

Biztosító**GB160 JELŰ CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS
KÜLÖNÖS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Bevezető rendelkezések**

(1) A jelen GB160 jelű Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződés (továbbiakban: biztosítás) a jelen különös feltételek, valamint az életbiztosítási szolgáltatások vonatkozásában a Groupama Biztosító Zrt. Életbiztosítási Általános Feltételei (továbbiakban: Életbiztosítási Általános Feltételeknek), a baleset-, egészségbiztosítások vonatkozásában 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) A biztosító szolgáltatásai szerint a biztosítás összegbiztosításnak minősül.

(3) Amennyiben jelen különös feltételek rendelkezése eltér az általános feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadók.

2.§ A biztosítás létrejötte

Jelen biztosítás a szerződő és a biztosító kölcsönös írásbeli megállapodásával jön létre. A biztosító kötvényt nem állít ki.

3.§ A biztosítás tartama

A biztosítás határozott tartamú, tartama egy év. Jelen különös feltételek alapján létrejött egy éves tartamú 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. A nyilatkozatnak a biztosítás tartamának lejáratá előtt 30 nappal meg kell érkeznie a biztosítóhoz.

4.§ Fogalmak

(1) **Csoport:** A biztosított csoport a jelen feltételek alapján létrejött biztosításban, azonos foglalkozású vagy tevékenységű, vagy más közös ismerv alapján meghatározott természetes személyekből áll. A biztosító kockázatának vizsgálatára és vállalására a csoportra tekintettel kerül sor. A biztosítás a csoport tagjaira vonatkozóan jön létre.

(2) **Keretszerződés:** Meghatározza az általános és különös feltételekben nem rögzített vagy az általános és különös feltételektől eltérő rendelkezéseket, elsősorban a biztosítás tartamára, díjára, a díj utólagos elszámolására, a biztosítási szolgáltatásokra vonatkozóan, tartalmazza továbbá a biztosítás alanyainak adatait, melyet a felek mint akaratukkal megegyezőt írnak alá. A keretszerződés korlátozhatja vagy kizárhatja a biztosított belépését a biztosításba. Ha a keretszerződés úgy rendelkezik, a biztosítási fedezetet a biztosított és a szerződő fél között fennálló jogviszony megszűnése nem érinti. A biztosító és a szerződő keretszerződésben rögzítik a biztosítani kívánt csoport egyedi sajátosságaihoz fűződő, a biztosítást érintő kérdéseket, így különösen:

- a. a tevékenység veszélyességének megállapítása a szerződő közreműködésével;
- b. az adatok kezelése;
- c. új biztosított bejelentése a biztosításba;
- d. a létszámváltozás kezelése;
- e. a biztosított nyilatkozatok kezelése;
- f. a kárrendezésre vonatkozó esetleges megállapodások.

5.§ A szerződés alanyai

a. **Szerződő:** Biztosítási szerződést az köthet, aki valamely vagyoni vagy személyhez fűződő jogviszony alapján a biztosítási esemény elkerülésében; életkor elérésére, születésre vagy házasságkötésre szóló életbiztosítás esetén a biztosítási esemény bekövetkezésében érdekelt, vagy aki a szerződést az érdekelt személy javára köti meg. Az e rendelkezés ellenére kötött csoportos összegbiztosítási szerződés semmis. Az a személy, aki a biztosítóval a biztosítási keretszerződést megkötö, a biztosítás díját fizeti, aki köteles a jognyilatkozatok megtételére és akihez a biztosító nyilatkozatait intézi. A biztosítónak a szerződő felet kell tájékoztatnia; a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról köteles a biztosítottat tájékoztatni.

b. **Biztosított:** a szerződő által meghatározott csoporthoz tartozó természetes személy.

A biztosításba új biztosítottat a keretszerződés tartama alatt bármikor be lehet jelenteni. A biztosított csoport létszámának tartam közbeni változását a szerződő a keretszerződésben meghatározott módon és határidőn belül köteles a biztosítónak bejelenteni.

6. § A kockázatviselés kezdete

(1) A biztosító kockázatviselése a felek által a keretszerződésben meghatározott időpontban, ha a felek erről nem rendelkeztek a keretszerződésben, a keretszerződés létrejöttét követő nap 0 órájaker kezdődik. A kockázatviselés kezdő időpontja nem lehet korábbi, mint a keretszerződés létrejöttét követő nap 0 órája. Amennyiben a keretszerződésben a kockázatviselés kezdő időpontjaként korábbi időpont került feltüntetésre, mint a keretszerződés létrejöttét követő nap, úgy a kockázatviselés kezdő időpontjának a keretszerződés létrejöttét követő nap 0 óráját kell tekinteni.

(2) Ha a keretszerződés a kockázatviselés kezdetéről nem rendelkezik, az adott biztosítottra vonatkozóan a biztosító kockázatviselése a tételes adatközléstől, illetve a kockázatvállalás mérlegelésétől eltekint, a biztosító kockázatvállalása a biztosítottnak a csoportba való, szerződő által igazolt belépését követő nap 0 órától kezdődik.

A biztosított csoport azon tagjaira vonatkozóan, akik a keretszerződés megkötésekor kórházi, orvosi kezelés alatt állnak vagy keresőképtelenek, az élet- és betegségbiztosítási védelem a kórházi, orvosi kezelés befejezte, illetve a keresőképesség helyreállása utáni napon kezdődik.

7. § Kockázatelbírálás, egészségügyi kockázatfelmérés

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

(2) A biztosító jogosult a biztosított csoport valamennyi tagja vonatkozásában a keretszerződés megkötésekor, illetve új biztosított személynek a csoportba történő bevonása előtt egészségi nyilatkozat kitöltését és/vagy orvosi vizsgálatot előírni.

(3) A biztosító jogosult az egészségi nyilatkozat, illetve orvosi vizsgálat eredményétől függően a kockázatviselést a csoport egyes tag-

jaira teljes egészében vagy csak bizonyos szolgáltatásokra vonatkozóan korlátozni, visszautasítani, illetve a korábban megállapított díjat módosítani.

8.5 A biztosító szolgáltatása

(1) A felek a biztosítás szolgáltatását a 9.§, 10.§, 11.§-ban felsorolt élet-, baleset-, egészségbiztosítási szolgáltatásokból állítják össze, és a keretszerződésben rögzítik.

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

(3) A biztosító kockázatviselése azon biztosítási eseményekre terjed ki, melyek a jelen különös feltételek alapján létrejött keretszerződésben megnevezett területi, időbeli és egyéb feltételek szerint következnek be.

(4) A biztosításban a csoportos biztosítási eseményekre, azaz a csoport tagjait ért, egy azonos balesetből eredő szolgáltatási igényekre nyújtható szolgáltatásokat a biztosító az alábbiak szerint állapítja meg.

a. A biztosító a biztosítás tartama alatt bekövetkező csoportos káresemények esetén, a károsult biztosítottak közül maximum 10 fő, legmagasabb igényt támaztó biztosított által benyújtott és a biztosító által elismert szolgáltatási igényeinek összegét teljesíti.

b. Amennyiben a benyújtott – és a biztosító által elismert – szolgáltatási igények összege az a. pont szerint meghatározott összeget meghaladja, a biztosító az egyes szolgáltatásokat minden benyújtott és a biztosító által elismert szolgáltatási igény vonatkozásában egyélesen és arányosan csökkenti.

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

9.5 Rendelkezések életbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában

(1) Biztosítási esemény: az Életbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaknak megfelelően biztosítási esemény az életbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában a biztosított tartamon belül bekövetkező halála.

(2) Életbiztosítási szolgáltatásként a biztosított halála esetén a biztosító az Életbiztosítási Általános Feltételek szerint a keretszerződésben meghatározott halál esetére szóló összeget fizeti ki az arra jogosult részére a jogosult által megjelölt módon.

10.5 Rendelkezések balesetbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában

A Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaknak megfelelően

(1) Biztosítási esemény a balesetbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában:

- a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű halála;
- a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű rokkantsága;
- a biztosított csonttörése, csontrepedése;
- a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű kórházi ápolása;
- a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű táppénzes állománya, ha a táppénzes állományba került személy a keretszerződés megkötésekor saját jogon, a társadalombiztosítási szabályok értelmében táppénzre jogosult és nem keresőképtelen;
- a biztosított tartamon belül elvégzett baleseti eredetű nagy-, közepes vagy kisműtét;
- a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti sérülése;
- a biztosított – 2. mellékletben meghatározott – égési sérülése.

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

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

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

- a biztosított tartamon belül elvégzett baleseti eredetű nagy-, közepes vagy kisműtét;
 - a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti sérülése.
- h. A poggyászbiztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosított poggyászának, ruházatának a biztosított közlekedési balesetével együtt járó sérülésével vagy a járművet ért balesetből eredő megrongálódása, megsemmisülése, elveszése. **A poggyászbiztosítási védelem nem terjed ki a készpénzre, készpénzt helyettesítő fizetési eszközre, ékszerekre, nemesfémekre, művészeti tárgyakra, gyűjteményekre, nemes szőrmékre, állatokra, értékpapírokra, okmányokra, menetjegyekre.**

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

(3) Balesetbiztosítási szolgáltatásként a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeknek megfelelően az alábbiak szerint teljesíti a biztosító:

- Baleseti halál esetén a biztosító a keretszerződésben meghatározott baleseti halál esetére szóló összeget fizeti.
 - Baleseti eredetű rokkantság esetén a biztosító a keretszerződésben meghatározott baleseti eredetű rokkantság esetére szóló összegből a keretszerződésben meghatározott, a rokkantság fokának megfelelő hányadot fizeti.
 - Csonttörés, csontrepedés esetén a biztosító a keretszerződésben meghatározott csonttörés, csontrepedés esetére szóló összeget fizeti.
 - Baleseti eredetű kórházi ápolás esetén a keretszerződésben meghatározott napi térítést fizeti minden olyan naptári napra, amit a biztosított a keretszerződésben megjelölt biztosítási eseményből adódóan megszakítás nélkül vagy megszakításokkal kórházban töltött.
 - Baleseti eredetű kórházi ápolás esetén a biztosító a keretszerződésben meghatározott kórházi gyógyulási támogatás összeget egyösszegben fizeti, ha a kórházi ápolás hossza a keretszerződésben rögzített napok számát eléri.
 - Baleseti táppénzes állomány esetén a biztosító a keretszerződésben meghatározott jövedelemkiegészítő napi térítést fizet minden olyan naptári napra, amit a biztosított a keretszerződésben megjelölt biztosítási eseményből adódóan megszakítás nélkül vagy megszakításokkal táppénzes állományban töltött.
 - Baleseti műtét esetén a biztosító nagyműtét esetén a keretszerződésben baleseti nagyműtétre, közepes műtét esetén a keretszerződésben baleseti közepes műtétre, kisműtét esetén a keretszerződésben baleseti kisműtétre meghatározott összeget fizeti.
 - A biztosító baleseti sérülés esetén, a baleseti költségtérítésre nyújtott támogatásként legfeljebb a keretszerződésben baleseti költségtérítésre meghatározott biztosítási összeg mértékéig, az igazolt, balesettel kapcsolatban felmerült, orvosilag indokolt és szükséges költségeket téríti meg számla ellenében. Baleseti költségnek minősül a Magyarországon kiállított számlával igazolt, balesettel kapcsolatos gyógyászati segédeszközöknek vagy más, a kezeléshez szükséges eszközöknek a kezeléshez szükséges mennyiségben való beszerzési költsége. Nem minősül baleseti költségnek a gyógyászati segédeszköz beszerzésének a költsége, ha az nem áll közvetlen okozati összefüggésben a balesettel. A gyógyászati segédeszköz szükségességét a biztosító orvosa felülbíráhatja.
 - Égési sérülés esetén a biztosító a keretszerződésben meghatározott égés esetére szóló összeget fizeti.
 - A biztosító poggyászbiztosítási szolgáltatásként poggyászkár esetén a baleset helyszínén felvett baleseti jegyzőkönyvvel igazolt kárt téríti meg. A biztosító az útipoggyász számlával igazolt beszerzési árának káridőpontjában avult értékét téríti meg a biztosítási keretszerződésben meghatározott poggyászbiztosítás szolgáltatás esetére szóló biztosítási összeghatárig.
- (4) A felek a keretszerződésben rögzíthetik, hogy a biztosító kockázatviselése a balesetbiztosítási szolgáltatásokra vonatkozóan kifejezetten csak a munkahelyi balesetekre korlátozódjon (munkahelyi balesetek biztosítása).

E feltételek alkalmazásában:

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

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

11.§ Rendelkezések egészségbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában

(1) A Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaknak megfelelően **biztosítási esemény** az egészségbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában:

- a. a biztosított tartamon belül bekövetkező betegségi eredetű kórházi ápolása;
- b. a biztosítotton a tartamon belül elvégzett betegségi eredetű nagy-, közepes vagy kisműtét;
- c. a biztosított tartamon belül bekövetkező betegségi eredetű táppénzes állománya, ha a táppénzes állományba került személy a keretszerződés megkötésekor saját jogon, a társadalombiztosítási szabályok értelmében táppénzre jogosult és nem keresőképtelen;
- d. a biztosítottnál a tartamon belül jelen feltétel 2. mellékletében szereplő rettegett betegségek listáján szereplő esemény bekövetkezte, amennyiben az eseményt a biztosított legalább 28 nappal túlélte;
- e. a biztosított részére az arra illetékes rehabilitációs szakértői szerv rokkantsági ellátást állapít meg, és a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján egészség állapota 1-30%-os mértékű.

(2) **Egészségbiztosítási szolgáltatásként** a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek szerint:

- a. A biztosított betegségi kórházi ápolása esetén a biztosító a keretszerződésben meghatározott napi térítést fizeti minden olyan naptári napra, amit a biztosított biztosítási eseményből adódóan megszakítás nélkül vagy megszakításokkal kórházban töltött.
 - b. Betegségi műtét esetén a biztosító nagyműtét esetén a keretszerződésben betegségi nagyműtétre, közepes műtét esetén a keretszerződésben betegségi közepes műtétre, kisműtét esetén a keretszerződésben betegségi kisműtétre meghatározott biztosítási összeget fizeti.
 - c. Betegségi táppénzes állomány esetén a keretszerződésben meghatározott jövedelemkiegészítő napi térítést fizet a biztosító minden olyan naptári napra, amit a biztosított biztosítási eseményből adódóan megszakítás nélkül vagy megszakításokkal táppénzes állományban töltött.
 - d. Rettegett betegség esetén a biztosító a keretszerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti meg. A biztosító a biztosítás tartama során minden biztosított részére legfeljebb egyszer teljesít rettegett betegségek esetére szóló szolgáltatást, több betegség együttes fellépésekor is csak egy betegségre.
 - e. Ha a biztosított részére az arra illetékes rehabilitációs szakértői szerv rokkantsági ellátást állapít meg, és a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján egészség állapota 1-30%-os mértékű, akkor a biztosító a keretszerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti meg.
- (3) A rettegett betegség szolgáltatás teljesítése esetén a rettegett betegség diagnosztizálása után bekövetkezett, azzal összefüggésben lévő egyéb betegségbiztosítási eseményekből eredő igényekre a biztosító nem teljesít

szolgáltatást. A rettegett betegségek taxatív felsorolását a 2. melléklet tartalmazza.

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

12.§ A baleset- és az egészségbiztosítási szolgáltatásokra vonatkozó közös rendelkezések

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

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

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

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

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

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

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

(8) Amennyiben a szerződő a baleseti vagy betegségi kórházi ápolási, illetve táppénzkiegészítő szolgáltatások vonatkozásában térítési maximumot határoz meg, a biztosító az adott szolgáltatásra egy biztosítási eseményből eredően csak a keretszerződésben térítési maximumként megjelölt számú napra nyújt szolgáltatást. Ha a szerződő ugyanezen szolgáltatás vonatkozásában levonásos önrészt határoz meg, a térítési maximumba az önrésznek megfelelő napok is beleszámítanak. Ha a biztosított egy biztosítási eseményből eredően összesen a keretszerződésben meghatározott maximumnál több napot tölt kórházban, illetve táppénzes állományban, a biztosító térítési kötelezettsége a továbbiakban nem áll fenn.

13.§ Várakozási idő

(1) A várakozási idő kezdete biztosítottanként eltérő lehet. Az adott biztosítottra vonatkozóan a várakozási idő kezdete a kockázatviselés kezdetével megegyező naptári nap.

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

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

(4) A balesetbiztosítási, közlekedési balesetbiztosítási szolgáltatások vonatkozásában a biztosító a várakozási idő alkalmazásától eltekint.

(5) Az egészségbiztosítási szolgáltatások tekintetében a biztosító a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltak szerinti várakozási időt köti ki.

(6) Ha a biztosított halála a várakozási időn belül következik be, a biztosító életbiztosítási szolgáltatást nem teljesít, és az addig befizetett életbiztosítási díjrészeknek az érintett biztosítottra eső részét visszafizeti a szerződőnek.

Ha a várakozási idővel érintett betegségbiztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító a szolgáltatást nem teljesíti, és a befizetett díjakból visszatérítés nem ad.

14.§ A biztosítási díj

(1) A biztosító a biztosítási díjat a biztosítottak nemének, életkorának, egészségi állapotának, tevékenységeinek, a biztosítás tartamának, a szolgáltatások összegének, a kockázatok terjedelmének, valamint létszámának figyelembevételével a keretszerződésben határozza meg a díjfizetés gyakoriságának és módjának meghatározásával együtt.

(2) A biztosítások előre kalkulált éves díját a felek a csoport létszámának évközbéli változása, illetve a csoport egyes tagjainak tevékenységében bekövetkező lényeges változása esetén a keretszerződésben rögzített módon, utólagos díjelszámolás során korrigálják.

15.§ Díjfizetés

(1) A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítás éves díjfizetésű. A szerződő és a biztosító a havi díjfizetéstől eltérő – negyedéves, féléves, éves – díjfizetési gyakoriságban is megállapodhat. A biztosító az éves díjfizetéstől eltérő díjfizetési mód esetén jogosult a keretszerződésben meghatározottak szerinti pótlékkal emelt díj megállapítására. A pótlék mértéke: féléves díjfizetési gyakoriság esetén az éves bruttó díj 4%-a, negyedéves díjfizetési gyakoriság esetén az éves bruttó díj 8%-a, havi díjfizetési gyakoriság esetén az éves bruttó díj 12%-a.

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

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

16.§ Közlési és változásbejelentési kötelezettség

Az Életbiztosítási Általános Feltételek 20.§-ában és a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 20.§-ában foglaltakon túl a szerződőre és biztosítottakra az alábbi rendelkezések vonatkoznak:

A közlésre vagy a változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve csoportos egészségbiztosítások vonatkozásában, ha a csoportba való belépéstől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

17.§ Maradékjog és értékkövetés

(1) A biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, nem díjmentesíthető, nem vásárolható vissza, nyereségrészesedésre nem jogosít.

(2) A biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

18.§ A biztosító teljesítése

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

(2) A keretszerződés szerinti dokumentumok benyújtására a biztosító esetenkénti elbírálás alapján haladékat adhat.

(3) A szolgáltatási igény bejelentésekor a biztosító az Életbiztosítási Általános Feltételekben és a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben felsoroltakon kívül az alábbi dokumentumok bemutatását kéri:

- a biztosító által kiadott (a kezelő orvos által kitöltött és aláírt) szolgáltatási igénybejelentőt;
- a szolgáltatást igénylő személy biztosított csoporthoz tartozását igazoló dokumentumokat;
- rokkantsági ellátásra való jogosulttá válás esetén az illetékes tár-

sadalombiztosítási szerv jogerős határozatát az 1-30%-os mértékű egészségi állapot fennállásáról;

d. baleset helyszínén felvett baleseti jegyzőkönyv.

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

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

19.§ Kizárások

A biztosítási védelem az Életbiztosítási Általános Feltételekben és a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben meghatározott eseteken túl nem terjed ki:

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

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

(3) mentális- és viselkedészavarokból eredő rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján megállapított 1-30%-os mértékű egészségi állapot fennállására, kórházi ápolásra, táppénzes állományra, kivéve az üzemi balesetre, foglalkozási betegségre közvetlenül visszavezethető mentális és viselkedészavarokat;

(4) nem orvosi szakvégtetségű személy általi kezelés esetére;

(5) azon táppénzes esetekre, amikor táppénzen való tartózkodásra közegészségi, járványügyi vagy állategészségügyi zárlat miatt kerül sor;

(6) mandulaműtetre és az ezzel összefüggésben bekövetkező, illetve ehhez szükséges beavatkozásokra.

20.§ A biztosított kikerülése a biztosított csoportból

Az alábbi események bekövetkezésekor a biztosító az adott biztosított vonatkozásában nem teljesít további szolgáltatást, és az adott biztosított kikerül a biztosított csoportból:

- a biztosított írásbeli nyilatkozatba foglalt kérése alapján;
- amennyiben a biztosított csoportba való tartozása megszűnik;
- a biztosított halála (ezen belül baleseti halála) esetén;
- a biztosított 100%-os baleseti eredetű rokkantsága, egészségkárosodása esetén akkor, ha az a keretszerződés szerint biztosítási eseménynek minősül.

21.§ A biztosítás megszűnése

A biztosítás az alábbi esetekben szűnhet meg:

- ha a biztosítás tartama lejárt, a felek erre vonatkozó nyilatkozata alapján;
- ha a biztosított csoport megszűnik;
- a díjfizetés elmulasztása esetén a biztosító által küldött írásbeli felszólításban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével az esedékességre visszamenő hatállyal;
- az Életbiztosítási Általános Feltételek 2.§ (12)-(13) és a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 2.§ (10) és (11) pontjaiba foglalt szerződő általi felmondás esetén;
- Életbiztosítási Általános Feltételek 2.§ (11) pontba foglalt szerződő általi felmondás esetén;
- az Életbiztosítási Általános Feltételek 4.§ (2) és a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 4.§ (2) pontjaiba foglalt szerződő általi felmondás esetén;
- a keretszerződésben rögzített egyéb esetekben.

22.§ A korábban alkalmazott feltételektől történő lényeges eltérés

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. GB160 jelű Cso-

portos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosításának előző különös feltételeitől, valamint a korábban alkalmazott szerződési gyakorlattól a GB160 jelű Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás jelen különös feltételei több ponton eltérnek, mert a **Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény** 2014. 03. 15. napján történő hatályba lépésére tekintettel társaságunk több módosítást eszközölt (pl. biztosítás létrejötte, kockázatviselés kezdete, várakozási idő szabályai, stb.).

Ezeket az **eltéréseket**, valamint a biztosító mentesülésének, a biztosító szolgáltatása korlátozásának **feltételeit** és a biztosításban alkalmazott

kizárásokat a jelen különös szerződési feltétel figyelemfelhívó módon, **félkövér** betűtípussal tartalmazza.

Tájékoztatjuk továbbá, hogy a jelen különös szerződési **feltétel** a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény hatályba lépése miatt szükséges módosításokon túl a GB160 jelű Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás előző különös feltételeitől **az alábbiakban tér el lényegesen:**

A biztosító pontosította a poggyászbiztosítás kapcsán a biztosító szolgáltatásának meghatározását és a biztosító teljesítéséhez szükséges iratok körét.

Mellékletek

1. melléklet: 1-30%-os mértékű egészségi állapot fennállása

1-30%-os mértékű egészségi állapotnak minősül:

(1) Ha a biztosított személynek az arra illetékes rehabilitációs szakértői szerv rokkantsági ellátást állapít meg, és a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján egészség állapota 1-30%-os mértékű.

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

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

2. melléklet: Rettegett betegségek

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a fertőzés olyan transzfúciónak tulajdonítható, melyet az illető jelen keret szerződés megkötése után kapott;
- a transzfúziót végző intézmény elismeri a felelősséget;
- a fertőzött életbiztosított személy nem hemofiliás;
- életveszélyes állapot áll fenn és nincsen ismert gyógyítási mód.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(10) Sclerosis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórlefolys, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elvégzett

képalkotó eljárások alapján a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.

(11) Vértranszfúzióból származó HIV vagy AIDS fertőzés diagnosztizálásának elfogadása a HIV vírus fertőzés laboratóriumi diagnosztizálásán, illetve a szerzett immunhiányos szindróma (AIDS) klinikai laboratóriumi eltéré-

sek dokumentálásán alapul, feltéve, hogy a 2. melléklet (12) bekezdésében felsorolt feltételek fennállnak.

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