

Biztosító**GB165 JELŰ VÉDŐERNYŐ CSALÁDI BALESETBIZTOSÍTÁS
KÜLÖNÖS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB165 jelű Védőernyő Családi Balesetbiztosítás összegbiztosítási szerződés (a továbbiakban: biztosítás) a jelen különös feltételek, valamint a Groupama Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei és Ügyféléltájékoztató (továbbiakban: Baleset- és Egészségbiztosítási Általános 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) A biztosítás alapján a biztosító a jelen feltételekben rögzített biztosítási események bekövetkezése esetére meghatározott balesetbiztosítási és asszisztencia szolgáltatások nyújtására, a biztosítóval szerződő fél a biztosítási díj megfizetésére köteles.

(3) Amennyiben a különös feltételek bármely rendelkezése eltér az Általános Feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadók.

2.§ A biztosítási szerződés létrejötte és tartama

(1) Jelen biztosítás a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 2.§-ában leírt módon jön létre. A biztosítás megkötését a szerződő ajánlattal kezdeményezi.

(2) A biztosítás határozatlan időtartamra, írásban jön létre. A biztosítási évforduló a biztosítás tartamán belüli, minden évben a kockázatviselés kezdete szerinti naptári napnak megfelelő időpont.

(3) A biztosítás bármelyik fél részéről a biztosítási évfordulóra, azt 30 nappal megelőzően, írásban felmondható.

(4) A biztosítási időszak a biztosítás tartamán belüli, az egyes biztosítási évfordulók közötti 1 év.

3.§ A biztosító kockázatviselése

(1) A szerződőnek lehetősége van a biztosítási évfordulón a biztosításba további biztosítottat bevonni jelen különös feltételek 5.§-a szerint. A belépő új biztosítottra vonatkozóan a kockázatviselés kezdete a biztosítási évfordulót követő nap 0 órája.

(2) Ha a szerződő felek díjhalasztásban állapodnak meg, a kockázatviselés kezdete az ajánlat átadását követő nap 0 órája, feltéve, hogy a biztosítás létrejött vagy utóbb létrejön.

4.§ Fogalmak

(1) **Belépési nyilatkozat:** A szerződő és az új biztosított által aláírt nyilatkozat, melyben a biztosított hozzájárul a biztosítási fedezet személyére történő kiterjesztéséhez. Több belépő új biztosított esetén minden biztosítottnak külön nyilatkozatot kell aláírni.

(2) Multi törés

Ha egy biztosítási eseményből kifolyólag a biztosított több testrésze is sérül, akkor minden sérült testrésze külön-külön szolgáltat a biztosító, maximum azonban 3 testrésze nyújt szolgáltatást. Jelen biztosítás vonatkozásában a biztosító külön testrészeknek az alábbiakat tekinti:

- jobb és bal láb, külön-külön;
- jobb és bal kéz, külön-külön;
- törzs, ide értve a fejet is.

(3) Közlekedési baleset

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.

(4) Választott szerződő

A szerződéskötéskor megadott, a biztosítási díj és biztosítási összeg meghatározásához szükséges szerződő. Értéke 0,5, 1 vagy 2 lehet.

5.§ A biztosított

A biztosított az a természetes személy, akit a biztosítási ajánlaton biztosítottként neveztek meg.

- A biztosított belépési kora 0-65 év között lehet, azzal a feltétellel, hogy a biztosítottak között legalább egy nagykorú személynek lennie kell.
- Jelen feltételek szerint létrejött biztosításban a szerződő több biztosítottat is megnevezhet.
- Egy biztosított csak egy biztosításban szerepelhet.
- A biztosító lehetőséget ad arra, hogy biztosítási évfordulón új biztosítottat vonjanak be a biztosításba, illetve hogy egy biztosított személy kikerüljön a biztosított csoportból. Új biztosított bevonására a szerződő és az új biztosított együttes, írásbeli nyilatkozata alapján van lehetőség. A szerződésbe történő belépéskor az új biztosítottnak belépési nyilatkozatot kell aláírni.
- Jelen biztosítási feltételek alkalmazása során biztosított lehet:
 - a szerződő félnek – vele közös háztartásban élő – közeli hozzátartozója (közeli hozzátartozónak minősül: a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbe fogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbe fogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, a testvér és a féltestvér);
 - az a személy, aki a szerződő féllel közös háztartásban nem él, de akit az alábbi személyek közül a szerződő biztosítottként megjelöl:
 - egyeneságbeli rokon;
 - egyeneságbeli rokon házastársa;
 - testvér;
 - a bejegyzett és nem bejegyzett élettárs egyeneságbeli rokona és testvére;
 - a testvér házastársa, bejegyzett és nem bejegyzett élettársa.
- A biztosító a biztosított életkorát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a biztosított születési évszámát.

6.§ A biztosító szolgáltatása és a biztosítási esemény**(1) Baleseti halál**

- A biztosított – több biztosított esetén bármely biztosított – balesetből bekövetkező halála esetén a biztosító a szerződő által az ajánlattételkor választott szerzővel növelt szolgáltatást teljesíti a kedvezményezett vagy ennek hiányában az örökös részére.
- A biztosítási esemény bekövetkezése után, a biztosító szolgáltatását követően az adott biztosított kikerül a biztosított csoportból.

(2) Baleseti eredetű rokkantság

Amennyiben a biztosított – több biztosított esetén bármely biztosított – balesetből eredően megrokkann, a biztosító

- 100%-os baleseti eredetű rokkantság esetén a szerződő által az ajánlattételkor választott szerzővel növelt szolgáltatást teljesíti a biztosított részére;
- balesetből eredő részleges, 10–99%-os rokkantság esetén a biztosító az a. pontban meghatározott biztosítási összegnek a rokkantság fokával arányos részét teljesíti a biztosított részére;
- balesetből eredő részleges, 10%-nál kisebb rokkantság esetén a szerződő által az ajánlattételkor választott szerzővel növelt szolgáltatást teljesíti a biztosított részére.

- d. A biztosítási esemény bejelentésekor a sérülés jellege és súlyossága alapján a biztosító orvosa által feltételezett későbbi várható baleseti eredetű rokkantság mértékének megfelelő biztosítási összeg 50%-áig, a biztosított kérésére a biztosító előleget folyósíthat. Az előleg kifizetése kizárólag az asszisztencia szolgáltatás keretében kiközvetített szolgáltató(k) eredeti számlával igazolt költségeire és a 14.§-ban foglalt számlákra vonatkozik. A végleges baleseti eredetű rokkantság megállapításakor az előleg levonásra kerül a ténylegesen megállapított szolgáltatási összegből.
- e. 100%-os baleseti eredetű rokkantság bekövetkezése után, a biztosító szolgáltatását követően a biztosított kikerül a biztosított csoportból.
- f. A biztosított a végleges baleseti eredetű rokkantság mértékének megállapítását követően, az eredeti számlák benyújtásával kérheti a biztosítótól a balesettel kapcsolatban felmerült, az asszisztencia szolgáltatás keretében kiközvetített szolgáltató(k) számlával igazolt költségeinek utólagos megtérítését.

(3) Közlekedési baleseti eredetű rokkantság

Amennyiben a – több biztosított esetén bármely biztosított – biztosított közlekedési balesetből eredően megrokkann, a biztosító a baleseti eredetű rokkantság szolgáltatáson felül

- a. 100%-os baleseti eredetű rokkantság esetén a szerződő által az ajánlattételkor választott szorzóval növelt szolgáltatást teljesít a biztosított részére;
- b. balesetből eredő részleges, 10–99%-os rokkantság esetén a biztosító az a. pontban meghatározott biztosítási összegnek a baleseti eredetű rokkantság fokával arányos részét teljesíti a biztosított részére.
- c. A biztosítási esemény bejelentésekor a sérülés jellege és súlyossága alapján a biztosító orvosa által feltételezett későbbi várható baleseti eredetű rokkantság mértékének megfelelő biztosítási összeg 50%-áig, a biztosított kérésére a biztosító előleget folyósíthat. Az előleg kifizetése kizárólag az asszisztencia szolgáltatás keretében kiközvetített szolgáltató(k) eredeti számlával igazolt költségeire és a 14.§-ban foglalt számlákra vonatkozik. A baleseti eredetű rokkantság fokának meghatározását követően, a ténylegesen megállapított szolgáltatási összegből az előleg levonásra kerül.
- d. 100%-os baleseti eredetű rokkantság bekövetkezése után, a biztosító szolgáltatását követően a biztosított kikerül a biztosított csoportból.
- e. A biztosított a végleges baleseti eredetű rokkantsági mértékének megállapítását követően, az eredeti számlák benyújtásával kérheti a biztosítótól a balesettel kapcsolatban felmerült, az asszisztencia szolgáltatás keretében kiközvetített szolgáltató(k) számlával igazolt költségeinek utólagos megtérítését.

(4) Csonttörés, csontrepedés

- a. Amennyiben a biztosítottnál – több biztosított esetén bármely biztosítottnál – csonttörést, csontrepédést diagnosztizálnak, a biztosító a szerződő által az ajánlattételkor választott szorzóval növelt szolgáltatást teljesít a biztosított részére.
- b. Ha egy biztosítási eseményből kifolyólag a biztosított több testrésze is sérül, akkor minden sérült testrésze külön-külön szolgálatat a biztosító, maximum azonban 3 testrésze nyújt szolgáltatást (multi törés).

(5) Baleseti eredetű kórházi gyógykezelés

- a. A biztosított szakorvosilag indokolt és szükséges, folyamatos, az igazolt balesettel oksági összefüggésben fekvőbeteg gyógyintézeti gyógykezelése szükséges, úgy a gyógykezelés indokolt időszakára (azonban legfeljebb az adott káresetre vonatkozó OEP által finanszírozott napok számára), a kezelés megkezdésétől annak befejezéséig (legfeljebb azonban a gyógyintézeti tartózkodás kezdetétől számított 30. napig) a biztosító a szerződő által az ajánlattételkor választott szorzóval növelt szolgáltatást teljesít a biztosított részére.
- b. Fekvőbeteg-gyógyintézeti gyógykezelésnek minősül az egészségügyi hatóság által elismert aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) történő folyamatos gyógykezelés. Aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) olyan fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályok (részlegek, ágyak) értendők, amelyeken az orvosi szakterületenként szervezett osztályok, részlegek (pl. belgyógyászat, sebészet stb., de ide sorolandók az intenzív osztályok, részlegek is) állandó és folyamatos, aktív orvosi és ápolási ellátást igénylő betegeket látnak el.

- c. A napi térítés számításánál a biztosító azt a napot is figyelembe veszi, amelyen a biztosítottat a fekvőbeteg-gyógyintézeti gyógykezelésre felvették, illetőleg onnan elbocsátották. A napi térítést a biztosító a fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodás kezdetének napjától a gyógyintézeti tartózkodás befejeztének napjáig teljesíti, legfeljebb azonban a gyógyintézeti tartózkodás kezdetétől számított 30. napig. A napi térítés számításánál a biztosító legfeljebb azon napok számát veszi figyelembe, amelyeket az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az adott sérülésre vonatkozóan finanszíroz.
- d. A biztosító a napi térítést a fekvőbeteg-gyógyintézetben való tartózkodás naptári napjaira nyújtja.
- e. A biztosító nem teljesít szolgáltatást (napi térítést) azokra a napokra, amelyeken a biztosított nem tartózkodik a fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy ha az ott-tartózkodás – jelen pont c. bekezdésében foglaltakat kivéve – 24 óránál rövidebb.
- f. A biztosító a napi térítés szolgáltatásának összegét úgy számítja ki, hogy azon napok számát, amelyeken a biztosított folyamatos gyógykezelésben részesült és biztosítási eseménynek minősülnek, megszorozza a szerződő által a szerződéskötéskor választott biztosítási összeggel.

7.§ Biztosítási esemény

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

a biztosított biztosítási tartam alatt bekövetkező

- a. baleseti halála;
- b. baleseti eredetű rokkantsága (10-100%);
- c. baleseti eredetű rokkantsága (10%-nál kisebb);
- d. közlekedési baleseti eredetű rokkantsága (10-100%);
- e. csonttörése, csontrepedése;
- f. a balesettel oksági összefüggésben fekvőbeteg gyógyintézeti gyógykezelése.

8.§ Várakozási idő

A biztosító az egyes szolgáltatások vonatkozásában eltekint a várakozási időtől.

9.§ Biztosítási díj

(1) A biztosítás havi díjfizetésű. A díjfizetés az ajánlaton megjelölt módon történik. A biztosítás első díja az ajánlat átadásakor, a folytatólagos díj minden ezt követő hónap első napján esedékes. A szerződő és a biztosító azonban ettől eltérő – negyedéves, féléves, éves – díjfizetési gyakoriságban is megállapodhat.

(2) A biztosítás díja kortól független, csak a biztosítottak létszámától és a szerződő által az ajánlat aláírásakor választott szorzótól függ. A biztosítási csomag többszörözésével a biztosítási díj lineárisan növekszik, a díj is többszöröződik. A választott szorzó 0,5, 1 vagy 2 lehet. A választott szorzónak megfelelő biztosítási összegeket és díjat a biztosítási kötvény tartalmazza.

(3) A biztosító nem biztosít lehetőséget a biztosítás újra érvénybe helyezésére.

10.§ Értékkövetés

A biztosító a biztosítás értékállósága érdekében minden biztosítási évfordulón indexálja a biztosítást. Az indexálás során a biztosítási összeg és a biztosítási díj azonos arányban emelkedik.

- a. Az index értéke az indexértesítő kiküldését megelőző 12 hónap – a legfrissebb KSH Közlemény alapján megállapítható – fogyasztói árindexe, de minimum 5%.
- b. A biztosító a tárgy évi biztosítási évforduló előtt legalább 45 nappal írásban értesíti a szerződőt az értékkövetés mértékéről és a biztosítási évforduló napjától érvényes biztosítási összegről, valamint a biztosítási díjről.
- c. Az indexálás minden évben kötelező. Ha a szerződő az értékkövetés során emelt biztosítási díjjal a biztosítást nem kívánja fenntartani, akkor a biztosítást a biztosítási évfordulóra – 30 napos felmondási idővel – írásban felmondhatja. Egyébként a biztosítás a biztosítási évfordulótól kezdődő hatállyal az értékkövetés során emelt biztosítási díjjal és biztosítási összeggel marad érvényben.

11.§ A biztosítás területi hatálya

Jelen feltétel alapján a biztosító a Föld bármely pontján bekövetkező – és jelen biztosítási feltételben felsorolt – biztosítási eseményekre szolgáltatást nyújt.

12.§ A biztosítási összeg

(1) A biztosító a jelen pontban rögzített fedezeteket nyújtja. A biztosítási összegek a szerződő által az ajánlattételkor választott szorzóval – 0,5, 1 vagy 2 – többszörözhetőek.

Fedezet	Biztosítási összeg
Baleseti halál	500 000 Ft
Baleseti eredetű rokkantság (10-100%)	5 000 000 Ft-nak a baleseti eredetű rokkantság mértékével megegyező hányada
Baleseti eredetű rokkantság (10%-nál kisebb)	10 000 Ft
Közlekedési baleseti eredetű rokkantság (10-100%)	további 1 000 000 Ft-nak a baleseti eredetű rokkantság mértékével megegyező hányada
Csonttörés, csontrepedés (multi törés)	50 000 Ft
Baleseti eredetű kórházi gyógykezelés	napi 3000 Ft

(2) A biztosítási összegek szorzóját a biztosítási éven belül változtatni nem lehet.

(3) Amennyiben a szerződő módosítani szeretné a biztosítási összegeket, úgy a biztosítási év lejártával új biztosítást köthet a választott új szorzóval.

(4) Egy biztosításon belül minden egyes biztosítottra azonos szorzó vonatkozik.

13.§ Szolgáltatás igénybevétele

(1) A 6.§-ban felsorolt biztosítási események bármelyikének bekövetkeztét követően, a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában a biztosított, illetve a kedvezményezett eldöntheti, hogy mely szolgáltatás(oka)t veszi igénybe az alábbiak közül:

- a biztosítási összegre tart igényt, egyösszegű kifizetés formájában;
- igénybe veszi a biztosító telefonos asszisztencia szolgáltatását;
- kéri az asszisztencia szolgáltatás keretében kiközvetített szolgáltató(k) számlával igazolt költségeinek a biztosító általi átvállalását;
- kéri az asszisztencia szolgáltatás keretében kiközvetített szolgáltató(k) számlával igazolt költségeinek a biztosító általi utólagos átvállalását;
- kéri a 14.§-ban foglalt számláknak a biztosító általi átvállalását.

(2) Amennyiben a biztosított, illetve a kedvezményezett igénybe veszi a biztosító asszisztencia szolgáltatását, az asszisztencia szolgáltatás keretében kiközvetített szolgáltató az adott biztosítási eseményre vonatkozó, a kötvényben szereplő biztosítási összeg erejéig teljesíti a szolgáltatást (az asszisztencia szolgáltatás keretében kiközvetített szolgáltató által kiállított számla tartalmazza a kiszállási díjat, az anyagköltséget, a munkadíjat, valamint az áfát).

(3) Amennyiben az igénybe vett asszisztencia szolgáltatással és/vagy a 14.§-ban foglalt számlák kifizetésével a biztosított, illetve a kedvezményezett nem meríti ki az adott biztosítási eseményre a kötvényben meghatározott biztosítási összeget, a különbözetet a biztosító a biztosított, illetve a kedvezményezett részére egyösszegű kifizetés formájában teljesíti.

(4) Amennyiben az asszisztencia szolgáltatás keretében kiközvetített szolgáltatás(ok) és/vagy a 14.§-ban foglalt számlák ellenértékét nem fedezi az adott biztosítási eseményre a kötvényben meghatározott biztosítási összeg, a biztosítási összegben felüli részt a biztosított, illetve a kedvezményezett köteles megfizetni.

(5) A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a 13.§ (1) c., d. és e. pontokban foglalt szolgáltatások igénybevételét megelőzően vizsgálja a biztosítási esemény bekövetkezését, és bekérje a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben rögzítettek alapján a jogalap elbírálásához szükséges iratokat. Bárminemű kifizetés csak a jogalap elbírálását követően történhet meg.

14.§ A balesettel kapcsolatos, nem-asszisztencia jellegű költségek

A biztosító megtéríti a biztosítási eseménynek minősülő balesettel kapcsolatban felmerült, orvosilag indokolt, számlával igazolt alábbi költségeket is:

- gyógyászati segédeszközök (közvetlen lakossági felhasználásra alkalmas, CE minősítéssel ellátott orvostechnikai eszközök, gyógyászati segédeszközök);
 - életvitelt elősegítő szolgáltatás (baleset következtében mozgássérült személyek életét megkönnyítő speciális eszközök, lakókörnyezet átalakítása);
 - gyógytorna, gyógymasszázs és fizioterápiás kezelések;
 - személyszállítás;
- továbbá a biztosítási esemény bekövetkeztét követően hatályos, gyógyászati segédeszközök OEP támogatási listáján szereplő
- kötszerek (habszivacsok, hidrokolloidok, hydrogélek, alginátok, mullapok, impregnált gézlapok, ragtapaszok, kötészögítők);
 - légzésterápia segédeszközei;
 - keringési terápiai segédeszközök;
 - segédeszközök gyógyszerbeadáshoz;
 - mozgás-, erő- és egyensúlygyakorló eszközök;
 - ortézisek és protézisek;
 - testen viselt védőeszközök (térd- vagy lábvédő eszközök);
 - higiénés segédeszközök (szobai WC, WC magasító);
 - trachoesztomiás segédeszközök (kanülök);
 - sztomaterápiás segédeszközök;
 - mosdási, fürdési és zuhanyzási segédeszközök;
 - személyes mozgás segédeszközei;
 - háztartási segédeszközök (evési és ivási);
 - bútorzat- és lakás-, illetve egyéb helyiségátalakítások;
 - ágyak;
 - támasztóeszközök;
 - segédeszközök a kommunikációhoz, tájékoztatáshoz és jeladáshoz.

15.§ A balesettel kapcsolatos költségek igazolása (asszisztencia és nem-asszisztencia jellegű költségek)

(1) A 13.§ (1) c., d. és e. pontjaiban foglalt költségek igazolására a biztosított, illetve a kedvezményezett az általános forgalmi adóról szóló 2007. évi CXXVII. törvényben leírt szabályoknak megfelelően kiállított eredeti számlát köteles benyújtani.

(2) A biztosító a számlák kiállítására és benyújtására határidőt állapít meg. Ezen határidő leteltét követően kiállított és benyújtott számlákra a biztosító nem teljesít kifizetést. A számlák benyújtásának határideje az egyes biztosítási események esetén:

- baleseti halál esetén: a biztosítási esemény bekövetkezését követő 2 hónap;
- baleseti eredetű rokkantság esetén: a biztosítási esemény bekövetkezését követő 2 naptári év;
- közlekedési baleseti eredetű rokkantság esetén: a biztosítási esemény bekövetkezését követő 2 naptári év;
- csonttörés, csontrepedés esetén: a biztosítási esemény bekövetkezését követő 2 hónap;
- multi törés esetén: a biztosítási esemény bekövetkezését követő 6 hónap;
- fekvőbeteg gyógyintézetben történő gyógykezelés esetén: a biztosítási esemény bekövetkezését követő 3 hónap.

(3) A 13.§ (1) c. pontjában foglalt szolgáltatás esetében a számlát az asszisztencia szolgáltatás keretében kiközvetített szolgáltató nyújtja be a biztosítónak.

(4) A biztosított, illetve a kedvezményezett a balesettel kapcsolatban felmerült számláit összegyűjtheti és a (2) pontban megadott határidőkön belül akár együtt is benyújthatja azokat a biztosító részére.

(5) A biztosító a számlával igazolt költségeket a biztosítási összeg erejéig téríti meg.

16.§ Asszisztencia szolgáltatás

(1) A biztosító az asszisztencia szolgáltatásokat szerződött partnérén keresztül nyújtja. A biztosító szerződött partnere a Europ Assistance Magyar-

ország Kft. A nap 24 órájában hívható **Védőernyő-24** vonal normál díjas hívószáma: **+36 1 465 3605**.

(2) Jelen különös feltétek alapján a biztosítottak, illetve kedvezményezettnek a szerződött partneren keresztül az alábbi asszisztencia szolgáltatások igénybevételére van lehetősége:

- a. Orvosi- és egészségügyi információk Magyarországon
 - orvosi segítség (kórház, klinika, rendelő, orvos – ügyelet);
 - gyermekorvosi segítség (kórház, klinika, rendelő, orvos – ügyelet);
 - fogászati rendelő megnevezése (cím, telefonszám – ügyelet);
 - gyógyszerárak megnevezése (cím, telefonszám – ügyelet);
 - állatorvosi ügyeletek.
 - b. Egyedi egészségügyi szolgáltatások Magyarországon
 - rehabilitációs központok;
 - betegszállítók;
 - kórházak;
 - kórházhoz közeli szálláshelyek hozzátartozói látogatás esetén.
 - c. Orvosi tanácsadás telefonon keresztül
 - általános orvosi tanácsadás gyermekeket és felnőtteket érintő kérdésekben telefonon keresztül, szakorvos által, mint például:
 - információ egészségügyi állapotról;
 - orvosi szakkifejezések, kórházi zárójelentések magyarázata;
 - a laboratóriumi eredmények és ezekből eredő összefüggések magyarázata;
 - orvosi eljárások magyarázata.
 - d. Háziápolás megszervezése szerződött szakápolói hálózattal, szociális szolgáltatások: főzés, mosás, vasalás, kísérés, gyógyszerkiváltás, fürdésben segítés, napi takarítás, nagytakarítás (szezonális), éjszakai felügyelet.
 - e. Bébiszitter közvetítés/szervezés – szolgáltató visszaellenőrzésével.
 - f. Helyreállítás, nagytakarítás megszervezése – szolgáltató visszaellenőrzésével.
 - g. Jogsegély szolgáltatás – szolgáltató ajánlása: baleset kapcsán felmerülő vitás kérdésekben, halálesetnél, örökléssel kapcsolatos viták esetén.
 - h. Temetkezési ügyekkel kapcsolatos információnyújtás és szervezés: teljes temetkezés megszervezése a kellektől az elföldelésig, hamvasztás, urnába tétel, szertartás, halotti tor megszervezése – szolgáltató visszaellenőrzésével.
- (3) Az asszisztencia szolgáltatások részletes leírását a jelen különös feltétel elválaszthatatlan részét képező 1. számú Melléklet tartalmazza.
- (4) A biztosító jogában áll jelen különös feltétel 1. számú Mellékletének a biztosítási tartam során történő módosítása.
- (5) Jelen különös feltétel 1. számú Mellékletének módosításáról a biztosító írásban köteles minden egyes szerződőt tájékoztatni, a módosított 1. számú Melléklet hatályba lépését megelőző 30 nappal.
- (6) Amennyiben a módosított 1. számú Melléklet olyan szolgáltatást tartalmaz, melyért a biztosító többletdíjat számol fel, a biztosítási szerződés csak abban az esetben egészül ki a biztosító által újonnan felajánlott szolgáltatással, ha ezt a szerződő írásban kéri és szerződésmódosítás keretében a biztosítási díj módosításához hozzájárul.

17.§ Kárbejelentés különös rendelkezései

A Groupama Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben szabályozottakon túl, a Védőernyő Családi Balesetbiztosítással kapcsolatos szolgáltatási igényeket az alábbi, normál díjas telefonvonalon is be lehet jelenteni: +36 1 467 3500.

A baleset bekövetkezését és a kedvezményezett személyét igazoló ir-

tokat a telefonon történő igénybejelentés esetén is, minden esetben írásban el kell juttatni a biztosító kárrendezéssel foglalkozó egységéhez (Groupama Biztosító Zrt. Szolgáltatási Centrum, 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C).

18.§ Maradékjogok és nyereségrészesedés

A biztosítási szerződés maradékjogokkal nem rendelkezik, nem díjmentesíthető, nem vásárolható vissza, nyereségrészesedésre nem jogosít.

19.§ 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 halála esetén;
- a biztosított biztosítási évfordulón történő kilépése esetén;
- a biztosított balesetből eredő 100%-os rokkantsága esetén;
- amennyiben a biztosított összegzett rokkantsági foka eléri a 100%-ot.

20.§ A szerződés megszűnésének esetei

A biztosítási szerződés a Groupama Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben szabályozottakon túl megszűnik az alábbi esetekben:

- a. a szerződő halála esetén, amennyiben a nagykorú biztosított/biztosítottak közül nem lép a helyébe senki;
- b. amennyiben a határozatlan tartamú biztosítást a szerződő felek bármelyike a biztosítási évfordulót megelőző 30 nappal írásban a biztosítási évfordulóra felmondja;
- c. több biztosított esetén, ha a biztosítottaknak a biztosított csoportból való kikerülését követően a szerződésben nem marad nagykorú biztosított.

21.§ A korábban alkalmazott feltételektől történő lényeges eltérés

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által korábban alkalmazott GB165 jelű Védőernyő Családi Balesetbiztosítás Különös Feltételeitől, valamint a korábban alkalmazott szerződési gyakorlatától a jelen GB165 jelű Védőernyő Családi Balesetbiztosítás 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. szerződés létrejötte, kockázatviselés kezdete stb.).

Ezeket az eltéréseket, valamint a biztosító mentesülésének, a biztosító szolgáltatása korlátozásának feltételeit és a biztosítási szerződésben 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 GB165 jelű Védőernyő Családi Balesetbiztosítás előző különös feltételeitől az alábbiakban tér el lényegesen.

A biztosító

- módosította a baleset fogalmát;
- új fogalmat használ az egészségkárosodás helyett (baleseti eredetű rokkantság);
- nem biztosít lehetőséget a szerződés újra érvénybe helyezésére;
- közeli hozzátartozó fogalmát pontosította.