

A GB682 JELŰ OTP BANKKÁRTYA BALESETBIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

1.§ Általános rendelkezések

(1) A GB682 jelű OTP Bankkártya Balesetbiztosítási szerződés (a továbbiakban: biztosítás) jelen feltételek alapján jön létre a Groupama Biztosító Zrt. (1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C, a továbbiakban: biztosító), valamint bármely személy (a továbbiakban: szerződő) között.

(2) Balesetbiztosítási szerződés alapján a biztosító különösen a biztosított baleset miatt bekövetkező halála, balesetből eredő rokkantsága esetére a szerződésben meghatározott biztosítási összeg fizetésére, a szerződő fél díj fizetésére köteles. Jelen biztosítási szerződés összegbiztosítás (a biztosító szolgáltatása a szerződésben meghatározott összeg megfizetése).

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

2.§ Fogalmak

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából:

(1) **Szerződő:** az a személy, aki a biztosítóval a biztosítási szerződést megkötöti és a biztosítás díját fizeti, köteles a jognyilatkozatok megtételére és ahhoz a biztosító nyilatkozatait intézi. A szerződő azonos is lehet a biztosítottal. 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.

(2) **Biztosított:** az a természetes személy, aki a biztosítási ajánlat megtételkor az OTP Bank Nyrt. által kibocsátott érvényes bankkártyával rendelkezik, és a biztosítási ajánlatban biztosítottként neveztek meg.

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.

Ha a biztosított belép a szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős.

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.

A 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.

(3) **Kedvezményezett:** a biztosító szolgáltatására jogosult személy. Amennyiben a szerződő felek másképp nem állapodnak meg, balesetből eredő rokkantság, baleseti kórházi ápolás és csonttörés, csontrepedés esetén a biztosított, baleseti halál esetén a biztosítási szerződésben megnevezett személy, annak hiányában a biztosított örököse.

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 ki-

jelölését visszavonhatja vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, mindezekhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

Ha a szerződő fél a biztosítotthoz vagy a kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A szerződő fél nyilatkozatáról a biztosított tájékoztatni kell. A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal vagy jogutód nélkül megszűnik.

(4) **Baleset:** jelen biztosítás szempontjából baleset a biztosítás hatálya alatt a biztosított akaratától függetlenül bekövetkező olyan hirtelen fellépő külső behatás, amely következtében a biztosított a bekövetkezéstől számított 1 éven belül meghal vagy 2 éven belül balesetből eredő rokkantságot szenved, és/vagy azonnali mulékony sérülést szenved. A betegségek bekövetkezése nem minősül balesetnek, a fertőző betegségek bekövetkezése nem tekinthető baleseti következménynek.

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

(6) **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 kerekes 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.

(7) **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.

(8) **Balesetből eredő rokkantság:** a biztosítottnak baleset okozta sérülés következtében kialakuló olyan testi-, érzékszervi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenése, mely a szokásos életvitelt korlátozza. A balesetből eredő rokkantság mértékét a biztosító a jelen feltétel 1. sz. Melléklete alapján állapítja meg.

(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 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.

3.5 Biztosítási esemény

A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében az alábbi biztosítási események tartamon belüli bekövetkezésének esetére nyújt szolgáltatást:

- a biztosított baleseti halála;
- a biztosított baleseti okból bekövetkező és az adott balesetből eredő 51%-os vagy azt meghaladó rokkantsága;
- a biztosított baleseti okból bekövetkező kórházi ápolása;
- a biztosított csonttörése, csontrepedése.

4.5 A biztosítási szerződés létrejötte és tartama

- (1) A szerződő a szerződés megkötését írásbeli ajánlattal kezdeményezi.
- (2) A biztosító az ajánlat elfogadásáról és a fedezet igazolásáról az ajánlat tartalmával annak megtételét követően kötetlenül állít ki, melyet a biztosításközvetítő azonnal átad a szerződőnek.
- (3) Jelen biztosítási szerződés határozatlan időtartamra jön létre.
- (4) A biztosítási időszak egy év.
- (5) Az ajánlat esetleges elutasítását a biztosító nem köteles indokolni.

5.5 A biztosító kockázatviselésének kezdete

A biztosító kockázatviselése a felek által a biztosítási ajánlaton meghatározott időpontban kezdődik.

6.5 A biztosítás díja

- (1) A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke.
- (2) A biztosítás első díja a felek által meghatározott időpontban, ennek hiányában a szerződés létrejöttékor esedékes; a folytatólagos díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A biztosítás folyamatos, éves díjfizetésű. A díjfizetés az ajánlaton megjelölt módon történik.
- (3) A biztosítás díját és a biztosító szolgáltatását az alábbi táblázat tartalmazza:

Szolgáltatás	Biztosítási összegek (Ft)			
	Alap csomag	Emelt csomag	Prémium csomag	Exkluzív csomag
Baleseti halál	2 900 000	4 900 000	9 900 000	19 900 000
Balesetből eredő 51%-os vagy e feletti rokkantság	2 000 000	3 000 000	5 000 000	10 000 000
Balesetből eredő kórházi gyógyulási támogatás			70 000	100 000
Csonttörés/csontrepedés esetére szóló térítés				15 000
Biztosítás éves díja	3 300	5 500	11 000	22 200

- (4) A biztosító a biztosítás díját a biztosítás tartama során nem indexálja.
- (5) Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és a szerződés megszűnik, a biztosító az egész biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követeli, amikor kockázatviselése véget ért. Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni. A díjtöbbletet a biztosító kamatmentesen 8 napon belül visszafizeti a szerződő részére.
- (6) 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.
- (7) A biztosítás díja csoportos beszedési megbízással fizethető.
- (8) Az OTP Bank Nyrt. ügyintézője nem jogosult díj átvételére, de az ügyfél az OTP Bankban befizethet a biztosító számlájára. Az OTP Bank Nyrt. mint biztosításközvetítő nem jogosult a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében közreműködni.

7.5 Közlési és tájékoztatói kötelezettség

- (1) A szerződő fél köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett. 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.
- (2) A szerződő fél köteles a lényeges körülmények változását a biztosítóknak 15 napon belül írásban bejelenteni.
- (3) A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
- (4) A közlésre és változás bejelentésére 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.
- (5) A szerződő, biztosított és kedvezményezett személyes adataiban, illetve a díjfizetésre vonatkozóan bekövetkező változást a szerződő fél, illetve a biztosított köteles a biztosító részére az adatváltozást követő 8 napon belül bejelenteni.
- (6) A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, illetve a biztosított vagy a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezését a biztosítóknak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetatlenné válik.
- (7) A biztosító szolgáltatása teljesítésének feltétele, hogy a biztosított a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges körülményekre vonatkozóan felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyek őt kezelték. További feltétel, hogy a biztosított felhatalmazza a biztosítót, miszerint a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől az intézményektől a szükséges információkat beszeresse, valamint ugyanebből a célből más biztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen. Amennyiben a biztosított a titoktartás alól felmentő nyilatkozatot nem adja meg és emiatt lényeges körülmények kideríthetatlenné válnak, a biztosító kötelezettsége nem áll be. A biztosító a szolgáltatás jogalapjának megállapítása céljából jogosult a vele közölt adatok ellenőrzésére, és ezért a biztosított egészségi állapotával kapcsolatban kérdéseket tehet fel és/vagy orvosi vizsgálatot kérhet. A biztosított az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

8.5 A biztosító szolgáltatása

- (1) A jelen feltételek alkalmazása szempontjából a biztosító szolgáltatása:
 - a. Baleseti halál esetén a biztosító a szerződésben meghatározott baleseti halál esetére szóló összeget fizeti.
 - b. 51%-os vagy azt meghaladó balesetből eredő rokkantság esetén a biztosító a szerződésben meghatározott balesetből eredő rokkantság esetére szóló, (a balesetből eredő rokkantság fokától független) összeget fizeti. A balesetből eredő rokkantság fokának megállapítása az 1. számú Mellékletben foglaltak szerint történik.
 - c. Balesetből eredő kórházi ápolás esetén a biztosító a szerződésben meghatározott, balesetből eredő kórházi ápolási támogatás biztosítási összegét fizeti egyösszegben, amennyiben a balesetből eredő kórházi ápolás megszakítás nélkül eléri vagy meghaladja a 8 napot.
 - d. A biztosított orvosilag igazolt csonttörése, csontrepedése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott egyszeri térítési összeget fizeti ki a biztosított részére.
 - e. A biztosító egy biztosítási eseményből eredően a csonttörés/csontrepedés, a balesetből eredő kórházi ápolási támogatás, balesetből eredő 51%-os vagy e feletti balesetből eredő rokkantság, illetve baleseti halál szolgáltatások közül csak az egyik – a legnagyobb összegű térítésre jo-

gosító – szolgáltatást teljesíti. A biztosító egy Bankkártya Balesetbiztosítási szerződés alapján egy biztosítási esemény kapcsán csak egyszer teljesít biztosítási szolgáltatást.

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

Postai úton történő teljesítés esetén a biztosító a szolgáltatási összegből kifizetésenként bruttó 400 Ft kezelési költséget levon. 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.

9.§ A biztosítás megszűnése

A biztosítás megszűnik:

- Ha a szerződést a felek felmondják. A szerződést a felek bármikor felmondhatják. A szerződést írásban, a biztosítási időszak végére kell felmondani. A felmondási idő harminc nap.
- Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a biztosító által a díj megfizetésére biztosított póthatáridő eredménytelen eltelte után az esedékesség napjára visszamenő hatállyal.
- A biztosított halála esetén. A biztosított bármely okból bekövetkező halálát a szerződő fél vagy a kedvezményezett köteles bejelenteni.
- A biztosított legalább 51%-os vagy azt meghaladó, baleseti eredetű megrokkánása esetén. A balesetből eredő rokkantság fokának megállapítása az 1. sz. Melléklet szerint történik.

10.§ A biztosító teljesítése

(1) Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosító a szerződésben a teljesítés előkészítéséhez szükséges időre tekintettel megállapított határidőn belül köteles szolgáltatását teljesíteni.

(2) A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 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 akkor mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

(3) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az alábbi iratokat kell a szolgáltatás igénybevételére jogosultnak a biztosítóhoz benyújtani:

- a biztosítási kötvényt;
- a biztosítási díj fizetését igazoló okmányt;
- hatósági eljárás esetén az erre vonatkozó iratokat;
- balesetből eredő rokkantság, csonttörés/csontrapedés, valamint kórházi ápolás esetén az ezt igazoló iratot;
- a biztosítási esemény bekövetkeztével, és annak következményeivel kapcsolatos kezelőorvosi orvosi dokumentációkat, orvosi vizsgálat eredményeit, orvosszakértői véleményezéseket;
- a közlési kötelezettség vizsgálatához a kezelőorvosi orvosi dokumentációkat, orvosi vizsgálat eredményeit, orvosszakértői véleményezéseket;
- a 11.§-ban meghatározott mentesülési esetek és kizárt kockázatok ellenőrzéséhez szükséges orvosszakértői dokumentációkat.

A biztosító szolgáltatását az elbíráláshoz szükséges valamennyi irat kézhezvételét követő 15 napon belül teljesíti.

11.§ A biztosító mentesülése és a kizárt kockázatok

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

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

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

(3) Kizárt kockázatok

A biztosító nem teljesít szolgáltatást:

- a biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) okozati összefüggésben bekövetkező eseményekre;
- kábítószer vagy bódító hatású anyag, továbbá nem orvos által előírt gyógyszer fogyasztása miatti tudatzavar vagy a belátási képesség csökkenése miatt bekövetkező biztosítási eseményekre;
- ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:
 - harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel;
 - felkelésekkel, lázadásokkal vagy zavargásokkal, ide nem értve a belföldön hivatali vagy közszolgálati kötelesség teljesítése során bekövetkező biztosítási eseményeket;Harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskíséret, népi megmozdulás (pl. nem engedélyezett tüntetés vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk), idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény.
- a repülőeszközök, továbbá ejtőernyő (ideértve az ugrót szállító légi eszközt is) használatából eredő biztosítási eseményekre, kivéve az olyan baleseteket, amelyeket a biztosított személy légi jármű utasaként, a polgári légi forgalomban engedélyezett járművön vagy személyforgalomban engedélyezett és kijelölt katonai légi járművön polgári utasként szenved el; Utasnak az minősül, aki a légi járműnek nem üzembentartója és nem tartozik a személyzethez.
- 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;
- 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;
- az országos és nemzetközi síugró, bób, síbób versenyeken (edzéseken) a nézőt érő balesetekre és az ebből eredő egyéb biztosítási eseményre, ha a néző nem a szervezők által kijelölt helyen tartózkodik;
- 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;
- a biztosított által végzett (vagy végeztetett) gyógyjárássokból, beavatkozásokból fakadó következményekre, ha indítóokok nem biztosítási esemény;
- ha a biztosítási eseményt öngyógyítás okozta;
- ha a biztosítási esemény nem orvosi szakvégezttségű személy általi kezeléssel összefüggésben következett be;
- ha a biztosítási esemény orvosilag nem indokolt műtétekből, kórházi ápolásból és gyógyító eljárásokból ered;
- az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási eseményekre, kivéve a balesetből eredő biztosítási eseményre szóló szolgáltatásokat akkor, ha az indítóok biztosítási esemény;
- 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;
- mentális- és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre;
- sziklamászásra, barlangkutatás során bekövetkező balesetekre.

(4) Nem minősül biztosítási eseménynek továbbá:

- megemelés;
- fagyás;
- napszúrás;
- foglalkozási megbetegedés.

(5) A biztosító a fentiekben túl nem teljesít szolgáltatást baleseti okú biztosítási esemény címén szívinfarktus, epilepszia és agyvérzés miatti halálos balesetekre.

(6) A biztosítási eseményt előidéző baleset előtt bármely okból sérült, csonka, nem ép vagy funkciójában korlátozott testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.

12.§ Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség

(1) 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.

(2) 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.

(3) A kárenyhítés szükséges költségei a biztosítási összeg keretei között akkor is a biztosítót terhelik, ha a kárenyhítés nem vezetett eredményre.

13.§ Maradékjogok

A biztosítási szerződés nem díjmentesíthető, nem vásárolható vissza, nyereségrészesedésre nem jogosít. A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítás vonatkozásában a biztosító kötvénykölcsonnt nem nyújt.

14.§ Többszörös biztosítás

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

15.§ Jognyilatkozatok

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

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

16.§ Záró rendelkezések

(1) A kötvény megsemmisülése vagy elvesztése esetén a biztosító a szerződő fél írásbeli nyilatkozatára az eredeti kötvényről a kérelem kézhezvételétől számított 60 napon belül hiteles másolatot állít ki, miután az okirat megsemmisüléséről vagy elvesztéséről a kérelmező írásban teljes bizonyító erejű magánokiratban nyilatkozatot tett. A hiteles másolat kiadásával egyidejűleg az eredeti kötvény hatályát veszti. A hiteles másolat kiállításának költségei a kérelmezőt terhelik.

(2) A biztosításból eredő igények elévülési ideje 5 év.

(3) A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog a magyar jog. A jelen feltételekben nem szabályozott kérdések vonatkozásában a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók.

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adójogi kérdésekben a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény, a társasági adóról és osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXI. törvény, az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény, és az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

(4) Jelen szerződési feltétel elválaszthatatlan részét képezi a személyes adatok kezelésére, valamint a biztosítási szerződéssel kapcsolatos panaszok ügyintézésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók (továbbiakban: „Tudnivalók”).

17.§ A korábban alkalmazott feltételektől történő lényeges eltérés

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által kínált bankkártya balesetbiztosítás korábbi feltételeitől, valamint a korábban alkalmazott szerződési gyakorlattól a GB682 jelű OTP Bankkártya Balesetbiztosítás jelen 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. fogyasztó, vállalkozás fogalma, szerződés létrejötte, díjnemfizetés miatti megszűnés esete, stb.).

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

Tájékoztatjuk továbbá, hogy a jelen szerződési feltétel a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény hatályba lépése miatt szükséges módosításokon túl a GB682 jelű OTP Bankkártya Balesetbiztosítási előző feltételeitől az alábbiakban tér el lényegesen. A biztosító

- a balesetbiztosítási szerződést definiálta;
- a szerződőre, a biztosítottokra és a kedvezményezettre vonatkozó szabályokat részletesebben fogalmazta meg;
- megszüntette a biztosítási összeg többszörözésének korábbi korlátozását;
- a korábbi feltételszövegtől eltérően határozta meg a baleset és a balesetből eredő rokkantság fogalmát;
- kiegészítette a feltétel szövegét a szerződőre és biztosítottokra vonatkozó közlési és tájékoztatási kötelezettség szabályaival;
- kiegészítette a feltétel szövegét a szerződőre és biztosítottokra vonatkozó kármegelőzési, kárenyhítési kötelezettség szabályaival;
- megváltoztatta a biztosítási esemény bejelentésének határidejét;
- kiegészítette a feltétel szövegét az indexálásra vonatkozó szabállyal;
- pontosította, hogy a 15 napos teljesítési időbe a biztosító által teljesített postai befizetés és a posta általi kifizetés közötti időtartam nem számít be;
- megváltoztatta a kizárás eseteit.

Tájékoztatjuk továbbá, hogy a korábban a feltételszöveg részét képező panaszkezelésre és személyes adatok kezelésére vonatkozó rendelkezések külön tájékoztatóban találhatóak.

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

1. sz. Melléklet

Balesetből eredő rokkantsági fok megállapítása

(1) A szerződés tartama alatt bekövetkező balesetkből eredő maradandó baleseti sérülések mértékei (rokkantsági fokok) összegződnek. Amennyiben az összegzett rokkantsági fok eléri az 51%-ot, a biztosítási védelem az adott biztosítottra vonatkozóan megszűnik.

(2) A biztosító csak a biztosított 51%-ot elérő vagy meghaladó balesetből eredő rokkantsága esetén teljesít szolgáltatást.

(3) A rokkantság fokát az alábbi táblázat szerint kell megállapítani:

Testrészek károsodása	Rokkantság foka
egyik felső végtag vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
egyik felső végtag könyökizület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
egyik felső végtag könyökizület alatt való teljes elvesztése vagy működésképtelensége, továbbá az egyik kéz teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	20%
egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
egyik alsó végtag combközépig fölött való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	70%
egyik alsó végtag combközépig való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
egyik alsó végtag lábszár közepéig való elvesztése 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 szaglóképesség teljes elvesztése	10%
az izlelőképesség teljes elvesztése	5%

(4) A tartós balesetből eredő 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 balesetből eredő 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 százalékában 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 balesetből eredő rokkantság végleges fokát a biztosító a baleset bekövetkezése után legkésőbb 2 évvel állapítja meg.

(10) A rokkantság fokának megállapításával kapcsolatban a biztosított (vagy a szerződő) panasszal élhet és kérheti a döntés független orvosokból álló bizottság általi felülvizsgálatát. Az orvosi bizottság működéséről jegyzőkönyvet készít, döntéséről határozatot hoz. E dokumentumokba az ügyfél betekinthez. Az orvosi bizottság eljárásával kapcsolatos költségeket az ügyfél viseli, kivéve, ha az orvosi bizottság az ügyfél javára döntött. Amennyiben az orvosi bizottság az ügyfél javára döntött, a költségeket a biztosító fizeti.