

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 irányadóak.

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 sajátosságaiából fakadó, 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 órájakor 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 egyégesen 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 nagyműtetre, közepes műtét esetén a keretszerződésben baleseti közepes műtetre, kisműtét esetén a keretszerződésben baleseti kisműtetre 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 poggyászkar esetén a jegyzőkönyvvel igazolt kárt a károsodott tárgy káridőponti avult értéke szerint téríti meg, de legfeljebb a biztosítási keretszerződésben meghatározott összeget fizeti meg.
- (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:
- 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 bekövetkezése, 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 nagyműtetre, közepes műtét esetén a keretszerződésben betegségi közepes műtetre, kisműtét esetén a keretszerződésben betegségi kisműtetre 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 bejelentése-

kor 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 műteti térítési szolgáltatás egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb egy, a legmagasabb szolgáltatású műtetre vehető igénybe. Amennyiben a biztosító a biztosítási eseményből eredően műteti 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 a 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 társadalombiztosítási szerv jogerős határozatát az 1-30%-os mértékű egészségi állapot fennállásáról.

(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 üzött 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 szakvégtetésű 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 Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosításának előző különös feltételeitől, valamint a korábban alkalmazott szerződési gyakorlatától 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 szerződés létrejöttének meghatározását.
- A biztosító pontosította a kockázatviselés kezdetének meghatározását.
- A biztosító pontosította a csoportos biztosítási események kapcsán a biztosító szolgáltatását.

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 lézeres kezelés vagy nem sebészeti eljárások.

(5) **Stroke (Maradandó agykárosodások):** Olyan agyi érrendszeri történés, 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 hemofilias;
- életveszélyes állapot áll fenn és nincsen ismert gyógyítási mód.

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

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

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

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

(3) Szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét elfogadásához a műtét előtti kórelőzmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtéti 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.