

Biztosító**GB160 JELŰ GREEMAN CSOPORTOS TANULÓBIZTOSÍTÁS
KÜLÖNÖS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Bevezető rendelkezések**

(1) A jelen GB160 jelű Greeman Csoportos Tanulóbiztosítási szerződés (továbbiakban: biztosítás) a jelen különös feltételek, valamint Groupama Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei és Ügyféléltájékoztató (továbbiakban: Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek) alapján jön létre a Groupama Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító), valamint bármely személy (továbbiakban: szerződő) között.

(2) A biztosító szolgáltatásai szerint a biztosítás összegbiztosításnak minősül.

(3) Amennyiben jelen különös feltételek rendelkezése eltér a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

2.§ A biztosítás létrejötte

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

3.§ Fogalmak

(1) **Csoport:** A biztosított csoport a jelen feltételek alapján létrejött biztosításban közös ismérv 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, a kockázatviselésre, a biztosítás díjára, a biztosítási szolgáltatásokra vonatkozóan, tartalmazza továbbá a biztosítás alanyainak adatait. A keretszerződést a felek mint akaratukkal megegyezőt írják alá. A biztosító és a szerződő keretszerződésben rögzítik a biztosítani kívánt csoport egyedi sajátosságából fakadó, a biztosítást érintő kérdéseket, így különösen:

- az adatok kezelése;
- a biztosított nyilatkozatok kezelése;
- a kárrendezésre vonatkozó esetleges megállapodások.

(3) **Biztosítási időszak:** a keretszerződésben meghatározott kockázatviselés kezdetének megfelelő naptól a következő év augusztus 31-ig terjedő időszak.

(4) **Társadalmi szervezet:** az alapítvány, a közalapítvány vagy az egyesület.

4.§ A biztosítás tartama

A biztosítás határozott tartamú, tartama a jelen különös feltételek 6.§-ában meghatározottak szerint a keretszerződésben megjelölt napon veszi kezdetét és a keretszerződésben megjelölt napig tart. 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 lejárat előtt 30 nappal meg kell érkeznie a biztosítóhoz.

A keretszerződés meghosszabbodása nem jelenti az ahhoz csatlakozott biztosítottak biztosítási jogviszonyának meghosszabbodását.

5.§ A szerződés alanyai

(1) **Szerződő:** az a fogyasztónak nem minősülő

- oktatási intézmény vagy nevelő-gondozó intézmény (továbbiakban oktatási intézmény), vagy

- oktatási intézmény fenntartójának minősülő szervezet (továbbiakban fenntartó), vagy

- azon társadalmi szervezet, amely a létesítő okiratában rögzített tevékenysége vagy szervezete alapján az oktatási intézményhez kapcsolódik, valamint amely a biztosítási szerződést a biztosítóval megkötöti és a biztosítási szerződés részét képező biztosított névjegyzékben nevesített biztosítottaktól átvett biztosítási díjat a biztosító részére megfizeti;

- biztosítási szerződést köthet az, aki valamely vagyoni vagy személyhez fűződő jogviszony alapján a biztosítási esemény elkerülésében érdekelt, vagy aki a szerződést az érdekelt személy javára köti meg.**

(2) **Biztosított:** az a természetes személy, akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön. A biztosítottak megjelölésére a keretszerződés aláírásakor kerül sor, továbbá a biztosításba új biztosítottat a keretszerződés tartama alatt bármikor be lehet jelenteni. A biztosított csoport létszámának tartam közbeni változását a szerződő a változás bekövetkezésének időpontjában köteles a biztosítóval bejelenteni. **A biztosított szerződőként nem léphet be a szerződésbe.**

Biztosított lehet az a természetes személy, akinek az életkora a biztosításhoz történő csatlakozás időpontjában 3 és 25 év között van, és akit a díjfizetéssel egyidejűleg a biztosított névjegyzékbe felvettek, a biztosító válaszkártyáját aláírva csatlakozott a keretszerződéshez, valamint

- a jelen (1) bekezdés a. pontjában meghatározott oktatási intézménnyel, vagy a jelen (1) bekezdés b. pontjában meghatározott fenntartó szerződővel – nappali tagozatos – tanulóí/hallgatói jogviszonyban áll, vagy
- az oktatási intézmény (pl. óvoda) nevelésébe/gondozásába felvett gyermek, vagy
- amennyiben a szerződő társadalmi szervezet, úgy a szerződővel a jelen (1) bekezdés c. pontja szerinti kapcsolatban álló oktatási intézménnyel nappali tagozatos tanulóí/hallgatói jogviszonyban áll, vagy az ilyen oktatási intézmény nevelésébe/gondozásába felvett gyermek.

(3) **Kedvezményezett:** a biztosított életében esedékes szolgáltatások esetén a biztosított, a biztosított halála esetén a biztosított örököse(i).

6.§ A kockázatviselés kezdete és megszűnése

A kockázatviselés kezdete és megszűnése a keretszerződésben rögzített nap, mely az alábbiak szerint kerül meghatározásra:

(1) **A kockázatviselés kezdete és vége a keretszerződés aláírásának időpontja szerinti év (továbbiakban: tárgyév) augusztus 31. napja előtt létrejött keretszerződések esetén, ha a tanév kezdete a tárgyévre esik.**

- Ha a szerződő által aláírt keretszerződés és annak elválaszthatatlan részét képező biztosított névjegyzék alapján a keretszerződés tárgyév augusztus 31. napja előtt érvényesen létrejön, úgy a biztosító kockázatviselésének kezdete a biztosított névjegyzéken szereplő biztosítottak vonatkozásában a tárgyév szeptember 01. napja, és a biztosító kockázatviselése a tárgyév követő év augusztus 31. napjáig tart, feltéve, ha az adott biztosítottakra eső biztosítási díjat megfizették a biztosító részére, és a belépő biztosítottak válaszkártyái is beérkeztek a biztosítóhoz.

- Amennyiben a tárgyév szeptember 01. napja előtt a szerződő intézmény már rendelkezik érvényes keretszerződéssel és a tárgyév szeptember 01. előtt keretszerződés módosítással új biztosított lép be a már meglévő keretszerződésbe, úgy az újonnan belépő biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete a tárgyév szeptember 01. napja, és a

biztosító kockázatviselése a tárgyévet követő év augusztus 31. napjáig tart, feltéve, ha az adott biztosítottakra eső biztosítási díjat megfizették a biztosító részére, és a belépő biztosítottak válaszkártyái is beérkeztek a biztosítóhoz.

- c. Amennyiben a tárgyév szeptember 01. napja után a tárgyévben, vagy a tárgyévet követő évben, de ezen év augusztus 31. napja előtt bármely időpontban szerződésmódosítással új biztosított lép be a már meglévő szerződésbe, úgy az újonnan belépő biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés a keretszerződés módosítását és a válaszkártya biztosítónak történt átadását követő nap 0 órájkor kezdődik és a tárgyévet követő év augusztus 31. napjáig tart, feltéve, ha az adott biztosítottakra eső biztosítási díjat megfizették a biztosító részére, és a belépő biztosítottak válaszkártyái is beérkeztek a biztosítóhoz.

A kockázatviselés kezdő időpontja nem lehet korábbi, mint a keretszerződés és a válaszkártya biztosítónak történt átadását követő nap 0 órája.

(2) A kockázatviselés kezdete és vége a tárgyév szeptember 1. napja és november 15. napja között létrejött keretszerződések esetén

- a. Ha a szerződő által aláírt keretszerződés és annak elválaszthatatlan részét képező biztosított névjegyzék alapján tárgyév szeptember 01. napja és november 15. napja között érvényesen létrejön a keretszerződés, úgy a biztosító kockázatviselésének kezdete a biztosított névjegyzéken szereplő biztosítottak vonatkozásában a tárgyév szeptember 01. napja, és a biztosító kockázatviselése a tárgyévet követő év augusztus 31. napjáig tart, feltéve, ha az adott biztosítottakra eső biztosítási díjat megfizették a biztosító részére, és a belépő biztosítottak válaszkártyái is beérkeztek a biztosítóhoz.

- b. Amennyiben keretszerződés módosítással tárgyév november 15-ét követően a tárgyévben, vagy a tárgyévet követő évben, de ezen év augusztus 31. napja előtt bármely időpontban keretszerződés módosítással új biztosított lép be a már meglévő szerződésbe, úgy az újonnan belépő biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés a keretszerződés módosítását és a válaszkártya biztosítónak történt átadását követő nap 0 órájkor kezdődik és a tárgyévet követő év augusztus 31. napjáig tart, feltéve, ha az adott biztosítottakra eső biztosítási díjat megfizették a biztosító részére, és a belépő biztosítottak válaszkártyái is beérkeztek a biztosítóhoz.

(3) A kockázatviselés kezdete és vége a tárgyév november 15. napja és december 31. napja között létrejött keretszerződések esetén

- a. Ha a szerződő által aláírt keretszerződés és annak elválaszthatatlan részét képező biztosított névjegyzék alapján tárgyév november 15. napja és december 31. napja között érvényesen létrejön a keretszerződés, úgy a biztosító kockázatviselése a válaszkártya biztosítónak történt átadását követő nap 0 órájkor kezdődik és a tárgyévet követő év augusztus 31. napjáig tart, feltéve, ha az adott biztosítottakra eső biztosítási díjat megfizették a biztosító és a belépő biztosítottak válaszkártyái is beérkeztek a biztosítóhoz.

- b. Amennyiben a tárgyév november 15. napja és december 31. napja között jön létre a keretszerződés, és keretszerződés módosítással új biztosított lép be a már meglévő keretszerződésbe december 31-ig, úgy az újonnan belépő biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete a keretszerződés módosítását és a válaszkártya biztosítónak történt átadását követő nap 0 órájkor kezdődik és a tárgyévet követő év augusztus 31. napjáig tart, feltéve, ha az adott biztosítottakra eső biztosítási díjat megfizették a biztosító részére, és az új belépő biztosítottak válaszkártyái is beérkeztek a biztosítóhoz.

A kockázatviselés kezdő időpontja nem lehet korábbi, mint a keretszerződés és a válaszkártya biztosítónak történt átadását követő nap 0 órája.

(4) A kockázatviselés kezdete és vége a tárgyév január 1. napja és augusztus 31. napja között létrejött keretszerződések esetén, ha a tanév kezdete a tárgyévet megelőző évre esik.

- a. Ha a szerződő által aláírt keretszerződés és annak elválaszthatatlan részét képező biztosított névjegyzék alapján tárgyév január 1. napja és augusztus 31. napja között érvényesen létrejön a keretszerződés, úgy a biztosító kockázatviselése a válaszkártya biztosítónak történt átadását követő nap 0 órájkor kezdődik és a tárgyév augusztus 31. napjáig tart, feltéve, ha az adott biztosít

tottakra eső biztosítási díjat megfizették a biztosító és a belépő biztosítottak válaszkártyái is beérkeztek a biztosítóhoz.

- b. Amennyiben a tárgyév január 1. napja és augusztus 31. napja között jön létre a keretszerződés, és keretszerződés módosítással új biztosított lép be a már meglévő keretszerződésbe a tárgyév augusztus 31-ig, úgy az újonnan belépő biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete a keretszerződés módosítását és a válaszkártya biztosítónak történt átadását követő nap 0 órájkor kezdődik és a tárgyévet követő év augusztus 31. napjáig tart, feltéve, ha az adott biztosítottakra eső biztosítási díjat megfizették a biztosító részére, és az új belépő biztosítottak válaszkártyái is beérkeztek a biztosítóhoz.

A kockázatviselés kezdő időpontja nem lehet korábbi, mint a keretszerződés és a válaszkártya biztosítónak történt átadását követő nap 0 órája.

7.§ Kockázatelbírálás, egészségi kockázatfelmérés

(1) 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.

(2) A biztosító jogosult az egészségi nyilatkozat, illetve orvosi vizsgálat eredményétől függően a kockázatviselést a csoport egyes tagjaira teljes egészében vagy csak bizonyos szolgáltatásokra vonatkozóan korlátozni, visszautasítani.

8.§ A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító szolgáltatást a 9.§-ban és 10.§-ban felsorolt és a keretszerződésben rögzített biztosítási események bekövetkezése esetén teljesíti.

(2) A biztosító teljesítési kötelezettsége csak a keretszerződés részét képező biztosított névjegyzékben 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 az egész világra, a nap 24 órájában bekövetkező biztosítási eseményekre kiterjed.

(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 támasztó 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.§ 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 elvégzett baleseti eredetű nagy-, közepes vagy kisműtét;
- a biztosított égési sérülése.

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

- a. a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű halála;
 - b. a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű rokkantsága;
- Közlekedési baleset:** Jelen feltételek alapján közlekedési eseménynek minősül a közúti közlekedés szabályairól szóló 1/1975. (II. 5.) KPMBM 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:

- a. Baleseti halál esetén a biztosító a keretszerződésben baleseti halál esetére meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.
- b. Baleseti eredetű rokkantság esetén a biztosító a keretszerződésben baleseti eredetű rokkantság esetére meghatározott biztosítási összegből a rokkantság fokának megfelelő hányadot fizeti ki.
- c. Csonttörés, csontrepedés esetén a biztosító a keretszerződésben csonttörés, csontrepedés esetére meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.
- d. Baleseti eredetű kórházi ápolás esetén a keretszerződésben meghatározott napi térítést fizeti ki a biztosító a kórházi tartózkodás 3. napjától visszamenőleg minden olyan naptári napra, amit a biztosított a keretszerződésben megjelölt biztosítási eseményből adódóan megszakítás nélkül vagy megszakításokkal kórházban töltött. Az egy biztosítási eseményből bekövetkezően téríthető kórházi napok száma maximum 185 nap.
- e. 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 biztosítási összeget fizeti ki.
- f. 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.
- g. Égési sérülés esetén a biztosító a keretszerződésben égés esetére meghatározott biztosítási összeget fizeti ki, amennyiben az égési sérülés súlyos égési sérülésnek minősül.

Súlyos égési sérülés: a harmadfokú égési sérülés, amely a testfelszín legalább 20%-át érinti, hogyan ezt a un. „9-es szabály” vagy a „Lund and Browder Body Surface Chart” által mérik. A súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumokat tartalmazó kórházi zárójelentés alapján kerül megállapítása.

(4) 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.

10.§ Rendelkezések egészségbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaknak megfelelően

(1) Biztosítási esemény az egészségbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában: a biztosított tartamon belül bekövetkező betegségi eredetű kórházi ápolása.

(2) Egészségbiztosítási szolgáltatásként a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek szerint a biztosított betegségi kórházi ápolása esetén a biztosító a keretszerződésben meghatározott napi térítést fizeti ki a kórházi tartózkodás 3. napjától visszamenőleg minden olyan naptári napra, amit a biztosított a keretszerződésben megjelölt biztosítási eseményből adódóan megszakítás nélkül vagy megszakításokkal kórházban töltött. Az egy biztosítási eseményből bekövetkezően téríthető kórházi napok száma maximum 185 nap.

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

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.

12.§ 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 balesetbiztosítási, közlekedési balesetbiztosítási szolgáltatások vonatkozásában a biztosító a várakozási idő alkalmazásától eltekint.

(3) Az egészségbiztosítási szolgáltatások tekintetében a biztosító a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltak szerinti várakozási időt köti ki, melynek időtartama 6 hónap.

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

(5) 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.

13.§ A biztosítási díj

(1) A biztosító a biztosítási díjat a biztosítottak létszámának és az általuk választott biztosítási szolgáltatási csomagnak a figyelembevételével a keretszerződésben határozza meg.

(2) A biztosítás előre kalkulált díját a felek a csoport létszámának év közbeni változása esetén a keretszerződés módosításával, a belépő biztosított után járó díj megfizetésével korrigálják.

(3) A biztosítás díja a biztosításhoz történő csatlakozástól számított időponttól a kockázatviselés végéig tartó időszakra meghatározott, előre kalkulált díj, mértéke a biztosításhoz történő csatlakozás időpontjától nem függ.

(4) A biztosítás éves díjfizetésű, előre egy összegben fizetendő.

(5) A szerződés bármely okból történő megszűnése esetén a biztosító az egész biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti.

14.§ Díjfizetés

(1) A biztosítás díja előre, egy összegben fizetendő díj.

(2) A szerződő a díjat a keretszerződés aláírásakor köteles megfizetni. A keretszerződés megkötését követően a keretszerződéshez csatlakozó új biztosítottakra vonatkozó biztosítási díjat a szerződő a keretszerződés új biztosított miatt történő módosításakor köteles megfizetni.

15.§ Közlési és változásbejelentési kötelezettség

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.

16.§ Maradékjog és értékkövetés

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

(2) A biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

17.§ A biztosító teljesítése

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

A szerződő vagy a szolgáltatásra jogosult személy köteles a biztosítási esemény bekövetkezését nyolc naptári napon belül, a kárigényt pedig a szükséges dokumentumok beszerzése után, de legkésőbb annak elévülési idején belül bejelenteni a biztosítónak.

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

- a. a biztosító által kiadott (a kezelő orvos által kitöltött és aláírt) szolgáltatási igénybejelentőt;
- b. a szolgáltatást igénylő személy biztosított csoporthoz tartozását igazoló dokumentumokat;
- c. rokkantsági ellátásra való jogosulttá válás esetén az illetékes társadalombiztosítási szerv jogerős határozatát.

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

(4) Huzamos kórházi tartózkodás esetén a biztosító 30 naponként, a keretszerződésben foglaltak szerint, folyamatosan teljesíthet szolgáltatást.

18.§ Kizárások

A biztosítási védelem 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 biztosítottak díjazásért végzett, rendszeres (legalább havi rendszerességgel előforduló) és a keretszerződésben megjelölt foglalkozásánál veszélyesebb tevékenységével összefüggésbe hozható balesetekre, 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 közvetlenül visszavezethető mentális és viselkedészavarokat;

(4) nem egészségügyi szakvégtzettségű személy általi kezelés esetére;

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

19.§ A biztosított jogviszony megszűnése

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

- a. a biztosított vagy törvényes képviselőjének írásbeli nyilatkozatba foglalt kérése alapján;
- b. a biztosított halála (ezen belül baleseti halála) esetén;
- c. a biztosított 100%-os baleseti eredetű rokkantsága, egészségkárosodása esetén.

Ha a biztosított kikerül abból a biztosított csoportból, melyhez a biztosításhoz történő csatlakozása időpontjában tartozott, biztosított jogviszonya nem a csoportból történő kikerülés napjával, hanem – ha az későbbi – a keretszerződés megszűnésének napjával szűnik meg.

20.§ A biztosítás megszűnése

A biztosítás az alábbi esetekben szűnhet meg:

- a. ha a biztosítás tartama lejárt;
- b. ha a biztosított csoport megszűnik;
- c. a díjfizetés elmulasztása esetén a biztosító által küldött írásbeli felszólításban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével az esedékességre visszamenő hatállyal;
- d. a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 4.§ (2) pontjaiban foglalt szerződő általi felmondás esetén;
- e. a keretszerződésben rögzített egyéb esetekben.

A keretszerződés megszűnésével egyidejűleg megszűnik a keretszerződéshez csatlakozott biztosítottak biztosítási jogviszonya.

21.§ Egyéb

(1) A biztosítási szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje 5 év.

(2) A biztosító mentesülésének, a biztosító szolgáltatása korlátozásának feltételeit és a biztosítási szerződésben alkalmazott kizárásokat a szerződési feltétel figyelemfelhívó módon, **félkövér** betűtípussal tartalmazza.

(3) Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2015. július 1-jétől alkalmazott különös feltételektől a jelen különös feltételek eltér, mivel a biztosító jelen különös feltételeket a korábban alkalmazott különös feltételekhez képest az alábbiakban módosította: kiegészítette a szerződő meghatározását.

Az eltérést a feltételszöveg **félkövér** betűtípussal tartalmazza.