



1.§ Bevezető rendelkezések

Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés (továbbiakban: biztosítás) a jelen különös feltételek, valamint az életbiztosítási szolgáltatások vonatkozásában az OTP Garancia Biztosító Zrt. Életbiztosítási Általános Feltételei, a baleset-, betegségbiztosítások vonatkozásában az OTP Garancia Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei alapján jön létre az OTP Garancia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító), valamint bármely személy (továbbiakban: szerződő) között.

Amennyiben jelen különös feltételek rendelkezése eltér az általános feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

2.§ Szerződés létrejötte

A biztosítási szerződés a szerződő ajánlatának a biztosító részéről történő elfogadásával írásban jön létre.

A biztosítás akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra 15 napon belül nem nyilatkozik.

3.§ Tartam

A biztosítás határozott, egy éves vagy egy évnél rövidebb tartamra jön létre.

Jelen biztosítási feltételek alapján létrejött egy éves tartamú biztosítási szerződés további egy évvel változatlan feltételekkel automatikusan meghosszabbodik akkor, ha a szerződést a tartam lejáratá előtt legkésőbb 30 nappal a szerződő felek bármelyike írásbeli nyilatkozatban nem mondja fel, és a meghosszabbításakor esedékes biztosítási díjat a szerződő annak esedékességekor befizeti. Ezt a szabályt a hosszabbítás leteltekor is megfelelően alkalmazni kell.

4.§ Biztosítottak

(1) Jelen feltételek szempontjából:

- Biztosított: az a szerződő által meghatározott csoport, melynek tagjaira a biztosítási szerződés létrejött.
- Csoport: a biztosított csoport a jelen feltételek alapján létrejött biztosítási szerződésben foglaltak szerinti azonos foglalkozású vagy tevékenységű, vagy más módon meghatározott személyekből áll.

(2) A csoportos szerződésekbe új biztosítottat a szerződés tartama alatt bármikor be lehet jelenteni. A biztosított csoport létszámának tartam közbeni változását a szerződő a szerződésben meghatározott módon köteles a biztosítóknak bejelenteni.

(3) A biztosító jogosult a biztosított csoport valamennyi tagja vonatkozásában a szerződés megkötésekor, illetve új biztosított személynek a csoportba történő bevonásakor a biztosítási védelem kiterjesztése előtt egészségi nyilatkozat kitöltését és/vagy orvosi vizsgálatot előírni.

(4) A biztosító jogosult az egészségi nyilatkozat, illetve orvosi vizsgálat eredményétől függően a biztosítási védelem kiterjesztését a csoport egyes tagjaira teljes egészében, vagy csak bizonyos szolgáltatásokra vonatkozóan korlátozni, visszautasítani, illetve a korábban megállapított díjat módosítani.

5.§ Szerződő

A biztosítani kívánt csoportok biztonságának megóvásában érdekelt személy, aki a biztosítási szerződést megkötö és a biztosítás tartama alatt a díjfizetést teljesíti.

6.§ Díjfizetés

(1) A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítás éves díjfizetésű. A biztosító az éves díjfizetéstől eltérő díjfizetési mód esetén jogosult a szerződésben meghatározottak szerinti pótlékkal emelt díj megállapítására.

(2) A szerződő a díjat, illetve az éves díjfizetéstől eltérő díjfizetési mód esetén a díj első részletét a szerződés aláírásakor köteles megfizetni.

(3) A biztosítottak létszámának tartam közbeni változása miatt szükséges díjkorrekció a szerződésben meghatározott módon történik. A jelen feltételek alapján létrejött egy éves tartamú biztosítási szerződések esetén a csoportba a tartam közben bevont biztosítottakra a szerződésben meghatározott időarányos díjrész, de legalább 1 havi díjrész fizetendő.

7.§ A biztosító szolgáltatása

(1) A felek a biztosítás szolgáltatását a 10.§, 11.§, 12.§-ban felsorolt élet-, baleset-, betegségbiztosítási szolgáltatásokból állítják össze, és a szerződésben rögzítik.

(2) A biztosító teljesítési kötelezettsége csak a szerződésben meghatározott biztosítottak körére, a szerződésben megnevezett szolgáltatások vonatkozásában, a szerződésben meghatározott biztosítási összeg erejéig, a szerződésben meghatározott körülmények között áll fenn.

(3) A biztosítási védelem azon biztosítási eseményekre terjed ki, melyek a jelen különös feltételek alapján létrejött szerződésben megnevezett területi, időbeli, és egyéb – a szerződésben esetlegesen meghatározott – feltételek szerint következnek be.

(4) A biztosított csoport azon tagjaira, akik a szerződéskötéskor kórházi, orvosi kezelés alatt állnak, vagy keresőképtelenek, az élet- és betegségbiztosítási védelem a kórházi, orvosi kezelés befejezte, illetve a keresőképeség helyreállása utáni napon kezdődik.

8.§ Várakozási idő

(1) A várakozási idő minden egyes biztosított esetén attól az időponttól számítandó, amikor az adott biztosítottat nézve a biztosítási védelem elkezdődik.

(2) A biztosítási szerződés meghosszabbítása esetén a változatlan feltételekkel meghosszabbított szolgáltatásokra azon biztosítottaknál, akiknél a biztosítási védelem kezdete óta a várakozási idő már eltelt, újabb várakozási idő nincs.

9.§ Maradékjog és értékkövetés

(1) A módozat maradékjogokkal nem rendelkezik, nyereségrészesedésre nem jogosít, a biztosítás vonatkozásában a biztosító kötvénykiadását nem nyújt.

(2) A biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

10.§ Rendelkezések életbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában

(1) **Biztosítási esemény:** az Életbiztosítás Általános Feltételekben foglaltak szerint a biztosított tartamon belül bekövetkező halála.

(2) **Életbiztosítási szolgáltatásként** a biztosított halála esetén a biztosító az Életbiztosítás Általános Feltételei szerint a szerződésben meghatározott halál esetére szóló összeget fizeti ki az arra jogosult részére az általa megjelölt módon.

(3) Az életbiztosítási szolgáltatás tekintetében a biztosító az Életbiztosítás Általános Feltételeinek megfelelően 6 hónap várakozási időt köt ki.

11.§ Rendelkezések balesetbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában

(1) Biztosítási esemény a Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételekben foglaltak szerint:

- a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű halála;
- a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű rokkantsága;
- a biztosított csonttörése, csontrepedése;
- a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű kórházi ápolása;
- a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű táppénzes állománya, ha a táppénzes állományba került személy a szerződés

megkötésekor saját jogon, a társadalombiztosítási szabályok értelmében táppénzre jogosult és nem keresőképtelen;

- f. a biztosítottan a tartamon belül elvégzett baleseti eredetű nagy-, közepes- vagy kis műtét;
- g. a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti sérülése;
- h. a biztosított – mellékletben meghatározott – égési sérülése.

(2) Közlekedési balesetbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában biztosítási esemény az a közlekedési esemény, melynek következménye

- a. a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű halála;
- b. a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű rokkantsága;
- c. a biztosított csonttörése, csontrepedése;
- d. a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű kórházi ápolása;
- e. a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű táppénzes állománya, ha a táppénzes állományba került személy a szerződés megkötésekor saját jogon, a társadalombiztosítási szabályok értelmében táppénzre jogosult és nem keresőképtelen;
- f. a biztosítottan a tartamon belül elvégzett baleseti eredetű nagy-, közepes- vagy kis műtét;
- g. a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti sérülése;
- h. A poggyászbiztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosított poggyászának, ruházatának a biztosított közlekedési balesetével együtt járó sérülésével, vagy a járművet ért balesetből eredő megrongálódása, megsemmisülése, elveszése. A poggyászbiztosítási védelem nem terjed ki a készpénzre, készpénzt helyettesítő fizetési eszközre, ékszerekre, nemesfémekre, művészeti tárgyakra, gyűjteményekre, nemes szőrmékre, állatokra, értékpapírokra, okmányokra, menetjegyekre.

Jelen feltételek alapján közlekedési eseménynek minősül a közúti közlekedés szabályairól szóló 1/1975. (II. 5.) KPM-BM együttes rendelet hatálya alá tartozó közlekedés során gépjárművel közvetlen okozati összefüggésben bekövetkező esemény.

Gépjármű: olyan jármű, amelyet beépített erőgép hajt.

Jármű: közúti szállító- vagy vontató eszköz, ideértve az önjáró vagy vontatott munkagépet is. A mozgáskorlátozottak közlekedésére szolgáló, emberi erővel tolt vagy hajtott kerekes szék és a gépi meghajtású kerekes szék – ha sík úton önerejéből 10 km/óra sebességnél gyorsabban haladni nem képes, továbbá a gyermekocsi és a talicska – azonban nem minősül járműnek. Az ilyen eszközökkel közlekedő személyek gyalogosoknak minősülnek.

(3) Balesetbiztosítási szolgáltatásként a Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételei szerint:

- a. Baleseti halál esetén a biztosító a szerződésben meghatározott baleseti halál esetére szóló összeget fizeti.
- b. Baleseti rokkantság esetén a biztosító a szerződésben meghatározott baleseti rokkantság esetére szóló összegből a szerződésben meghatározott, a rokkantság fokának megfelelő hányadot fizeti.
- c. Csonttörés, csontrepedés esetén a biztosító a szerződésben meghatározott csonttörés, csontrepedés esetére szóló összeget fizeti.
- d. Baleseti eredetű kórházi ápolás esetén a szerződésben meghatározott napi térítést fizeti minden olyan naptári napra, amit a biztosított a szerződésben megjelölt biztosítási eseményből adódóan megszakítás nélkül vagy megszakításokkal kórházban töltött.
- e. Baleseti eredetű kórházi ápolás esetén a biztosító a szerződésben meghatározott kórházi gyógyulási támogatás összeget egyösszegben fizeti, ha a kórházi ápolás hossza a szerződésben rögzített napok számát eléri.
- f. Baleseti táppénzes állomány esetén a biztosító a szerződésben meghatározott jövedelemkiegészítő napi térítést fizeti minden olyan naptári napra, amit a biztosított a szerződésben megjelölt biztosítási eseményből adódóan megszakítás nélkül vagy megszakításokkal táppénzes állományban töltött.
- g. Baleseti műtét esetén a biztosító nagyműtét esetén a szerződésben baleseti nagyműtetre, közepes műtét esetén a szerződésben baleseti közepes műtetre, kisműtét esetén a szerződésben baleseti kisműtetre meghatározott összeget fizeti.
- h. A biztosító baleseti sérülés esetén, a baleseti költségtérítésre nyújtott támogatásként legfeljebb a szerződésben baleseti költségtérítésre meghatározott biztosítási összeg mértékéig, az igazolt, balesettel kapcsolatban felmerült, orvosiilag indokolt és szükséges költségeket számla ellenében téríti meg. Baleseti költségnek minősül a Magyarországon kiállított számlával igazolt, balesettel kapcsolatos gyógyászati segédes-

zűknek vagy más, a kezeléshez szükséges eszközöknek a kezeléshez szükséges mennyiségben való beszerzési költsége. Nem minősül baleseti költségnek a gyógyászati segédeszköz beszerzésének a költsége, ha az nem áll közvetlen okozati összefüggésben a balesettel. A gyógyászati segédeszköz szükségességét a biztosító orvosa felülbíráhatja.

- i. Égési sérülés esetén a biztosító a szerződésben meghatározott égés esetére szóló összeget fizeti.
- j. A biztosító **poggyászbiztosítási szolgáltatásként** poggyászkár esetén a jegyzőkönyvvel igazolt kárt a károsodott tárgy káridőponti avult értékét, de legfeljebb a biztosítási szerződésben meghatározott összeget fizeti.

A szolgáltatást a biztosító az arra jogosult számára az általa megjelölt módon teljesíti.

(4) A felek megállapodhatnak a balesetbiztosítási szolgáltatásokra vonatkozó biztosítási védelemnek kifejezetten csak a munkahelyi balesetekre történő korlátozásában (munkahelyi balesetek biztosítása). E feltételek alkalmazásában:

- a. munkahelyi baleset a biztosítottat a szerződő által meghatározott, az ajánlaton megjelölt és a díjszabás alapjául vett tevékenysége (foglalkozása körében végzett munka vagy díjazásért végzett sporttevékenység, vagy más díjazásért végzett tevékenység) során, a tevékenység végzésének munkáltató által kijelölt helyszínén érő, a társadalombiztosítási jogszabályok szerint baleseti ellátásra jogosító baleset, kivéve a foglalkozási betegségeket;
- b. munkahelyi baleset a biztosítottat a lakóhelyéről a munkahelyre és a munkahelyről közvetlenül a lakóhelyére vezető – megszakítás nélküli legrövidebb – úton érő baleset is;
- c. szabadidős baleset minden olyan baleset, amely nem tekinthető munkahelyi balesetnek, valamint nem díjazásért folytatott tevékenység, vagy nem díjazás ellenében folytatott sporttevékenység során következik be;
- d. a tevékenység, sport akkor tekintendő díjazásért végzettnek, ha a biztosított a költségeken felül javadalmazásban részesül.

(5) A biztosító egy biztosítási eseményből eredően a csonttörés, csontrepedés, illetve a baleseti kisműtét szolgáltatások közül csak az egyik – a nagyobb összegű térítésre jogosító – szolgáltatást teljesíti.

(6) A balesetbiztosítási, közlekedési balesetbiztosítási szolgáltatások vonatkozásában várakozási idő nincs.

12.§ Rendelkezések betegségbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában

(1) Biztosítási esemény a Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételekben foglaltak szerint:

- a. a biztosított tartamon belül bekövetkező betegségi eredetű kórházi ápolása;
- b. a biztosítottan a tartamon belül elvégzett betegségi eredetű nagy-, közepes- vagy kis műtét;
- c. a biztosított tartamon belül bekövetkező betegségi eredetű táppénzes állománya, ha a táppénzes állományba került személy a szerződés megkötésekor saját jogon, a társadalombiztosítási szabályok értelmében táppénzre jogosult és nem keresőképtelen;
- d. a biztosítottnál a tartamon belül jelen feltétel 2. mellékletében szereplő rettegett betegségek listáján szereplő esemény bekövetkezése, amennyiben az eseményt a biztosított legalább 28 nappal túlélte;
- e. a biztosított tartamon belül bekövetkező TB I vagy II fokozatú rokkantsága jelen feltétel 1. mellékletében szereplő TB rokkantság meghatározása szerint, ha a megrokkant személy a rokkantság megállapításakor legfeljebb 60 éves, és a szerződéskötéskor a mindenkor hatályos társadalombiztosítási jogszabályok alapján rokkantsági nyugdíjra és baleseti rokkantsági nyugdíjra jogosult, az ezekhez szükséges, előírt szolgálati időt megszerezte, valamint nem keresőképtelen.

(2) Betegségbiztosítási szolgáltatásként a Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételei szerint:

- a. A biztosított betegségi kórházi ápolása esetén a biztosító a szerződésben meghatározott napi térítést fizeti minden olyan naptári napra, amit a biztosított biztosítási eseményből adódóan megszakítás nélkül vagy megszakításokkal kórházban töltött.
- b. Betegségi műtét esetén a biztosító nagyműtét esetén a szerződésben betegségi nagyműtetre, közepes műtét esetén a szerződésben betegségi közepes műtetre, kisműtét esetén a szerződésben betegségi kisműtetre meghatározott biztosítási összeget fizeti.

- c. Betegségi táppénzes állomány esetén a szerződésben meghatározott jövedelemkiegészítő napi térítést fizeti minden olyan naptári napra, amit a biztosított biztosítási eseményből adódóan megszakítás nélkül vagy megszakításokkal táppénzes állományban töltött.
- d. Rettegett betegség esetén a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti. A biztosító a biztosítás tartama során minden biztosított részére legfeljebb egyszer teljesít rettegett betegségek esetére szóló szolgáltatást, több betegség együttes fellépésekor is csak egy betegségre.
- e. TB-rokkantság esetén a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti.

(3) A rettegett betegség szolgáltatás teljesítése esetén a rettegett betegség diagnosztizálása után bekövetkezett, azzal összefüggésben lévő egyéb betegségbiztosítási eseményekből eredő igényekre a biztosító nem teljesít szolgáltatást.

(4) A betegségi kórházi napi térítés és betegségi táppénzkiegészítő szolgáltatások vonatkozásában a biztosító új biztosítási esemény bejelentésekor megvizsgálja, hogy a biztosítási esemény bekövetkeztét megelőző 5 éven belül ugyanezen biztosított esetén összesen hány napra teljesített napi térítés szolgáltatást. Az így megállapított, megelőző 5 évben térített napok száma és az új biztosítási eseményre térített napok száma együtt nem lehet több 365 napnál.

(5) A betegségbiztosítási szolgáltatások tekintetében a biztosító

- a. a betegségi kórházi ápolás és a krónikusnak nem minősülő betegségi műtetre 3 hónap,
- b. a krónikusnak minősülő betegségi műtétekre 6 hónap,
- c. rettegett betegségek esetén a mellékletben felsorolt rettegett betegségekre 6 hónap várakozási időt köt ki.

Ha a biztosított halála a várakozási időn belül következik be, a biztosító életbiztosítási szolgáltatást nem teljesít, és az addig befizetett életbiztosítási díjrészeknek az érintett biztosítottra eső részét visszafizeti a szerződőnek. Ha a várakozási idővel érintett betegségbiztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító a szolgáltatást nem teljesíti, és a befizetett díjakból visszatérítés nem ad.

13.§ A baleset- és a betegségbiztosítási szolgáltatásokra vonatkozó közös rendelkezések

(1) Mind a baleseti, mind a betegségi műtéti térítési szolgáltatás egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb egy, a legmagasabb szolgáltatású műtetre vehető igénybe. Amennyiben a biztosító a biztosítási eseményből eredően műtéti szolgáltatást már teljesített, és ez után ugyanazon biztosítási eseményből eredően súlyosabb műtetre kerül sor, a biztosító a már teljesített, és az elvégzett legsúlyosabb műtétnek megfelelő szolgáltatás különbözetét fizeti.

(2) A baleseti és betegségi kórházi napi térítés és táppénzkiegészítő szolgáltatások tekintetében a biztosító egy biztosítási eseményből eredően összesen legfeljebb 365 napra nyújt térítést.

(3) A baleseti vagy betegségi kórházi ápolási és a baleseti vagy betegségi táppénzes állomány vonatkozásában a szerződő és a biztosító megállapodhatnak önrész alkalmazásában. Ekkor csak a szerződésben önrészként megjelölt napok számát meghaladó megszakítás nélküli kórházi ápolási, illetve táppénzes esetek minősülnek biztosítási eseménynek.

(4) Mind a baleseti, mind a betegségi kórházi napi térítési és a táppénzkiegészítő szolgáltatások tekintetében a felek megállapodhatnak levonásos vagy meghaladásos önrész és/vagy térítési maximum alkalmazásában is.

(5) A szerződésben meghatározott önrész esetén a biztosító térítési kötelezettsége csak abban az esetben áll fenn, ha a kórházi ápolás vagy táppénzes állomány megszakítás nélküli tartama meghaladja az önrészként megjelölt napok számát.

(6) Meghaladásos önrész esetén a biztosító az önrészt meghaladó esetekre visszanemöleg, az ápolás vagy táppénzes állomány első napjától térít.

(7) Levonásos önrész esetén a térítési kötelezettség visszanemöleg nem áll fenn, csak az önrészt meghaladó első nappal indul.

(8) Amennyiben a szerződő a baleseti vagy betegségi kórházi ápolási, illetve táppénzkiegészítő szolgáltatások vonatkozásában térítési maximumot határoz meg, a biztosító az adott szolgáltatásra egy biztosítási évben csak a szerződésben térítési maximumként megjelölt számú napra nyújt szolgáltatást. Ha a szerződő ugyanezen szolgáltatás vonatkozásában levonásos önrészt határoz meg, a térítési maximumba az önrésznek megfelelő napok is

beleszámítanak. Ha a biztosított egy biztosítási év során – az adott szolgáltatásra vonatkozó valamennyi ez idő alatt bekövetkező biztosítási eseményből eredően – összesen a szerződésben meghatározott maximumnál több napot tölt kórházban, illetve táppénzes állományban, a biztosító térítési kötelezettsége a továbbiakban nem áll fenn.

14.§ Kizárások, mentesülések

A biztosítási védelem az Életbiztosítás Általános Feltételei és a Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételeiben meghatározott eseteken túl nem terjed ki:

(1) a szerződés megkötésekor már meglévő egészségkárosodásokra (és az ezekkel közvetlenül összefüggésbe hozható biztosítási eseményekre);

(2) a biztosított versenyszerűen, díjazásért űzött sporttevékenységére, függetlenül attól, hogy az adott tevékenységre a társadalombiztosítási védelem kiterjed-e vagy sem, kivételt képez ez alól, ha a biztosítási szerződés rendelkezései a biztosítási védelmet ezen kockázatra is kiterjesztik;

(3) mentális- és viselkedészavarokból eredő kórházi ápolásra, táppénzes állományra, TB-rokkantságra, kivéve az üzemi balesetre, foglalkozási betegségre közvetlenül visszavezethető mentális és viselkedészavarokat;

(4) nem orvosi szakvégzettségű egyén általi kezelés esetére;

(5) azon táppénzes esetekre, amikor táppénzen való tartózkodásra közegészségi, járványügyi vagy állategészségügyi zárlat miatt, gyermekápolás miatt, vagy a szülést megelőzően a terhességgel összefüggésben kerül sor;

(6) azon kórházi ápolási esetekre, amikor a kórházi ápolásra szülést megelőzően a terhességgel összefüggésben került sor;

(7) a terhességgel, szüléssel kapcsolatos műtétekre (kivéve, ha a beavatkozásra baleset következtében került sor), valamint mandulaműtetre, és az ezzel összefüggésben bekövetkező, illetve ehhez szükséges beavatkozásokra.

15.§ Teljesítés

(1) A biztosítási esemény bejelentése a szerződő kötelessége. A szolgáltatási igényt a szolgáltatásra jogosult személy is benyújthatja a biztosítónak.

(2) A szolgáltatások iránti igény bejelentése esetén a biztosító az igényelt összes dokumentum benyújtásától számított 15 munkanapon belül teljesíti szolgáltatását.

(3) A szerződés szerinti dokumentumok benyújtására a biztosító esetenkénti elbírálás alapján haladékat adhat.

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

- a. a biztosító által kiadott (a kezelő orvos által kitöltött és aláírt) szolgáltatási igénybejelentőt;
- b. esedékesség szerinti utolsó díjfizetést igazoló iratot;
- c. a szolgáltatást igénylő személy biztosított csoporthoz tartozását igazoló dokumentumokat;
- d. a biztosító által kért, a biztosítási eseménnyel és annak következményeivel kapcsolatos vizsgálati eredményeket, orvosi igazolásokat, zárójelentéseket;
- e. TB rokkantság esetén az illetékes társadalombiztosítási szerv jogerős határozatát az I. vagy II. fokú rokkantság tényéről;
- f. valamint a biztosító által igényelt, a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges egyéb iratokat.

(5) A bemutatott dokumentumok mellett a biztosító orvosa további vizsgálatok elvégzését is kezdeményezheti. A biztosító által kezdeményezett orvosi vizsgálatok költsége a biztosítót terheli.

(6) Huzamos kórházi tartózkodás vagy táppénzes állomány esetén a biztosító 30 naponként, a szerződésben foglaltak szerint, folyamatosan teljesíthet szolgáltatást.

16.§ A biztosítás megszűnése

A biztosítás megszűnik

(1) ha a biztosítás tartama lejárt, és a biztosítás nem került meghosszabbításra;

(2) a biztosítási díj esedékességétől számított 30 nap elteltével, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg és a szerződő arra halasztást nem kapott, illetve a biztosító követelését bírósági úton nem érvényesítette;

(3) ha a biztosított csoport megszűnik.

17.§ Egyéb rendelkezések

(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 biztosításból eredő igények elévülési ideje 5 év.

(3) A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog a Magyar Köztársaság joga.

(4) A jelen feltételekben nem szabályozott kérdések vonatkozásában a Magyar Köztársaság Polgári Törvénykönyvéről szóló 1959. évi IV. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései 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 1990. évi XCI. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

(5) Jelen szerződési feltételekkel kapcsolatban felmerülő panasz esetén az ügyfél elsőfokon az OTP Garancia Biztosító Zrt. kötvényen megnevezett szervezeti egységéhez, másodfokon az OTP Garancia Biztosító Zrt. Központi Ügyfélszolgálati Irodájához (1051 Budapest, Október 6. u. 20.), mint másodfokon eljáró szervhez fordulhat. A biztosító felett a szakmai felügyeletet a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., illetve 1535 Budapest, 114 Pf. 777) gyakorolja. Az ügyfél a panaszával a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez (1088 Budapest, József krt. 6., 1364 Budapest, Pf. 234) és a Kereskedelmi és Ipari Kamara mellett működő megyei békéltető testületekhez, illetve bírósághoz is fordulhat.

Mellékletek

1. melléklet: TB-rokkantság

TB-rokkantságnak minősül:

(1) A biztosított személynek – az illetékes társadalombiztosítási orvosszakértői szerv döntése alapján – a magyar társadalombiztosítási szerv által jogerős határozatban megállapított, II. vagy I. fokozatú rokkantsági, vagy baleseti rokkantsági nyugdíjra jogosító, végleges és teljes (100 %-os, bármely kereső foglalkozásra való alkalmatlansággal járó) munkaképtelensége.

(2) Az előző meghatározástól függetlenül a biztosító előzetesen rokkantságnak minősítheti a következő testrész-elvesztések, illetve funkcióvesztések bekövetkezését, akkor is, ha a társadalombiztosítási szerv határozata még nem áll rendelkezésére:

- mindkét szem, illetve a szemek látóképességének teljes és végleges elvesztése;
- mindkét kéz (csuklóból vagy csukló felett történő) elvesztése;
- mindkét láb (bokából vagy boka felett történő) elvesztése.

2. melléklet: Rettegett betegségek

(1) Rettegett betegségnek minősül az alábbi betegségek, állapotok diagnosztizálása, amennyiben a diagnózis megtörtént, és azt a beteg legalább 28 nappal túlélte:

(2) **Rák:** Egy vagy több rosszindulatú daganat jelenlétét jelenti, beleértve a leukémiát (a krónikus lymphocitás 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 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.
- Melanomákra, amelyek a szövettani vizsgálat szerint kevesebb mint 1,5 mm vastagságúak vagy amelyek ráterjedése a „Clark Level 3” mélységet nem éri el.
- A bőr valamennyi fokozott elszarusodásával járó állapotára, illetve basalsejtes rákjára.
- A bőr valamennyi pikkelysejt karcinómájára, hacsak nem más szervekre is áttért.
- Kaposi szarkómára és a HIV fertőzéshez, illetve az AIDS-hez kapcsolódó egyéb daganatokra.
- Prostata rákra, 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).

(3) **Szívroham:** A fenti diagnózis 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 szívenzim értékek szintje bizonyítja.

(4) **Szívkoszorúér megkerülő műtét /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 korigálják. Nem minősülnek by-pass műtétnek az olyan nem műtéti technikák mint például az érplasztika, a lézeres kezelés, vagy nem sebészeti eljárások.

(5) **Stroke (Maradandó agykárosodások):** Olyan agyi érrendszeri történések, amelyek 24 óránál hosszabb ideig tartó neurológiai következményekkel jár, 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.

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

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

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

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

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

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

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

(12) **Vértranszfúzióból származó HIV vagy AIDS fertőzés:** Az életbiztosított személy HIV vagy AIDS fertőzött, feltéve hogy:

- a fertőzés olyan transfúción tulajdonítható, melyet az illető jelen kiegészítő biztosítási szerződés megkötése után kapott;
- a transfúziót végző intézmény elismeri a felelősséget;
- a fertőzött életbiztosított személy nem hemofilias;
- életveszélyes állapot áll fenn és nincsen ismert gyógyítási mód.

3. melléklet: A biztosító a felsorolt biztosítási eseményeket az alábbi dokumentumok megléte esetén ismeri el:

(1) Rosszindulatú daganatos (rák) megbetegedés diagnosztizálása a megfelelő kórszövettani vizsgálat eredménye alapján történik.

(2) Szívroham (infarctus) elfogadásának feltételei a következők:

- a kórelőzményben szereplő tipikus mellkasi fájdalom dokumentálása;
 - az infarctusra jellemző EKG eltérések megléte;
 - a szívizom elhalására jellemző enzimértékek emelkedésének kimutatása.
- A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarctus diagnosztizálásához.

(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 az esemény 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) Vakságot, 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 diagnosztizálásnak elfogadásra a biztosító által megbízott orvosszakértő vizsgálata alapján történik.

(10) Sclerosis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórelőfolyás, 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 vagy AIDS fertőzés diagnosztizálásának elfogadása a HIV vírus fertőzés laboratóriumi diagnosztizálásán, illetve a szerzett immunhiányos szindróma (AIDS) klinikai laboratóriumi eltérések dokumentálásán alapul, feltéve, hogy a 2. melléklet (12) bekezdésében felsorolt feltételek fennállnak.

A szívkoszorúér megkerülő műtete és a szervtranszplantáció műtete előtt, ha az nem Magyarországon történik, a biztosító orvosszakértőjével történő konzultáció szükséges.