentális- és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre.
- (2) A biztosító a 22.§ (1) pontban felsoroltakon túl nem teljesít szolgáltatást baleseti okú biztosítási esemény címén szívinfarktus, epilepszia és agyvérzés miatti halálos balesetekre.
- (3) A biztosítási eseményt előidéző baleset előtt bármely okból sérült, csonka, nem ép vagy funkciójában korlátozott testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.
- (4) A biztosító a 22.§ (1), (2) és (3) pontjaiban felsoroltakon túl nem teljesít egészségbiztosítási szolgáltatást, ha a biztosítási esemény:
- a. esztétikai vagy kozmetikai céllal végzett kezelésekből, plasztikai sebészeti beavatkozásokból és kórházi ápolásból ered;
- b. ha a biztosítási esemény a biztosított HIV vírus fertőzöttsége, AIDS betegsége miatt következett be;
- c. öncsonkításból, arra irányuló kísérletből, továbbá öngyilkossági kísérletből eredő biztosítási eseményekre;
- d. művi teresség megszakításra, kivéve, ha az előállott teresség bűncselekmény következménye, illetve a teresség megszakítására az anya egészségének megőzése érdekében történik;
- e. meddőség, illetve a mesterséges megtermékenyítés miatt végzett kezelésekre és a sterilizációs beavatkozásokra, kivéve, ha a nők művi meddővé tétele egészségmegőrzés céljából orvosi javallatra történik;
- f. fogászati műtétekre, fogpótlásra;
- g. nemi jelleg megváltoztatása miatt végzett műtétekre és kezelésekre;
- h. Országos Egészségpénztár által nem finanszírozott, illetve részben sem finanszírozott műtétekre.

(5) 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.

23.§ Független orvosi bizottság

Azokban az esetekben, amelyeket a különös feltételek 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 betekinthez.

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 eljárást, és az orvosi bizottság a javára döntött, a költségeket a biztosító fizeti.

24.§ Többszörös biztosítás

(1) Összebiztosítás esetén a felek azonos biztosítási érdekre és azonos biztosítási kockázatokra több biztosítást is érvényesen köthetnek, és halmozhatják a biztosítói szolgáltatásokat.

(2) Kárbiztosítás esetén, ha ugyanazt az érdeket több biztosító egymástól függetlenül biztosítja, a biztosított jogosult igényét ezek közül egyhez vagy többhöz benyújtani.

A biztosító, amelyhez a kárigényt benyújtották, az általa kiállított fedezetet igazoló dokumentumban írt feltételek szerint és az abban megállapított biztosítási összeg erejéig köteles fizetést teljesíteni, fenntartva azt a jogát, hogy a többi biztosítóval szemben arányos megtérítési igényt érvényesíthet.

A biztosítók az előző bekezdésben írt megtérítési igény alapján a kifizetett kárt egymás között azokkal a feltételekkel és biztosítási összegekkel arányosan viselik, amelyeknek megfelelően az egyes biztosítók a biztosított irányában külön-külön felelőnek.

25.§ Jognyilatkozatok

(1) A szerződő, és ha a szerződő személyével nem egyezik meg, a biztosított köteles lakhelyének megváltoztatása esetén új címét a biztosítóval 15 napon belül közölni.

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

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

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

26.§ 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 szerveire és a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos fogyasztóvédelmi eljárásokra vonatkozó tájékoztatás a jelen feltételek részét képező, Tudnivalók elnevezésű külön dokumentumban találhatóak.

27.§ A korábban alkalmazott feltételektől történő lényeges eltérés

Jelen Baleset- és egészségbiztosítási Általános Feltételekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény 2014. 03. 15. napján történő hatályba lépésére tekintettel társaságunk több módosítást eszközölt (pl. szerződés létrejötte, vállalkozó fogalma, fogyasztó fogalma, kockázatviselés kezdete, kockázat jelentős növekedése, díj nemfizetés miatti megszűnés, érdekműködés 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** jelen általános szerződési feltétel figyelemfelhívó módon, **félkövér** betűtípussal tartalmazza.

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2016. november 1-jétől alkalmazott Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételektől a jelen általános feltétel eltér, mivel a biztosító jelen általános feltételt az alábbiakban módosította:

- pontosította a 4.§ (1) pontjában a kockázatviselés kezdetét;
- pontosította a 4.§ (2) pontjában a biztosítási kockázat jelentős növekedésére vonatkozó rendelkezését;
- pontosította a 6.§ (2) pontjában a szerződő fogalmát;
- a 17.§ (7) pontjából törölte a postai úton történő teljesítés esetén levonandó költségre vonatkozó rendelkezést;
- pontosította a 20.§ (3) pontjában a lényeges körülmény meghatározását.

A felsorolt eltéréseket a feltételszöveg félkövér betűtípussal tartalmazza.

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.

28.§ Mellékletek

1. számú melléklet

Rokkantsági fok megállapítása

- (1) A szerződés tartama alatt bekövetkező balesetekből eredő maradandó baleseti sérülések mértékai (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 balesetekből 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 vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
egyik felső végtag könyökizület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
egyik felső végtag könyökizület 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 combközép fölött való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	70%
egyik alsó végtag combközépig 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%-ban 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 többszolgáltatást 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.

(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 23.§ „Független orvosi bizottság” részben leírtak szerint történik.

2. számú melléklet

Kisműtétek

A műtétek WHO-kódok szerinti besorolásának részletes listája a biztosítónál tekinthető meg.

(1) Általános sebészet körében végzett beavatkozások

- Tükrözések diagnosztikus célból
- Bőrön át történő mintavétel (percutan biopsia)
- Műtéttel végzett nem testüregekből történő mintavétel (biopsia)
- Kisebb jóindulatú daganatok vagy cysták eltávolítása
- Tályogfeltárások
- Vérömlenyek kiürítése
- A végbélen végzett fissurák műtéte
- Kisebb aranyeres csomók eltávolítása
- Sijpolyok kimetszése
- Érfestési eljárások nem központi nagyereken
- Sebkimetszés
- Ujjak egyszerű csonkolása plasztikai korrekció nélkül
- Stomák zárása, korrekciója
- Körömtávolítás fertőzés vagy traumás okból
- Kézúzás
- Különböző perifériás idegkimetszések, bursectomia
- Mélyebb II. fokú égések miatt történt kisebb műtéti beavatkozások és kötészváltások

(2) Traumatológia és ortopéd-sebészet körében végzett beavatkozások

- Törés miatti extensio
- Osteosyntesis utáni fémanyag eltávolítás
- Törések percutan dróttűzéssel
- Exostosisok, panaszokat okozó kisebb csontvégek levétele
- Nyílt törés ellátása – csonton végzett beavatkozás nélkül (elsősorban lágyrész)
- Ízületi tok megnyitása, csövezése
- Kiszízületek elmerevítése csavarozással, tűzéssel
- Kiszízület krónikus gyulladása vagy egyéb krónikus elváltozása miatti feltárása
- Tendolysis kézen
- Sajakacsont törés műtéti kezelése
- Mellkas becsövezése

(3) Hasi sebészet körében végzett beavatkozások

- Laparoscopia, esetleg kisebb beavatkozásokkal kombinálva
- Nyelőcsővérzés nem radikális ellátása
- Polypus endoszkópos eltávolítása gyomor, nyombél, vékonybél területén (1 cm nagyságig, szövődménytől mentesen)
- Végbél körüli feltárás
- Egyes szervek sclerotizációja kémiai anyagokkal

(4) Urológiai sebészet körében végzett beavatkozások

- Nephrostomiás drain, illetve annak cseréje

- Ureter katéter felvezetése és az ezzel kapcsolatos beavatkozások
- Prostatán alkalmazott nem radikális beavatkozások
- Scrotumon, penisen nem a merevedést vagy a vizelet elfolyását befolyásoló beavatkozások
- Here és hólyag biopsia
- Katéterezés vizeletelakadás miatt és hólyag szűrcsapolása

(5) Orr-fül-gégészet körében végzett beavatkozások

- Garat kisebb műtétei (pl. biopsia)
- Légcső sürgős megnyitására használt egyszerű beavatkozások
- Külső fül nagy csonkolással járó sérüléseinek ellátása
- Külső fül indokolt rekonstrukciós beavatkozásai
- Dobhártya akut műtétei
- Orrsövény műtétei

(6) Szemészet körében végzett beavatkozások

- A szem nem törő közegein történő olyan beavatkozások, melyek esetleges szövődménye a látást nem befolyásolja
- Idegentest eltávolítása szegolyókból (nem áthatoló, nem a törő közeget érinti)

(7) Szív- és érsebészet körében végzett beavatkozások

- Pericardiocentesis
- Nagy erek részleges eltávolítása, sérülésük ellátása
- Verőér-visszér anastomosisok
- Egyszerű varicectomiák
- Pacemaker elektróda-igazítás, telepcseréje
- Felületes nyirokrendszer részleges eltávolítása

(8) Nőgyógyászat körében végzett beavatkozások

- Méhnyak, illetve méhszáj nem tumoros elváltozásai miatt végzett beavatkozások
- Méh nem daganatos betegségeinek, illetve méheltávolítást nem igénylő betegségek műtétei
- Hüvely jóindulatú elváltozásainak műtétei
- Gát és a külső nemi szervek jóindulatú elváltozásainak műtétei
- Terhesség megszakítása, nők művi meddővé tétele
- Császármetszés

(9) Idegsebészet körében végzett beavatkozások

- Különböző nagyobb idegek eltávolítása vagy felszabadítása a lenövésektől
- Különböző nagyobb idegek jóindulatú daganatainak ellátása műtéttel
- Különböző típusú idegvarratok

(10) Szájsebészet körében végzett beavatkozások

- Nyelv, nyálmirigyek, szájüreg kisebb műtétei

(11) Onkológiai beavatkozások

- Sugárzó anyagok szövetbe, érbe vagy testüregekbe juttatása

3. számú melléklet

Közepes műtétek

A műtétek WHO-kódok szerinti besorolásának részletes listája a biztosító-nál tekinthető meg.

(1) A központi és a környéki idegrendszeren végzett beavatkozások

- Agy egyes részeinek besugárzása, illetve sugárzó anyagok célzott bejutatása
- Koponyacsontok, agyhártyák megnyitása terápiás célból
- Kóros agyi folyadékok leszívása, illetve tartós levezetése feltárással
- Koponyacsontok, agyhártyák pótlása
- Koponyacsontok, agyhártyák daganatainak eltávolítása
- Gerincvelői ideggyök átmettszése
- Kemény, illetve lágy gerincvelői hártyákon végzett műtétek
- Gasser-dúc műtétei
- Idegvarratok különböző formái, idegek áthelyezése
- Idegágak felszabadítása külső nyomás alól
- Idegág vagy idegdúc roncsolása
- Gerincsérv műtétei

(2) Belső elválasztású mirigyeken végzett beavatkozások

- Pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy, mellékvese részleges eltávolítása

(3) Szemészeti műtétek

- Könnycsatornán végzett műtétek
- Szemhéjon végzett műtétek (kivétel: kisebb képletek eltávolítása)
- Szemmozgató izmokon végzett műtétek
- Kötőhártyán végzett műtétek (kivétel: kisebb képletek eltávolítása)
- Ínhártyán végzett műtétek (kivétel: kisebb képletek eltávolítása)
- Szemlencsén végzett műtétek
- Üvegtesten végzett műtétek

(4) Orr-fül-gége gyógyászat területén végzett műtétek

- Fülkagyló képzés
- Külső hallójárat eltávolítása a fülkagylóval, illetve ennek helyreállítása
- Kalapács felszabadítása, eltávolítása
- Dohhártya plasztika
- Cssecsnyúlvány kóros sejtrendszerének eltávolítása
- Közép- és belsőfül együttes megnyitása
- Krónikus középfülgyulladás szanálására végzett radikális műtétek
- Egyensúly-érzékelő szerv eltávolítása
- Orr részleges vagy teljes eltávolítása, illetve korrekciója
- Orrjárat elzáródása miatt végzett műtétek
- Orrmelléküregek tartós feltárása, illetve részleges vagy teljes szanálása
- Garat plasztikai és tágító műtétei
- Légcsőmetzés, illetve ennek zárása
- Hangréstágító műtétek
- Külső gégefeltárások, illetve a gégen végzett műtétek
- Légcsőtágítás, fixálás

(5) Mellkas-sebészeti műtétek

- Tüdőcsúcs-eltávolítás
- Tüdőmegnyitás, elvarrás
- Tüdőüreg kiürítése, zárása
- Rekeszideg átvágása
- Tüdőleválasztás, összenövések oldása
- Mellkas megnyitása
- Mellüregi kóros tartalom kiürítése
- Gátor megnyitása, tükrözése
- Mellkasfal részleges eltávolítása
- Mellkasfal feltárása
- Mellhártya részleges eltávolítása
- Mellhártya rekonstrukciója
- Műtétek a rekeszizmon (kivétel: helyreállítás)

(6) Ér- és szívbélesztet körében végzett műtéti beavatkozások

- Szívkáterezés
- Szívburok megnyitása, folyadék eltávolítása
- Szívritmusszabályozó beültetése, illetve cseréje
- Szívkoszorúér ágak közti kóros összeköttetések megszüntetése
- Nyitott szívmasszázs
- Központi nagyereken végzett diagnosztikus és terápiás eljárások (érfestések; gyógyszeres, diagnosztikus és műtéti eljárások az ér feltárása nélkül)
- Végtagi verőerekben elakadt vérrög eltávolítása

- Közepesen nagy verőereken kialakult helyi rögösödés eltávolítása
- Végtagi verőerek kóros szakaszának kimetszése, illetve annak helyreállításai
- Alsó végtag tágult visszereinek komplex műtétei
- Végtagok verőereinek elzáródását megkerülő műtétek
- Közepes és nagy erek sebészeti elzárása
- Érvarratok, foltplasztikák
- Ascites levezetése a visszeres rendszer felé művi összeköttetés révén
- Nyirokereken végzett műtétek

(7) Általános sebészet körében végzett műtétek

- Tükrözések terápiás beavatkozással együtt
- Egyes testrészekben történő műtét közbeni mintavétel (biopszia)
- Lépen végzett műtétek (kivétel: eltávolítás)
- Nyelőcső nyaki szakaszán, gyomor-bélrendszer elemein végzett megnyitások
- Nyelőcső szűkület tágítása, áthidalása
- Nyelőcső tágult visszereinek szklerotizációja
- Gyomor-bélrendszer megnyitásainak elvarrásai (kivétel: végbél)
- Nyelőcsövön, a gyomor-bélrendszeren végzett átmeneti vagy végleges szájadék képzése
- Nyelőcső, gyomor-bélrendszer kisebb elváltozásainak kimetszése műtéti feltárással
- Bolygóideg főtörzsének mellkasi vagy hasi átmettszése
- Vékonybél megkerülő összeköttetése
- Béltraktus betüremkedéseinek, illetve megcsavaródásainak megszüntetése
- Összenövések oldása a hasüregben
- Vakbélgyulladás miatt végzett műtétek
- Máj, májtályog megnyitása
- Epehólyagon végzett műtétek
- Közös epevezető megnyitása
- Tükrözés diagnosztikus vagy terápiás céllal a közös epevezetőn, illetve a hasnyálmirigy vezetéken
- Hasnyálmirigy cysta összeköttése a hasfallal, illetve a gyomor-bélrendszerrel
- Hasfali, hasüregi, lágyék- és combsérvek műtétei
- Hasfal megnyitása (diagnosztikus vagy terápiás céllal)
- Hasüregi szervek rögzítése
- Hashártya, nagycseplesz rezekciója

(8) Urológiai beavatkozások

- Vese, vesemedence, húgyvezeték bemetszése, szájadék képzése, illetve kóros elváltozásainak megnyitása
- Vese rögzítése, percutan vesetükrözés, köeltávolítás, illetve egyéb műtétek
- Húgyvezeték egyes részeinek részleges eltávolítása, az eltávolított rész helyreállítása
- Húgyvezeték felszabadítása
- Húghólyag sipolyok zárása
- Húgycsövön keresztül végzett húgyhólyag műtétek
- Húghólyag elvarrása
- Húgycső megnyitása, csonkolása, húgycsőcsonkok egyesítése
- Húgycső plasztikák, újraképzések
- Húgycső szűkületek műtétei
- Prostatata húgycsövön keresztül végzett műtétei
- Herevíz-sérv, herevisszér-sérv műtétei (hydrocele, varicocele műtétek)
- Here, mellékhere egyéb műtétei
- Ondóvezeték műtétei
- Hímvesző műtétei (kivétel: plasztika)

(9) Nőgyógyászati jellegű műtétek

- Petefészek műtétei
- Petevezető műtétei (kivétel: plasztikák)
- Méh megnyitása, rögzítése, jóindulatú daganatainak eltávolítása
- Egyszerű méheltávolítás
- Hüvelyplasztikák
- Hüvelysipoly kiirtása
- Hüvelycsonk rögzítése
- Szeméremtest kiirtása
- Szeméremtest és gát plasztikája

(10) Traumatológiai és ortopéd-sebészet körében végzett beavatkozások

- Törések műtéti egyesítése

- Arckoponya csontjainak részleges eltávolítása, illetve plasztikája
- Nyaki borda eltávolítása
- I. borda eltávolítása
- Elhalt csont rész eltávolítása
- Osteotomiák
- Ízületek tükrözése diagnosztikus és terápiás céllal
- Ízületi savós hártya eltávolítása
- Csontdaganatok nem radikális eltávolítása (kiszületek kivételével)
- Csontvégek eltávolítása
- Kisebb csontok teljes eltávolítása
- Végtaghosszabbítás és korrekció
- Végtagrövidítés
- Gerincoszlop különböző típusú elmerévése
- Protézis eltávolítás (kivétel: térd, csípő, váll, könyök)
- Ízületi plasztikák (kivétel: térd-, csípő-, váll-, könyökprotézis)
- Csonttrövidítések

- Ínhüvely plasztikák
- Dupuytren-kontraktúra műtété
- Ínrekonstrukciós műtétek
- Baker-cysta műtété
- Lágyrész meszesedések, daganatok kiirtása
- Izomkiirtás, felszabadítás, átültetés
- Bőnye-plasztika, átültetés
- Láb amputációi, ismételt amputációi, másodlagos csontzárás, csontkorrekció

(11) Olyan plasztikai és korrekciós műtétek, melyek betegségek következményeinek helyrehozatalára szolgálnak

- Emlőn végzett plasztikai jellegű beavatkozások
- Bőrön végzett plasztikák
- Lebényplasztikák

4. számú melléklet

Nagyműtétek

A műtétek WHO-kódok szerinti besorolásának részletes listája a biztosító-nál tekinthető meg.

(1) Központi és környéki idegrendszeren végzett beavatkozások

- Agyban lévő vérömlenyek, tályogok, daganatok, cysták eltávolítása
- Egyes agyrészek összeköttetései átvágása
- Kisebb agyterületek kimetszése
- Agylebenyek eltávolítása
- Egyik oldali agyfélteke eltávolítása
- Kórosan fokozott agyvíz termelés tartós levezetése
- Gerincvelői fokozott nyomás tehermentesítése annak feltárásával
- Gerincvelőben kialakult cysta kezelése
- Gerincvelői daganatok eltávolítása
- Kórosan fokozottan termelődő gerincvelői folyadék átmeneti vagy tartós elvezetése
- Szimpatikus határköteg nyaki, illetve háti szakaszának műtétei

(2) Belső elválasztású mirigyeken történő műtétek

- Pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy, mellékvese teljes eltávolítása
- Agyfűggelék vagy annak daganatainak eltávolítása
- Csecsemőmirigy eltávolítása vagy átültetése
- Belső elválasztású mirigy átültetése saját szervezetbe

(3) Szemészeti műtétek

- Retinaleválás műtétei
- Szemgolyó eltávolítás, szemgödör kiürítés
- Szemüreg plasztikája vagy újraképzése

(4) Orr-fül-gége gyógyászat területén végzett műtétek

- Csiga beültetés
- Belső hallójárat feltárása a koponyaüreg felől
- Csonkolás kóros elváltozás miatt a közép-, illetve felsőfülben, vagy azok kiirtása
- Nyelvmandula összefüggő daganatainak radikális műtéte
- Teljes fültömriagy kiirtás az arcidegek megkímélésével
- Kiterjesztett, illetve teljes gégecsonkolás

(5) Mellkas-sebészeti műtétek

- Légcső feltárása diagnosztikus célból
- Légcső csonkolása, újraegyesítése, helyreállítása
- Művi gégeképzés
- Hörgők leköttetése, csonkolása, helyreállítása
- Tüdőlebens, illetve lebenyek eltávolítása
- Fél tüdő eltávolítás
- Mellkas plasztika
- Hörgősipoly zárása
- Rekeszizomsérv műtéte

(6) Szív- és érsebészet körében végzett beavatkozások

- Műtétek a szívbillentyűkön
- Műbillentyű beültetés
- Műtétek a fő ütőéren (aorta)
- Műtétek a szívüregeket elválasztó sövényeken
- Műtétek a tüdő fő ütőerén
- Vérrög eltávolítása valamelyik szívüregből
- Vérrög eltávolítása a koszorúerekből
- Megkerülő összeköttetés (by-pass) a koszorúereken
- Koszorúsér szűkület tágítása
- Koszorúsér megnyitása
- Szívburk részleges vagy teljes eltávolítása
- Daganat eltávolítása a szívből
- Szívizom tágulatának (aneurysma) csonkolása
- Szívátültetés

- Vérrög eltávolítása a nyak, törzs, has régió központi verőereiből
- Nyak, törzs, has régió központi verőereinek plasztikája
- Megkerülő összeköttetések (by-pass) műtétek a nagyereken
- Porto-cavalis összeköttetések
- Agyi verőér tágulatának leköttetése, klippelése
- Érplasztikák szűkület miatt, feltárás nélkül

(7) Általános sebészet körében végzett műtétek

- Csontvelő átültetés
- Lépeletávolítás
- Nyelőcső mellkasi, illetve hasi szakaszának megnyitása, elvarrása
- Nyelőcső kitérkedéseinek (diverticulum) ellátása
- Nyelőcső részleges, illetve teljes kiirtása, a folyamatosság helyreállítása
- Nyelőcső teljes kiirtása részleges gyomorcsomolással
- Nyelőcső-gyomor átmenet plasztikai műtétei
- Nyelőcső visszér leköttetése
- Gyomor rezekciója (teljes vagy részleges)
- Bolygóideg ágainak átvágása
- Vékonybél, vastagbél rezekció
- Nyelőcsövön, illetve a béltraktuson képzett szájadékok zárása
- Végbél részleges vagy teljes kiirtása
- Végbél záróizomzatának helyreállítása
- Máj részleges csonkolásai
- Májátültetés
- Májvarrat, rekonstrukció
- Máj és a bélrendszer között képzett összeköttetések
- Közös epevezető varrata
- Kehr-cső behelyezése a közös epevezetőbe vagy a májvezetékbe
- Közös epevezető, illetve a májvezeték helyreállítása
- Oddi-záróizom plasztika
- Vater-papilla eltávolítása
- Hasnyálmirigy műtétei
- Rekeszsérv miatt végzett rekonstrukciók
- Radikális mellműtétek

(8) Urológiai beavatkozások

- Vese csonkolása
- Egy-, illetve kétoldali veseeltávolítás
- Vese átültetés
- Patkóvese szétválasztása
- Húgyvezeték és a béltraktus közötti összeköttetés létesítése
- Húgyvezeték pótlása, húgyvezeték plasztika
- Húgyhólyag képzés, plasztika
- Húgyhólyag sipoly zárása
- Húgyhólyagon keresztül történő prosztata-műtét
- Hímvesző plasztika

(9) Nőgyógyászati jellegű műtétek

- Méhkürt plasztikák
- Radikális méheltávolítás
- Hüvelyképzés

(10) Traumatológiai és ortopéd-sebészet körében végzett beavatkozások

- Felső állcsont eltávolítás
- Borda eltávolítása a szimpatikus határköteg háti szakaszának kiirtásával
- Csontdaganatok radikális műtéte
- Térd-, csípő-, váll-, könyökprotézisek beültetése
- Csípőprotézis eltávolítása, illetve cseréje
- Csípőficam miatt végzett műtétek
- Hüvelykujj rekonstrukció, illetve képzés
- Alsó végtag amputáció lábtőtől proximálisan (bokaizülettől)
- Felső végtag amputáció kéztőtől proximálisan (csuklóizülettől)
- Ismételt amputáció

Biztosító**GB761 JELŰ RELEVA KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁS
KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB761 jelű Releva Kockázati Életbiztosítási szerződés (továbbiakban: biztosítás) a jelen különös feltételek és a Groupama Biztosító Zrt. Életbiztosítási Általános Feltételei, (továbbiakban: Életbiztosítási 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 az Életbiztosítási Általános Feltételeiben foglaltaktól, akkor a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

(3) Jelen biztosítás kockázati életbiztosítás, lejáratú szolgáltatása, visszavásárlási értéke nincs.

2.§ A szerződés létrejötte és tartama

(1) Jelen biztosítási szerződés az Életbiztosítási Általános Feltételek 2.§-ában foglaltak szerint jön létre a szerződő által választott határozott tartamra. A biztosítási szerződés megkötését a szerződő ajánlattal kezdeményezi.

(2) A biztosítási szerződés – a szerződő által választott – legalább 5, legfeljebb 40 éves határozott tartamra jön létre.

(3) A lejárat napja a tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

(4) A biztosítási időszak egy év.

3.§ Fogalmak

Az Életbiztosítási Általános Feltételekben meghatározott fogalmakon túl jelen különös feltételek alkalmazása szempontjából:

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

(2) **Kezdeti biztosítási összeg:** A kezdeti biztosítási díjhoz tartozó biztosítási összeg.

(3) **Aktuális biztosítási összeg:** A kezdeti biztosítási összeg értékkeövetés során megnövelt összege. Az értékkeövetésről a jelen különös feltételek 14.§-a rendelkezik.

(4) **Technikai kamat:** A biztosítási díj számításához felhasznált kamatláb. Mértéke: 2%.

(5) **Biztosítási évforduló:** Minden évben a kockázatviselés kezdetének megfelelő napot megelőző nap.

(6) **Dohányzó:** jelen különös feltételek alapján dohányzóknak minősül az a személy, aki az egészségügyi kockázatfelmérés során dohányzóknak vallja magát, illetve aki a biztosító által az egészségügyi kockázatfelmérés során elvégzett szárazvér teszt eredménye alapján dohányzóknak minősül. **A biztosítási szerződés tartama alatt a biztosító nem változtat a biztosított azon besorolásán, hogy a szerződéskötéskor dohányzóknak vagy nemdohányzóknak minősült.**

(7) **Kisdohányzó:** jelen különös feltételek alapján kisdohányzóknak minősül az a személy, aki az egészségügyi kockázatfelmérés során nyilatkozata szerint maximum napi 5 szál cigarettát szív, illetve aki a biztosító által az egészségügyi kockázatfelmérés során elvégzett szárazvér teszt eredménye alapján kisdohányzóknak minősül. **A biztosítási szerződés tartama alatt a biztosító nem változtat a biztosított azon besorolásán, hogy a szerződéskötéskor kisdohányzóknak minősült.**

(8) **Főbiztosítás:** jelen különös feltételek alapján a biztosítás főbiztosításnak minősül. Ennek értelmében a főbiztosítás nélkül kiegészítő biztosítások nem köthetők. A főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítások is megszűnnek.

(9) **Kiegészítő biztosítási csomag:** a biztosító által megadott kiegészítő biztosítások összessége, amelynek részletezése az 1. számú mellékletben található.

(10) **Bónusz-visszatérítés:** a biztosító bónusz-visszatérítést nyújt a legalább 10 éves tartamú főbiztosításra és a főbiztosításhoz kötött kiegészítő biztosításokra vonatkozóan, amennyiben jelen különös feltételekben meghatározott feltételek teljesülnek.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

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

5.§ Biztosított

(1) Jelen életbiztosítási szerződésben a szerződő főbiztosítottat jelöl meg (továbbiakban: főbiztosított).

(2) A főbiztosított az az ajánlattételkor 2-70 éves személy, akinek az életére a biztosítási szerződés létrejön.

(3) A főbiztosított életkora a biztosítás tartamának lejáratakor nem haladhatja meg a 75. évet.

(4) A főbiztosított személye a tartam során nem változtatható.

(5) Amennyiben a főbiztosított meghal, jelen életbiztosítási szerződés megszűnik.

(6) Jelen életbiztosítási szerződéshez kötött kiegészítő biztosítási szerződésekben további biztosítottak jelölhetőek meg (továbbiakban: biztosított). A biztosítottak életkorára vonatkozó feltételeket a kiegészítő biztosítások különös feltételei szabályozzák. **A kiegészítő biztosítási szerződések a főbiztosítás díjfordulóján köthetők meg a 8.§ (1) pontja szerint, illetve szüntethetők meg a 8.§ (3) bekezdése szerint. A kiegészítő biztosítás megkötéséhez a kiegészítő biztosítás biztosítottjának hozzájárulása szükséges.**

(7) A jelen életbiztosítási szerződéshez megkötésre kerülő kiegészítő biztosítási szerződésekben a főbiztosítottal együtt 10 biztosítottat (a főbiztosított és kiegészítő biztosítottak együttes száma) lehet megjelölni.

(8) **Nem lehet biztosított, illetve kiegészítő biztosított, akinek a részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg. Továbbá nem lehet főbiztosított, illetve biztosított, aki a kockázatviselés kezdete előtt már rendelkezett az illetékes rehabilitációs szakértői szerv komplex minősítése alapján készült egészségkárosodást megállapító határozattal, illetve kérelmet nyújtott be az illetékes rehabilitációs hatóság részére egészségkárosodás megállapítása céljából.**

6.§ Biztosítási esemény

A biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási tartamon belül bekövetkező halála.

7.§ A biztosító szolgáltatása

(1) Ha a biztosítás tartama alatt a biztosított meghal, a biztosító a szerződő által az ajánlattételkor választott biztosítási összegnek az indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában aktuális értékével meg egyező szolgáltatást fizeti ki a kedvezményezettnek.

(2) Ha a szerződésben meghatározott lejáratú időpontban a biztosított életben van, a biztosítás lejáratú szolgáltatás kifizetése nélkül megszűnik.

8.§ Kiegészítő biztosítások

(1) Jelen biztosításhoz szerződéskötéskor, illetve a tartam során, a főbiztosítás biztosítási díjfordulóján önálló kiegészítő biztosítások és kiegészítő biztosítási csomagok köthetők, amelynek listáját és választható biztosítási összegeit az 1. számú melléklet tartalmazza.

Az 1. számú melléklet (1) pontjában megnevezett kiegészítő biztosítások különös szerződési feltételeit a jelen különös feltételekben foglalt eltérésekkel kell alkalmazni. **Az eltérések különösen:**

- a kiegészítő biztosítások biztosított megjelölésére vonatkozó szabályai;
- a kiegészítő biztosítások felmondásának szabályai;
- a bónusz-visszatérítés szabályai.

(2) A szerződő a főbiztosított és a biztosítottak megjelölésével különböző kiegészítő biztosítási csomagokat és különböző önálló kiegészítő biztosításokat köthet. A különböző kiegészítő biztosítási csomagok és különböző önálló kiegészítő biztosítások biztosítási összege eltérő csomagszoróval is megjelölhető.

(3) A kiegészítő biztosításokat és kiegészítő biztosítási csomagokat a szerződő a tartam során megszüntetheti a kiegészítő biztosítás díjával rendezett időszak végén a díjfordulóra történő felmondással.

(4) A főbiztosításhoz köthető, önállóan választható kiegészítő biztosítások biztosítási összegét szerződéskötéskor a szerződő választja meg. A tartam alatt a választható kiegészítő biztosítások biztosítási összege növelhető bármely biztosítási évfordulón. A biztosítási összeg továbbá növelhető a 14.§-ban meghatározott értékkövetési eljárás igénybevételével. A biztosítási összeg növelése esetén a biztosító ismételt kockázatbírálást és egészségügyi kockázatfelmérést írhat elő.

(5) A főbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítási csomagok alap biztosítási összegei azonos arányban többszörözhetőek. A többszörözés lehetséges mértékét az 1. számú melléklet tartalmazza. A többszörözés mértéke a tartam során a díjfordulókon módosítható.

(6) A kiegészítő biztosítási csomag felbomlik, ha a biztosítási csomagban bármely kiegészítő biztosítás megszűnik. A kiegészítő biztosítási csomag felbomlásának napja azonos a kiegészítő biztosítás megszűnésének napjával. A csomagban lévő többi kiegészítő biztosítás hatályban marad. A kiegészítő biztosítási csomag felbomlásával a korábban a csomag tartalmát képező kiegészítő biztosítások díjai a jelen különös feltételek 3. számú mellékletében foglaltak szerint alakulnak.

(7) Egy főbiztosítási szerződéshez a főbiztosított és a biztosítottak is választhatnak azonos biztosítási csomagot.

(8) A biztosított, illetve a biztosítottak egyszerre több biztosítási csomagot is választhatnak, de ugyanazon biztosítási csomagból a főbiztosított, illetve a biztosítottak egy időben csak egyet rendelkezhetnek.

9.§ Várakozási idő

A biztosító a biztosítási szolgáltatások vonatkozásában 6 havi várakozási időt köt ki.

10.§ Kockázatbírálás, egészségügyi kockázatfelmérés

(1) A biztosító az Életbiztosítási Általános Feltételek 5.§-a alapján kockázatbírálást, illetve egészségügyi kockázatfelmérést végezhet.

(2) Amennyiben a szerződő a biztosított vonatkozásában nemdohányzó vagy kisdohányzó kedvezményt kíván igénybe venni, a biztosító szárazvér teszt elvégzését írhatja elő. A biztosító a szárazvér teszt eredményétől függetlenül egészségügyi kockázatfelmérést is végez.

(3) A biztosító által az egészségügyi kockázatfelmérés során feltett kérdésekre a biztosított által adott válaszoktól vagy az egészségügyi kockázatfelmérés eredményétől függően a biztosító jogosult a kockázatot alacsonyabb biztosítási összeggel vállalni, pótdíjat felszámítani, kockázat kizárását alkalmazni, vagy az ajánlatot elutasítani.

(4) A biztosítási tartam alatt a szerződő új kiegészítő biztosítást vagy kiegészítő biztosítási csomagot köthet, vagy a csomagszorót módosíthatja, ebben az esetben a biztosítónak jogában áll ismételt kockázatbírálást, illetve egészségügyi kockázatfelmérést előírni.

11.§ A biztosítási összeg

(1) A biztosítási összeget a szerződő az ajánlat megtételekor választhatja meg.

(2) A főbiztosítás biztosítási összege a tartam során növelhető bármely biztosítási évfordulón, továbbá növelhető a 14.§-ban meghatározott értékkövetési eljárás igénybevételével. A biztosítási összeg növelése esetén a biztosító ismételt kockázatbírálást és egészségügyi kockázatfelmérést írhat elő.

(3) A főbiztosítás biztosítási összege a tartam során nem csökkenthető.

12.§ A biztosítási díj

(1) A biztosítás folyamatos díjfizetésű.

(2) A biztosítás havi díjfizetésű. A szerződő és a biztosító a havi díjfizetés-től eltérő – negyedéves, féléves, éves – díjfizetési gyakoriságban is megállapodhat. A díjfizetés az ajánlaton megjelölt módon történik.

(3) A havitól eltérő díjfizetési gyakoriság és a csoportos beszedési megbízás alapján történő díjfizetés esetén a biztosító a díjból kedvezményt adhat. A kedvezmény mértéke: negyedéves díjfizetés esetén a havi díj háromszorosának 2%-a; féléves díjfizetés esetén a havi díj hatszorosának 3%-a; éves díjfizetés esetén a havi díj tizenkétszorosának 4%-a. A csoportos beszedési megbízás alapján végrehajtható banki díjlehívással történő díjfizetés esetén a biztosító a díjból 2% engedményt ad, de jelen bekezdésben meghatározott összes díjengedmény mértéke nem lehet több 5%-nál.

(4) A biztosító a dohányzó, kisdohányzó (legfeljebb 5 szál/nap) és a nemdohányzó biztosítottak esetében eltérő tarifát alkalmaz. Az ajánlattegelkor a dohányzási szokások alapján történt besorolás a tartam végéig fennmarad.

13.§ Bónusz-visszatérítés

(1) Legalább 10 éves tartamú szerződés esetén a biztosító jelen főbiztosításra és amennyiben a főbiztosítás kiegészítő biztosításaként megkötésre kerül, a GB1040 jelű Kockázati kiegészítő biztosításra a biztosítási díj meghatározott részét bónusz-visszatérítésként kifizeti a szerződőnek, amennyiben a szerződésre a teljes tartam alatt nem történt szolgáltatás és nincs folyamatban szolgáltatási igénybejelentés.

(2) A biztosító továbbá az (1) pont figyelembevételével a kiegészítő biztosításokra – kivételt képez ez alól a GB1040 jelű Kockázati kiegészítő biztosítás – is bónusz-visszatérítést fizet a tartam során 5 évenként az adott biztosítási évfordulót követő 30 napon belül, amennyiben az 5 éves időtartam alatt a kiegészítő biztosításokra nem történt szolgáltatási kifizetés és nem nyújtottak be ezen jogcímen szolgáltatási igényt. A biztosító a kiegészítő biztosításokra vonatkozó bónusz-visszatérítést a szerződőnek fizeti ki.

(3) A bónusz-visszatérítés kifizetésének további feltétele a szerződés teljes díjrendezettsége főbiztosítás esetén a tartam végén, kiegészítő biztosítások esetében a bónusz-visszatérítés esedékességi időpontjában.

(4) A főbiztosításra és a kiegészítő biztosításokra vonatkozó bónusz-visszatérítés mértékét a 2. számú melléklet tartalmazza.

(5) Amennyiben a biztosító bónusz-visszatérítést fizetett a szerződőnek és az elévülési időn belül jogos szolgáltatási igényt jelentenek be, de a szolgáltatás összege kisebb vagy ugyanannyi, mint a bónusz-visszatérítés összege volt, akkor a biztosító nem teljesít szolgáltatást.

(6) Amennyiben a biztosító bónusz-visszatérítést fizetett a szerződőnek és az elévülési időn belül jogos szolgáltatási igényt jelentenek be, de a szolgáltatás összege nagyobb, mint a bónusz-visszatérítés összege, akkor a biztosító a szolgáltatás összegének és a korábban már kifizetett bónusz-visszatérítés összegének különbözetét fizeti ki a szerződő részére.

(7) A biztosító a visszatérítést a nyilvántartásában meglévő bankszámlaszámra történő átutalással fizeti ki, annak hiányában a legutolsó ismert laccímre történő kiutalással.

14.§ Értékkövetés

(1) A biztosító a biztosítás értékkövetésének érdekében lehetőséget biztosít a szerződés indexálására. Az indexálás során a biztosító a biztosítási díjat a biztosítási évfordulón megnöveli, a biztosított aktuális életkora alapján

meghatározza az aktuális biztosítási összeg emelkedését, és ezzel az összeggel a biztosítási összeget megnöveli.

(2) Az index értékére a biztosító egy változatot kínál fel a szerződőnek. Az index értéke az indexértesítő kiküldését megelőző 12 hónap – a legfrissebb KSH Közlemény alapján megállapítható – fogyasztói árindexe, de minimum 5%. A szerződő nem jogosult a biztosító által felkínált indextől eltérő indexet igényelni.

(3) A fentiek alapján meghatározott biztosítási díjról és biztosítási összegről a szerződőt a biztosító legkésőbb az indexálást megelőzően 45 nappal írásban értesíti. Az indexálás nem kötelező. A szerződőnek az indexálás esedékessége előtt legalább 15 nappal írásban jeleznie kell, ha az indexálást elfogadja, vagy ha a biztosító által felajánlott indexet elutasítja. Amennyiben a szerződő írásban nem válaszol a biztosítónak az indexálás elutasításáról, akkor ezt a felek úgy tekintik, hogy a szerződő az indexértesítő kiküldését megelőző 12 hónap – a legfrissebb KSH Közlemény alapján megállapítható – fogyasztói árindexe, de minimum 5% mértékben élni kíván az indexálás lehetőségével.

(4) Az indexálás elutasítása esetén a biztosítás változatlan biztosítási díjjal és biztosítási összeggel hatályban marad. Amennyiben a szerződő az indexálást két egymást követő évben elutasította, elveszti jogosultságát az indexálásra. A biztosítónak azonban jogában áll további indexálásokat felajánlani, illetve azokat kockázatfelbecsléstől, egészségügyi kockázafelméréstől függővé tenni.

(5) A biztosítás a díjfizetési tartam utolsó 5 évében nem indexálható.

(6) A biztosító ezen kívül további legalább 3 indexértéket ajánl fel a szerződő részére.

15.§ Maradékjogok

A biztosítás maradjogokkal nem rendelkezik, a szerződés díjmentesítésére, valamint visszavásárlásra, kötvénykölcsönre nincs lehetőség.

16.§ Nyereségrészesedés

A biztosító jelen feltételekkel meghatározott biztosítási szerződése nyereségrészesedésre nem jogosít.

17.§ A szerződés megszűnésének esetei

A biztosítási szerződés megszűnik:

a. a biztosítás tartamának lejáratakor;

b. a főbiztosított halála esetén;

c. a díjfizetés elmulasztása esetén, az Életbiztosítási Általános Feltételek 10.§ (1) pontjában leírtak szerint;

d. az Életbiztosítási Általános Feltételek 2.§ (10) pontjában foglalt felmondás esetén;

e. az Életbiztosítási Általános Feltételek 2.§ (11) pontjában feltüntetett esetben.

18.§ Az életbiztosítási szerződésre vonatkozó adózással kapcsolatos szabályok

(1) A tájékoztatás a 2019. január 1-jén hatályos jogszabályokon alapul, amelyek változhatnak. Az ügyfeleknek az alábbiakban leírt, az adózási kérdésekre vonatkozó alapvető szabályokat meghatározó jogszabályt, annak változásait célszerű nyomon követniük:

A személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény.

(2) Amennyiben a kockázati biztosítási szerződés alapján a szerződő visszatérítésre jogosult, mert a tartam alatt nem következett be biztosítási esemény, és a biztosításra befizetett díjak vagy a díjak egy része adómentesnek minősült (tipikusan a munkáltató által magánszemély biztosítottra kötött szerződések bizonyos eseteiben), úgy a szerződői jogoknak a biztosított részére történő átadásával a korábbi szerződő munkáltatónak adófizetési kötelezettsége keletkezhet.

(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 mentesít és nem is helyettesíti a hatályos adójogszabályok ismeretét és betartásának kötelezettségét.

19.§ Egyéb rendelkezések

(1) Felhívjuk figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2019. július 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltételek eltér, mivel a biztosító a jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban lényegesen módosította:

– aktualizálta a teljes költségmutatóról szóló tájékoztatót, mely a 4. számú mellékletben található.

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

1. számú melléklet

(1) Kizárólag csomagban köthető kiegészítő biztosítások

- GB1035 jelű Nem baleseti női kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás
- GB1036 jelű Nem baleseti női műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás

(2) Kiegészítő biztosítási csomagok

Alap csomag

Kockázatok	Kiegészítő biztosítás kódja	Alap biztosítási összeg (Ft)
Baleseti halál	GB1010	100 000
Baleseti rokkantság	GB1011	200 000
Rokkantság (D, E kategória)	GB1031	100 000
Választható csomagszorzó	1-100	

Balesetbiztosítási csomag

Kockázatok	Kiegészítő biztosítás kódja	Alap biztosítási összeg (Ft)
Baleseti halál	GB1010	100 000
Baleseti rokkantság	GB1011	200 000
Baleseti kórházi napi térítés (1. naptól)	GB1012	100
Baleseti műtéti térítés	GB1013	10 000
Választható csomagszorzó	1-100	

Betegségbiztosítási csomag

Kockázatok	Kiegészítő biztosítás kódja	Alap biztosítási összeg (Ft)
Nem baleseti kórházi napi térítés (1. naptól)	GB1032	100
Nem baleseti műtéti térítés	GB1033	10 000
Rokkantság (D, E kategória)	GB1031	100 000
Választható csomagszorzó	1-100	

Gyerek csomag

Kockázatok	Kiegészítő biztosítás kódja	Alap biztosítási összeg (Ft)
Baleseti halál	GB1010	100 000
Baleseti rokkantság	GB1011	200 000
Baleseti kórházi napi térítés (1. naptól)	GB1012	100
Baleseti műtéti térítés	GB1013	1 000
Csonttörés, csontrepedés	GB1014	500
Égési sérülés	GB1015	10 000
Választható csomagszorzó	1-100	

Hölgy csomag

Kockázatok	Kiegészítő biztosítás kódja	Alap biztosítási összeg (Ft)
Nem baleseti női kórházi napi térítés (1. naptól)	GB1035	100
Nem baleseti női műtéti térítés	GB1036	10 000
Rettegett betegségek	GB1034	50 000
Választható csomagszorzó	1-100	

Családfő csomag

Kockázatok	Kiegészítő biztosítás kódja	Alap biztosítási összeg (Ft)
Baleseti halál	GB1010	100 000
Baleseti rokkantság	GB1011	200 000
Baleseti műtéti térítés	GB1013	10 000
Rettegett betegségek	GB1034	100 000
Választható csomagszorzó	1-100	

A kiegészítő biztosítási csomagok alap biztosítási összegei ugyanazon arányban többszörözhetőek, de a csomagon belüli arányuk nem változtatható meg. **Többszörözés választható mértéke: 1-100.**

(3) Választható kiegészítő biztosítások

- GB1010 jelű Baleseti halál kiegészítő biztosítás
- GB1011 jelű Baleseti rokkantság kiegészítő biztosítás
- GB1012 jelű Baleseti kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás
- GB1013 jelű Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás
- GB1014 jelű Csonttörés, csontrepedés esetére szóló kiegészítő biztosítás
- GB1015 jelű Égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás
- GB1016 jelű Baleseti keresőképtelenség esetére szóló kiegészítő biztosítás
- GB1017 jelű Közlekedési baleseti halál kiegészítő biztosítás
- GB1018 jelű Közlekedési baleseti rokkantság kiegészítő biztosítás
- GB1031 jelű Rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás
- GB1032 jelű Nem baleseti kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás
- GB1033 jelű Nem baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás
- GB1034 jelű Rettegett betegségek esetére szóló kiegészítő biztosítás
- GB1037 jelű Nem baleseti keresőképtelenség esetére szóló kiegészítő biztosítás
- **GB1038 jelű Rákdiasztikai kiegészítő biztosítás**
- GB1040 jelű Kockázati kiegészítő biztosítás

Az alábbi kiegészítő biztosítások kizárólag bármely kiegészítő biztosítási csomaggal együtt köthetőek meg:

- GB1014 jelű Csonttörés, csontrepedés esetére szóló kiegészítő biztosítás
- GB1015 jelű Égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás
- GB1016 jelű Baleseti keresőképtelenség esetére szóló kiegészítő biztosítás
- GB1037 jelű Nem baleseti keresőképtelenség esetére szóló kiegészítő biztosítás

Amennyiben az adott biztosított vonatkozásában minden kiegészítő biztosítási csomag megszűnik, a fenti kiegészítő biztosítások is megszűnnek az utolsó kiegészítő biztosítási csomag megszűnésével egyidejűleg.

2. számú melléklet

Bónusz-visszatérítés esedékessége és mértéke

(1) Főbiztosításra és amennyiben a főbiztosítás kiegészítő biztosításaként megkötésre kerül, a GB1040 jelű Kockázati kiegészítő biztosításra vonatkozó bónusz-visszatérítési szorzó

A biztosítási tartam végén fizetendő az alábbiak szerint	Bónusz-visszatérítés szorzója
5-9 éves tartam, illetve hátralévő idő esetén	0
10-14 éves tartam, illetve hátralévő idő esetén	6
15-19 éves tartam, illetve hátralévő idő esetén	9
20-24 éves tartam, illetve hátralévő idő esetén	12
25-29 éves tartam, illetve hátralévő idő esetén	15
30-34 éves tartam, illetve hátralévő idő esetén	18
35-39 éves tartam, illetve hátralévő idő esetén	21
40 éves tartam, illetve hátralévő idő esetén	24

Bónusz-visszatérítés alapja: a szerződéskötéskor meghatározott 1. havi díj, de amennyiben a szerződő élt a szerződés tartama alatt az értékkövetés lehetőségével, akkor a biztosító úgy jár el, hogy az indexálás miatt keletkező díjnövekményeket elkülönítve kezeli, és mindegyikre a fenti táblázat szerinti szorzót alkalmazza az indexáláskor a tartamból hátralévő időnek megfelelően.

Például:

Amennyiben a szerződő 17 éves tartamú biztosítást köt, akkor a bónusz-visszatérítés szorzója 9, mely az első évre érvényes esedékes havi díjra vonatkozik. Amennyiben a szerződő él az értékkövetés lehetőségével az első biztosítási évfordulón, akkor az elkülönítetten kezelt díjnövekmény után külön számítható a bónusz-visszatérítés a fenti táblázat szerinti a díjnövekmény keletkezésétől a tartam végéig hátralévő évek száma alapján. Ebben az esetben már csak 16 év van hátra a tartam végéig, így a táblázat 3. sora szerinti (15-19 éves tartam) bónusz-visszatérítési szorzó (9) érvényes erre a díjnövekményre. A további években a szabály ezek alapján alkalmazandó, például – ennél az esetnél maradván – amennyiben a 7. biztosítási évfordulón újra él a szerződő az értékkövetés lehetőségével, onnan már csak 10 év van hátra, tehát a táblázat 2. sora szerint (10-14 éves tartam) erre a díjnövekményre a 6-os szorzó vonatkozik, és a további értékkövetés miatti díjnövekményekre (mivel a hátralévő tartam már nem éri el a 10 évet, ld. táblázat 1. sora: 1-9 éves tartam) már nem jár bónusz-visszatérítés. A tartam alapján az első havi díjra járó bónusz-visszatérítés és az értékkövetések miatti díjnövekményekre egyenként számított bónusz-visszatérítések a tartam végén összeadódnak.

(2) Kiegészítő biztosításokra – kivételt képez ez alól a GB1040 jelű Kockázati kiegészítő biztosítás – vonatkozó bónusz-visszatérítés mértéke

A biztosító 5 évenként, minden 5. biztosítási évfordulót követő 30 napon belül 3 havi bónusz-visszatérítést fizet ki, jelen különös feltételek 13.§-ában meghatározottak szerint.

Bónusz-visszatérítés alapja: minden 5 éves periódusban a kiegészítő biztosítások átlagos havi díja.

3. számú melléklet

Választható kiegészítő biztosítások havi díjtételei

Kiegészítő balesetbiztosítások kockázatonkénti havi díja 1000 Ft biztosítási összeg esetén

Kód	Kockázatok	Havi díj (Ft)	Megjegyzés
GB1010	Baleseti halál	0,164	–
GB1011	Baleseti rokkantság	0,189	–
GB1012	Baleseti kórházi napi térítés	25,060	–
GB1013	Baleseti műtéti térítés	0,810	–
GB1014	Csonttörés, csontpedés	4,434	legalább 1 (bármely) csomag választása esetén köthető kiegészítő biztosítás
GB1015	Égési sérülés	0,004	legalább 1 (bármely) csomag választása esetén köthető kiegészítő biztosítás
GB1016	Baleseti keresőképtelenség	357,929	legalább 1 (bármely) csomag választása esetén köthető kiegészítő biztosítás
GB1017	Közlekedési baleseti halál	0,033	–
GB1018	Közlekedési baleseti rokkantság	0,038	–

GB1031 jelű Rókkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás havi díja

Biztosítási összeg: 100 000 Ft

Kor (év)	Havi díj (Ft)																																				
	Tartam (év)																																				
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		
16	9	9	9	9	10	10	11	11	12	13	13	14	15	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	28	29	30	31	32	34	35	37	38	40	41	43
17	9	9	9	9	10	10	11	12	13	14	14	15	16	16	17	18	19	20	22	23	24	25	27	29	30	31	33	34	36	37	39	41	42	44	46		
18	9	9	10	10	11	11	12	13	14	15	15	16	17	18	19	20	21	22	23	25	26	27	29	30	32	33	35	38	40	42	43	45	47	48			
19	9	10	10	11	12	12	13	14	15	16	17	17	18	19	20	21	23	24	25	27	28	30	31	33	34	36	38	41	42	44	46	47	49	51			
20	10	10	11	12	13	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	25	26	27	29	30	32	34	35	37	38	40	42	43	45	47	49	50	52	54		
21	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	25	26	27	28	30	31	33	35	36	38	39	41	43	44	46	48	50	51	53	55	57	58	60	
22	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	25	26	28	29	31	32	34	35	37	39	40	42	44	46	47	49	51	53	54	56	58	60	62	64	
23	14	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	29	30	32	33	35	37	38	40	42	43	45	47	49	50	52	54	56	57	59	61	63		
24	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	27	28	30	31	33	34	36	38	39	41	43	44	46	48	50	52	53	55	57	59	60	62	64	66		
25	17	17	18	19	20	21	22	23	25	26	28	29	31	32	34	35	37	39	40	42	44	46	47	49	51	53	55	58	60	62	64	66	68	69			
26	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	30	32	33	35	36	38	40	42	43	45	47	49	50	52	54	56	58	60	61	63	65	67	69	71			
27	20	21	21	22	23	24	25	26	28	29	31	33	34	36	38	39	41	43	45	46	48	50	52	54	55	57	59	61	63	65	66	68	70	72			
28	21	22	23	24	25	26	27	29	30	32	34	35	37	39	41	42	44	46	48	49	51	53	55	57	59	61	62	64	66	68	70	72	74	76			
29	23	24	25	26	27	28	30	31	33	35	36	38	40	42	44	45	47	49	51	53	55	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80			
30	25	25	26	28	29	31	32	34	36	38	39	41	43	45	47	49	50	52	54	56	57	59	61	63	65	67	69	71	73	75	77						
31	26	27	29	30	32	34	35	37	39	41	43	44	46	48	50	52	54	56	57	59	61	63	65	67	69	71	73	74	76	78							
32	28	30	31	33	35	36	38	40	42	44	46	48	50	51	53	55	57	59	61	63	65	67	69	70	72	74	76	78	80								
33	31	32	34	36	38	40	42	44	47	49	51	53	55	57	59	61	63	65	66	68	70	72	74	76	78	80	82										
34	34	35	37	39	41	43	45	47	49	51	53	55	57	59	61	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	83										
35	37	39	41	43	45	47	49	51	53	55	57	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	81	83	85											
36	41	43	45	47	49	51	53	55	57	59	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	83	85	87	89											
37	45	47	49	51	53	55	57	59	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	83	85	87	89													
38	49	51	53	55	57	59	61	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	83	85	87	89	91														
39	53	55	57	59	61	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	85	87	89	91	93	95														
40	57	59	61	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	85	87	89	91	93	95																
41	61	63	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	85	87	89	91	93	95	97																	
42	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	85	87	89	91	93	95	97	99	101																	
43	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	87	89	91	93	95	97	99	101	103																		
44	72	74	76	78	80	82	84	86	87	89	91	93	95	97	99	101	103																				
45	76	78	80	82	84	86	87	89	91	93	95	97	99	101	103	105	106																				
46	80	82	84	86	87	89	91	93	95	97	99	101	103	105	106																						
47	84	86	87	89	91	93	95	97	99	101	103	105	106	108																							
48	87	89	91	93	95	97	99	101	103	105	106	108	110																								
49	91	93	95	97	99	101	103	105	106	108	110	112																									
50	95	97	99	101	103	105	106	108	110	112	114																										
51	99	101	103	105	106	108	110	112	114	116																											
52	103	105	106	108	110	112	114	116	118																												
53	106	108	110	112	114	116	118	120																													
54	110	112	114	116	118	120	122																														
55	114	116	118	120	122	124																															
56	118	120	122	124	125																																
57	122	124	125	127																																	
58	125	127	129																																		
59	129	131																																			
60	133																																				

GB1034 jelű Rettegett betegségek esetére szóló kiegészítő biztosítás havi díja

Biztosítási összeg: 100 000 Ft

Kor (év)	Havi díj (Ft)																																							
	Tartam (év)																																							
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40				
16	12	13	13	14	15	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	31	32	34	36	38	41	43	46	48	51	55	58	61	65	69	73				
17	13	14	14	15	16	17	18	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	29	30	32	33	35	37	39	41	44	47	50	53	56	59	63	66	70	75	79				
18	14	15	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	31	32	34	36	38	40	43	45	48	51	54	57	61	64	68	72	76	81	86				
19	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	32	33	35	37	39	41	44	46	49	52	55	59	62	66	69	74	78	83	87	93				
20	17	18	19	20	21	22	22	23	24	26	27	28	29	30	31	33	34	36	38	40	42	45	48	50	53	57	60	64	67	71	75	80	84	89	95	100				
21	18	19	20	21	22	23	24	25	26	28	29	30	31	32	34	35	37	39	41	44	46	49	52	55	58	62	65	69	73	77	82	86	92	97	103	109				
22	20	21	22	23	24	25	26	27	28	30	31	32	33	35	36	38	40	42	45	47	50	53	56	60	63	67	71	75	79	84	88	94	99	105	111	118				
23	22	23	24	25	26	27	28	29	31	32	33	34	36	38	39	41	44	46	49	52	55	58	61	65	69	72	77	81	86	91	96	101	107	114	120	127				
24	24	25	26	27	28	29	30	32	33	34	35	37	39	41	43	45	47	50	53	56	60	63	67	70	74	79	83	88	93	98	104	110	116	123	130	138				
25	26	27	28	29	30	32	33	34	35	37	38	40	42	44	46	49	52	55	58	61	65	68	72	76	81	85	90	95	100	106	112	119	126	133	141	149				
26	28	29	30	31	33	34	35	36	38	39	41	43	45	48	50	53	56	59	63	66	70	74	78	83	87	92	97	103	109	115	122	129	136	144	152					
27	30	31	32	34	35	36	37	39	40	42	44	46	49	52	55	58	61	65	68	72	76	80	85	90	95	100	105	111	118	125	132	139	147	155						
28	32	33	35	36	37	38	40	42	43	46	48	50	53	56	59	63	66	70	74	78	82	87	92	97	102	108	114	121	128	135	142	151	159							
29	35	36	37	38	39	41	43	45	47	49	52	55	58	61	65	68	72	76	80	85	89	94	100	105	111	117	124	131	138	146	154	163								
30	37	38	39	41	42	44	46	48	51	53	56	60	63	67	70	74	78	83	87	92	97	102	108	114	120	127	134	141	149	158	166									
31	39	40	42	43	45	47	50	52	55	58	61	65	69	72	76	81	85	90	94	100	105	111	117	123	130	137	145	153	161	170										
32	42	43	45	47	49	51	54	57	60	63	67	71	75	79	83	88	92	97	102	108	114	120	126	133	141	149	157	165	174											
33	44	46	48	50	53	56	59	62	65	69	73	77	81	86	90	95	100	105	111	117	123	130	137	145	152	161	170	179												
34	47	50	52	55	57	60	64	67	71	75	80	84	88	93	98	103	109	114	120	127	134	141	148	157	165	174	183													
35	51	54	56	59	63	66	70	74	78	82	87	91	96	101	106	112	118	124	130	137	145	153	161	169	178	188														
36	56	59	62	65	69	72	77	81	85	90	95	99	104	110	115	121	128	134	141	149	157	165	174	183	193															
37	61	64	68	71	75	80	84	88	93	98	103	108	114	119	125	132	139	146	153	162	170	179	188	198																
38	67	70	74	78	83	87	92	97	102	107	112	117	123	130	136	143	150	158	166	175	184	194	204																	
39	73	77	82	86	91	96	101	106	111	116	122	128	134	141	148	155	163	171	180	189	199	209																		
40	81	85	90	95	100	105	110	115	120	126	132	139	145	152	160	168	177	186	195	205	215																			
41	89	94	99	104	109	114	119	125	131	137	143	150	158	165	174	182	191	201	211	222																				
42	98	103	108	113	119	124	130	135	142	148	155	163	171	179	188	197	207	217	228																					
43	108	113	118	123	129	134	140	147	154	161	168	176	185	194	203	213	224	235																						
44	118	123	128	134	140	146	152	159	166	174	182	191	200	210	220	231	242																							
45	128	134	139	145	151	158	165	172	180	188	197	207	216	227	238	249																								
46	139	144	150	157	163	170	178	186	195	204	213	223	234	245	256																									
47	150	156	162	169	176	184	192	201	210	220	230	241	252	264																										
48	161	168	175	182	190	199	208	217	227	238	249	260	272																											
49	174	181	189	197	205	215	224	235	245	257	268	280																												
50	187	195	203	212	222	232	242	253	265	277	289																													
51	202	211	220	229	240	251	262	273	286	298																														
52	218	228	238	248	259	271	283	295	308																															
53	236	246	257	268	280	292	305	318																																
54	256	267	278	290	303	316	329																																	
55	277	288	301	313	327	340																																		
56	299	311	324	338	352																																			
57	323	336	350	364																																				
58	349	363	377																																					
59	376	390																																						
60	404																																							

GB1036 jelű Nem baleseti női műtėti térítésre szóoló kiegesztő biztosítás havi díja

Biztosítási összeg: 100 000 Ft

Kor (év)	Havi díj (Ft)																																																																														
	1. tartam (év)		2. tartam (év)		3. tartam (év)		4. tartam (év)		5. tartam (év)		6. tartam (év)		7. tartam (év)		8. tartam (év)		9. tartam (év)		10. tartam (év)		11. tartam (év)		12. tartam (év)		13. tartam (év)		14. tartam (év)		15. tartam (év)		16. tartam (év)		17. tartam (év)		18. tartam (év)		19. tartam (év)		20. tartam (év)		21. tartam (év)		22. tartam (év)		23. tartam (év)		24. tartam (év)		25. tartam (év)		26. tartam (év)		27. tartam (év)		28. tartam (év)		29. tartam (év)		30. tartam (év)		31. tartam (év)		32. tartam (év)		33. tartam (év)		34. tartam (év)		35. tartam (év)		36. tartam (év)		37. tartam (év)		38. tartam (év)		39. tartam (év)		40. tartam (év)
16	224	227	230	234	237	241	245	249	253	258	263	268	274	279	285	291	297	304	312	320	329	340	351	363	375	389	402	415	428	441	454	466	479	491	504	516																																											
17	229	232	236	239	243	247	251	256	261	267	272	277	283	288	295	301	308	316	324	334	345	357	369	381	394	408	421	435	448	461	473	486	499	511	523	535																																											
18	235	239	242	246	250	255	260	265	270	275	281	287	292	299	306	313	320	329	339	350	362	374	387	401	414	428	442	455	468	481	494	506	519	531	544	555																																											
19	242	246	250	254	258	263	269	274	280	285	291	297	303	310	318	325	334	344	356	368	381	393	407	421	435	449	462	476	489	502	515	527	540	552	564	576																																											
20	249	254	258	262	268	273	279	284	290	296	302	308	315	323	331	339	350	362	374	387	400	414	429	443	457	470	484	497	510	523	536	549	561	573	585	596																																											
21	258	262	267	272	278	283	289	294	300	307	313	321	328	336	345	356	368	380	394	407	422	436	451	465	478	492	505	519	532	545	558	570	582	594	606	617																																											
22	265	270	276	282	288	293	299	305	311	318	326	333	341	351	361	374	387	400	414	429	444	459	473	487	501	514	528	541	554	567	579	591	603	615	627	640																																											
23	274	280	286	292	298	304	310	317	323	331	339	347	357	368	380	394	408	422	437	452	467	481	496	510	523	537	550	563	576	589	601	613	625	637	650	663																																											
24	285	291	297	303	309	315	322	329	337	345	353	363	374	387	401	415	429	445	460	476	490	505	519	533	547	560	573	586	599	611	623	635	647	660	673	686																																											
25	297	303	309	315	321	328	335	343	351	360	369	381	395	409	423	438	454	469	485	500	514	529	543	557	570	584	597	610	622	634	646	658	671	684	697	711																																											
26	309	315	321	327	334	341	349	358	366	376	388	401	417	431	446	463	479	495	510	525	539	553	567	581	594	608	620	633	645	657	669	682	695	708	722																																												
27	321	327	333	340	347	356	364	373	383	396	410	425	440	456	472	488	505	520	535	550	564	578	592	605	619	632	644	656	668	680	692	704	716	729	743	756	770																																										
28	333	340	347	354	362	371	380	391	403	418	434	449	465	482	499	515	531	546	561	575	589	603	617	630	643	656	668	680	692	704	716	729	743	756	770																																												
29	346	353	360	369	378	387	398	411	427	442	459	475	492	509	526	542	557	572	587	601	615	629	642	655	668	680	692	704	717	730	744	758																																															
30	359	367	376	385	395	406	419	435	452	468	485	503	520	537	553	569	584	599	613	627	641	655	667	680	692	704	716	729	743	756	770																																																
31	373	383	392	402	414	428	445	462	479	496	514	532	549	566	581	597	611	626	640	654	667	680	693	705	717	729	742	755	769	783																																																	
32	390	400	410	422	437	455	472	490	507	526	544	562	579	594	610	625	639	653	667	681	694	706	718	730	742	755	769	782	796																																																		
33	409	419	432	447	466	484	502	520	539	558	576	592	608	624	639	653	668	681	695	708	720	732	744	756	769	782	796	810																																																			
34	429	442	458	477	496	515	533	553	572	590	607	623	639	654	668	682	696	710	722	735	746	758	770	783	796	810	824																																																				
35	452	470	490	510	529	548	568	587	606	623	639	655	669	684	698	711	725	738	750	761	773	785	798	811	824	839																																																					
36	482	504	525	544	564	584	604	622	639	656	671	686	700	714	728	741	753	765	777	788	800	813	826	839	854																																																						
37	519	540	561	580	601	621	640	657	673	689	703	717	731	744	757	770	781	793	804	815	828	841	855	869																																																							
38	558	579	599	620	640	659	676	691	707	721	735	748	761	774	786	798	809	820	831	844	857	870	884																																																								
39	601	620	641	661	680	696	712	727	740	754	767	780	792	804	815	826	836	848	860	873	886	900																																																									
40	643	664	684	701	717	732	747	759	773	786	798	810	821	832	843	853	864	876	889	902	916																																																										
41	686	705	722	738	752	766	778	791	803	815	827	838	849	859	869	879	891	904	917	931																																																											
42	724	741	756	769	783	795	807	819	831	842	853	863	873	883	893	905	918	931	945																																																												
43	759	774	787	800	811	823	835	846	857	868	878	887	897	907	919	932	944	958																																																													
44	792	804	816	827	839	850	861	872	882	892	901	910	920	932	945	957	971																																																														
45	821	833	843	854	865	875	886	896	905	914	923	933	944	957	970	984																																																															
46	846	855	866	877	887	898	907	916	925	934	944	955	968	981	995																																																																
47	866	877	887	898	908	918	927	935	944	954	966	979	992	1006																																																																	
48	887	898	908	919	928	937	945	954	964	976	989	1002	1017																																																																		
49	908	918	929	939	947	955	964	974	986	999	1013	1028																																																																			
50	929	940	949	958	965	974	984	996	1010	1023	1038																																																																				
51	949	959	967	974	983	993	1005	1019	1033	1049																																																																					
52	970	978	985	993	1003	1016	1030	1044	1060																																																																						
53	987	994	1002	1012	1025	1040	1054	1071																																																																							
54	1002	1010	1021	1034	1050	1065	1082																																																																								
55	1019	1029	1044	1060	1075	1093																																																																									
56	1036	1052	1069	1085	1104																																																																										
57	1061	1080	1097	1116																																																																											
58	1093	1110	1131																																																																												
59	1127	1148																																																																													
60	1167																																																																														

4. számú melléklet

TÁJÉKOZTATÓ A TELJES KÖLTSÉGMUTATÓRÓL

Tisztelt Leendő Ügyfelünk!

Az Ön által megkötni kívánt biztosítás egy klasszikus megtakarítási jellegű életbiztosítás.

Annak érdekében, hogy Ön a szerződéshez kapcsolódó költségekről átfogó képet kapjon, a biztosítók a teljes költségmutatót (TKM) egységesen alkalmazzák az életbiztosításoknak a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben (továbbiakban Bit.) meghatározott körére, továbbá a mutató értékéről Önt mint leendő szerződőt előzetesen tájékoztatják annak érdekében, hogy megalapozottabb döntést tudjon hozni. A TKM megegyezik a teljes költségmutató számításáról és közzétételéről szóló 55/2015. MNB rendeletben (továbbiakban Rendelet) meghatározott teljes költségmutatóval.

Mi a TKM?

A TKM egy, az Ön tájékoztatását szolgáló, egyszerű mutató, amely egyetlen százalékos érték segítségével fejezi ki a **típuspéldában bemutatott biztosítás költségeit, köztük a termékbe beépített biztosítási kockázati fedezetek ellenértékét is.**

A TKM megmutatja, hogy adott feltételezések mellett **közéltőleg mekkora hozamvesztés érheti Önt egy elméleti, költségmentes befektetés hozamához képest** amiatt, hogy a hozamot az adott klasszikus életbiztosítási terméken keresztül érte el.

Miben szolgálja az Ön érdekeit?

A TKM segítségével Ön **egyszerűbben össze tudja hasonlítani** a magyar életbiztosítási piacon kínált klasszikus életbiztosítások költség szintjeit.

A bemutatott típuspélda a következő:

A TKM a Rendeletben meghatározott alábbi feltételezésekkel kerül kiszámításra.

A biztosított kora és a biztosítás időtartama

- A biztosított egy 35 éves személy, aki
 - rendszeres díjfizetés esetén 10, 15 vagy 20 éves tartamú,
 - egyszeri díjas szerződése esetén 5, 10 vagy 20 éves tartamú biztosítási szerződést köt.

A TKM kalkuláció azért történik különböző időtartamokra, hogy látható legyen, miként befolyásolják a különböző időtartamok a termék költségterhelését. Amennyiben a fenti tartamok közül valamelyikre nem történik számítás, az azt jelenti, hogy az adott tartam a konkrét termékre nem elérhető.

Élethosszig szóló biztosítás esetén a fenti tartamok úgy értendők, hogy az ügyfél a feltüntetett időpontban a szerződés visszavásárlását kéri.

A biztosítás díja és a díjfizetés módja

- A fenti életkorú biztosított
 - 4 500 000 Ft-ért (vagy annak megfelelő €/USD/CHF stb.) egyszeri díjas, vagy
 - 25 000 Ft havi díjjal (vagy annak megfelelő €/USD/CHF stb.) rendszeres díjas, havi díjfizetésű biztosítást köt, ahol a díjfizetés átutalással történik.

A klasszikus életbiztosításban foglalt élet- és/vagy balesetbiztosítási, illetve egészségbiztosítási szolgáltatások

- A TKM a biztosítási feltételek szerint kötelezően választandó minimális biztosítási fedezetek kockázati díját veszi figyelembe költségként.

- Jelen Releva kockázati életbiztosítás esetében a szerződésbe épített kötelező biztosítási kockázat jellemzői a következők: kockázati életbiztosítás.

A TKM számítás a Rendeletnek megfelelően figyelembe vesz minden, a termékhez tartozó, a megtakarítás értékét csökkentő olyan költséget, ami azért merül fel, mert Ön a megtakarítást az adott klasszikus életbiztosításon keresztül valósította meg. Nem veszi ugyanakkor figyelembe a díjhoz és a kifizetésekhez kapcsolódó esetleges adó- és járulékkerheteket és/vagy kedvezményeket.

Jelen Releva Kockázati Életbiztosítás TKM értéke

Tartam	TKM értékek
10 éves tartam esetén	88,01%
15 éves tartam esetén	75,93%
20 éves tartam esetén	66,03%

Felhívjuk figyelmét arra, hogy bár a TKM jelen termék esetében is kiszámításra kerül, a kockázati életbiztosítási termék elsősorban életbiztosítási kockázatok fedezésére, nem pedig megtakarításra szolgál.

Figyelem!

Fontos tudnivaló, hogy a fentiekben bemutatott TKM értékek a típuspélda adatain túlmenően azt is feltételezték, **hogy a szerződés az adott tartam alatt mindvégig élő, nem kerül módosításra, a szerződésből pénzkivonás semmilyen formában nem történik és a megállapított díjak az adott tartam során időben megfizetésre kerülnek.** Mindezt a TKM érték által bemutatott költség szint nem szükségszerűen azonos a megvásárolni kívánt konkrét szerződés költségeivel, hanem arról megközelítő tájékoztatást nyújt. **A szerződés egyedi jellemzőinek függvényében a konkrét szerződés költségei akár lényegesen is eltérhetnek a közölt TKM értéktől.**

A Magyar Nemzeti Bank honlapján megtalálható az összes, a Rendelet szerinti TKM számítási kötelezettség alá tartozó TKM érték.

Felhívjuk a figyelmet továbbá arra, hogy a TKM fontos, de nem az egyetlen lényeges pontja a klasszikus életbiztosításokra vonatkozó ügyféltájékoztatásnak. Nem elhanyagolható szempont ugyanis a konkrét ajánlatban szereplő biztosítási fedezet jellege (élet-, baleset- vagy egészségbiztosítás) és nagysága. Hosszú távú megtakarításokról lévén szó, szempont lehet továbbá, hogy a tartam alatt esetleg megváltozó élethelyzetben a termék mennyire testre szabható (pl. milyen kiegészítő fedezettel bővíthető a biztosítás), mennyire hozzáférhető az adott szerződésben elhelyezett összeg, milyen további kényelmi megoldásokat kínál a társaság az ügyféligények kiszolgálására.

Köszönjük figyelmét, és bízunk abban, hogy a TKM bemutatása is hozzájárul ahhoz, hogy különböző biztosítók által kínált életbiztosítások költség szintje átlátható és összehasonlítható legyen, és így Ön még inkább megalapozott, informált döntést hozzon a biztosítási szolgáltatás megvásárlásakor.

TKM tájékoztatás időpontja: 2019. június 30.

Biztosító**GB1010 JELŰ BALESETI HALÁL KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS
KÜLÖNÖS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1010 jelű Baleseti halál kiegészítő biztosítási szerződés (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 valamely rendelkezése eltér a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

(3) Jelen balesetbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított baleset miatt bekövetkező halála esetére a szerződésben meghatározott biztosítási összeg fizetésére vállal kötelezettséget.

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 biztosítás 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 határozott tartamú, tartama egy év. Jelen különös feltételek alapján létrejött egy éves tartamú kiegészítő biztosítás további egy évvel változatlan feltételekkel meghosszabbodik akkor, ha ezzel ellentétes tartalmú nyilatkozatot nem tesz a szerződő felek egyike sem a lejárat előtt 30 nappal.

3.§ Fogalmak

Jelen különös feltételek alkalmazása szempontjából:

Baleset: A biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelyből eredően a biztosított a bekövetkezésétől számított egy éven belül meghal. Jelen feltételekben balesetnek minősülnek az alábbi események is, amennyiben ezek a biztosított akaratán kívül, hirtelen következnek be:

- vízbefúlás;
- égési sérülések, leforrások, 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.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

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

5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi 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, orvossalakértői 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:** A kockázatviselés kezdetekor 1–74 év közötti természetes személy, akinek az életére a biztosítási szerződés létrejön.

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

7.§ Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül baleset miatt bekövetkező halála, ha a haláleset a baleset napjától számított egy éven belül történt.

8.§ A biztosító szolgáltatása

A biztosító jelen különös feltételek alapján az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

(1) A biztosított balesetből bekövetkező halála esetén a biztosító a szerződő által az ajánlattételkor választott biztosítási összeg indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális értékével megegyező szolgáltatást teljesít.

(2) A baleseti halál esetére szóló biztosítási összegből a biztosító levonja az ugyanebből a balesetből eredő rokkantság miatt már kifizetett összeget. Amennyiben a baleseti eredetű rokkantságra kifizetett szolgáltatások összege meghaladja a baleseti halálra szóló szolgáltatás összegét, az esetleges többletkifizetést a biztosító nem követelheti vissza.

(3) Amennyiben a baleseti eredetű rokkantság szolgáltatás teljesítését megelőzően ugyanazon baleset következtében a biztosított a baleseti halál szolgáltatás elévülési idején belül meghal, a biztosító baleseti eredetű rokkantság szolgáltatást nem, csak baleseti halál szolgáltatást teljesít.

9.§ A biztosítási díj

(1) Jelen különös feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás folyamatos díjas lehet. A díjfizetés az ajánlaton megjelölt módon történik.

(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 kiegészítő biztosítási szerződés értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféléjtájékoztató a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféléjtájékoztatóval azonosan történik.

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

11.§ Kizárt kockázatok

A biztosítási védelem nem terjed ki – a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltakon túl – a versenyszerűen űzött sporttevékenység során (versenyeken vagy edzéseken) bekövetkező balesetekre, valamint a biztosított azon díjazásért végzett bármilyen tevékenységére, amelyet a kiegészítő biztosításban nem neveztek meg.

12.§ A biztosító teljesítése

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

- a. az intézmény igazolását arról, hogy a biztosítottat ellátta, továbbá az ellátás indokát (a beteg diagnózisát) és a kórházi zárójelentést;
- b. a baleset körülményeivel kapcsolatos valamennyi vizsgálati eredményt, beleértve a hatósági és igazságügyi orvosszakértői vizsgálati eredményeit.

13.§ A szerződés megszűnésének esetei

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a főbiztosítás megszűnésével egyidejűleg;

- ha a főbiztosítás díjmentessé válik, akkor a a díjmentessé válás napján;
- a biztosított halála esetén a biztosított halála napján;
- annak a biztosítási évnél a végén, amelynek során a biztosított a 75. életévét betölti;
- 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.

14.§ Egyéb rendelkezések

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

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2017. január 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltétel eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

- **pontosította a kockázatviselés kezdetét.**

Biztosító**GB1011 JELŰ BALESETI ROKKANTSÁG KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS
KÜLÖNÖS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1011 jelű Baleseti rokkantság kiegészítő biztosítási szerződés (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 valamely rendelkezése eltér a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

(3) Jelen balesetbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított baleset miatt bekövetkező baleseti eredetű rokkantsága esetére a szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a jelen feltételek szerinti részének kifizetésére vállal kötelezettséget.

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 biztosítás 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 határozott tartamú, tartama egy év. Jelen különös feltételek alapján létrejött egy éves tartamú kiegészítő biztosítás további egy évvel változatlan feltételekkel meghosszabbodik akkor, ha ezzel ellentétes tartalmú nyilatkozatot nem tesz a szerződő felek egyike sem a lejárat előtt 30 nappal.

3.§ Fogalmak

Jelen különös feltételek alkalmazása szempontjából:

(1) **Baleset:** A biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelyből eredően a biztosított a bekövetkezésétől számított két éven belül maradandó egészségkárosodást (rokkantságot) 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.**

(2) **Baleseti eredetű rokkantság:** a biztosítottnak baleset okozta sérülés következtében kialakuló olyan testi-, érzékszervi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenése, mely a szokásos életvitelt korlátozza. A rokkantság mértékét a biztosító a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 1. számú melléklete alapján állapítja meg.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

A kiegészítő biztosítás esetén a biztosító kockázatviselésének kezdete a főbiztosítással egyidejűleg történő kötés esetén az ajánlat

biztosító részére történt átadását követő nap, a főbiztosítás tartama alatt történő kötés esetén az ajánlat átadását követő díjfizetési időszak első napja.

5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi 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 biztosítottot terheli.

6.§ A biztosítási szerződés alanyai

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

(2) **Biztosított:** A kockázatviselés kezdetekor 1–74 év közötti természetes személy, akinek az életére a biztosítási szerződés létrejön.

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

7.§ Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül **a baleset napjától legfeljebb két éven belül bekövetkező baleseti eredetű rokkantsága.**

8.§ A biztosító szolgáltatása

A biztosító jelen különös feltételek alapján az alábbi szolgáltatásokat nyújthatja:

(1) A biztosított balesetből bekövetkező rokkantsága esetén a biztosító a szerződő által az ajánlattételkor választott biztosítási összeg indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény bekövetkezésékor aktuális értékének a rokkantság mértékével megegyező százalékát fizeti ki, kivéve 8.§ (2) b. pontban meghatározott esetet.

(2) Balesetből eredő teljes és részleges 1-100%-os rokkantság esetén a biztosító az (1) pontban meghatározott biztosítási összegnek:

- a. 10-100% között a rokkantság fokával arányos részét;
- b. 1–9% között pedig az 1%-át fizeti ki.

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

9.§ A biztosítási díj

(1) Jelen különös feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás folyamatos díjas lehet. A díjfizetés az ajánlaton megjelölt módon történik.

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

(3) A szerződő az első vállalt biztosítási díjat az ajánlat átadásakor, a folytatódó díjat minden ezt követő, díjfizetési gyakoriságnak megfelelő idő-

szaknak az első díjfizetés napjával megegyező naptári napjáig köteles megfizetni.

10.§ Értékkövetés

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

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

11.§ Kizárt kockázatok

A biztosítási védelem nem terjed ki – a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltakon túl – a versenyszerűen üzőt sporttevékenység során (versenyeken vagy edzéseken) bekövetkező balesetekre, valamint a biztosított azon díjazásért végzett bármilyen tevékenységére, amelyet a kiegészítő biztosításban nem neveztek meg.

12.§ A biztosító teljesítése

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

- a. az intézmény igazolását arról, hogy a biztosítottat ellátta, továbbá az el-látás indokát (a beteg diagnózisát) és a kórházi zárójelentést;
- b. a baleset körülményeivel kapcsolatos valamennyi vizsgálati eredményt, beleértve a hatósági és igazságügyi orvosszakértői vizsgálati eredményeit.

13.§ A szerződés megszűnésének esetei

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a főbiztosítás megszűnésével egyidejűleg;
- ha a főbiztosítás díjmentessé válik, akkor a a díjmentessé válás napján;
- a biztosított halála esetén a biztosított halála napján;
- 100%-os baleseti eredetű rokkantságra szóló szolgáltatás kifizetésével a szolgáltatási összeg kifizetésének napján;
- annak a biztosítási évnek a végén, amelynek során a biztosított a 75. életévét betölti;
- 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 fel-tüntetett esetben;
- a díjfizetés elmulasztása esetén a biztosító által küldött írásbeli felszólítá-sban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével az esedékességre visszamenő hatállyal.

14.§ Egyéb rendelkezések

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

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2017. január 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltétel eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltéte-lekhez képest az alábbiakban módosította:

- **pontosította a kockázatviselés kezdetét.**

Biztosító**GB1012 JELŰ BALESETI KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS
KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1012 jelű Baleseti kórházi napi térítésre 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 különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

(3) A jelen különös feltételek szerint létrejövő biztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított jelen különös feltételekben meghatározott baleseti eredetű kórházi ápolása, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeg, mint szolgáltatás teljesítésére vállal kötelezettséget (összeg-biztosítás).

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 határozott tartamú, tartama egy év. Jelen különös feltételek alapján létrejött egy éves tartamú kiegészítő biztosítás további egy évvel változatlan feltételekkel meghosszabbodik akkor, ha ezzel ellentétes tartalmú nyilatkozatot nem tesz a szerződő felek egyike sem a lejárat előtt 30 nappal.

3.§ Fogalmak

Jelen különös feltételek alkalmazása szempontjából:

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

(2) **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 múlékony 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.

(3) **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.

(4) **Kórházi ápolás:** legalább 24 órás kórházi bentartózkodást jelent, mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik. A kórházi ápolás olyan, az illetékes minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban: OEP) által elismert orvosi beavatkozás, mely az orvostudomány általánosan elfogadott korszerű ismereteit tartalmazza és az egészség újbóli helyreállítása, az egészségi állapot javítása, illetve rosszabbodása megakadályozása céljából szükséges.

(5) **Kórház:** Az egészségügyi hatóság által engedélyezett, illetőleg ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek állandó szakorvosi irányítás és 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 idősek szociális otthonai és azok betegosztályai;
- a fürdő- és egyéb gyógyintézetek;
- az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

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

5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi 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 1–74 év közötti természetes személy, akit az ajánlatban a szerződő biztosítottként nevezett meg, és aki a szerződés megkötésekor biztosítható volt.

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

7.§ Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény:

A biztosított baleset miatt orvosilag indokolt kórházi ápolása (fekvőbeteg-

ellátása) a kockázatviselési tartamon belül, amennyiben a kórházi ápolása ok-okozati összefüggésben van a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesettel és a kórházban való benntartózkodás meghaladja a 24 órát.

8.§ A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító jelen különös feltételek alapján baleseti okból bekövetkező kórházi ápolásra vonatkozóan kórházi napi térítést nyújthat a kórházi ápolás első napjától kezdve.

(2) A biztosító a szolgáltatási igény elbírálását követően kifizeti a szerződő által az ajánlattételkor választott biztosítási összegnek indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában aktuális értékével megegyező szolgáltatást.

(3) A biztosító egy biztosítási eseményből adódóan legfeljebb 150 kórházi nap megtérítését vállalja át. A kórházi ápolás lehet egyszeri vagy megszakított is.

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 kiegészítő biztosítási szerződés értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféltájékoztatás a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféltájékoztatással azonosan történik.

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

11.§ Kizárt kockázatok

(1) A biztosítási védelem nem terjed ki – a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltakon túl – a versenyszerűen üzőt sporttevékenység során (versenyeken vagy edzéseken) bekövetkező balesetekre, valamint a biztosított azon díjazásért végzett bármilyen tevékenységére, amelyet a kiegészítő biztosításban nem neveztek meg.

(2) Nem számítanak biztosítási eseménynek a betegség miatt szükségessé váló kórházi ápolások.

12.§ A biztosító teljesítése

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

- a. az intézmény igazolását arról, hogy a biztosítottat ellátja, továbbá az ellátás indokát (a beteg diagnózisát) és a kórházi zárójelentést;
- b. a baleset körülményeivel kapcsolatos valamennyi vizsgálati eredményt, beleértve a hatósági és igazságügyi orvosszakértői vizsgálati eredményeit.

13.§ A szerződés megszűnésének esetei

A kiegészítő biztosítási szerződés megszűnik:

- a főbiztosítás megszűnésével egyidejűleg;
- ha a főbiztosítás díjmentessé válik díjmentessé válás napján;
- a biztosított halála esetén a biztosított halála napján;
- annak a biztosítási évnek a végén, amelynek során a biztosított a 75. életévét betölti;
- 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.

14.§ Egyéb rendelkezések

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

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2015. július 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltétel eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

- pontosította a kockázatviselés kezdetét.

Biztosító**GB1013 JELŰ BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS
KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1013 jelű Baleseti műtéti térítésre 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 különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

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

2.§ A szerződés létrejötte és tartama

(1) A kiegészítő biztosítás a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 2.§-ban 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 határozott tartamú, tartama egy év. Jelen különös feltételek alapján létrejött egyéves tartamú kiegészítő biztosítás további egy évvel változatlan feltételekkel meghosszabbodik akkor, ha ezzel ellentétes tartalmú nyilatkozatot nem tesz a szerződő felek egyike sem a lejárat előtt 30 nappal.

3.§ Fogalmak

Jelen különös feltételek alkalmazása szempontjából:

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

(2) **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.

(3) **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.

(4) **Műtét:** Minden olyan – orvos által – orvosszakmai szempontok szerint végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás vagy kórmegállapítás céljából hajtottak végre. A biztosítónál megtekinthető azoknak a műtéteknek a teljes, WHO kóddal ellátott és a biztosító által kis-, közepes és nagyműtét kategóriába besorolt listája, amelyekre a biztosító szolgáltatást nyújt. A műtétek összevont listáját a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 2-4. számú mellékletei tartalmazzák.

(5) **Kórházi ápolás:** legalább 24 órás kórházi benntartózkodást jelent, mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik. A kórházi ápolás olyan, az illetékes miniszterium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban: OEP) által elismert orvosi ismereteit tartalmazza és az egészség újbóli helyreállítása, az egészségi állapot javítása, illetve rosszabbodásának megakadályozása céljából szükséges.

(6) **Kórház:** Az egészségügyi hatóság által engedélyezett, illetőleg ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek állandó szakorvosi irányítás és 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;
- gyógyüdülő 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 kiegészítő biztosítás esetén a biztosító kockázatviselésének kezdete a főbiztosítással egyidejűleg történő kötés esetén az ajánlat biztosító részére történő átadását követő nap, főbiztosítás tartama alatt történő kötés esetén az ajánlat átadását követő díjfizetési időszak első napja.

5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi 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 1–74 év közötti természetes személy,

akit az ajánlatban a szerződő biztosítottként nevezett meg, és aki a szerződés megkötésekor biztosítható volt.

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

7.§ Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosított baleset miatt végrehajtott, orvosilag indokolt, a kockázatviselési tartamon belül orvos által elvégzett azon műtéti eljárások, sebészeti beavatkozások, amelyek esetében a műtéti eljárás ok-okozati összefüggésben van a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesettel.

8.§ A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító jelen különös feltételek alapján műtéti támogatást nyújthat a biztosított balesete miatt szükségessé vált **nagy-, közepes vagy kisműtét** elvégzésére.

(2) A műtétek tájékoztató jellegű besorolását a biztosító Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeinek 2., 3. és 4. számú melléklete tartalmazza. A műtétek WHO kódok szerint besorolásának részletes listája a biztosítónál tekinthető meg.

(3) A biztosító a szolgáltatási igény elbírálását követően kifizetheti a műtétekre a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegnek a műtéti besorolás szerint meghatározott százalékát.

(4) A nagyműtéti szolgáltatás mértéke a kötvényben szereplő biztosítási összegnek az indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában érvényes összege. A közepes műtéti szolgáltatás mértéke a kötvényben szereplő biztosítási összegnek az indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában érvényes összegének 50%-a. A kisműtéti szolgáltatás mértéke a kötvényben szereplő biztosítási összegnek az indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában érvényes összegének 25%-a.

(5) A biztosító ugyanabból a balesetből származóan egy műtéti szolgáltatás teljesítését vállalja.

(6) Amennyiben a biztosító jelen szerződési kikötések alapján kis-, vagy közepes műtéti szolgáltatást teljesített, és ugyanazon balesetből származóan a későbbiekben közepes vagy nagyműtét elvégzése is sor kerül, a biztosító szolgáltatási kötelezettsége a különbözet megfizetésére terjed ki. A különbözet kifizetésére az alábbi esetekben kerül sor:

- kisműtétet követően közepes műtét elvégzése;
- kisműtétet követően nagyműtét elvégzése;
- közepes műtétet követően nagyműtét elvégzése.

(7) Ha a biztosított ugyanabból a balesetből származóan egyidejűleg többféle műtéti beavatkozást (nagy-, közepes, kisműtét) hajtana végre, a biztosító a legmagasabb összegű szolgáltatást teljesíti.

(8) A szolgáltatás mértéke egy éven belül nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg kétszeresét.

Az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási összeg az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetett összeggel csökken, kivéve, ha a szerződő fél a díjat megfelelően kiegészíti. Az előző mondat szerinti jogkövetkezményt a biztosító abban az esetben alkalmazhatja, ha arra legkésőbb a szolgáltatás teljesítésével egyidejűleg írásban felhívta a szerződő fél figyelmét, és a fedezetfeltöltés díját közölte. Ha a szerződő fél a fedezetfeltöltés jogával nem él, a szerződés a kifizetett összeggel csökkentett biztosítási összeg mellett marad hatályban a folyó biztosítási időszakra.

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 kiegészítő biztosítási szerződés értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféltájékoztatás a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféltájékoztatással azonosan történik.

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

11.§ Kizárt kockázatok

(1) A biztosítási védelem nem terjed ki – a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltakon túl – a versenyszerűen üzőtt sporttevékenység során (versenyeken vagy edzéseken) bekövetkező balesetekre, valamint a biztosított azon díjazásért végzett bármilyen tevékenységére, amelyet a kiegészítő biztosításban nem neveztek meg.

(2) Nem számítanak biztosítási eseménynek a betegség miatt szükségessé váló műtéti eljárások.

12.§ A biztosító teljesítése

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

- az intézmény igazolását arról, hogy a biztosítottat ellátja, továbbá az ellátás indokát (a beteg diagnózisát);
- kórházi zárójelentést, az elvégzett műtét tényének igazolásával és a WHO kódjának megjelölésével;
- a baleset körülményeivel kapcsolatos valamennyi vizsgálati eredményt, beleértve a hatósági és igazságügyi orvosszakértői vizsgálati eredményeit.

13.§ 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 évnél a végén, amelynek során a biztosított a 75. életévét betölti;
- 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.

14.§ Egyéb rendelkezések

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

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2015. július 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltétel eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

- **pontosította a kockázatviselés kezdetét.**

Biztosító**GB1014 JELŰ CSONTTÖRÉS, CSONTREPEDÉS ESETÉRE SZÓLÓ
KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1014 jelű Csonttörés, csontrepedés esetére szóló kiegészítő biztosítás (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) a jelen különös feltételek és a Groupama Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei és Ügyféléltájékoztató (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 különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

(3) A jelen különös feltételek szerint létrejövő biztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított jelen különös feltételekben meghatározott baleseti eredetű csonttörés vagy csontrepedés, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeg, mint szolgáltatás teljesítésére vállal kötelezettséget (összebiztosítás).

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 határozott tartamú, tartama egy év. Jelen különös feltételek alapján létrejött egyéves tartamú kiegészítő biztosítás további egy évvel változatlan feltételekkel meghosszabbodik akkor, ha ezzel ellentétes tartalmú nyilatkozatot nem tesz a szerződő felek egyike sem a lejárat előtt 30 nappal.

3.§ Fogalmak

Jelen különös feltételek alkalmazása szempontjából:

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

(2) **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 múlékony sérülést szenved. Jelen különös feltételekben balesetnek minősülnek az alábbi események is, amennyiben ezek a biztosított akaratán kívül, hirtelen következnek be:

- vízbefúvás;
- 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.

(3) **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.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

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

5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi 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 1–74 év közötti természetes személy, akit az ajánlatban a szerződő biztosítottként nevezett meg, és aki a szerződés megkötésekor biztosítható volt.

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

7.§ Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés. Csonttörés, csontrepedés: olyan külső mechanikai behatás, amelynek következtében a csont folytonossága egészben vagy részben megszakad. Fogtörés esetében az élő fog törése számít csonttörésnek.

8.§ A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító jelen különös feltételek alapján csonttörés, csontrepedés esetén kifizeti a szerződő által választott, a kötvényben szereplő biztosítási összegnek az indexálással megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában érvényes összeget, függetlenül a törések, repedések számától, súlyosságától.

(2) Ha egy balesetből eredően a biztosított több testrésze is sérül, a biztosító csak egy testrész sérülése kapcsán nyújt szolgáltatást.

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 kiegészítő biztosítási szerződés értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféltájékoztatás a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféltájékoztatással azonosan történik.

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

11.§ A biztosító teljesítése

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

- a. csonttörést, csontrepedés igazoló röntgenleletet vagy orvosi igazolás másolatát;
- b. a baleset körülményeivel kapcsolatos valamennyi vizsgálati eredményt, beleértve a hatósági és igazságügyi orvosszakértői vizsgálati eredményeit.

12.§ Kizárt kockázatok

A biztosítási védelem nem terjed ki a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltakon túl arra az esetre, amennyiben bármely csontbetegség (pl. csont- és porcdaganat bármely formája), következtében létrejött patológiás csonttörés, csontvelőgyulladás (osteomyelitis), súlyos csontritkulás (osteoporosis), csontlágylás (osteomalacia), illetve azok szövődménye közvetve vagy közvetlenül részben vagy egészben közrehatottak a biztosítási esemény bekövetkeztében.

13.§ 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 évnél a végén, amelynek során a biztosított a 75. életévét betölti;
- 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.

14.§ Egyéb rendelkezések

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

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2015. július 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltétel eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

- pontosította a kockázatviselés kezdetét.

Biztosító**GB1015 JELŰ ÉGÉSI SÉRÜLÉS ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS
KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1015 jelű Égési sérülés 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 különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

(3) A jelen különös feltételek szerint létrejövő biztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított jelen különös feltételekben meghatározott égési sérülés, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a kötvényben meghatározott biztosítási összeg, mint szolgáltatás teljesítésére vállal kötelezettséget (összegebiztosítás).

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 határozott tartamú, tartama egy év. Jelen különös feltételek alapján létrejött egyéves tartamú kiegészítő biztosítás további egy évvel változatlan feltételekkel meghosszabbodik akkor, ha ezzel ellentétes tartalmú nyilatkozatot nem tesz a szerződő felek egyike sem a lejárattal 30 nappal.

3.§ Fogalmak

Jelen különös feltételek alkalmazása szempontjából:

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

(2) **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:

- vízbefúvás;
- égési sérülések, leforrások, 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.

(3) **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.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

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

5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi 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 biztosítottot terheli.

6.§ A biztosítási szerződés alanyai

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

(2) **Biztosított:** Az az ajánlattételkor 1–74 év közötti természetes személy, akit az ajánlatban a szerződő biztosítottként nevezett meg, és aki a szerződés megkötésekor biztosítható volt.

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

7.§ Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosított harmadfokú égési sérülése, amely a testfelszín legalább 20%-át érinti, ahogyan ezt az un. „9-es szabály” vagy a „Lund and Browder Body Surface Chart” által mérik.

8.§ A biztosító szolgáltatása

A biztosító jelen különös feltételek alapján az alábbiak szerint teljesít szolgáltatást.

(1) A biztosítási eseményként meghatározott égési sérülés esetén a biztosító kifizeti az ajánlattételkor választott biztosítási összegnek indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában aktuális értékével megegyező szolgáltatást.

(2) A biztosító egy balesetből eredően csak egy égési sérülés kapcsán nyújt szolgáltatást.

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 foly-

tatólago díjat minden ezt követő, díjzetési gyakoriságnak megfelelő időszakra az első díjzetés napjával megegyező naptári napjáig köteles megfizetni.

10. § Értékkövetés

(1) Jelen kiegészítő biztosítási szerződés értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféltájékoztatás a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféltájékoztatással 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

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

- a. égési sérülésre vonatkozó kórházi ápolásra vonatkozó zárójelentést;
- b. a baleset körülményeivel kapcsolatos valamennyi vizsgálati eredményt, beleértve a hatósági és igazságügyi orvosszakértői vizsgálati eredményt.

12. § Kizárt kockázatok

A biztosítási védelem nem terjed ki – a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltakon túl – a napozás vagy szoláriumozás miatti égési sérülésekre.

13. § 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 évnél a végén, amelynek során a biztosított a 75. életévét betölti;
- 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 felüntetett esetben;
- a díjzetés elmulasztása esetén a biztosító által küldött írásbeli felszólításban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével az esedékességre visszamenő hatállyal.

14. § Egyéb rendelkezések

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

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2015. július 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltétel eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

- pontosította a kockázatviselés kezdetét.

Biztosító**GB1016 JELŰ BALESETI KERESŐKÉPTELENSÉG ESETÉRE SZÓLÓ
KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS – KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1016 jelű Baleseti keresőképtelenség esetére szóló 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 irányadóak.

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

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 határozott tartamú, tartama egy év. Jelen különös feltételek alapján létrejött egy éves tartamú kiegészítő biztosítás további egy évvel változatlan feltételekkel meghosszabbodik akkor, ha ezzel ellentétes tartalmú nyilatkozatot nem tesz a szerződő felek egyike sem a lejárat előtt 30 nappal.

3.§ Fogalmak

Jelen különös feltételek alkalmazása szempontjából:

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

(2) **Baleset:** A biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelyből eredően a biztosított a bekövetkezésétől számított egy éven belül meghal. 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.

(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 idősek 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 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 biztosított 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 biztosítottot terheli.

6.§ A biztosítási szerződés alanyai

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

(2) **Biztosított:** Az az ajánlattételkor 16–64 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 megtevételekor 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 jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. LXXX. törvényben meghatározott mértékű egészségbiztosítási járulékfizetési kötelezettségének. A biztosító jogosult a pénzügyi 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 balesetből eredően a kockázatviselés tartamán belül bekövetkező keresőképzetlensége, melynek következtében a biztosított saját jogon – az arra jogosult kórház, illetve orvos által igazoltan – a magyar társadalombiztosítási szabályokban foglaltak szerint Magyarországon keresőképzetlen állományba kerül és táppénzre jogosult.

(2) A biztosítási esemény időpontja a biztosított baleset miatti keresőképzetlensége esetén a baleset időpontja.

8.§ A biztosító szolgáltatása

(1) Jelen különös feltételek alapján a biztosító a baleseti keresőképzetlenség 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 baleseti keresőképzetlenség a 14 napot meghaladja, és a biztosító szolgáltatási kötelezettsége fennáll, a biztosító visszamenőlegesen, a keresőképzetlenség első napjától nyújtja szolgáltatását. **Ha a baleseti keresőképzetlenség 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 időszaknak az első díjfizetés napjával megegyező naptári napjig köteles megfizetni.

10.§ Értékkövetés

(1) Jelen biztosítási szerződés értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféltájékoztatás a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféltájékoztatással 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 biztosítási esemény bejelentésekor a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 17.§ (4) pontjában felsoroltakon kívül az alábbi iratok bemutatását kéri a biztosító:

- a biztosító által rendszeresített, a bejelentő által kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt;
- 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 baleset miatti táppénzes állomány huzamos (30 napot meghaladó) ideig tart, a biztosító 30 naponként, a szerződésben foglaltak szerint folyamatosan teljesíthet szolgáltatást, ha a táppénzes állományról szóló tárgyhavi 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 keresőképzetlen 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 kockázatelbírálást 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.

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2015. július 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltétel eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

- pontosította a kockázatviselés kezdetét.

Biztosító**GB1017 JELŰ KÖZLEKEDÉSI BALESETI HALÁL KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS
KÜLÖNÖS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1017 jelű Közlekedési baleseti halál kiegészítő biztosítási szerződés (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 valamely rendelkezése eltér a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

(3) **Jelen balesetbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított közlekedési baleset miatt bekövetkező halála esetére a szerződésben meghatározott biztosítási összeg fizetésére vállal kötelezettséget.**

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 biztosítás 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 főbiztosítási biztosítási díjfordulóján köthető meg.

(4) A kiegészítő biztosítás határozott tartamú, tartama egy év. Jelen különös feltételek alapján létrejött egyéves tartamú kiegészítő biztosítás további egy évvel változatlan feltételekkel meghosszabbodik akkor, ha ezzel ellentétes tartalmú nyilatkozatot nem tesz a szerződő felek egyike sem a lejárát előtt 30 nappal.

3.§ Fogalmak

Jelen különös feltételek alkalmazása szempontjából:

(1) **Baleset:** A biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelyből eredően a biztosított a bekövetkezésétől számított egy éven belül meghal. 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.

(2) **Közlekedési baleset:** Jelen feltételek szerint közlekedési balesetnek minősül a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

Jelen feltételek szerint nem minősül közlekedési balesetnek:

- a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre;
- a kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre;
- a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

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

5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi 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:** A kockázatviselés kezdetekor 1–74 év közötti természetes személy, akinek az életére a biztosítási szerződés létrejön.

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

7.§ Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül közlekedési baleset miatt bekövetkező halála, ha a haláleset a baleset napjától számított egy éven belül történt.

8.§ A biztosító szolgáltatása

A biztosító jelen különös feltételek alapján az alábbi szolgáltatásokat nyújthatja:

(1) A biztosított közlekedési baleset miatt bekövetkező halála esetén a biztosító a szerződő által az ajánlattételkor választott biztosítási összeg indexálás során megnövelt, aktuális értékével megegyező szolgáltatást teljesít.

(2) A közlekedési baleseti halál esetére szóló biztosítási összegből a biztosító levonja az ugyanebből a közlekedési balesetből eredő rokkantság miatt már kifizetett összeget. Amennyiben a közlekedési baleseti eredetű rokkantságra kifizetett szolgáltatások összege meghaladja a közlekedési baleseti halálra szóló szolgáltatás összegét, az esetleges többletkifizetést a biztosító nem követelheti vissza.

(3) Amennyiben a közlekedési baleseti eredetű rokkantsági szolgáltatás teljesítését megelőzően ugyanazon baleset következtében a biztosított a közlekedési baleseti halál szolgáltatás elévülési idején belül meghal, a biztosító a közlekedési baleseti eredetű rokkantság szolgáltatást nem, csak a közlekedési baleseti haláleseti szolgáltatást teljesíti.

9.§ A biztosítási díj

(1) Jelen különös feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás folyamatos díjas lehet. A díjfizetés az ajánlaton megjelölt módon történik.

(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 időszaknak az első díjfizetés napjával megegyező naptári napjáig köteles megfizetni.

10.§ Értékkövetés

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

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

11.§ Kizárt kockázatok

A biztosítási védelem nem terjed ki – a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltakon túl – a versenyszerűen üzőtt sporttevékenység során (versenyeken vagy edzéseken) bekövetkező balesetekre, valamint a biztosított azon díjazásért végzett bármilyen tevékenységére, amelyet a kiegészítő biztosításban nem neveztek meg.

12.§ A biztosító teljesítése

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

- a. az intézmény igazolását arról, hogy a biztosítottat ellátta, továbbá
- b. az ellátás indokát (a beteg diagnózisát) és a kórházi zárójelentést;

c. a baleset körülményeivel kapcsolatos valamennyi vizsgálati eredményt, beleértve a hatósági és igazságügyi orvosszakértői vizsgálat eredményeit.

13.§ A szerződés megszűnésének esetei

A 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 évnél a végén, amelynek során a biztosított a 75. életévét betölti;
- 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.

14.§ Egyéb rendelkezések

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

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2015. július 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltétel eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

- **pontosította a kockázatviselés kezdetét.**

Biztosító**GB1018 JELŰ KÖZLEKEDÉSI BALESETI ROKKANTSÁG KIEGÉSZÍTŐ
BALESETBIZTOSÍTÁS – KÜLÖNÖS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1018 jelű Közlekedési baleseti rokkantság kiegészítő biztosítási szerződés (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) a jelen különös feltételek és a Groupama Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei és Ügyféléltájékoztató (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 valamely rendelkezése eltér a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

(3) Jelen balesetbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított közlekedési baleset miatt bekövetkező baleseti rokkantsága esetére a szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a jelen feltételek szerinti részének kifizetésére vállal kötelezettséget.

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 biztosítás 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 főbiztosítási biztosítási díjfordulóján köthető meg.

(4) A kiegészítő biztosítás határozott tartamú, tartama egy év. Jelen különös feltételek alapján létrejött egyéves tartamú kiegészítő biztosítás további egy évvel változatlan feltételekkel meghosszabbodik akkor, ha ezzel ellentétes tartamú nyilatkozatot nem tesz a szerződő felek egyike sem a lejárattal 30 nappal.

3.§ Fogalmak

Jelen különös feltételek alkalmazása szempontjából:

(1) **Baleset:** A biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelyből eredően a biztosított a bekövetkezésétől számított két éven belül maradandó egészségkárosodást (rokkantságot) szenved. Jelen feltételekben balesetnek minősülnek az alábbi események is, amennyiben ezek a biztosított akaratán kívül, hirtelen következnek be:

- vízbefúvás;
- égési sérülések, leforrások, villámcsapás, elektromos áram hatásai;
- károsító gázok, gőzök belélegzése, mérgező vagy maró anyagok szervesbe való kerülése.

A betegségek bekövetkezése nem minősül balesetnek, a fertőző betegségek bekövetkezése nem tekinthető baleseti következménynek.

Az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet nem baleset.

(2) **Baleseti eredetű rokkantság:** a biztosítottnak baleset okozta sérülés következtében kialakuló olyan testi-, érzékszervi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenése, mely a szokásos életvitelt korlátozza. A rokkantság mértékét a biztosító a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 1. számú melléklete alapján állapítja meg.

(3) **Közlekedési baleset:** Jelen feltételek szerint közlekedési balesetnek minősül a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

Jelen feltételek szerint nem minősül közlekedési balesetnek:

- a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkezésében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre;
- a kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre;
- a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

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

5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi kockázatfelmérés

(1) A Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltak 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 biztosítottat terheli.

6.§ A biztosítási szerződés alanyai

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

(2) **Biztosított:** A kockázatviselés kezdetekor 1–74 év közötti természetes személy, akinek az életére a biztosítási szerződés létrejön.

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

7.§ Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül a közlekedési baleset napjától számított legfeljebb két éven belül bekövetkező baleseti eredetű rokkantsága.

8.§ A biztosító szolgáltatása

A biztosító jelen különös feltételek alapján az alábbi szolgáltatásokat nyújthatja:

(1) A biztosított közlekedési balesetből bekövetkező rokkantsága esetén a biztosító a szerződő által az ajánlattételkor választott biztosítási összeg indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális értékének a rokkantság mértékével megegyező részét fizeti ki, kivéve a 8.§ (3) b. pontban meghatározott esetet.

(2) Amennyiben a közlekedési balesetet követő egy éven belül a közlekedési balesetből eredően bekövetkezik a biztosított halála és a biztosított a baleset időpontjában rendelkezett érvényes baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítással vagy közlekedési baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítással, a közlekedési baleseti rokkantsági szolgáltatásra nem támasztható igény. Amennyiben a biztosító a biztosított közlekedési baleset miatt bekövetkező halála előtt már

ugyanabból a közlekedési balesetből eredően bekövetkezett közlekedési baleseti eredetű rokkantsági szolgáltatást teljesített, ennek összegét a későbbiekben nem követelheti vissza.

(3) Közlekedési balesetből eredő teljes és részleges 1-100%-os rokkantság esetén a biztosító az (1) pontban meghatározott biztosítási összegnek:

- a. 10–100% között a rokkantság fokával arányos részét;
- b. 1–9% között pedig az 1%-át fizeti ki.

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

9.§ A biztosítási díj

(1) Jelen különös feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás folyamatos díjas lehet. A díjfizetés az ajánlaton megjelölt módon történik.

(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 ügyféltájékoztatás a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféltájékoztatással azonosan történik.

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

11.§ Kizárt kockázatok

A biztosítási védelem nem terjed ki – a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltakon túl – a versenyszerűen üzött sporttevékenység során (versenyeken vagy edzéseken) bekövetkező balesetekre, valamint a biztosított azon díjazásért végzett bármilyen tevékenységére, amelyet a kiegészítő biztosításban nem neveztek meg.

12.§ A biztosító teljesítése

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

- a. az intézmény igazolását arról, hogy a biztosítottat ellátta, továbbá
- b. az ellátás indokát (a beteg diagnózisát) és a kórházi zárójelentést;
- c. a baleset körülményeivel kapcsolatos valamennyi vizsgálati eredményt, beleértve a hatósági és igazságügyi orvosszakértői vizsgálat eredményeit.

13.§ A szerződés megszűnésének esetei

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a főbiztosítás megszűnésével egyidejűleg;
- ha a főbiztosítás díjmentessé válik, akkor a a díjmentessé válás napján;
- a biztosított halála esetén a biztosított halála napján;
- 100%-os közlekedési baleseti eredetű rokkantságra szóló szolgáltatás kifizetésével a szolgáltatási összeg kifizésének napján;
- annak a biztosítási évnek a végén, amelynek során a biztosított a 75. életévét betölti;
- 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.

14.§ Egyéb rendelkezések

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

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2015. július 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltétel eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

- pontosította a kockázatviselés kezdetét.

Biztosító**GB1031 JELŰ ROKKANTSÁG ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS
KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1031 jelű Rokkantság 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 különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

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

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 biztosítás 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) **Egészségkárosodás:** a biztosított egészségi állapotában bekövetkező romlás, amely alapján az arra illetékes rehabilitációs szakértői szerv szakvéleménye, az egészségi állapot komplex minősítése során a biztosított egészségi állapotát 100 százalékknál kisebb mértékűnek minősíti.

(2) **Az 1-30%-os mértékű egészségi állapot (D, E rokkantsági minősítési kategória) fennállása:** az arra illetékes rehabilitációs szakértői szerv azon döntése, amely a biztosított egészségi állapotát bármely okból 30 százalékos vagy kisebb mértékűnek minősíti.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

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

5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi 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, a mindenkor hatályos társadalombiztosítási jogszabályok alapján biztosított személy, aki a szerződés-kötés időpontjában a rokkantsági ellátásra való jogosulttá váláshoz szükséges feltételeknek megfelel, valamint nem keresőképtelen.

Nem lehet biztosított, akinek a részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg. Továbbá nem lehet biztosított, aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezett az illetékes rehabilitációs szakértői szerv komplex minősítése alapján készült egészségkárosodást megállapító határozattal, illetve kérelmet nyújtott be az illetékes rehabilitációs hatóság részére egészségkárosodás megállapítása céljából.

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

7.§ Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény, ha a rehabilitációs szakértői szerv komplex minősítése alapján a biztosítás tartama alatt megállapítja, hogy a biztosított egészségi állapota 1-30%-os mértékű (D, E rokkantsági minősítésű kategóriába sorolás) és részére a szakértői szerv rokkantsági ellátást állapít meg.

8.§ A biztosító szolgáltatása

A kiegészítő rokkantsági biztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződő által az ajánlattételkor választott biztosítási összegnek indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában aktuális értékével megegyező szolgáltatást fizeti ki.

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 folytatolagos díjat minden ezt követő, díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszakra az első díjfizetés napjával megegyező naptári napjáig köteles megfizetni.

(4) A biztosító a kiegészítő biztosítás díját a szerződő által választott biztosítási összeg, valamint a foglalkozás és más kockázati tényezők, ezen belül a már meglévő egészségkárosodások rokkantsági kockázatra való kihatása alapján állapítja meg.

10.§ Értékkövetés

(1) Jelen kiegészítő biztosítás értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféléltájékoztató a főbiztosítás indexálási eljárás-

sával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféltájékoztatással azonosan történik.

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

11.§ A biztosító teljesítése

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

- a. az illetékes rehabilitációs szakértői szerv jogerős határozata a biztosított rokkantsági ellátásra való jogosulttá válásáról;
- b. a rokkantság, egészségkárosodás kialakulásának követését biztosító orvosi lelet, zárójelentés és hatósági bizonyítvány, határozat, amely tartalmazza a pontos diagnózist és a bekövetkezett állapotváltozásokat;
- c. ha a folyamat adott szakaszában külföldön történt az állapot definiálása, illetve a gyógyítás, akkor az előzőeken túl, ezen intézkedésekről a külföldi hatóság által kiállított okiratok, leletek, stb. hiteles magyar fordítása;
- d. ha a rokkantság kialakulásában baleset játszott közre, akkor a baleset körülményeivel kapcsolatos valamennyi vizsgálati eredmény, beleértve a hatósági és igazságügyi orvosszakértői vizsgálati eredményeit.

12.§ Kizárások

Nem terjed ki a biztosítási védelem Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételekben foglalt kizárási okokon túl a rokkantsági kockázatot érintő:

- a. öncsonkításból, arra irányuló kísérletből, továbbá öngyilkossági kísérletből eredő biztosítási eseményre;
- b. a biztosított versenyszerűen, díjazásért űzött sporttevékenységére, függetlenül attól, hogy az adott tevékenységre a társadalombiztosítási védelem kiterjed-e vagy sem;
- c. a biztosított mindazon szociális hozzájárulási adófizetési kötelezettséggel járó tevékenységére, amelyet a szerződésben nem ne-

veztek meg, függetlenül attól, hogy az adott tevékenységre a társadalombiztosítási védelem kiterjed-e vagy sem.

13.§ A szerződés megszűnésének esetei

A kiegészítő biztosítási szerződés megszűnik:

- a főbiztosítás megszűnésével egyidejűleg;
- annak a biztosítási évnek a biztosítási évfordulóján, amikor a biztosított az öregségi nyugdíjra jogosító korhatárt eléri, illetve saját jogán nyugdíjellátásban részesül;
- a biztosított halála esetén a biztosított halála napján;
- ha a főbiztosítás díjmentessé válik, akkor a díjmentessé válás napján;
- annak a biztosítási évnek a végén, amelynek során a biztosított a 65. életévét betölti;
- a biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító szolgáltatásának teljesítésével;
- 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.

14.§ Egyéb rendelkezések

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

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2015. július 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltétel eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

- pontosította a kockázatviselés kezdetét.

Biztosító**GB1032 JELŰ NEM BALESETI KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ
KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1032 jelű Nem baleseti kórházi napi térítésre 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 különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

(3) A jelen különös feltételek szerint létrejövő egészségbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított jelen különös feltételekben meghatározott nem baleseti eredetű kórházi ápolása, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben 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) **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 múlékony 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.

(3) **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.

(4) **Kórházi ápolás:** legalább 24 órás kórházi bentartózkodást jelent,

mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik. A ápolás olyan, az illetékes minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban: OEP) által elismert orvosi beavatkozás, mely az orvostudomány általánosan elfogadott korszerű ismereteit tartalmazza és az egészség újbóli helyreállítása, az egészségi állapot javítása, illetve rosszabbodásának megakadályozása céljából szükséges.

(5) **Kórház:** Az egészségügyi hatóság által engedélyezett, illetőleg ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek állandó szakorvosi irányítás és 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 idősek szociális otthonai és azok betegosztályai;
- a fürdő- és egyéb gyógyintézetek;
- az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

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

5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi 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 biztosítottot 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 biztosítható volt.

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

7.§ Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosított be-

tegség miatt orvosilag indokolt kórházi ápolása (fekvőbeteg-ellátása) a kockázatviselési tartamon belül, amennyiben a kórházban való benttartózkodás meghaladja a 24 órát.

8.§ A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító jelen különös feltételek alapján betegségi okból bekövetkező kórházi ápolásra vonatkozóan kórházi napi térítést nyújthat a kórházi ápolás első napjától kezdve.

(2) A biztosító a szolgáltatási igény elbírálását követően kifizeti a szerződő által az ajánlattételkor választott biztosítási összegnek indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában aktuális értékével megegyező szolgáltatást.

(3) A biztosító egy betegségből adódó biztosítási esemény esetén legfeljebb 150 kórházi nap megtérítését vállalja át. A kórházi ápolás lehet egy-szeri vagy megszakított is.

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 kiegészítő biztosítási szerződés értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféltájékoztatás a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféltájékoztatással 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

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

- a. az intézmény igazolását arról, hogy a biztosítottat ellátja, továbbá az ellátás indokát (a beteg diagnózisát);
- b. nem Magyarországon történt kórházi ápolás esetén a teljes orvosi dokumentációt, hiteles magyar fordítással, amelynek költségei a biztosítottat terhelik.

12.§ Kizárt kockázatok

(1) A biztosító nem nyújt szolgáltatást – a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglalt kizárási okokon túl – a mandulaműtét miatti kórházi ápolásra és az ezzel összefüggésben bekövetkező, illetve az ehhez szükséges beavatkozások miatti kórházi ápolásra.

(2) Nem számítanak biztosítási eseménynek a baleset miatt szükségessé váló műtéti eljárások.

13.§ 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;
- 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.

14.§ Egyéb rendelkezések

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

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2015. július 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltétel eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

- **pontosította a kockázatviselés kezdetét.**

Biztosító**GB1033 JELŰ NEM BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ
KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1033 jelű Nem baleseti műtéti térítésre 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 különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

(3) A jelen különös feltételek szerint létrejövő egészségbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított jelen különös feltételekben meghatározott nem baleseti műtéte, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben 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) **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:

- vízbefúvás;
- 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.

(3) **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.

(4) **Műtét:** Minden olyan – orvos által – orvosszakmai szempontok szerint végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás vagy kórmegállapítás cél-

jából hajtottak végre. A biztosítónál megtekinthető azoknak a műtéteknek a teljes, WHO kóddal ellátott és a biztosító által kis-, közepes és nagyműtét kategóriába besorolt listája, amelyekre a biztosító szolgáltatást nyújt. A műtétek összevont listáját a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 2-4. számú mellékletei tartalmazzák.

(5) **Kórházi ápolás:** legalább 24 órás kórházi benntartózkodást jelent, mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik. A kórházi ápolás olyan, az illetékes minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban: OEP) által elismert orvosi beavatkozás, mely az orvostudomány általánosan elfogadott korszerű ismereteit tartalmazza és az egészség újbóli helyreállítása, az egészségi állapot javítása, illetve rosszabbodásának megakadályozása céljából szükséges.

(6) **Kórház:** Az egészségügyi hatóság által engedélyezett, illetőleg ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek állandó szakorvosi irányítás és 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 idősek szociális otthonai és azok betegosztályai;
- a fürdő- és egyéb gyógyintézetek;
- az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

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

5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi 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 biztosítottot 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 biztosítható volt.

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

7.§ Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosítottna nem baleseti eredetű betegség miatt végrehajtott, orvosilag indokolt, a kockázatviselési tartamon belül orvos által elvégzett műtéti eljárások, sebészeti beavatkozások, vagy a betegségek pontosabb okait feltáró műtétek.

8.§ A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító jelen különös feltételek alapján műtéti támogatást nyújthat a biztosított betegsége miatt szükségessé vált **nagy-, közepes vagy kisműtét** elvégzésére.

(2) A műtétek tájékoztató jellegű besorolását a biztosító Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeinek 2., 3. és 4. számú melléklete tartalmazza. A műtétek WHO kódok szerint besorolásának részletes listája a biztosítónál tekinthető meg.

(3) A biztosító a szolgáltatási igény elbírálását követően kifizetheti a műtétekre a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegnek a műtéti besorolás szerint meghatározott százalékát.

(4) A nagyműtéti szolgáltatás mértéke a kötvényben szereplő biztosítási összegnek az indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában érvényes összege. A közepes műtéti szolgáltatás mértéke a kötvényben szereplő biztosítási összegnek az indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában érvényes összegének 50%-a. A kisműtéti szolgáltatás mértéke a kötvényben szereplő biztosítási összegnek az indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában érvényes összegének 25%-a.

(5) A biztosító ugyanabból a betegségből származóan egy műtéti szolgáltatás teljesítését vállalja.

(6) Amennyiben a biztosító jelen szerződési kikötések alapján kis- vagy közepes műtéti szolgáltatást teljesített, és ugyanazon betegségből származóan a későbbiekben közepes vagy nagyműtét elvégzésére is sor kerül, a biztosító pótlólagos szolgáltatási kötelezettsége a különbözet megfizetésére terjed ki. A különbözet kifizetésére az alábbi esetekben kerül sor:

- kisműtétet követően közepes műtét elvégzése;
- kisműtétet követően nagyműtét elvégzése;
- közepes műtétet követően nagyműtét elvégzése.

(7) Ha a biztosítottna ugyanabból a betegségből származóan egyidejűleg többféle műtéti beavatkozást (nagy-, közepes, kisműtét) hajtanak végre, a biztosító a legmagasabb összegű szolgáltatást teljesíti.

(8) Ha a biztosítottna különböző betegségből származóan egyidejűleg többféle műtéti beavatkozást (nagy-, közepes, kisműtét) hajtanak végre, a biztosító a legmagasabb összegű szolgáltatást teljesíti.

(9) A szolgáltatás mértéke egy éven belül nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg kétszeresét.

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 idő-

szaknak az első díjfizetés napjával megegyező naptári napjáig köteles megfizetni.

10.§ Értékkövetés

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

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

11.§ Kizárt kockázatok

(1) A biztosító nem nyújt műtéti térítést – a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglalt kizárási okokon túl – a mandulaműtetre és az ezzel összefüggésben bekövetkező, illetve ehhez szükséges beavatkozásokra.

(2) Nem számítanak biztosítási eseménynek a baleset miatt szükségessé váló műtéti eljárások.

12.§ A biztosító teljesítése

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

- az intézmény igazolását arról, hogy a biztosítottat ellátja, továbbá az ellátás indokát (a beteg diagnózisát);
- kórházi zárójelentést, az elvégzett műtét tényének igazolásával és a WHO kódjának megjelölésével;
- nem Magyarországon történt kórházi ápolás esetén a teljes orvosi dokumentációt, hiteles magyar fordítással, amelynek költségei a biztosítottat terhelik.

13.§ 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;
- 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.

14.§ Egyéb rendelkezések

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

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2015. július 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltétel eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

- **pontosította a kockázatviselés kezdetét.**

Biztosító**GB1034 JELŰ RETTEGETT BETEGSÉGEK ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS
KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1034 jelű Rettegett betegségek esetére szóló kiegészítő egészség-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 valamely rendelkezése eltér a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadók.

(3) A jelen különös feltételek szerint létrejövő egészségbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított jelen különös feltételekben meghatározottak szerinti megbetegedése, súlyos égési sérülése, vaksága (biztosítási esemény bekövetkezése) esetén az itt meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget (összeg-biztosítás).

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 összeg:** A szerződő által az ajánlattételkor választott, a biztosítási kötvényen feltüntetett összeg.

(2) **Aktuális biztosítási összeg:** A biztosítási esemény bekövetkezésekor rendelkezésre álló, az indexálás során megnövelt kezdeti biztosítási összeg.

(3) **Kiskorú gyermek:** A biztosított gyermeke, akinek életkora a biztosítási esemény bekövetkezésekor nem haladja meg a 18. életévet.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

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

5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi 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 biztosítható volt.

A 8.§ (12) pontjában meghatározott biztosítási események vonatkozásában a biztosított személy kiskorú gyermeke is biztosítottnak minősül. A biztosító gyermekbiztosítási szolgáltatásának feltétele, hogy a szolgáltatási kötelezettség alapjául szolgáló biztosítási esemény a gyermek kiskorúsága idején következzen be.

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

7.§ Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnál a biztosítás tartamán belül:

- rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés diagnosztizálása;
 - szívroham diagnosztizálása;
 - szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét végrehajtása;
 - stroke (maradandó agykárosodások) diagnosztizálása;
 - veseelégtelenség diagnosztizálása;
 - létfonosságú szerv átültetése;
 - vakság diagnosztizálása;
 - súlyos égési sérülés diagnosztizálása;
 - az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálása;
 - szklerosis multiplex diagnosztizálása;
 - vértranszfúzióból származó HIV fertőzés vagy AIDS betegség diagnosztizálása;
 - a 8.§ (12) pontja alatt felsorolt gyermekbetegségek diagnosztizálása, illetve események bekövetkezése,
- amennyiben a szóban forgó diagnosztizálás, műtét a biztosítás tartamán belül ténylegesen megtörtént a biztosítottnál, és a diagnózist a biztosított 28 nappal túlélte.

8.§ A betegségek meghatározása

Jelen különös feltételek alkalmazása szerint a betegségek meghatározása a biztosítási védelem szempontjából a következő:

(1) **Rák:** Egy vagy több rosszindulatú daganat jelenlétét jelenti, beleértve a leukémiát (a krónikus lymfocitás leukémián kívül), a nyirokmirigyekből kiinduló rosszindulatú daganatokat (lymfómák) és a Hodgkin betegséget is, amelyeket a rosszindulatú sejtek ellenőrizhetetlen növekedése és áttételei, valamint az egészséges szövetekre történő ráterjedése és azok megsemmisítése jellemeznek. A diagnózist onkológus szakorvosnak kell igazolnia.

Jelen kiegészítő biztosítási szerződés az alábbi rákfajtákra nem terjed ki:

- a. A rák rosszindulatú elváltozásait in situ mutató daganatokra (beleértve a CIN-1, CIN-2, CIN-3 típusú cervicális displasiát is), vagy amelyeket szövettanilag rosszindulatúvá válása előtti állapotúnak írtak le.
- b. Melanomákra, amelyek a szövettani vizsgálat szerint kevesebb mint 1,5 mm vastagságúak, vagy amelyek ráterjedése a „Clark Level 3” mélységet nem éri el.
- c. A bőr valamennyi fokozott elszarusodásával járó állapotára, illetve basalsejtes rákjára.
- d. A bőr valamennyi pikkelysejt karcinómájára, hacsak nem más szervekre is áttért.
- e. Kaposi szarkómára és a HIV fertőzéshez, illetve az AIDS-hez kapcsolódó egyéb daganatokra.
- f. Prostatára, melyet szövettanilag TNM klasszifikáció T 1-ként írtak le (beleértve a T 1 (a) vagy T 1 (b), vagy ennek megfelelő, vagy más alacsonyabb klasszifikációt is).

(2) **Szívroham:** A szívizom egy részének elhalását jelenti, annak eredményeként, hogy nem megfelelő a kérdéses terület vérellátása, és mindezt tipikus mellkasi fájdalom, új EKG elváltozások és a megemelkedett szívizom értékek szintje bizonyítja.

(3) **Szívkoszorúér megkerülő műtétei (by-pass):** A szívkoszorúér by-pass beültetés azt jelenti, hogy szívsebész szakorvos tanácsára aktuális by-pass műtétet hajtanak végre, hogy a koszorúerek elzáródását vagy szűkületét korrigálják. Nem minősülnek by-pass műtétnek az olyan nem műtéti technikák, mint például az érplasztika, a lézeres kezelés vagy nem sebészeti eljárások.

(4) **Stroke (maradandó agykárosodások):** Olyan agyi érrendszeri történések, amelyek 24 óránál hosszabb ideg tartó neurológiai következményekkel járnak, beleértve az agyszövetek infarktuszát, az agyvérzést és az agyembóliát koponyán kívüli forrásból. A tartós idegrendszeri károsodást egy neurológusnak kell megerősítenie legkorábban 6 héttel az esemény után, ennél korábbi kárigény nem fogadható el. Ki vannak zárva olyan agyi tünetek, mint például a migrén, traumából vagy a csökkent oxigéntartalomból származó agyi sérülés, a szemet vagy a látóideget érintő érrendszeri betegségek, az egyensúlyi rendszer vérellátási rendellenességei.

(5) **Veseelégtelenség:** A vesék működésének krónikus visszafordíthatatlan leállását jelentő betegség utolsó szakasza, amelynek eredményeként rendszeres dialízist végeznek vagy veseátültetést hajtanak végre.

(6) **Alapvető szerv átültetése:** A paciensnél tényleges szív (teljes szív), tüdő, máj, vese hasnyálmirigy (csak a Langerhans szigetsejtek transzplantációja nem) vagy csontvelő átültetést hajtanak végre.

(7) **Vakság:** Mindkét szem látásának teljes, klinikailag igazolt, visszavonhatatlan elvesztése akut betegség vagy baleset eredményeként. A vakságot szemészorvosnak kell diagnosztizálnia.

(8) **Súlyos égési sérülés:** Harmadfokú égési sérülés, amely a testfelszín legalább 20%-át érinti, ahogyan ezt az ún. „9-es szabály” vagy a „Lund and Browder Body Surface Chart” által mérik.

(9) **Az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség (hosszútávú gondoskodás):** Ez a feltétel azt jelenti, hogy a biztosított személy betegsége vagy baleset miatt teljesen és visszavonhatatlanul képtelenné vált arra, hogy más személy nélkül elvégezzen az alábbi 6 kategóriából legalább 4 tevékenységet.

- a. **Személyi higiénia:** A személyes tisztaság fenntartásához szükséges mértékű mosdás, fürdés.
- b. **Öltözködés:** Az összes szükséges ruhadarab fel-, illetve levétele.
- c. **Mozgás:** Egyik szobából a másikba való mozgás, leülés, felállás ágyról vagy székről.
- d. **Evés, ivás:** Az elkészített étel, ital elfogyasztása.
- e. **WC használat:** A WC-re való leülés, onnan való felállás és a személyes higiénia biztosítása.
- f. **Kontinencia:** A vizelet és széklet ürítési funkciók önkontrollja.

(10) **Szklerosis multiplex:** Kórházban dolgozó neurológus szakorvos által diagnosztizált egyértelmű szklerosis multiplex a demielinizáció, a persistáló neurológiai rendellenességekre és a funkciók leromlásának tipikus tüneteivel. A diagnózis megerősítését neurológiai vizsgálatokra alapozzák (pl. lumbalpunkció, látási, hallási reakciók mérése, központi idegrendszeri MRI).

(11) **Vértranszfúzióból származó HIV fertőzés vagy AIDS betegség:**

A biztosított személy HIV fertőzött vagy AIDS beteg, ha:

- a. a fertőzés/betegség olyan transzfúciónak tulajdonítható, melyet az illető jelen kiegészítő biztosítási szerződés megkötése után kapott;
- b. a transzfúziót végző intézmény elismeri a felelősséget;
- c. a fertőzött/megbetegedett biztosított személy nem hemofilias;
- d. életveszélyes állapot áll fenn és nincsen ismert gyógyítási mód.

(12) **Gyermekbiztosítás:** A jelen biztosítás kiterjed arra az esetre, ha a biztosított kiskorú gyermekénél a biztosítás megkötése után, a biztosítás tartama alatt az alábbi betegségek valamelyikét diagnosztizálják, illetve alábbi események bekövetkeznek:

- a. vakság;
- b. alapvető szerv átültetése;
- c. szklerosis multiplex;
- d. HIV fertőzés vérátömlesztés miatt;
- e. rák;
- f. by-pass műtét;
- g. szívroham;
- h. stroke (maradandó agykárosodások);
- i. veseelégtelenség;
- j. súlyos égési sérülés.

9.§ A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító jelen különös feltételek alapján a 7.§ a-k. pontjaiban felsorolt biztosítási események esetén az aktuális biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezettek részére.

(2) A biztosító egy szerződés esetén a 7.§ a-k. pontjaiban meghatározott események bekövetkezésekor biztosítottanként csak egy esemény vonatkozásában nyújt szolgáltatást. Több betegség együttes diagnosztizálásakor vagy a biztosítási eseményt követő újabb betegség diagnosztizálásakor is csak egy esemény vonatkozásában nyújt a biztosító szolgáltatást.

(3) A 8.§ (12) pontjában meghatározott, a biztosított kiskorú gyermekével kapcsolatban történt biztosítási esemény bekövetkezése esetén kiskorú gyermekként egy alkalommal, az aktuális biztosítási összeg egyharmada vagy 1 millió Ft közül az alacsonyabb összeg kerül kifizetésre a kedvezményezettnek. Gyermekbiztosításból eredő kárigény esetén jelen kiegészítő biztosítás változatlan feltételekkel hatályban marad.

(4) Ha a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási tartam lejártáig a jelen különös feltételekben meghatározott biztosítási esemény nem következik be, akkor jelen kiegészítő biztosítás a biztosítási tartam lejáratáig kifizetés nélkül megszűnik.

10.§ 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 főbiztosításhoz 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.

11.§ Értékkövetés

(1) Jelen kiegészítő 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 főbiztosításhoz is vállalta a magasabb díj fizetését.

12.§ A biztosító teljesítése

A biztosítási eseményt a biztosítóhoz a szolgáltatás iránti igénnyel együtt a bekövetkezéstől számított 30 napon belül be kell jelenteni.

A biztosító a jelen különös feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosításra benyújtott szolgáltatási igényeket a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeknek 17.§ (4) pontjában felsoroltakon kívül az alábbi dokumentumok benyújtása esetén fogadja el. A benyújtott dokumentumokat a biztosító orvosszakértője bírálja el. A betegség bekövetkezése időpontjának megítélése szempontjából – amennyiben az a biztosított által a szolgáltatási igény elbírálásakor benyújtott dokumentumok alapján nem állapítható meg – a biztosító orvosának szakvéleménye az irányadó.

(1) Rosszindulatú daganatos (rák) megbetegedés diagnosztizálása mint biztosítási esemény bekövetkezését a megfelelő kórszövettani vizsgálat eredménye alapján állapítja meg a biztosító.

(2) Szívroham (infarctus) mint biztosítási esemény bekövetkezését a biztosító a következők szerint állapítja meg:

- a. a kórelőzményben szereplő tipikus mellkasi fájdalom dokumentálása;
 - b. az infarctusra jellemző EKG eltérések megléte;
 - c. a szívműködés elhalására jellemző enzimértékek emelkedésének kimutatása.
- A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarctus biztosítási esemény alapján benyújtott szolgáltatási igény elbírálásához.

(3) Szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét elfogadásához a műtét előtti kórelőzmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtét leírás vagy annak kivonata szükséges.

(4) Stroke (maradandó agykárosodások) esetén a történést követő 6 hét múlva a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos által megállapított maradandó idegrendszeri károsodás dokumentálása alapján történik annak biztosítási eseményként történő elfogadása.

(5) Veseelégtelenség a krónikus és visszafordíthatatlan működés kiesésre vonatkozó laboratóriumi leletek, valamint a 60 napja folyó dialízis igazolásával kerül elfogadásra.

(6) Létfontosságú szerv átültetésének elfogadásához szükségesek a kórelőzmény, illetve a transzplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.

(7) Vaktságot, amely betegség vagy baleset miatt következett be, szemész szakorvosnak kell igazolnia a végállapothoz vezető kórkép dokumentációja mellett.

(8) Súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumokat tartalmazó kórházi zárójelentés alapján kerül elfogadásra.

(9) Az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálásának elfogadása a biztosító által megbízott orvosszakértő vizsgálata alapján történik.

(10) Szklerosis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a körlefoylás, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elvégzett képalkotó eljárások alapján a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.

(11) Vértranszfúzióból származó HIV fertőzés vagy AIDS betegség diagnosztizálásának elfogadása a HIV vírus fertőzés laboratóriumi diagnosztizálásán, illetve a szerzett immunhiányos szindróma (AIDS) klinikai laboratóriumi eltérések dokumentálásán alapul, feltéve, hogy a 8.§ (11) pontjában felsorolt feltételek fennállnak.

(12) A 8.§ (12) pontjában felsorolt gyermekbetegségek diagnosztizálása, illetve az események bekövetkezésének igazolása megegyezik a biztosítottnál alkalmazott eljárással.

(13) Amennyiben a rettegett betegség kialakulásában baleset játszott közre, akkor a baleset körülményeivel kapcsolatos valamennyi vizsgálati eredmény, beleértve a hatósági és igazságügyi orvosszakértői vizsgálati eredményeit.

13.§ Kizárt kockázatok

(1) A gyermekbiztosítás esetén nem lehet szolgáltatás iránti igénnyel élni – a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglalt kizárási okokon túl – a gyermek javára olyan biztosítási esemény miatt, amely egy korábban már meglévő egészségkárosodásból, betegségből, sérülésből közvetve vagy közvetlenül származik.

(2) A korábban meglévő egészségkárosodás, betegség, sérülés az, amely a gyermeknél jelen biztosítási szerződés létrejötte előtt is fennállt (ennek akár vannak tünetei, akár nincsenek).

14.§ A szerződés megszűnésének esetei

A kiegészítő biztosítási szerződés megszűnik:

- a főbiztosítás megszűnésével egyidejűleg;
- ha a főbiztosítás díjmentessé válik, akkor a a díjmentessé válás napján;
- a biztosított halála esetén a biztosított halála napján;
- a biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító szolgáltatásának teljesítésével, kivéve a 8.§ (12) pont esetét;
- annak a biztosítási évnek a végén, amelynek során a biztosított a 65. életévét betölti;
- 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.

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2015. július 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltétel eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

- **pontosította a kockázatviselés kezdetét.**

Biztosító**GB1035 JELŰ NEM BALESETI NŐI KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ
KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1035 jelű Nem baleseti női kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) a jelen különös feltételek és a Groupama Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei és Ügyféléltájékoztató (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 különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

(3) A jelen különös feltételek szerint létrejövő egészségbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított jelen különös feltételekben meghatározott nem baleseti eredetű kórházi ápolása, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben 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) **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 múlékony 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.

(3) **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.

(4) **Kórházi ápolás:** legalább 24 órás kórházi benntartózkodást jelent, mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik. A kórházi ápolás olyan, az illetékes minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban: OEP) által elismert orvosi beavatkozás, mely az orvostudomány általánosan elfogadott korszerű ismereteit tartalmazza és az egészség újbóli helyreállítása, az egészségi állapot javítása, illetve rosszabbodásának megakadályozása céljából szükséges.

(5) **Kórház:** Az egészségügyi hatóság által engedélyezett, illetőleg ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek állandó szakorvosi irányítás és 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 idősek szociális otthonai és azok betegosztályai;
- a fürdő- és egyéb gyógyintézetek;
- az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.

(6) **Kiemelt műtéti eljárások:** Jelen különös feltételek alkalmazása szempontjából a biztosító az alábbi szerveket érintő műtéti eljárásokat, sebészeti beavatkozásokat kiemelt műtétként kezeli és kiemelt szolgáltatást nyújt rá:

- emlő rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- méhtest (uterus) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- méhnyak (cervix) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- petefészek (ovarium) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- petevezeték (tuba uterina) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- méhszalag (ligamentum) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- hüvely (vagina) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- külső női nemi szerv, szeméremtest (vulva) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét.

(7) **Rosszindulatú daganat (rák betegség):** Egy vagy több rosszindulatú daganat jelenlétét jelenti, amelyeket a rosszindulatú sejtek ellenőrizhetetlen növekedése és áttételei, valamint az egészséges szövetekre történő ráterjedése és azok megsemmisítése jellemeznek. A diagnózist onkológus szakorvosnak kell igazolnia. A megfelelő kórszövettani vizsgálati eredmény, onkológiai lelet alapján a biztosító orvosszakértője állapítja meg, hogy az orvosi dokumentumokban jelzett diagnózis megfelel a jelen feltételekben biztosítási eseménynek minősülő rosszindulatú daganatnak.

Jelen biztosítási szerződés az alábbi rákfajtákra nem terjed ki:

A rák rosszindulatú elváltozásait in situ mutató daganatokra (beleértve a CIN-1, CIN-2, CIN-3 típusú cervicalis dysplasiát is), vagy amelyeket szövettanilag rosszindulatúvá válása előtti állapotúnak írtak le.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

A kiegészítő biztosítás esetén a biztosító kockázatviselésének kezdete a főbiztosítással egyidejűleg történő kötés esetén az ajánlat

biztosító részére történő átadását követő nap, főbiztosítás tartama alatt történő kötés esetén az ajánlat átadását követő díjfizetési időszak első napja.

5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi 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 biztosítható volt.

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

7.§ Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosított betegség miatt orvosi indokolt kórházi ápolása (fekvőbeteg-ellátása) a kockázatviselési tartamon belül, amennyiben a kórházban való benntartózkodás meghaladja a 24 órát.

8.§ A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító jelen különös feltételek alapján betegségi okból Magyarországon bekövetkező kórházi ápolásra vonatkozóan kórházi napi térítést nyújthat a kórházi ápolás első napjától kezdve.

(2) A biztosító a szolgáltatási igény elbírálását követően kifizeti a szerződő által az ajánlattételkor választott biztosítási összegnek indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában aktuális értékével megegyező szolgáltatást.

(3) A biztosító egy betegségből adódó biztosítási esemény esetén legfeljebb 150 kórházi nap megtérítését vállalja. A kórházi ápolás lehet egyszeri vagy megszakított is.

(4) A biztosító a 3.§ (6) pontban leírt kiemelt műtéti eljárások miatti kórházi ápolási napokra vonatkozóan a 8.§ (2) pontjában meghatározott szolgáltatás 150%-át fizeti ki.

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 foly-

tatólagos díjat minden ezt követő, díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszakra az első díjfizetés napjával megegyező naptári napjáig köteles megfizetni.

10.§ Értékkövetés

(1) Jelen kiegészítő biztosítási szerződés értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféltájékoztatás a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféltájékoztatással 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

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

- az intézmény igazolását arról, hogy a biztosítottat ellátta, továbbá
- az ellátás indokát (a beteg diagnózisát).

12.§ Kizárt kockázatok

(1) A biztosító nem nyújt szolgáltatást – a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglalt kizárási okokon túl – a mandulaműtét miatti kórházi ápolásra és az ezzel összefüggésben bekövetkező, illetve az ehhez szükséges beavatkozások miatti kórházi ápolásra.

(2) Nem számítanak biztosítási eseménynek a baleset miatt szükségessé váló műtéti eljárások.

13.§ 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;
- 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.

14.§ Egyéb rendelkezések

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

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2015. július 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltétel eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

- pontosította a kockázatviselés kezdetét.

Biztosító
**GB1036 JELŰ NEM BALESETI NŐI MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ
KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ**
1.§ Általános rendelkezések

(1) A GB1036 jelű Nem baleseti női műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) a jelen különös feltételek és a Groupama Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei és Ügyféléltájékoztató (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 különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

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

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) **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, leforrások, 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.

(3) **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.

(4) **Műtét:** Minden olyan – orvos által – orvosszakai szempontok szerint végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás vagy kórmegállapítás céljából hajtottak végre. A biztosítónál megtekinthető azoknak a műtéteknek a teljes, WHO kóddal ellátott és a biztosító által kis-, közepes és nagymű-

tét kategóriába besorolt listája, amelyekre a biztosító szolgáltatást nyújt. A műtétek összevont listáját a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 2-4. számú mellékletei tartalmazzák.

(5) **Kórházi ápolás:** legalább 24 órás kórházi benntartózkodást jelent, mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik. A kórházi ápolás olyan, az illetékes minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban: OEP) által elismert orvosi beavatkozás, mely az orvostudomány általánosan elfogadott korszerű ismereteit tartalmazza és az egészség újbóli helyreállítása, az egészségi állapot javítása, illetve rosszabbodásának megakadályozása céljából szükséges.

(6) **Kórház:** Az egészségügyi hatóság által engedélyezett, illetőleg ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek állandó szakorvosi irányítás és 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 idősek szociális otthonai és azok betegosztályai;
- a fürdő- és egyéb gyógyintézetek;
- az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.

(7) **Kiemelt műtéti eljárások:** Jelen különös feltételek alkalmazása szempontjából a biztosító az alábbi szerveket érintő műtéti eljárásokat, sebészeti beavatkozásokat kiemelt műtétként kezeli és kiemelt szolgáltatást nyújt rá:

- emlő rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- méhtest (uterus) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- méhnyak (cervix) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- petefészek (ovarium) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- petevezeték (tuba uterina) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- méhszalag (ligamentum) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- hüvely (vagina) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- külső női nemi szerv, szeméremtest (vulva) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét.

(8) **Rosszindulatú daganat (rák betegség):** Egy vagy több rosszindulatú daganat jelenlétét jelenti, amelyeket a rosszindulatú sejtek ellenőrizhetetlen növekedése és áttételei, valamint az egészséges szövetekre történő ráterjedése és azok megsemmisítése jellemeznek. A diagnózist onkológus szakorvosnak kell igazolnia. A megfelelő kórszövettani vizsgálati eredmény, onkológiai lelet alapján a biztosító orvosszakértője állapítja meg, hogy az orvosi dokumentumokban jelzett diagnózis megfelel a jelen feltételekben biztosítási eseménynek minősülő rosszindulatú daganatnak.

Jelen biztosítási szerződés az alábbi rákfajtákra nem terjed ki: A rák rosszindulatú elváltozásait in situ mutató daganatokra (beleértve a CIN-1, CIN-2, CIN-3 típusú cervicalis dysplasiát is), vagy amelyeket szövettanilag rosszindulatúvá válása előtti állapotúnak írtak le.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

A kiegészítő biztosítás esetén a biztosító kockázatviselésének kezdete a főbiztosítással egyidejűleg történő kötés esetén az ajánlat

biztosító részére történő átadását követő nap, főbiztosítás tartama alatt történő kötés esetén az ajánlat átadását követő díjfizetési időszak első napja.

5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi 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 biztosítható volt.
- (3) **Kedvezményezett:** Az a személy, aki a jelen különös feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás szerint a biztosító szolgáltatására jogosult.

7.§ Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási eseménynek minősülnek a biztosított nem baleseti eredetű betegség miatt végrehajtott, orvosilag indokolt, a kockázatviselési tartamon belül orvos által elvégzett műtéti eljárások, sebészeti beavatkozások, vagy a betegségek pontosabb okait feltáró műtétek.

8.§ A biztosító szolgáltatása

- (1) A biztosító jelen különös feltételek alapján műtéti támogatást nyújthat a biztosított betegsége miatt szükségessé vált **nagy-, közepes vagy kisműtetre**, amelyet Magyarországon végeznek el.
- (2) A műtétek tájékoztató jellegű besorolását a biztosító Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeinek 2., 3. és 4. számú melléklete tartalmazza. A műtétek WHO kódok szerint besorolásának részletes listája a biztosítónál tekinthető meg.
- (3) A biztosító a szolgáltatási igény elbírálását követően kifizetheti a műtétekre a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegnek a műtéti besorolás szerint meghatározott százalékát.
- (4) A nagyműtéti szolgáltatás mértéke a kötvényben szereplő biztosítási összegnek az indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában érvényes összege. A közepes műtéti szolgáltatás mértéke a kötvényben szereplő biztosítási összegnek az indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában érvényes összegének 50%-a. A kisműtéti szolgáltatás mértéke a kötvényben szereplő biztosítási összegnek az indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában érvényes összegének 25%-a.
- (5) A biztosító ugyanabból a betegségből származóan egy műtéti szolgáltatás teljesítését vállalja.
- (6) Amennyiben a biztosító jelen szerződési kikötések alapján kis- vagy közepes műtéti szolgáltatást teljesített, és ugyanazon betegségből származóan a későbbiekben közepes vagy nagyműtét elvégzésére is sor kerül, a biztosító pótlólagos szolgáltatási kötelezettsége a különbözet megfizetésére terjed ki. A különbözet kifizetésére az alábbi esetekben kerül sor:
 - kisműtétet követően közepes műtét elvégzése;
 - kisműtétet követően nagyműtét elvégzése;
 - közepes műtétet követően nagyműtét elvégzése.
- (7) Ha a biztosított ugyanabból a betegségből származóan egyidejűleg többféle műtéti beavatkozást (nagy-, közepes, kisműtét) hajtanak végre, a biztosító a legmagasabb összegű szolgáltatást teljesíti.
- (8) Ha a biztosított különböző betegségből származóan egyidejűleg többféle műtéti beavatkozást (nagy-, közepes, kisműtét) hajtanak végre, a biztosító a legmagasabb összegű szolgáltatást teljesíti.
- (9) A szolgáltatás mértéke egy éven belül nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg kétszeresét.

(10) A biztosító a 3.§ (7) pontban meghatározott kiemelt műtéti eljárásokra vonatkozóan a 8.§ (3) pontjában meghatározott szolgáltatás 150%-át fizeti ki.

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 főbiztosításonál 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 kiegészítő biztosítási szerződés értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféltájékoztatás a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféltájékoztatással azonosan történik.
- (2) Jelen feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítás csak akkor indexálható, ha a szerződő a főbiztosításon is vállalta a magasabb díj fizetését.

11.§ Kizárt kockázatok

- (1) A biztosító nem nyújt műtéti térítést – a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglalt kizárási okokon túl – a mandulaműtetre és az ezzel összefüggésben bekövetkező, illetve ehhez szükséges beavatkozásokra.
- (2) Nem számítanak biztosítási eseménynek a baleset miatt szükségessé váló műtéti eljárások.

12.§ A biztosító teljesítése

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

- az intézmény igazolását arról, hogy a biztosítottat ellátja, továbbá az ellátás indokát (a beteg diagnózisát);
- kórházi zárójelentést, az elvégzett műtét tényének igazolásával és a WHO kódjának megjelölésével.

13.§ 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;
- 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 felüntetett esetben;
- a díjfizetés elmulasztása esetén a biztosító által küldött írásbeli felszólításban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével az esedékességre visszamenő hatállyal.

14.§ Egyéb rendelkezések

A biztosító mentesülésének, a biztosító szolgáltatása korlátozásának feltételeit és a biztosítási szerződésben alkalmazott kizáráásokat a szerződési feltétel figyelemfelhívó módon, félkövér betűtípussal tartalmazza. Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2015. július 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltétel eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

- pontosította a kockázatviselés kezdetét.

Biztosító**GB1037 JELŰ NEM BALESETI KERESŐKÉPTELENSÉG ESETÉRE SZÓLÓ
KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS – KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1037 jelű Nem baleseti keresőképtheletenség 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 irányadóak.

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

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

(4) **Keresőképtheletlen** 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 keresőképtheletenség tartamát és okát csak az arra érvényes jogszabályok szerint feljogosított orvos, illetve kórház igazolhatja.

(5) **Táppénz:** a biztosított baleset vagy betegség miatti keresőképtheletensége 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 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 biztosítottot 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 jogosultakról, 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 időszaknak 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 tárgyhavi 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:

- 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 kockázatbírálást végezhet.
- 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 felüntetett 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.

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2015. július 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltétel eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

- pontosította a kockázatviselés kezdetét.

Biztosító**GB1038 JELŰ RÁKDIAGNOSZTIKAI KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS
KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1038 jelű Rákdiasztikai kiegészítő egészségbiztosítás (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 valamely rendelkezése eltér a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadók.

(3) A jelen különös feltételek szerint létrejövő egészségbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított jelen különös feltételekben meghatározottak szerinti megbetegedése (biztosítási esemény bekövetkezése) esetén az itt meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.

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 kiegészítő biztosítás szerződője egyben a főbiztosítás szerződője.

(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) Daganatos megbetegedés: a szervezetben kialakuló kóros növekedésforma (kóros sejtburjánzás), amelyben a génhibákat hordozó sejtek a daganatos átalakulásuk következtében – elveszítve a normális növekedési, osztódási kontrollra adott válaszkészséget – képesek a sejtosztódási folyamatszabályozó hatásainak érvényesülése nélküli, szabálytalan, korlátlan növekedésre, osztódásra.

(2) Jóindulatú daganat: rendszerint jól körül határolt, az adott szerv vagy szövet határain belül, ahhoz hasonló szöveti szerkezettel rendelkező kóros sejtburjánzás, amely általában lassan növekszik, s mivel határait hártya borítja, amely elszigeteli a környezetétől, így nem hatol be a véráramba, nem képez áttéteket. Panaszt ugyan okozhat, mert nyomhatja az idegeket, növekedése folytán akadályozhatja az adott szervet a rendes működésben, ám rendszerint eltávolítható vagy gyógyítható, a kiújulása általában ritka.

(3) Kivizsgálási folyamat: az a folyamat, amely a szolgáltatóhoz történő bejelentkezéstől a szolgáltató által megadott írásbeli terápiás eljárásnak a biztosított részére történő átadásáig tart. A kivizsgálási folyamat csak akkor kezdődik, amikor orvos szakmai szempontok alapján a biztosított állapota ezt lehetővé teszi és a daganat gyanúját felvető vizsgálati eredmény(ek) birtokában az előre közösen egyeztetett időpontban a biztosított megjelenik az orvosi konzultáción. A szükséges vizsgálatok a biztosított tel-

jes együttműködése, a vizsgálatokon való pontos megjelenése és a vizsgálatokhoz, kivizsgálási folyamathoz való hozzájárulása esetén végezhetőek csak el. Amennyiben a biztosított egészségi állapota fekvőbeteg- vagy sürgősségi ellátást tesz indokolttá, akkor a biztosított komplex kivizsgálása, a szükséges vizsgálatok elvégzése a fekvőbeteg- vagy sürgősségi ellátást követő időszakban kerül megvalósításra.

Amennyiben a biztosított állapota nem teszi lehetővé egy-egy adott vizsgálat elvégzését, vagy a vizsgálati eredmény értékelését kétségesse teszi, akkor a szükséges vizsgálatok lebonyolítása abban az időpontban történik, amikor a biztosított alkalmassá válik az adott vizsgálat elvégzésére.

(4) Szolgáltató: a biztosító egészségügyi szolgáltató partnere, akivel a biztosító szerződik a biztosítási szolgáltatásnál felsorolt szolgáltatások nyújtására. A biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató: ONKOMPLEX Rákdiasztikai és Asszisztencia Kft. (Levelezési cím: ONKOMPLEX Kft., 1583 Budapest, Pf. 38. Telefon: +36 1 506 0527, E-mail: groupama@onkomplex.hu) és partnerei.

(5) Szakasszisztens fogalma és feladatai: a szakasszisztens az orvos utasításai alapján önállóan vagy a szakorvossal közösen elvégzi a diagnózis megállapításához szükséges teendőket, elmagyarázza a biztosítottaknak a kezelés lényegét, tanácsot ad a kezelés során potenciálisan előforduló mellékhatások megelőzésére, csökkentésére, gyakorlati tanácsokkal segíti a biztosítottak megfelelő életvezetését, biztosítottokról és a vizsgálati eredményekről számítógépes nyilvántartást vezet.

(6) Diagnózis: a szolgáltató által meghatározott szakértői csoport véleménye és kezelési javaslata, amely tartalmazza a következőket: a biztosított állapotához, klinikai profiljához optimálisnak tekintendő, a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában már törzskönyvezett terápiás lehetőségek, továbbá a közép- és hosszú távú kezelési és rehabilitációs stratégia kialakítása.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

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

5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi 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 vagy kezelőorvosi dokumentációt, vizsgálati eredményeket, orvosszakértői véleményezéseket kérhet.

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

6.§ A biztosítási szerződés alanyai

(1) Szerződő: a kiegészítő biztosítás szerződője, aki azonos a főbiztosítás szerződőjével.

(2) Biztosított: az ajánlattételkor 18–60 év közötti természetes személy, akit az ajánlatban a szerződő biztosítottként nevezett meg, és aki a szerződés megkötésekor biztosítható volt.

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

7.§ Biztosítási esemény

(1) A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosítás tartamán belül a kockázatviselés kezdetét követően:

- diagnosztikus vizsgálat alapján daganatos betegség gyanúja miatt a háziorvos, az illetékes szakorvos vagy magánorvos a biztosított számára további szakorvosi vagy képalkotó vizsgálatot ír elő;
- az (1) pont a. bekezdéstől eltérően bőrgyógyászati daganatok esetében a rosszindulatú daganatot bőrgyógyász szakorvos diagnosztizálta, és a rosszindulatú betegség vonatkozásában a biztosított számára további kivizsgálást javasol.

(2) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az (1) a. és b. pontjaiban meghatározott orvos általi további szakorvosi vagy képalkotó vizsgálat előírásának időpontja.

(3) Az (1) a. pont szempontjából diagnosztikus vizsgálatnak minősülnek a különböző képalkotó vagy szűrővizsgálatok, endoszkópos vizsgálatok, szövettani vagy cytológiai vizsgálatok, az adott terület szakorvosa által végzett fizikális vagy eszközös vizsgálatok

(4) Jelen különös feltétel vonatkozásában nem minősül diagnosztikus vizsgálatnak a hőtérkép, a biorezonancia vagy a genetikai vizsgálati eredmény, önmagában a tumor marker szinteket meghatározó vizsgálat, illetve egyéb, nem konvencionális vizsgálati eljárásnak tekintendő vizsgálatok.

8.§ A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító jelen különös feltételek alapján a 7.§-ban felsorolt biztosítási események esetén az alábbi pontokban felsorolt szolgáltatásokat nyújtja.

a. Szóbeli indító konzultációs lehetőség biztosítása a biztosítási esemény bejelentésétől számított 5 munkanapon belül, ha a biztosított állapota orvosilag lehetővé teszi.

A biztosító a szolgáltatón keresztül az által megadott helyszínen és időpontban állapotfelmérő személyes konzultációt tart a biztosítottal (belgyógyászati és/vagy onkológiai vizsgálat).

b. Daganatdiagnosztikai szolgáltatás biztosítása a szóbeli indító konzultáció időpontjától számított 15 munkanapon belül, ha a biztosított állapota orvosilag lehetővé teszi, és a biztosító vizsgálata alapján a jelen különös feltételek 11.§ (5) pontja szerint megállapításra kerül, hogy a biztosított jogosult a szolgáltatásra:

- a biztosító a szolgáltatón keresztül vállalja az adott daganattípus esetén szakmailag indokolt legkorszerűbb diagnosztikai vizsgálatok teljes körű megszervezését és elvégzését, amely magában foglalja az endoszkópos vizsgálatokat, patológiát, képalkotó diagnosztikát, mint pl. PET-CT, MRI, CT, valamint a személyre szabott genetikai és/vagy molekuláris diagnosztikai vizsgálatokat is;
- a biztosító vállalja a jelen különös feltételekben meghatározott vizsgálatok eredménye alapján a szolgáltató által meghatározott diagnózis elkészítését.

c. Orvosi betegvezetés: a biztosító vállalja továbbá a szolgáltatón keresztül az alábbi szolgáltatásokat:

- szakszerű, folyamatos orvosi betegvezetés, melynek során a biztosított a teljes diagnosztizálási folyamat alatt rendszeres és részletes írásos és szóbeli tájékoztatást kap a szükséges vizsgálatokról, továbbá választ a felmerülő kérdéseire, valamint részletes tájékoztatást és életvezetési, gyakorlati tanácsokat;
- koordinálja a biztosított állapota miatt szükséges magas szakmai

szívnemű szakorvosi egyeztetéseket, megszervezi a szakmailag indokolt konzultációkat és/vagy vizsgálatokat, a diagnózis elkészítéséig nyomon követi a biztosított állapotát, továbbá lehetővé teszi a betegvezetést végző orvos telefonos elérhetőségét munkanapokon 12 órában (8.00–20.00 óra között);

- az orvos szakmailag indokolt diagnosztikus vizsgálatok megszervezését követően megszervezi a terápiás stratégia, illetve kezelési javaslat kialakításához szükséges szakterületi egyeztetéseket, továbbá lehetőséget ad a biztosítottnak az adott terület sebész, sugárterapeuta és klinikai onkológus szakértőivel szakértőnként egy-egy átlagosan 45 perces személyes konzultációra, melyen a biztosított részletes tájékoztatást kaphat, felteheti kérdéseit a betegséggel, valamint az állapotával és a rendelkezésre álló kezelési lehetőségekkel kapcsolatban;
- a biztosító vállalja, hogy a szolgáltatón keresztül a jelen pontban meghatározott biztosítási szolgáltatás keretében a fentiekben túl összeállítja a szolgáltató szakértői véleményét és kezelési javaslatát.

d. Szakasszisztensi utánkövetés: 1 éves rendszeres, telefonos szakasszisztensi tanácsadás (mellékhatás management, életmód, rehabilitáció), és probléma esetén szakasszisztensi rendelkezésre állás. A biztosított jóindulatú daganat megállapítása esetén szakasszisztensi utánkövetés igénybevételére nem jogosult. Az 1 éves utánkövetés kezdetének napja a szakértői vélemény és kezelési javaslata kiállításának dátuma.

(2) Jóindulatú megbetegedés diagnosztizálása esetén a kiegészítő biztosítás továbbra is érvényben marad. **Jóindulatú megbetegedés esetén a biztosítás tartama alatt legfeljebb 2 alkalommal vehető igénybe az (1) pontban részletezett szolgáltatás.**

(3) A biztosító a 14.§ (2) pontja kivételével pénzbeli szolgáltatást nem nyújt a biztosítottnak, a szolgáltatások kizárólag a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatón keresztül vehetők igénybe.

(4) A szolgáltatás iránti igénybejelentési kötelezettség kezdő időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja.

(5) A jelen 8.§-ban meghatározott biztosítási szolgáltatások mindenkorai helyszíneiről a biztosító a honlapján (www.groupama.hu) ad tájékoztatást. A biztosítás nem terjed ki a vizsgálat helyszínére történő utazás költségeire.

(6) Ha a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási tartam lejártáig a jelen különös feltételekben meghatározott biztosítási esemény nem következik be, akkor jelen kiegészítő biztosítás a biztosítási tartam lejáratakor kifizetés nélkül megszűnik.

(7) A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási események kapcsán a biztosított kizárólag a szóbeli konzultációs lehetőség igénybevételére jogosult.

9.§ A biztosítási díj

(1) Jelen különös feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás kizárólag 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 a jelen kiegészítő biztosítási ajánlat átadásakor, a folytatólagos díjat minden ezt követő, díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszakra az első díjfizetés napjával megegyező naptári napjáig köteles megfizetni.

(4) A biztosító jogosult évenként a biztosítási díj felülvizsgálatára, és amennyiben a daganatdiagnosztikai szolgáltatások keretében biztosított vizsgálatok költségének növekedése meghaladja a 20%-ot, akkor írásban díjemelést kezdeményezhet a biztosítási évfordulót megelőzően 90 napig. A biztosító a biztosítási díjat biztosítási időszakonként egyszer, a megváltozott körülményekkel arányos mértékben, de legfeljebb 100%-os mértékben módosíthatja.

(5) A szerződő a díjemelésről szóló értesítés kézhezvételétől számított 30

napon belül írásban elutasíthatja a díjmódosítást. Amennyiben a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül elutasítja a díjmódosítást, a szerződés a biztosítási évfordulót megelőző nap 24.00 órákor megszűnik. Ha a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül nem utasítja el írásban a díj módosítását, vagy a szerződő a díj esedékességekor már a módosított díjat fizeti meg, az a szerződő részéről a díjmódosítás elfogadásának minősül, és a szerződés a biztosítási évforduló napján a díjmódosításnak megfelelő tartalommal marad hatályban.

10.§ Értékkövetés

(1) Jelen kiegészítő biztosítási szerződés értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféltájékoztatás a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az arról szóló tájékoztatással egyidejűleg történik az alábbiak szerint.

(2) Az index mértéke minden biztosítási évben 2%.

(3) Az index a szerződés éves díját a tartam végéig a megadott index mértékével minden biztosítási évfordulón megnöveli.

(4) Jelen kiegészítő biztosítás esetén az index mértéke eltér a főbiztosításnál alkalmazott index mértékétől.

(5) Amennyiben az indexálást az ügyfél évforduló előtt legalább 15 nappal írásban elutasítja, az a kiegészítő biztosítás ügyfél általi felmondásának minősül, és a kiegészítő biztosítás a biztosítási évforduló napján megszűnik.

11.§ A biztosító teljesítése, a szolgáltatási igény bejelentése

(1) A biztosított köteles a biztosítási eseményt a szolgáltatás iránti igénnyel együtt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül **a szolgáltatónál telefonon** bejelenteni.

(2) A szolgáltató a jelen különös feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosításra benyújtott szolgáltatási igényeket a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeknek 17.§ (4) pontjában felsoroltakon kívül az alábbi dokumentumok benyújtása esetén fogadja el:

- orvosi-, szakorvosi beutaló vagy javaslat a kivizsgálási folyamat megkezdésére;
- az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció, különösen szakorvosi vizsgálati lap vagy ambuláns lap.

(3) A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az alábbiakban felsorolt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítsa magát.

Azonosításhoz szükséges adatok:

- életbiztosítási szerződés szerződésszáma;
- szerződő neve;
- biztosított neve;
- biztosított édesanyjának neve;
- biztosított születési ideje.

A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentése esetén a szolgáltató minden esetben azonosítja a biztosítottat.

(4) A szolgáltató által megszervezett egészségügyi ellátás megkezdése előtt a szolgáltató azonosítja a biztosítottat a személyes adatai alapján. Amennyiben a biztosított személye nem azonosítható, a biztosított a biztosítási szolgáltatás igénybevételére nem jogosult.

(5) A biztosító a szóbeli konzultációt követő 5 munkanapon belül megvizsgálja és ellenőrzi a benyújtott dokumentumok alapján a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét. A vizsgálat eredményeképpen **a biztosító megtagadhatja a biztosítási szolgáltatások nyújtását azokban az esetekben, amelyekben jelen különös feltételek értelmében a biztosított nem jogosult a szolgáltatásra.**

12.§ Kizárt kockázat

(1) A Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben felsorolt kizárásokon túl a biztosító nem teljesít szolgáltatást a műtetet, sebészeti beavatkozást igénylő mintavétel költsé-

geire, különösen a gátüreg endoszkópos vizsgálatával (mellkastükrözés) egybekötött sebészeti mintavétel, a videóasszisztált mellkastükrözés során történő sebészeti eljárások (VATS), agyi biopszia, a has megnyitásával járó sebészeti beavatkozások/vizsgálatok (laparotomia).

(2) A Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben felsorolt kizárásokon túl a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a rosszindulatú daganatos betegség gyanújának következő eseteire:

a. HIV vírus fertőzöttség, AIDS betegség következményeként, azzal összefüggésben fellépő bármely daganat gyanúja;

b. korábbi, kockázatviselés kezdete előtt már diagnosztizált, illetve kezelt daganatos betegséggel összefüggésbe hozható, annak kiújulásaként jelentkező daganat gyanúja; kivéve azon daganatos betegségek, melyekről az egészségi nyilatkozat alapján, orvosi dokumentumokkal igazoltan a biztosító tudott, és ennek ismeretében kötötte meg a biztosítási szerződést.

13.§ 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;
- a biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító szolgáltatásának teljesítésével, kivéve a 8.§ (2) pont esetét;
- annak a biztosítási évnek a végén, amelynek során a biztosított a 65. életévét betölti;
- az indexálás szerződő általi elutasításával a biztosító évforduló napján;
- 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;
- a biztosító által kezdeményezett, a 9.§ (4) bekezdésében meghatározott díjmódosítás határidőben történő elutasításakor a biztosítási évfordulót megelőző nap 24.00 órákor;
- a biztosító és a szolgáltató szolgáltatási szerződése megszűnése esetén a biztosítás tartamának megváltozása esetén a szolgáltatási igény lezárásával a lezárás napján.

14.§ Egyéb rendelkezések

(1) Amennyiben a jelen különös feltételekben megnevezett szolgáltató partnerrel megszűnik a biztosító szolgáltatás nyújtására irányuló szerződése és más szolgáltató partnerrel állapodik meg, a biztosító erről legkésőbb a szolgáltatás nyújtására irányuló szerződés megszűnése előtt 15 nappal értesíti a szerződőt. A szerződő jogosult a biztosítási szerződést az erről szóló írásbeli értesítést követő 30 napon belül felmondani. Ebben az esetben a biztosítási szerződés további szolgáltatás nyújtása nélkül megszűnik a felmondás biztosítóhoz történő beérkezése napja 24.00 órákor. Amennyiben a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül nem mondja fel a biztosítási szerződést, akkor a biztosítási szerződés a szolgáltatást nyújtó partner személyében bekövetkezett változástól eltekintve változatlan feltételekkel folytatódik tovább.

(2) Amennyiben a jelen különös feltételekben megnevezett szolgáltató partnerrel megszűnik a biztosító szolgáltatás nyújt-

tására irányuló szerződése és a biztosító rajta kívül álló okok miatt nem tud megállapodni más szolgáltató partnerrel, a biztosító erről legkésőbb a szolgáltatás nyújtására irányuló szerződés megszűnése előtt 15 nappal értesíti a szerződőt. A szerződő jogosult a biztosítási szerződést az erről szóló írásbeli értesítést követő 30 napon belül felmondani. Ebben az esetben a biztosítási szerződés további szolgáltatás nyújtása nélkül megszűnik a felmondás biztosítóhoz történő beérkezése napja 24.00 órákor. Amennyiben a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül nem mondja fel a biztosítási szerződést, annak tartalma az alábbiak szerint módosul:

- a. a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosított a szolgáltatási igénnyel együtt a biztosítónak köteles bejelenteni személyesen vagy írásban a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 napon belül a 11.§ (2) bekezdésében megadott dokumentumok egyidejű benyújtásával;
- b. a szolgáltatási igényt a biztosító a Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételei 17.§-ban rögzített vonatkozó rendelkezései szerint bírálja el;
- c. a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezte esetén megtéríti a biztosítottnak a biztosítási esemény kivizsgálásával kapcsolatos – számlával igazolt – költségeit, legfeljebb 1 500 000 forint erejéig;

- d. jóindulatú daganatos megbetegedés esetén megtéríti a biztosítottnak a biztosítási esemény kivizsgálásával kapcsolatos – számlával igazolt – költségeit, legfeljebb 200 000 forint erejéig;
- e. a kiegészítő biztosítási szerződés a szolgáltatási igény lezárásával megszűnik.

15.§ A korábban alkalmazott feltételektől történő eltérés

(1) Felhívjuk figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2017. november 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltételek eltér, mivel a biztosító a jelen különös feltételeket korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban lényegesen módosította:

– **pontosította a kockázatviselés kezdetét.**

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

Biztosító**GB1040 JELŰ KOCKÁZATI KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS
KÜLÖNÖS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1040 jelű Kockázati kiegészítő biztosítási szerződés (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) a jelen különös feltételek és a Groupama Biztosító Zrt. Életbiztosítási Általános Feltételei (továbbiakban: Életbiztosítási Általános Feltételek) alapján jön létre a Groupama Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító), valamint bármely személy (továbbiakban: szerződő) között.

(2) Amennyiben jelen különös feltételek valamely rendelkezése eltér az Életbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaktól, akkor a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

(3) Jelen biztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított halála esetére a szerződésben meghatározott biztosítási összeg fizetésére vállal kötelezettséget.

2.§ A szerződés létrejötte és tartama

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

(2) A kiegészítő biztosítás 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 75. életévét betölti. A szerződés legalább 5 éves tartamra jöhet létre. A biztosítási szerződés lejáratának napja a tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

3.§ Fogalmak

Az Életbiztosítási Általános Feltételekben meghatározott fogalmakon túl jelen különös feltételek alkalmazása szempontjából:

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

(2) **Kezdeti biztosítási összeg:** A kezdeti biztosítási díjhoz tartozó biztosítási összeg.

(3) **Aktuális biztosítási összeg:** A biztosítási esemény bekövetkezésekor a kezdeti biztosítási összeg értékkövetés során megnövelt összege. Az értékkövetésről a jelen különös feltételek 11.§-a rendelkezik.

(4) **Dohányzó:** Jelen különös feltételek alapján dohányzóknak minősül az a személy, aki az egészségügyi kockázatfelmérés során dohányzóknak vallja magát, illetve aki a biztosító által az egészségügyi kockázatfelmérés során elvégzett szárazvér-teszt eredménye alapján dohányzóknak minősül. **A biztosítási szerződés tartama alatt a biztosító nem változtat a biztosított azon besorolásán, hogy a szerződéskötéskor dohányzóknak vagy nem dohányzóknak minősült.**

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

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

5.§ Kockázatfelbírálás, egészségügyi kockázatfelmérés

(1) A biztosító az Életbiztosítási Általános Feltételek 5.§-a alapján kockázatfelbírálást, illetve egészségügyi kockázatfelmérést végezhet.

(2) Amennyiben a szerződő a biztosított vonatkozásában nem dohányzó kedvezményt kíván igénybe venni, a biztosító szárazvér teszt elvégzését írhatja elő. A biztosító a szárazvér teszt eredményétől függetlenül egészségügyi kockázatfelmérést is végez.

(3) A biztosító által feltett kérdésekre adott válaszok vagy az egészségügyi kockázatfelmérés eredményétől függően a biztosító jogosult a kockázatot alacsonyabb biztosítási összeggel vállalni, pótdíjat felszámítani, kockázatkizárást alkalmazni, vagy az ajánlatot elutasítani.

(4) A biztosítási tartam alatt a szerződő új kiegészítő biztosítást vagy kiegészítő biztosítási csomagot köthet, ebben az esetben a biztosítónak jogában áll ismételt kockázatfelbírálást végezni.

6.§ A biztosítási szerződés alanyai

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

(2) **Biztosított:** A kockázatviselés kezdetekor 2–70 év közötti természetes személy, akinek az életére a biztosítási szerződés létrejön.

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

7.§ Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítási tartamon belül bekövetkező halála.

8.§ A biztosító szolgáltatása

A biztosító jelen különös feltételek alapján az alábbi szolgáltatásokat nyújthatja:

(1) Ha a biztosítás tartama alatt a biztosított meghal, a biztosító a szerződő által az ajánlattételkor választott biztosítási összeg indexálás során megnövelt, aktuális értékével megegyező szolgáltatást fizeti ki a kedvezményezettnek.

(2) Ha a szerződésben meghatározott lejáratú időpontban a biztosított életben van, a biztosítás lejáratú szolgáltatás kifizetése nélkül megszűnik.

9.§ A biztosítási díj

(1) Jelen különös feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás folyamatos díjas lehet. A díjfizetés az ajánlaton megjelölt módon történik.

(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 ügyféléltájékoztató a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféléltájékoztatóval azonosan történik.

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

11.§ A biztosító teljesítése

A biztosítási esemény bejelentésekor az Életbiztosítási Általános Feltételek 17.§ (4) pontjában felsoroltakon kívül az alábbi iratok bemutatását kéri a biztosító:

- a. az intézmény igazolását arról, hogy a biztosítottat ellátta, továbbá
- b. az ellátás indokát (a beteg diagnózisát) és a kórházi zárójelentést.

12.§ A szerződés megszűnésének esetei

A 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 évnél a végén, amelynek során a biztosított a 75. életévét betölti;

- a díjfizetés elmulasztása esetén, az Életbiztosítási Általános Feltételek 10.§ (1) pontjában leírtak szerint;
- az Életbiztosítási Általános Feltételek 2.§ (10) pontban foglalt felmondás esetén;
- az Életbiztosítási Általános Feltételek 2.§ (11) pontban feltüntetett esetben.

13.§ Egyéb rendelkezések

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

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2015. július 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltétel eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította: pontosította a kockázatviselés kezdetét.

