



REVITA
KOCKÁZATI
ÉLETBIZTOSÍTÁS
FELTÉTELFÜZET

Bizalomból biztonság



Biztosító

Az OTP Csoport partnere

A GROUPAMA BIZTOSÍTÓ ZRT. ÉLETBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

1.§ Az életbiztosítás általános feltételeinek tartalma

(1) A Groupama Biztosító Zrt. Életbiztosítási Általános Feltételei és Ügyféléltájékoztató (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.§ 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 kötve. Kockázatelbírálási 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 kockázatelbírálási 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 kockázatelbírálásra 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 hatályal a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre. A biztosító a szerződés létrejöttéről kötvényt állít ki.

(5) Ha a kockázatelbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, 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 kockázatelbírálásra 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 pénzösszeg – 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 befizetésekéből. 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 vételi 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 befizetésekéből a felmondott biztosítási szerződésre már teljesített kifizetéseket levonja.

(11) A szerződő fél – ha az első évi biztosítási díjat befizették – az életbiztosí-

tási 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 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 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 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.

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 órájakor 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 megtetelekor a szerződő fél figyelmét felhívta. Ha a szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedé-

se ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a jelen bekezdésben meghatározott jogait a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.

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 biztosítottól.

(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) 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.

(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 kizárást alkalmazni vagy az ajánlatot elutasítani.

(6) Díjemelés, 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 díjemelés, 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 kockázatelbírálást 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 állapo-

tára 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 megkötí 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 kedvezménye-

zett 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 bekövetkezte 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 képviselőt 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 bekövetkezte 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 kockázatalbírálási szabályok értelmében nincs szükség orvosi vizsgálat

elvégeztetésére, de a biztosított saját költségén elvégezteti a biztosító által megadott orvosi vizsgálatokat, a biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától. Az orvosi vizsgálat elvégeztetése 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 lejáratí 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 életkorról létrejöhetett 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 fizetőeszközben esedékes.

(7) A biztosító a biztosítási ajánlat megtételekor vagy azt követően befizetett biztosítási díjat a kockázatviselés kezdetéig kamatmentesen kezeli. **A biz-**

tosítási 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. ügynötője 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 díjak megfizetnek. A biztosító a biztosítási fedezet helyreállításához kockázatelbírálást írhat elő. Amennyiben a kockázat-elbírálás eredményétől függően a biztosító hozzájárul a szerződés újra érvénybe helyezéséhez (reaktíválásához) 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 kockázatelbírálási 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 módozati különös feltételekben határozza meg.

(2) Amennyiben a biztosított érvényben lévő biztosítási szerződése 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 hasznosítja.

(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 több-lethozamából való részesedésének.

14.§ A nyereségrészesedés

(1) Az életbiztosítási díjtartalék befektetési többlethozamának 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 többlethozam jóváírásának mértékéről.

15.§ A visszavásárlás

- (1) A szerződés visszavásárlására a szerződő jogosult. A visszavásárlási értéket tartalmazó biztosítási szerződések esetében a szerződés megszűnésekor 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 biztosítássá 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 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 fizetőeszközben, 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 megtörténnnek 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. a biztosított halála esetén a biztosított halálával;
- b. a biztosítási tartam lejártakor a biztosított életben léte esetén;
- c. a szerződés visszavásárlása esetén, amennyiben a biztosítás rendelkezik ezen maradvékjoggal;
- d. a díjfizetés elmulasztása esetén a biztosító által küldött írásbeli felszólításban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltevel az esedékességre visszamenő hatállyal, feltéve, hogy a szerződés díjfizetése még nem szüneteltethető vagy díjmentesen nem szállítható le;
- e. 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 biztosítónak 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 öt éves 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 szakvégttségű személy általi kezeléssel összefüggésben következett be;

- f. esztétikai vagy kozmetikai céllal végzett kezelésekből, plasztikai sebészeti beavatkozásokból és kórházi ápolásból, valamint orvosilag 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 köteleesség teljesítése során bekövetkező biztosítási eseményeket; jelen feltétel szerint harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határvillongás, felkelés, lázadás, forradalom, zendülés, zavargás, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, 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; jelen feltétel szerint 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 következik 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 viselkedésszavarokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre.
- (2) A fenti kizárt kockázatok esetén a biztosító köteles a befizetett dí-

jaknak 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 pénzmosás 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, díjnemfizetés 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 2017. 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, járadékbi biztosítási, balesetbiztosítási és betegségbi biztosítási 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 teljesítése 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 biztosítotttra kötött szerződések bizonyos eseteiben), úgy rendelkezési jog gyakorlásakor, szolgáltatáskor a magánszemély szerződőnek személyi jövedelemadó 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 érhetők 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.

A GROUPAMA BIZTOSÍTÓ ZRT. BALESET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

1.§ 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 kockázatokat 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 ügyféléltájékoztató, 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.§ 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 kötve. Kockázatelbírálási 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 kockázatelbírálási 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 kockázatelbírálásra 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 kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre. A biztosító a szerződés létrejöttéről kötvényt állít ki.

(5) Ha a kockázatelbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, 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 kockázatelbírálásra 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) 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 pénzösszeg – 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 leg-

később 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 kötötték 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 jogszabályi feltételek megváltoznak, a biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő 60 napon belül javaslatot tehet a biztosítási szerződés vagy az ahhoz kapcsolódó általános szerződési feltételek megváltozott szabályozásra tekintettel történő módosítására annak érdekében, hogy a szerződés tartalma az adókedvezmény vagy adójóváírás igénybevételére jogosító feltételeknek megfeleljen.

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

(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:**

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

- 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.

(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-

ség-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 versenyrendszerben, 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 kerekes szék és a gépi meghajtású kerekos szék – 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 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 megtételkor 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 biztosítottól.

(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, kockázatkizárást 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 bevonására 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. 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 megkötí 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 személy-**

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

(8) 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:

- a. baleseti halál;
- b. egészségkárosodás;
- c. baleseti eredetű rokkantság;
- d. csonttörés, csontrepedés;
- e. baleset vagy betegség mulékony következményei (akkor is, ha nem jár együtt kórházi ápolással vagy keresőképtelenség miatti betegszabadsággal, táppénzes állományba vétellel);
- f. Magyarország területén végrehajtott gyógyító eljárások szükségessége;
- g. a biztosított baleseti eredetű kórházi ápolása;
- h. a biztosított betegségi eredetű kórházi ápolása Magyarország területén;
- i. a biztosított balesetből eredően végrehajtott műtét;
- j. a biztosított betegségből eredően Magyarország területén végrehajtott műtét;
- k. azon események, amelyeket a különös feltételek biztosítási eseményként határoznak meg, amennyiben a különös feltételekben és a biztosítási szerződésben meghatározott körülmények között következik 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 betegségre vonatkozóan 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 módozat 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 elévülési 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 időpontig 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 bal- esetenként egy alkalommal a kötvényben rögzített egyszeri térítési összeget fizeti ki a biztosító a biztosított részére függetlenül a törések, repedések számától, súlyosságától. Ha egy balesetből eredően a biztosított több testrésze is sérül, a biztosító csak egy testrész sérülése kapcsán nyújt szolgáltatást.

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 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 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 kockázatbírálás 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 életkorról létrehozható 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:

- a. szerződő neve;
- b. ajánlatszám vagy szerződésszám (rendkívüli/eseti befizetés esetén a rendkívüli/eseti befizetés sorszáma, 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.

(5) A biztosítási díj fizetése – amennyiben a különös feltételek ettől eltérően nem rendelkeznek – magyar törvényes fizetőszközben 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 díjnál több díjat fizettek be, a biztosító a díjtöbbletet kamatmentesen 8 napon belül köteles visszatéríteni.

(9) 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.

(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 fel-

szólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

(2) A 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 díjak megfizetnek. A biztosító a biztosítási fedezet helyreállításához kockázatelbírálást írhat elő. Amennyiben a kockázatelbírálás 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 szerződéseinek 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 maradjogokkal 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 kideríthetlenné válnak.

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

(3) A 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 fizetőeszközben, 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 másként nem rendelkezik, a szerződés megszűnik:

- a. a biztosított halála esetén a biztosított halálával;
- b. a határozott tartamú szerződés esetén a tartam lejártakor, amennyiben nem kerül sor a szerződés meghosszabbítására;
- c. a díjfizetés elmulasztása esetén a biztosító által küldött írásbeli felszólításban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével az esedékességre visszamenő hatállyal;
- d. a szerződésnek a 2.§ (9)-(10) pontokban foglalt szerződő általi felmondása esetén;
- e. ha a határozatlan tartamú szerződést a felek a 2.§ (11) pont szerint rendes felmondással felmondják;
- f. 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 biztosítónak 5 munkanapon belül írásban bejelenteni.

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

- a. a szerződő felek bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében;
 - b. 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 biztosítónak 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 kideríthetetlenné 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 biztosítónak. 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:
 - a. bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen, szándékosan vagy gondatlan magatartásával a szerződő fél vagy a biztosított, vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta;
 - b. 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 őt 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. 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. 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 közszolgálati kötelesség teljesítése során bekövetkező biztosítási eseményeket;

jelen feltétel esetében harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, 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 légijármű 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, síbob 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 történt 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 szakvégtzettségű személy általi kezeléssel összefüggésben következett be;

- l. ha a biztosítási esemény orvosilag 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 terhesség megszakításra, kivéve, ha az előállott terhesség bűncselekmény következménye, illetve a terhesség 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 betekinhet.

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

24.§ Többszörös biztosítás

(1) Összegbiztosítás esetén a felek azonos biztosítási érdekre és azonos biztosítási kockázatokra több biztosítást is érvényesen köthetnek, és halmazhatják 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 felelnének.

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 képviselési 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 szervére 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, díjnyemfizetés miatti megszűnés, érdekmúlás miatti megszűnés, várakozási idő egészségbiztosítás esetén, többszörös biztosítás szabályai stb.).

Ezeket az **eltéréseket**, valamint a biztosító **mentesülésének**, a biztosító **szolgáltatása korlátozásának feltételeit** és a biztosítási szerződésben alkalmazott **kizárásokat** 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

Levél cím: 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 balesetektől eredő maradandó baleseti sérülések mértékei (rokkantsági fokok) összegződnek. Amennyiben az összegzett rokkantsági fok eléri a 100%-ot, a szerződés megszűnik.

(2) A biztosító az adott biztosítási év során bekövetkező különböző balesetektől 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 könyökízület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
egyik felső végtag könyökízület alatt való teljes elvesztése vagy működésképtelensége, továbbá az egyik kéz teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	20%
egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
egyik alsó végtag 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 szaglóérzék teljes elvesztése	10%
az ízelelőképesség teljes elvesztése	5%

- (4) A tartós rokkantságot és annak mértékét a biztosító orvosa állapítja meg. Az elbírálás során a biztosító orvosának döntése, valamint a biztosító szolgáltatása a társadalombiztosítási eljárástól és annak eredményétől független.
- (5) A táblázatban felsorolt érzékszervek vagy testrészek részleges elvesztése vagy károsodása esetén a rokkantság fokát a biztosító orvosa ennek megfelelő mértékben állapítja meg.
- (6) Az érzékszervek működőképességének részleges elvesztése esetén a szolgáltatást legfeljebb a megfelelő rokkantsági fok 75%-ában lehet meghatározni.
- (7) Ha a rokkantság foka a táblázat alapján nem állapítható meg, akkor azt a biztosító orvosa állapítja meg.
- (8) Egy balesetből fakadó több sérülés esetén a szolgáltatás teljesítése során a rokkantsági táblázat, valamint az (5), a (6) és (7) bekezdések alapján adódó százalékok összegzésre kerülnek.
- (9) A baleseti eredetű rokkantság végleges fokát a biztosító a baleset bekövetkezése után legkésőbb 2 évvel állapítja meg. Amennyiben a baleseti eredetű rokkantság végleges foka meghaladja az előzetesen megállapított rokkantsági fokot, a biztosító a rokkantsági fok különbözetének megfelelő többletszolgáltatást 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 műtete
- Kisebb aranyeres csomók eltávolítása
- Sipolyok kimetszése
- Érfestési eljárások nem központi nagyereken
- Sebkimetszés
- Ujjak egyszerű csonkolása plasztikai korrekció nélkül
- Stomák zárása, korrekciója
- Körömtávolítás fertőzés vagy traumás okból
- Kőzúzás
- Különböző perifériás idegkimetszések, bursectomia
- Mélyebb II. fokú égések miatt történt kisebb műtéti beavatkozások és kötésváltások

(2) Traumatológia és ortopéd-sebészet körében végzett beavatkozások

- Törés miatti extensio
- Osteosynthesis utáni fémanyag eltávolítás
- Törések percutan dróttűzése
- Exostosisok, panaszokat okozó kisebb csontvégek levésése

- Nyílt törés ellátása – csonton végzett beavatkozás nélkül (elsősorban lágyrész)
- Ízületi tok megnyitása, csövezése
- Kisízületek elmerevítése csavarozással, tűzéssel
- Kisízület krónikus gyulladása vagy egyéb krónikus elváltozása miatti feltárása
- Tendolysis kézen
- Sajakcsont 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 szúrscapolása

(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 szemgolyóból (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, telepcsere
- Felületes nyirokérrendszer 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 műtétrel
- 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 biztosítónál tekinthető meg.

(1) A központi és a környéki idegrendszeren végzett beavatkozások

- Agy egyes részeinek besugárzása, illetve sugárzó anyagok célzott bejuttatása
- Koponyacsontok, agyhártyák megnyitása terápiás célból
- Kóros agyi folyadékok leszívása, illetve tartós levezetése feltárással
- Koponyacsontok, agyhártyák pótlása
- Koponyacsontok, agyhártyák daganatainak eltávolítása
- Gerincvelői ideggyök átmetszése
- 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
- Dobhártya plasztika
- Csecsnyúlvány 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
- Légcsőmetszés, 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

- Tüdőlevélasztás, 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 szívsebészet körében végzett műtéti beavatkozások

- Szívkatéterezés
- 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 kimetszései, 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 (biopsia)
- 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 átmetszése
- Vékonybél megkerülő összeköttetése
- Béltraktus betüremkedéseinek, illetve megcsavarodásainak 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 összekötése 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 bemetszései, szájadék képzései, illetve kóros elváltozásainak megnyitása
- Vese rögzítése, percutan vesetükrözés, köeltávolítás, illetve egyéb műtétek
- Húgyvezeték egyes részeinek részleges eltávolítása, az eltávolított rész helyreállítása
- Húgyvezeték felszabadítása
- Húgyhólyag sipolyok zárása
- Húgycsövön keresztül végzett húgyhólyag műtétek
- Húgyhólyag 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
- Hímvessző 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 hártva eltávolítása
- Csontdaganatok nem radikális eltávolítása (kiszületek kivételével)
- Csontvégek eltávolítása
- Kisebb csontok teljes eltávolítása
- Végtaghosszabbítás és korrekció
- Végtagrövidítés
- Gerincoszlop különböző típusú elmerevítése
- Protézis eltávolítás (kivétel: térd, csípő, váll, könyök)
- Ízületi plasztikák (kivétel: térd-, csípő-, váll-, könyökprotézis)
- Csontrövidítések
- Ínhüvely plasztikák
- Dupuytren-kontraktúra műtéte
- Ínrekonstrukciós műtétek
- Baker-cysta műtéte
- Lágyrész meszesedések, daganatok kiirtása
- Izomkiirtás, felszabadítás, átültetés
- Bőnye-plasztika, átültetés
- Láb amputációi, ismételt amputációi, másodlagos csonkzárás, csonkkorrekció

(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 biztosítónál tekinthető meg.

(1) Központi és környéki idegrendszeren végzett beavatkozások

- Agyban lévő vérömlenyek, tályogok, daganatok, cysták eltávolítása
- Egyes agyrészek összeköttetéseinek 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
- Agyfüggelék vagy annak daganatainak eltávolítása
- Csecsemőmirigy eltávolítása vagy átültetése
- Belső elválasztású mirigy átültetése saját szervezetbe

(3) Szemészeti műtétek

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

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

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

(5) Mellkas-sebészeti műtétek

- Légcső feltárása diagnosztikus célból
- Légcső csonkolása, újraegyesítése, helyreállítása
- Művi gégeképzés
- Hörgők lekötése, csonkolása, helyreállítása
- Tüdőlebeny, 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 megnyitás
- Szívurok 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 lekötése, klippelése
- Érpasztikák szűkület miatt, feltárás nélkül

(7) Általános sebészet körében végzett műtétek

- Csontvelő átültetés
- Lépeeltávolítás
- Nyelőcső mellkasi, illetve hasi szakaszának megnyitása, elvarrása
- Nyelőcső kitüremkedéseinek (diverticulum) ellátása
- Nyelőcső részleges, illetve teljes kiirtása, a folyamatosság helyreállítása
- Nyelőcső teljes kiirtása részleges gyomorcsomokollással
- Nyelőcső-gyomor átmenet plasztikai műtétei
- Nyelőcső visszér lekötése
- 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 (bokaízülettől)
- Felső végtag amputáció kéztőtől proximálisan (csuklóízülettől)
- Ismételt amputáció

GB762 JELŰ REVITA KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

1.§ Általános rendelkezések

(1) A GB762 jelű Revita Kockázati Életbiztosítási szerződés (továbbiakban: biztosítás) a jelen különös feltételek és a Groupama Biztosító Zrt. Életbiztosítási Általános Feltételei és Ügyféléltájékoztató, (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 Feltételekben 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, **kivételt képez, ha a biztosított Mentor csomagot választ, mert ekkor a biztosítási szerződés legfeljebb 14 éves határozott tartamra jöhet 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 értékkövetés során megnövelt összege. Az értékkövetésről 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) **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.

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

(8) **Bónusz-visszatérítés:** a biztosító bónusz-visszatérítést nyújt a legalább 10 éves tartamú főbiztosításra és a főbiztosításhoz kötött kiegészítő biztosítások-

ra vonatkozóan, amennyiben jelen különös feltételekben meghatározott feltételek teljesülnek.

(9) Alap biztosítási összeg: a szolgáltatási csomag részét képező biztosítás 1. számú mellékletben meghatározott biztosítási összege, amely az 1. számú melléklet szerint felezhető vagy többszörözhető.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

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.

5.§ Biztosított

(1) A biztosított az az ajánlattételkor 16-70 életévét betöltött személy, **Mentor szolgáltatási csomag esetében a biztosított ajánlattételkor 71-80 életévét betöltött személy**, akinek az életére a biztosítási szerződés létrejön.

(2) A biztosított életkora a biztosítás tartamának lejáratakor nem haladhatja meg a 75. évet, **Mentor csomag esetében a 85. évet**.

(3) A biztosított személye a tartam során nem változtatható.

(4) Amennyiben a biztosított meghal, jelen életbiztosítási szerződés megszűnik.

(5) **Nem lehet biztosított, akinek a részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg. Továbbá nem lehet 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) A biztosítottra vonatkozó további előírásokat a biztosítási szolgáltatási csomagokra vonatkozó 8.§ tartalmazza.

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 megegyező szolgáltatást fizeti ki a kedvezményezettnek.

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

8.§ Szolgáltatási csomagok

(1) A biztosítási szerződés megkötésekor a biztosított a jelen pontban részletezett biztosítási szolgáltatási csomagok (továbbiakban: szolgáltatási csomag) közül választhat. A szolgáltatási csomagok listáját és választható biztosítási összegeit az 1. számú melléklet tartalmazza. A választott szolgáltatási csomag a tartam során díjfordulóra módosítható, azaz egy másik – az 1. számú melléklet listában feltüntetett – szolgáltatási csomagra változtatható.

Az 1. számú melléklet (1) pontjában megnevezett szolgáltatási csomagot alkotó kiegészítő biztosítások különös szerződési feltételeit a jelen különös feltételekben foglalt eltérésekkel kell alkalmazni.

Az eltérések különösen:

- a kiegészítő biztosítások felmondásának szabályai;
- belépési és lejáratú életkor szabályai.

(2) Az Y szolgáltatási csomagot, az Aktív szolgáltatási csomagot és a Família szolgáltatási csomagot kizárólag olyan természetes személy biztosított választhatja, aki az ajánlattétel napján elmúlt 16 éves, de még nem töltötte be a 71. életévét, Mentor biztosítási csomagot kizárólag olyan természetes személy biztosított választhat, aki az ajánlattétel napján elmúlt 71 éves, de még nem töltötte be a 81. életévét.

(3) A szolgáltatási csomag részét képező kiegészítő biztosítások csak a főbiztosítással együtt mondhatóak fel. A szolgáltatási csomag részét képező kiegészítő biztosítások csak együttesen mondhatóak fel.

(4) A szolgáltatási csomagok alap biztosítási összegei azonos arányban többszörözhetők. A többszörözés lehetséges mértékét az 1. számú melléklet tartalmazza. A többszörözés mértéke a tartam során a díjfordulókon módosítható.

(5) A szolgáltatási csomag felbomlik, ha a biztosítási csomagban bármely kiegészítő biztosítás megszűnik. A szolgáltatási 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 4. számú mellékletében foglaltak szerint változnak meg.

(6) A biztosító a szolgáltatási csomagokhoz asszisztenciaszolgáltatást nyújt a 3. számú mellékletben meghatározottak szerint.

9.§ Várakozási idő

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

10.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi kockázatfelmérés

(1) A biztosító az Életbiztosítási Általános Feltétel 5.§-ban leírtaktól eltérően jelen módozat esetében nem alkalmaz egészségügyi kockázatfelmérést.

(2) Az Életbiztosítási Általános Feltételek 5.§ (8) pontjától eltérően, 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 két évében következik be.

11.§ A biztosítási összeg

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

(2) A főbiztosítás biztosítási összege a tartam során, az értékkövetési eljárás igénybevételén kívül nem módosítható.

12.§ A biztosítási díj

(1) A biztosítás folyamatos díjfizetésű.

(2) A biztosítás havi díjfizetésű. A szerződő és a biztosító a havi díjfizetéstől 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 tizenkétszörösének 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.

13.§ Bónusz-visszatérítés

(1) Legalább 10 éves tartamú szerződés esetén a biztosító jelen főbiztosításra 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 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 lakcímre 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 kockázatelbírálástól, egészségügyi kockázafelméréstől függővé tenni.

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

15.§ Maradékjogok

A biztosítás maradékjogokkal 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 biztosított 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 2018. október 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:

- megváltoztatta a bónusz-díjvisszatérítés megnevezést bónusz-visszatérítésre.

(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

A főbiztosítás, a szolgáltatási csomagok és a választható alap biztosítási összegek

SZOLGÁLTATÁSOK, KOCKÁZATOK	ALAP BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGEK			
	16 – 70 év	71 – 80 év		
Revíta főbiztosítás (GB762)	50 000 – 1 000 000 Ft között választható	50 000 Ft vagy 100 000 Ft választható		
Kiegészítő biztosítások			Aktív csomag	Mentor csomag
Baleseti halál (GB1010)	Y csomag 1 000 000 Ft		2 000 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti rokkantság (GB1011)	2 000 000 Ft		4 000 000 Ft	1 500 000 Ft
Baleseti kórházi napi térítés (GB1012)	nem tartalmazza ezt a kockázatot a csomag		3 000 Ft	1 000 Ft
Baleseti műtéti térítés (GB1013)	nem tartalmazza ezt a kockázatot a csomag		50 000 Ft	50 000 Ft
Csonttörés, csontrepedés (GB1014)	5 000 Ft		10 000 Ft	nem tartalmazza ezt a kockázatot a csomag
Égési sérülés (GB1015)	500 000 Ft		750 000 Ft	nem tartalmazza ezt a kockázatot a csomag
Közlekedési baleseti halál (GB1017)	nem tartalmazza ezt a kockázatot a csomag		nem tartalmazza ezt a kockázatot a csomag	nem tartalmazza ezt a kockázatot a csomag
Közlekedési baleseti rokkantság (GB1018)	nem tartalmazza ezt a kockázatot a csomag		nem tartalmazza ezt a kockázatot a csomag	nem tartalmazza ezt a kockázatot a csomag
Asszisztencia	24 órás orvosi call center szolgáltatás		24 órás orvosi call center szolgáltatás	24 órás orvosi call center szolgáltatás és hasznos információk infóvonal

A fenti táblázat az alapsomag biztosítási összegeit mutatja be.

A szolgáltatási csomagok választható szorzói: 0,5; 1,0; 2,0; tehát az alapsomagok összegei felelhetőek vagy duplázhatóak.

2. számú melléklet

Bónusz-visszatérítés esedékessége és mértéke

(1) Főbiztosításra 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 számítandó a bónusz-visszatérítés a fenti táblázat szerint 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 maradva – 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: 5-9 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 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

Asszisztenciaszolgáltatás

Társaságunk önkéntes vállalást tesz arra, hogy a szerződő által megkötött Revita Kockázati Életbiztosítási szerződés mellé asszisztenciaszolgáltatást nyújt, melyért külön díjat nem számít fel.

Jelen melléklet tartalmazza a GB762 jelű Revita Életbiztosítás Különös Feltételekben a szolgáltatási csomagoknál megjelölt asszisztenciaszolgáltatások aktuális (a szerződéskötéskor érvényes) listáját.

Szolgáltatások meghatározása az Y, Aktív és Família szolgáltatási csomagok esetében:

(1) Egyedi egészségügyi szolgáltatások ajánlása

Egyedi egészségügyi szolgáltatások ajánlása Magyarországon és Európában

- rehabilitációs központok ajánlása;
- betegszállítók ajánlása;
- kórházak ajánlása igény és kategória szerint;
- kórházhoz közeli szálláshelyek ajánlása, foglalás megszervezése hozzátartozói látogatás esetén.

(2) Orvosi tanácsadás telefonon keresztül

Általános orvosi tanácsadás gyermekeket és felnőtteket érintő kérdésekben telefonon keresztül, szakorvos által, mint például:

- információ egészségügyi állapotról;
- orvosi szakkifejezések, kórházi zárójelentések magyarázata;
- a laboratóriumi eredmények és ezekből eredő összefüggések magyarázata;
- orvosi eljárások magyarázata.

Szolgáltatások meghatározása a Mentor szolgáltatási csomag esetében

(1) Egyedi egészségügyi szolgáltatások ajánlása

Egyedi egészségügyi szolgáltatások ajánlása Magyarországon és Európában

- rehabilitációs központok ajánlása;
- betegszállítók ajánlása;
- kórházak ajánlása igény és kategória szerint;
- kórházhoz közeli szálláshelyek ajánlása, foglalás megszervezése hozzátartozói látogatás esetén.

(2) Orvosi tanácsadás telefonon keresztül

Általános orvosi tanácsadás gyermekeket és felnőtteket érintő kérdésekben telefonon keresztül, szakorvos által, mint például:

- információ egészségügyi állapotról;
- orvosi szakkifejezések, kórházi zárójelentések magyarázata;
- a laboratóriumi eredmények és ezekből eredő összefüggések magyarázata;
- orvosi eljárások magyarázata.

(3) Hasznos információk – infóvonal

- Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYP) területi ügyfélszolgálati irodáinak elérhetősége, ügyélfogadási rendje;
- lakóhely szerinti nyugdíjas programok, klubok elérhetőségei;
- nyugdíjas igazolvány kiállítással, nyugdíjas bérletekkel, nyugdíjas kedvezményekkel kapcsolatos információk (többek között: helyi és helyközi közlekedés, színház, mozi, fürdők);
- nyugdíj melletti munkavégzés szabályairól tájékoztatás;
- egészségügyi, szociális juttatások és támogatások igényléséhez információk.

Asszisztenciaszolgáltatások igénybevétele

A biztosító az asszisztenciaszolgáltatásokat szerződött partnerén keresztül nyújtja. A biztosító szerződött partnerét az ügyfél napi 24 órában, az év minden napján közvetlenül hívhatja a következő normáldíjas telefonszámon: +36 1 465 3757.

A szolgáltatás igénybevételéhez a következő adatokat megadása szükséges a biztosított személytől:

- biztosított neve;
- biztosított születési dátuma;
- kötvényszám.

Az asszisztenciaszolgáltatás a biztosító önkéntes vállalásán alapul, ez a biztosító ingyenes többlétszolgáltatása, a szerződő számára biztosítási díj fizetési kötelezettséggel nem jár. Tájékoztatjuk, hogy az asszisztenciaszolgáltatás nyújtása önkéntes vállalás, amely a jövőben a biztosító részéről bármikor egyoldalúan visszavonható, indokolás nélkül megszüntethető. Ebből eredően semmilyen jogcímen nem lehet a biztosítóval szemben igényt, követelést érvényesíteni, sem peren kívül, sem peres úton.

4. számú melléklet

Y csomag, Aktív csomag és Família csomag kiegészítő balesetbiztosítások kockázatonkénti havi díja 1000 Ft biztosítási összeg esetén

Kód	Kockázatok	Havi díj
GB1010	Baleseti halál	0,164 Ft
GB1011	Baleseti rokkantság	0,189 Ft
GB1012	Baleseti kórházi napi térítés	26,060 Ft
GB1013	Baleseti műtéti térítés	0,810 Ft
GB1014	Csonttörés, csontrepedés	4,434 Ft
GB1015	Égési sérülés	0,004 Ft
GB1017	Közlekedési baleseti halál	0,033 Ft
GB1018	Közlekedési baleseti rokkantság	0,038 Ft

Mentor csomag kiegészítő balesetbiztosítások kockázatonkénti havi díja

BALESETI HALÁL ESETÉRE VONATKOZÓ BRUTTÓ HAVI DÍJAK (1 000 000 Ft biztosítási összegre, forintban)										
kor/tartam	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
71	197	217	237	257	277	299	321	344	366	388
72	237	257	277	297	319	342	364	386	408	
73	277	297	317	339	362	384	406	428		
74	317	337	360	382	404	426	448			
75	357	380	402	424	446	468				
76	402	424	446	468	490					
77	446	468	490	512						
78	490	512	534							
79	534	556								
80	578									

BALESETI ROKKANTSÁG ESETÉRE VONATKOZÓ BRUTTÓ HAVI DÍJAK (1 000 000 Ft biztosítási összegre, forintban)										
kor/tartam	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
71	228	251	274	298	321	346	372	397	423	448
72	274	298	321	344	369	395	420	446	471	
73	321	344	367	392	418	444	469	495		
74	367	390	416	441	467	492	518			
75	413	439	464	490	515	541				
76	464	490	515	541	566					
77	515	541	566	592						
78	566	592	617							
79	617	643								
80	668									

BALESETI KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉSRE VONATKOZÓ BRUTTÓ HAVI DÍJAK (1000 Ft biztosítási összegre, forintban)										
kor/tartam	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
71	62	78	94	110	126	138	150	162	174	186
72	94	110	126	141	153	166	178	190	202	
73	126	141	157	169	181	193	205	217		
74	157	173	185	197	209	221	233			
75	189	201	213	225	237	249				
76	213	225	237	249	261					
77	237	249	261	273						
78	261	273	285							
79	285	297								
80	309									

BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE VONATKOZÓ BRUTTÓ HAVI DÍJAK (100 000 Ft biztosítási összegre, forintban)										
kor/tartam	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
71	200	252	303	354	406	445	483	522	561	600
72	303	354	406	457	496	535	574	613	651	
73	406	457	509	548	586	625	664	703		
74	509	560	599	638	677	715	754			
75	612	650	689	728	767	806				
76	689	728	767	806	844					
77	767	806	844	883						
78	844	883	922							
79	922	961								
80	1 000									

5. 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 alkalmazták 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 közelítőleg mekkora hozamvesztés éri 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 Revita 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 Revita Kockázati Életbiztosítás TKM értéke

Tartam	TKM értékek
10 éves tartam esetén	86,92%
15 éves tartam esetén	75,57%
20 éves tartam esetén	66,04%

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.** Mindezért a TKM érték által bemutatott költségszint 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 költségszintje átlátható és összehasonlítható legyen, és így Ön még inkább megalapozott, informált döntést hozzon a biztosítási szolgáltatás megvásárlásakor.

TKM tájékoztatás időpontja: 2018. június 30.

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, 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.

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 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 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, fél-évente 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 kiegészítő biztosítási szerződés értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféléjtájékoztatás a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféléjtájékoztatással 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:

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

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 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 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 bekövetkezésekor 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:

- 10–100% között a rokkantság fokával arányos részét;
- 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, fél-évente 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 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 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:

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

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 (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 szerződjő 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 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 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 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 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 benttartózkodás 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, fél-évente 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 folyótalagos díjat minden ezt követő, díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszaknak 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 űzött 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 feltételt eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította: pontosította a kockázatviselés kezdetét.

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 szerződjő 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 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 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.

4.5 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.

5.5 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.

6.5 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 biztosítotton 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 elvégzésére 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) hajtanak 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 ki-

fizetett 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, fél-évente 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 folytatógos 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 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.§ Kizárt kockázatok

(1) 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.

(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.

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 (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 szerződjő 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:

- 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.§ 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, fél-évente 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 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 csonttrikulás (osteoporosis), csontlágylulás (osteomalacia), illetve azok szövődménye közvetve vagy közvetlenül részben vagy egészben közrehatottak a biztosítási esemény bekövetkezésében.

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 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.

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 (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 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 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.§ 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 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, fél-évente 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 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:

- égési sérülésre vonatkozó kórházi ápolásra vonatkozó zárójelentést;
- 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 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.

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 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) **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 mi-

nőszül 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. a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre;
- b. a kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre;
- c. 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, fél-évente 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 folytatóságos 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 ügyfélértékkövetés a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyfélértékkövetéssel 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 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 felszólítás-

ban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével az esedékességre visszamenő hatállyal.

14.5 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.

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 szerződjő 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) **Baleset:** A biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelyből eredően a biztosított a bekövetkezésétől számított két éven belül marandó 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.

(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 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 haldásával, 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 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 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 balesetkből 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, fél-évente 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 folytatóságos 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 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 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 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 **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.

Groupama Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság

Cím: 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C

Levelezési cím: 1380 Budapest, Pf. 1049 – Internet: www.groupama.hu

Telefon: +36 1 467 3500 – Fax: +36 1 361 0091

Társaság székhelye: 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C

Fővárosi Törvényszék Cégbírósága: Cg. 01-10-041071