



UTAZÁSI GARANCIA BIZTOSÍTÁS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

I. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. A biztosítás terjedelme

Az Utazási Garancia Biztosítási szerződés jelen feltételek alapján jön létre a Groupama Garancia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító), valamint bármely személy (továbbiakban: szerződő/biztosított) között.

A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében a jelen feltételekben rögzített betegségi, baleseti, segítségnyújtási (asszisztencia), poggyászbiztosítási és jogvédelmi szolgáltatásokat nyújtja a biztosítási kötvényben megnevezett biztosított, illetve a biztosított halála esetén a kedvezményezett részére. A biztosítás kizárólag a kötvényben és a Szerződési Feltételekben megnevezett szolgáltatásokra terjed ki. **Nem terjed ki továbbá a biztosítás az egészségügyi szolgáltatást nyújtó orvos, intézmény stb. műhibája következtében bekövetkezett károkra.**

2. Szerződő

Szerződő az a természetes vagy jogi személy, illetőleg jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság, aki a biztosítási szerződés megkötésével egyidejűleg a biztosítási díjat kiegyenlítette.

3. Biztosított

Biztosított az a személy, akit a biztosítási szerződésben biztosítottként neveztek meg.

Biztosított személy lehet az a természetes személy:

- akinek állandó lakóhelye Magyarország területén van, és a magyar kötelező egészségbiztosítás rendszerében biztosított vagy az egészségügyi szolgáltatásra egyéb jogcímen jogosult, valamint érvényes társadalombiztosítási azonosító jellel (TAJ szám) rendelkezik (állampolgárságtól függetlenül), azzal, hogy
- amennyiben egy adott személy nem magyar állampolgár, és az állandó lakóhelye Magyarország területén van, és ott érvényes TAJ számmal is rendelkezik, de az állampolgársága szerinti országba utazik, a biztosítási szerződés területi hatálya a biztosított állampolgársága szerinti ország(ok)ra nem terjed ki;
- amennyiben egy adott személy nem magyar állampolgár, és állandó lakóhelye nem Magyarország területén van és ott érvényes TAJ számmal sem rendelkezik, de a Magyarországgal határos országok – kivéve Ukrajna – területén van az állandó lakóhelye és ott érvényes kötelező egészségbiztosítással rendelkezik vagy az egészségügyi ellátásra jogosult, akkor a biztosító azzal a feltétellel vállalja a kockázatviselést, hogy a biztosítás területi hatálya nem terjed ki Magyarországra és a biztosított állandó lakóhelye vagy állampolgársága szerinti ország területére, azonban

a biztosító a hazaszállítást a biztosított állandó lakóhelye szerinti országba is vállalja.

Családi csomag esetén társbiztosított lehet a biztosított házastársa, bejegyzett élettársa, élettársa és azon egyeneságbeli leszármazói (gyermek, örökbefogadott, mostoha és nevelt gyermek) akiknek életkora a biztosítási időszak kezdetekor a 18. életévet nem haladja meg.

Családi csomag biztosítottja kizárólag 65. évet be nem töltött személy lehet.

A biztosítás szempontjából nem minősülnek biztosítottnak:

- az egy éven túli tartamú, folyamatos, tartós külszolgálatot teljesítők, valamint a külföldön tartósan (egy éven túl) munkát vállalók és együtt utazó családtagjaik;
- bármely oknál fogva életvitelszerűen külföldön élők;
- fizikai munkavállalók (kivéve, ha a biztosított az egyedileg megállapított pótdíjat megfizette).

A fenti kikötések vagy jogszabályi tilalom ellenére létrejövő biztosítási szerződés érvénytelen, a biztosító ebben az esetben a befizetett biztosítási díjat visszatéríti a szerződő/biztosított részére.

4. Kedvezményezett

Kedvezményezett az a szerződő által megjelölt személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor, vagy a biztosított halála esetén, a szolgáltatás igénybevételeire jogosult. Ha a biztosított nem azonos a szerződéssel, akkor a kedvezményezett megjelöléséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

A biztosító egyéb rendelkezés hiányában a biztosítottat, illetve a biztosított halála esetén örökösét tekinti kedvezményezettnek.

5. A szerződés létrejötte

A felek között a biztosítási szerződés a Ptk. 538. § (1) bekezdése alapján a kötvény kiállításával jött létre. A szerződés érvényes létrejöttének és a biztosító kockázatviselésének előfeltétele, hogy a szerződéskötés pillanatában a biztosított Magyarország területén tartózkodjon.

A biztosítás kizárólag Magyarország területén, a szükséges díj megfizetése ellenében, legkorábban a biztosítási tartam kezdete előtt 30 nappal köthető.

6. A biztosítás tartama

A biztosítás a kötvényben meghatározott kezdeti nap 0. órájától a lejárat nap 24. órájáig nyújt fedezetet. A biztosítás maximális tartama 1 év. A biztosítási időszak megegyezik a biztosítás tartamával.

Egy éven belül a biztosítást a biztosítási tartam folyamatosságának megszakítása nélkül az eredeti kötvényszám alatt a biztosított meghatalmazottja a biztosítónál meghosszabbíthatja. Hosszabbítani csak a kármentességről tett nyilatkozat alapján lehet, minimum 10 napra.

Az on-line kötött utasbiztosítások szükség esetén on-line akár 1 nappal is meghosszabbíthatóak!

Egy külföldi tartózkodás idejére, a biztosítási tartam folyamatosságának megszakításával vagy anélkül több kötvényen kiállított biztosítás – az első kivételével – érvénytelen.

7. A biztosító kockázatviselése

A biztosító kockázatviselése a biztosítás tartamán belül a magyar határon történő kilépés idejétől a Magyarországra történő belépés idejéig tart.

8. A biztosítás díja, díjesedékesség és kedvezmények

A biztosító szolgáltatásainak felső összeghatárait a biztosítási kötvény tartalmazza.

A biztosítás egyszeri díjas, készpénzzel vagy átutalással fizethető. A biztosítás díja a szerződés létrejöttkor egy összegben esedékes. A fizetendő biztosítási díj függ a külföldön töltendő napok számától, a biztosított életkorától, a választott biztosítási típustól, valamint a biztosítás területi hatályától.

9. Kedvezmények

- OTP kártyabirtokosok 10% kedvezménnyel köthetik a biztosítást önmaguk részére.
- A biztosítási fedezet a biztosítottal együttutazó, a biztosított kötvényén megnevezett gyermekre a gyermek 3 éves koráig díjmentesen kiterjed a nagykorú biztosított biztosítási összegének terhére,
- A 18 év feletti biztosítottal együttutazó 3-14 éves korú gyermekre (biztosítottanként legfeljebb öt főre) a biztosítás 50%-os díj megfizetésével köthető meg.
- A 14-30 év közötti biztosítottak részére 50% díjkedvezménnyel köthető meg a biztosítás, mely a választott biztosítási típusnak megfelelő biztosítási összeghatárok 50%-áig terjedő térítésre jogosít. A kedvezmény minimum 90 napos biztosításra vehető igénybe.
- Családi csomag köthető a biztosított és vele együtt utazó házastársa, bejegyzett élettársa, élettársa és azon egyeneságbeli leszármazói, maximum 3 fő (gyermek, örökbefogadott, mostoha és nevelt gyermek) részére, akiknek életkora a kockázatviselés kezdetekor a 18. életévet nem haladja meg. Családi csomag esetén a biztosítási összeghatárok fejeként érvényesek, kivéve a poggyászbiztosítást, melynek összeghatára kötvényenként mindösszesen 500 000 Ft.

A kedvezményes családi csomag maximum 30 napos időtartamra köthető.

A kedvezmények nem halmozhatóak. A biztosítás nem érvényes, ha a kedvezményt arra nem jogosult személy vette igénybe.

10. Pótdíjak

65. életévét betöltött személy részére 100% pótdíjjal köthető.
- A földrajzi értelemben vett Európán kívüli országokba 50%-os pótdíj megfizetésével köthető (kivételez az Amerikai Egyesült Államok és Kanada). A biztosítás szempontjából európai – azaz nem területi pótdíj köteles – országnak minősül Törökország és Oroszország teljes területe, Egyiptom, Marokkó és Tunézia.
- Az Amerikai Egyesült Államok és Kanada területére történő utazásokhoz a biztosítás 100%-os pótdíj megfizetésével köthető meg.
- Az alábbiakban felsorolt, **hobby szinten**, a sportágra vonatkozó, az adott helyszínre érvényes előírások betartásával űzött sporttevékenységekre 50% pótdíj megfizetésével köthető meg a biztosítás: amatőr könnyűbúvárkodás 40 m mélységig, parasailing, windsurf, kitesurf, jetski, vízisí, vadvízi evezés, tengeri kajakozás, vitorlázás, quad, BMX, mountain bike, hórafting, vadászat, lovaglás.
- Az alábbiakban felsorolt **extrém sportokra**, a sportágra vonatkozó, az adott helyszínre érvényes előírások betartásával űzött sporttevékenységekre **100% pótdíj** megfizetésével köthető meg a biztosítás:

canyoning, hydrospeed, sziklamászás, hegymászás, falmászás, barlangászat, trekking, via ferrata, hőlégballon.

Extrém sportokra 65 év felett pótdíj ellenében sem köthető biztosítás. A pótdíjfizetés elmaradása esetén a biztosítás nem érvényes.

Az életkor miatti díjkedvezmény vagy pótdíj kiszámításakor a biztosítottnak a biztosítási tartam kezdeti időpontjához viszonyított életkorát (év, hó, nap) kell figyelembe venni.

11. A biztosítás területi hatálya

Az Utazási Garancia Biztosítás a külföldön bekövetkező biztosítási eseményekre, a világ összes országába történő utazás esetén megköthető. A biztosítási fedezet – a 39–41. pontban szereplő szolgáltatások kivételével – az Európán kívüli országokban, illetve az Amerikai Egyesült Államok és Kanada területén bekövetkező eseményekre a 10. b. és c. pontban meghatározott mértékű pótdíj fizetése mellett terjed ki. A biztosítás szempontjából európai – azaz nem területi pótdíj köteles – országnak minősül Törökország és Oroszország teljes területe, Egyiptom, Marokkó és Tunézia. **A 39–41. pontban szereplő szolgáltatások esetében a biztosítási fedezet kizárólag a földrajzi értelemben vett Európa területére terjed ki.**

12. Díjvisszafizetés

A jelen szerződési feltételek szerint megkötött Utazási Garancia Biztosítás díjának 100%-os visszatérítésére kizárólag a biztosítási tartam kezdete előtt van lehetőség a hiánytalan biztosítási kötvény egyidejű leadása ellenében.

A biztosítási tartam kezdete után csak részleges díjvisszatérítés lehetséges. Az első 30 napra befizetett díj vissza nem téríthető. Az első 30 napot meghaladó díjvisszatérítési igény a biztosítási tartamon belüli jelentkezés esetén a jelentkezést követő nap utáni időtartamra eső napidíjakra vonatkozóan érvényesíthető a hiánytalan biztosítási kötvény leadásával egyidejűleg.

Díjvisszatérítésre kizárólag akkor van lehetőség, ha a biztosított a biztosító szolgáltatását nem vette igénybe.

A biztosítási díj visszafizetendő és a biztosítási szerződés érvénytelennek tekintendő, amennyiben a biztosítási szerződés vagy annak hosszabbítása a jelen feltételekben szereplő előírások ellenére jött létre.

13. A biztosítás kockázati köre betegség és baleset esetén

A biztosítás a biztosított külföldön felmerült, kizárólag sürgős orvosi beavatkozást igénylő betegségére, balesetére, állapotában hirtelen fellépő változására, de nem a biztosítási tartam megkezdése előtt már fennálló állapot külföldön történő kezelésére, gyógyítására nyújt fedezetet.

A biztosítás a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett betegségi vagy baleseti káreseményből adódó, egészségügyi ellátással kapcsolatos, a betegségbiztosítási és a balesetbiztosítási fejezetben meghatározott, külföldön felmerülő költségek fedezetére legfeljebb a kötvényben rögzített biztosítási összeghatárig terjed.

Sürgős szükség esete akkor áll fenn, ha az azonnali orvosi ellátás elmaradása előreláthatóan a biztosított életét, illetve testi épségét kockáztatja, vagy a biztosított egészségében helyrehozhatatlan károsodást okozhat. Sürgős szükség esetének minősül továbbá, ha a biztosított betegségének tünetei (tudatzavar, eszméletvesztés, vérzés, heveny megbetegedés, stb.) alapján, il-

letve baleset folytán vagy hirtelen bekövetkezett súlyos egészségkárosodás miatt azonnali orvosi ellátásra szorul.

14. Kórházi napi térítés

Kórházi napi térítés teljesítését a biztosító a külföldön történt kórházi fekvőbeteg-ellátás azon időszakára vonatkozóan vállalja, amelyre vonatkozóan a kedvezményezett írásban lemond a kórházi fekvőbeteg ellátás költségeire (pl. kórházi elhelyezés, kórházban történt orvosi ellátás, műtét költségei) vonatkozó szolgáltatási igényéről az alábbiak szerint:

14.1. a kórházi költségekre vonatkozóan a biztosítóval szemben szolgáltatási igénygel egyáltalán nem kíván élni (mert pl. azokat másik biztosítása alapján veszi igénybe), vagy

14.2. az érvényes EEK bemutatása mellett fizetendő önrészesedés összegét meghaladóan a biztosítóval szemben a kórházi költségekre vonatkozóan más igénygel nem kíván élni (mert az ezt meghaladó költségeket számára az érvényes EEK (EHIC) kártyája fedezi).

A szolgáltatási összeg megállapítása:

14.1. esetben: a szolgáltatás-táblázatban megállapított napi térítési összeget meg kell szorozni azon napok számával, amikor a biztosított kórházi fekvőbeteg ellátásban részesült, és amelyekre vonatkozóan a biztosítóval szembeni szolgáltatási igényéről fentiek szerint lemondott.

14.2. esetben: a szolgáltatás-táblázatban megállapított napi térítési összeg 80%-át meg kell szorozni azon napok számával, amikor a biztosított kórházi fekvőbeteg ellátásban részesült, és amelyekre vonatkozóan a biztosítóval szembeni szolgáltatási igényéről fentiek szerint lemondott. (Fekvőbeteg gyógykezelésben részesül az a személy, aki az éjszakát is a kórházban tölti.) A biztosító a szolgáltatást a biztosítási időszakon belül összesen legfeljebb 30 napra vonatkozóan nyújtja. A biztosító által az adott kórházi ellátásra vonatkozóan vállalt kórházi ellátási költségek (pl. az EEK-önrészesedésként fizetendő összeg) és a kórházi napi térítés együttesen nem haladhatja meg a kórházi ellátás költségének teljes összegét (amely EEK nélkül terhelne a kedvezményezettet), valamint – együttesen a II. 16. c. és III. 19. c. rész alapján vállalt egyéb szolgáltatásokkal – az adott termék vonatkozásában orvosi költségekre meghatározott maximális biztosítási összeget.

A biztosító a kórházi napi térítés kifizetését legkorábban azt követően vállalja, hogy a kedvezményezett fentiek szerinti eredeti írásbeli nyilatkozata hozzá beérkezett, valamint a térítési összeg megállapításához minden egyéb szükséges információ rendelkezésre áll (pl. 14.2. esetben az ellátó egyértelmű nyilatkozata az önrész és a teljes költség értékére vonatkozóan).

15. A biztosított kötelezettsége

- a káreseményével kapcsolatban felmerült minden tényről, adatról a biztosítót tájékoztassa;
- a kárt a lehetőségekhez képest elhárítsa, illetve csökkentse, és ennek során a biztosító vagy segítségnyújtó partnerének útmutatását kövesse;
- a biztosító számára minden olyan vizsgálatot engedélyezzen, amely a káresemény okaira, a kár mértékére és a kártérítés nagyságára vonatkozik.

II. BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS

16. A biztosítás terjedelme

Sürgős szükség esetén a biztosítás kiterjed:

- orvosi vizsgálat;
- akut megbetegedés esetén járóbetegkénti orvosi ellátás;
- kórházi ápolás, halaszthatatlan műtét;
- névre szóló orvosi rendelvényre történő gyógyszervásárlás;
- orvos által indokoltnak tartott mankó-, botvásárlás, illetve egyéb gyógyászati segédeszköz orvosi rendelvényre történő kölcsönzése;
- fájdalomcsökkentő fogászati kezelés (fogpótlás nélkül) maximum 2 fogra, foganként maximum 150 euró összegig;
- terhesség 28. hetéig bekövetkezett spontán vetéléssel, koraszüléssel kapcsolatos kórházi, orvosi költségekre. A biztosítás rutinvizsgálatokra és terhes gondozásra nem terjed ki;
- a biztosított orvosi értelemben vett járóképtelensége esetén a külföldi kórházba vagy orvoshoz történő mentőszállítás vagy taxi külföldön felmerülő, indokolt és szokásos – orvosválasztás nélküli – költségeire, a mindenkor érvényes helyi orvosi díjszabások figyelembevételével.

17. Korlátozások, kizárások

A kórházi ápolás költségeit a biztosító addig az időpontig fizeti, amíg a biztosító orvosának engedélye alapján a beteg hazaszállítása – a biztosító vagy megbízottja közreműködésével – az orvos által meghatározott közlekedési eszközökkel megoldható. Kórházi felvétel esetén a biztosított, vagy az általa meghatalmazott személy, köteles haladéktalanul kapcsolatba lépni a segélyszolgálattal. A költségek segélyszolgálat általi előzetes jóváhagyásának elmaradása esetén a kórházi ellátás igazolt és indokolt költségeit maximum 1000 euró összegig téríti meg a biztosító. Amennyiben a biztosított egyedül tartózkodik külföldön, és nincs intézkedésre képes állapotban, a bejelentési kötelezettségnek haladéktalanul, de legkésőbb 5 naptári napon belül kell eleget tenni. Ezen kötelezettsége alól a biztosított abban az esetben mentesül, ha bekövetkezett betegsége vagy balesete miatt állapotánál fogva nincs olyan helyzetben, hogy a szükséges intézkedést haladéktalanul megtegye. Biztosított a fenti mentesülésre okot adó állapot megszűnését követően köteles haladéktalanul, de legkésőbb 5 naptári napon belül megtenni a szükséges intézkedést. Az orvos által rendelt gyógyszer vásárlásának költségeit a biztosító csak olyan mértékig, s csak abban a mennyiségben téríti, amely a heveny állapot, rosszullét megszüntetéséhez a biztosító orvosszakértőjének véleménye szerint – a hazai orvosi gyakorlatra is tekintettel – feltétlenül szükséges.

A biztosítás sürgősségi ellátást igénylő esetekben sem terjed ki:

- olyan megbetegedések kezelésére, amelyek már az utazás megkezdése előtt ismertek voltak, kivéve ha az orvosi ellátás elmaradása előreláthatóan a biztosított életét, illetve testi épségét veszélyezteti, vagy a biztosított egészségében, testi épségében helyrehozhatatlan károsodást okozhat;
- általános kivizsgálásra, hosszantartó gyógykezelésre, illetve olyan egészségügyi szolgáltatásra, amelyet nem akut megbetegedés tesz szükségessé és nem feltétele a diagnózis megállapításának;
- a kezelőorvos és a biztosító orvosának véleménye szerint a Ma-

- gyarországra történő hazautazást követő időpontra halasztható vizsgálatokra, műtetre;
- d. utókezelésre;
 - e. gyógykezelési céllal bonyolított kiutazásokra és az ezzel kapcsolatban felmerülő költségekre;
 - f. a nem orvosi rendelvényre vásárolt gyógyszerekre;
 - g. meglévő betegségek gyógyszereinek – kivéve baleset, lopáskár esetét – külföldön történő pótlására;
 - h. nem sürgős vagy nem fájdalomcsillapító fogászati kezelésre: fogpótlásra, fogkorona, híd készítésre, fogszabályozásra, fogkő eltávolítására, végleges foggyökérkezelésre;
 - i. fizioterápiás, pszichoterápiás, akupunktúrás kezelésre, orvosi szakképzettséggel nem rendelkező személy, természetgyógyász vagy csontkovács által végzett bármilyen gyógyító tevékenységre;
 - j. alkohol vagy kábítószer fogyasztása következtében szükségessé váló kezelésre, és alkoholos vagy kábítószeres állapot következtében, illetve elvonási tünetek miatt felmerült költségekre még közvetlen életveszély esetén sem;
 - k. öngyilkosság, illetve öngyilkossági kísérlet miatt felmerülő költségekre;
 - l. védőoltásra, rutin-, illetve szűrővizsgálatokra;
 - m. terhességgondozásra, rutinvizsgálatokra, a terhesség 28. hetét követően szükségessé váló szülészeti ellátásra;
 - n. szexuális úton terjedő nemi betegségekre;
 - o. AIDS-re és az ezzel összefüggő megbetegedésekre;
 - p. foglalkozási megbetegedésre.

III. BALESETBIZTOSÍTÁS

18. A baleset fogalma

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából baleset a biztosított akarátán kívüli olyan hirtelen külső behatás, amely következtében a biztosított a baleseti esemény bekövetkeztékor mulékony sérülést, illetve az ettől számított 2 éven belül maradandó egészségkárosodást szenved, vagy egy éven belül meghal.

19.

Balesetből eredő ellátás esetén a biztosítás, a szerződésben rögzített és a befizetett díjnak megfelelő összeghatáron belül – a 28. pontban foglalt korlátozások és kizárások értelemszerű alkalmazásával – kiterjed:

- a. orvosi vizsgálat;
- b. orvosi ellátás;
- c. kórházi ápolás, halaszthatatlan műtét;
- d. névre szóló orvosi rendelvényre történő gyógyszervásárlás;
- e. orvos által indokoltnak tartott, rendelvényre történő mankó, botvásárlás, illetve egyéb gyógyászati segédeszköz orvosi rendelvényre történő kölcsönzése;
- f. fájdalomcsökkentő fogászati kezelés (fogpótlás nélkül) maximum 2 fogra, foganként maximum 150 euró összegig, fogsor javítás maximum 150 euró összegig;
- g. személyi sérülést okozó baleset következtében szükségessé vált, orvos által rendelt, legolcsóbb kivitelű szemüveg vagy kontaktlencse pótlás (maximum 150 euró összegig);

h. a biztosított orvosi értelemben vett járóképtelensége esetén a külföldi kórházba vagy orvoshoz történő mentőszállítás vagy taxi költségére; külföldön felmerülő, indokolt és szokásos – orvosválasztás nélküli – költségeire, a mindenkor érvényes helyi orvosi díjszabások figyelembevételével. A jelen pontban felsorolt baleseti sürgősségi ellátás kiterjed a terrorizmus véten résztvevőjeként elszenvedett baleset miatt szükséges sürgősségi ellátásra, amennyiben a biztosítási időszak első napján az adott ország (célország) nem szerepel Magyarország Külügyminisztériuma honlapján a kiutazás szempontjából nem javasolt országok között (www.kulugyminiszterium.hu – konzuli információk).

Terrorista cselekmény áldozatai részére a biztosító baleseti halál és baleseti rokkantsági szolgáltatást nem teljesít.

Jelen biztosítási szerződés értelmében terrorista cselekmény alatt azt a cselekményt értjük, amely magába foglalja, de nem korlátozódik bármely személy vagy személyek csoportja által elkövetett erő vagy erőszak és/vagy azzal való fenyegetés alkalmazására, cselekedjen az vagy azok önállóan vagy bármely szervezet, vagy bármely kormány nevében, vagy azzal kapcsolatban akár politikai, vallási, ideológiai vagy etnikai céllal vagy okból kifolyólag, beleértve a kormányra gyakorlandó befolyásolást és/vagy a nyilvánosság, vagy a nyilvánosság valamely részének megfélemlítését.

20. Baleseti halál

A biztosított baleseti halála esetén a biztosító a kötvényben rögzített biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezett részére. A kifizetéssel a biztosítás megszűnik. A biztosító a kifizetendő biztosítási összegből a biztosított ugyanezen balesetéből eredő tartós egészségkárosodása miatt az ugyanazon biztosítás alapján korábban kifizetett összeget levonja.

Légi katasztrófa miatt bekövetkezett baleseti halál esetén a biztosító a kötvényben rögzített összeget, azaz a baleseti halálra vonatkozó biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki.

21. Baleseti rokkantság

A biztosított baleseti eredetű 100%-os egészségkárosodása esetén a biztosító a kötvényben rögzített biztosítási összeget fizeti a biztosított részére. A kifizetéssel a biztosítás megszűnik.

A biztosított baleseti eredetű állandó részleges egészségkárosodása esetén, ha annak mértéke a 10%-ot eléri vagy meghaladja, a 100%-os rokkantság esetén fizetendő biztosítási összegnek a rokkantság fokával arányos részét fizeti a biztosító a biztosított részére, melyből levonásra kerül az ugyanebből a balesetből kifolyólag esetleg már korábban, ugyanazon biztosítás alapján kifizetésre került mulékony sérülés szolgáltatási összege.

Mulékony sérülés kifizetése nélkül rokkantság nem igényelhető.

22.

A balesetből eredő egészségkárosodás fokát – tekintet nélkül a biztosított foglalkozására – a táblázatban rögzített esetekben az alábbiak szerint kell megállapítani:

– 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%

– egyik felső végtag vállízületből való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
– egyik felső végtag könyökízület fölöttig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
– egyik felső végtag könyökízület alattig való vagy egyik kéz teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
– egyik alsó végtag combközép fölöttig való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	70%
– egyik alsó végtag combközépig való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
– egyik alsó végtag lábszár közepéig való vagy egyik lábfej teljes elvesztése vagy működésképtelensége	50%
– egyik lábfej boka alatti elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
– egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	20%
– egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
– a beszélőképesség teljes elvesztése	60%
– 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 szaglóérzék teljes elvesztése	10%

23.

A baleseti állandó egészségkárosodás mértékét a fenti táblázatban fel nem sorolt esetekben, az esetleges társadalombiztosítási orvosszakértői véleményről függetlenül, a biztosító orvosa állapíthatja meg.

24.

A baleseti eredetű állandó egészségkárosodás mértékét a 22. pont táblázatában foglalt esetekben a biztosított Magyarországra történő belépését követően azonnal, a nem egyértelműen megállapítható, illetve a táblázatban fel nem sorolt esetekben pedig leghamarabb 1 év után, de legkésőbb a baleset bekövetkeztétől számított 2 év elteltével kell megállapítani.

25.

A baleseti rokkantság címén teljesített összes kifizetés az állandó teljes (100%-os) megrokkulás esetére megállapított biztosítási összeget nem haladhatja meg.

26.

A biztosított baleseti eredetű csonttörése, csontrepedése vagy 10%-ot el nem érő állandó egészségkárosodása esetén a biztosító a kötvényben rögzített biztosítási összeget fizeti a biztosított részére.

A fogtörés nem minősül csonttörésnek.

27. Korlátozások, kizárások, mentesülések

Kórházi felvétel esetén a biztosított vagy az általa meghatalmazott személy köteles haladéktalanul kapcsolatba lépni a segélyszolgálattal. A költségek segélyszolgálat általi előzetes jóváhagyásának elmaradása

esetén a kórházi ellátás költségeit maximum 1000 euró összegig téríti meg a biztosító. Amennyiben a biztosított egyedül tartózkodik külföldön, és nincs intézkedésre képes állapotban, a bejelentési kötelezettségnek haladéktalanul, de legkésőbb 5 naptári napon belül kell eleget tenni. Ezen kötelezettsége alól a biztosított abban az esetben mentesül, ha bekövetkezett betegsége vagy balesete miatt állapotánál fogva nincs olyan helyzetben, hogy a szükséges intézkedést haladéktalanul megtegye. Biztosított a fenti mentesülésre okot adó állapot megszűnését követően köteles haladéktalanul, de legkésőbb 5 naptári napon belül megtenni a szükséges intézkedést.

A balesetbiztosítási fedezet sürgősségi orvosi ellátást igénylő esetekben sem terjed ki:

- a. a szerződés megkötésekor már meglévő maradandó egészségkárosodásokra;
- b. a biztosított által díjazásért végzett fizikai munkavégzés során bekövetkező balesetekre;
- c. a versenyszerűen űzött sporttevékenységekre, a testi épségre, egészségre a szokásosnál nagyobb veszélyt jelentő szabadidős tevékenységekre (kivéve, ha az ügyfél a megfelelő mértékű pótdíjat megfizette);
- d. a nem kijelölt pályán folytatott síelés, illetve hódeszkázás (snowboard) során bekövetkező balesetekre;
- e. háborús vagy harci cselekmények, miatt bekövetkező balesetekre;
- f. az öngyilkosságra, öngyilkossági kísérletre;
- g. a megemelésre, fagyásra, napszúrásra;
- h. az öncsonkításra;
- i. a repülőeszközök, továbbá az ejtőernyő használatából, ide nem értve a polgári légi közlekedési eszköz igénybevételét, eredő balesetekre;
- j. a motoros járművek versenyein (edzésein) a nézőt érő balesetre, ideértve a teszt-túrákat és a rally versenyeket is;
- k. a téli sportok versenyein (edzésein) a nézőt érő balesetre;
- l. a biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartásából fakadó balesetre;
- m. ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét;
- n. a bűncselekményben vagy azok kísérletében való részvétellel összefüggő balesetre;
- o. a felkelésben, lázadásban, zavargásban való aktív részvételtől eredő balesetre;
- p. az atomenergia, illetve ionizáló sugárzás hatása következtében fellépő balesetre;
- q. a biztosított 0,8 ezrelékű véralkohol szintet meghaladó ittas állapotával okozati összefüggésben bekövetkező balesetre;
- r. olyan balesetre, amely a biztosított vezetői vagy más hatósági engedély nélküli vagy ittas állapotban történő vasúti, légi, vízi, közúti jármű vezetése közben, azzal okozati összefüggésben következett be;
- s. kábító vagy bódító hatású anyag, továbbá gyógyszer fogyasztásával összefüggésben bekövetkező balesetre;
- t. nem sürgős, nem fájdalomcsillapító fogászati kezelésre, fogpótlásra, fogkorona, híd készítésre, fogszabályozásra;
- u. fizioterápiás, pszichoterápiás, akupunktúrás kezelésre, orvosi szak-

- képzettséggel nem rendelkező személy, természetgyógyász vagy csontkovács által végzett bármilyen gyógyító tevékenységre;
- v. olyan egészségügyi szolgáltatásra, amely nem szükséges a diagnózis megállapításához;
- w. a kezelőorvos és a biztosító orvosának véleménye szerint a Magyarországra történő hazautazást követő időpontra halasztható vizsgálatokra, műtétre;
- x. utókezelésre.

IV. POGGYÁSZBIZTOSÍTÁS

28. A biztosítás terjedelme

A biztosítás kiterjed a biztosított Magyarországról magával vitt útipoggyászának és/vagy ruházatának az illetékes rendőrségnél vagy más hatóságnál, közlekedési szervnél, szállodánál jegyzőkönyvileg bejelentett betöréses/feltöréses lopására, elrablására, közúti vagy orvos által igazolt személyi sérüléssel együtt járó balesetből, tűz vagy elemi csapásból eredő megsemmisülésére, vagy ezen eseményekből eredő megrongálódására. Szállodai betörés esetén a szálloda által kiadott jegyzőkönyv a kárrendezés alapja.

Jelen feltételek alkalmazásában útipoggyásznak minősülnek a biztosított tulajdonát képező, az általa magáncélú használat céljából és annak megfelelő mennyiségben a külföldi utazásra magával vitt dolgok.

A biztosítás kiterjed a számlával igazolt sportruházat és/vagy sporteszközök megsemmisülésére vagy megrongálódására, amennyiben jelen feltételek fedezeti körébe tartozó síelés, snowboardozás során elszenvedett, orvos által igazolt személyi sérüléssel együttjárá balesetből ered.

A biztosítás kiterjed a biztosított által egy darab síbérletből fel nem használt napok árának visszatérítésére, amennyiben a biztosítási esemény bekövetkeztekor a síbérletből fel nem használt időszak eléri vagy meghaladja a három napot és a felhasználás az alábbi okok miatt lehetetlenné vált:

- a biztosított által külföldön elszenvedett olyan baleset, amely miatt a biztosított a baleset helyszínén azonnali sürgősségi ellátásban részesül, amennyiben a külföldi orvosi dokumentációból egyértelműen megállapítható, hogy a balesetben elszenvedett sérülések miatt a biztosított a síbérlet hátralévő érvényességi időtartamán belül síelni, illetve snowboardozni nem képes;
- olyan megbetegedés, amely miatt a biztosított külföldön kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül;
- olyan megbetegedés vagy baleset, amely miatt a biztosító a biztosítottat a külföldi sürgősségi ellátást követően az orvosi ellátás folytatása céljából Magyarországra területére hazaszállíttatja.

A biztosító szolgáltatásának feltétele a síbérlet vásárlására vonatkozó olyan számviteli bizonylat bemutatása, melyből egyértelműen megállapítható a síbérlet érvényességi időtartama (dátum szerint) és értéke, valamint a vásárlás időpontja. Amennyiben a síbérlet a vásárolt utazási csomag része, akkor az utazási csomagra vonatkozó utazási szerződés, a számla és a befizetésre vonatkozó bizonylat vagy banki kivonat benyújtása szükséges. Amennyiben utóbbiak nem tartalmaznak egyértelmű információt a síbérlet érvényességéről és személyenkénti áráról, akkor erre vonatkozóan a szervező utazási iroda írásos nyilatkozata is szükséges.

A biztosító kizárólag a baleset, illetve betegség bekövetkezése előtt vásárolt síbérletre vonatkozóan nyújt szolgáltatást.

A biztosítás kiterjed a biztosítottnak a légitársaság kezelésében lévő poggyászának elveszésére, megsemmisülésére, amennyiben a légitársaság a kárt elismerte és kártérítési kötelezettségének eleget tett, de az általa nyújtott kártérítés összege nem fedezi a biztosított teljes kárigényét. A biztosítás továbbá kiterjed a biztosítottnak a légitársaság kezelésében lévő poggyászána rongálódására, amennyiben a légitársaság a kárt jegyzőkönyvileg elismerte. A sérült útipoggyász javítására vonatkozóan a felmerült költségeket igazoló, biztosított nevére szóló eredeti számla ellenében térít a biztosító, Komfort típusú biztosítás esetén maximum 5000, Prémium típusú biztosítás esetén maximum 7000 forintot.

Betöréses/feltöréses lopás akkor következik be, ha a tettes úgy követi el a lopást, hogy a lezárt helyiséget/gépjárművet erőszakkal felnyitja.

Rablásnak minősül vagyontárgyak olyan jogtalan eltulajdonítása, melynek során a tettes erőszakot, élet vagy testi épség elleni közvetlen fenyegetést alkalmazott, illetve a biztosított személyt a cselekmény elkövetése érdekében öntudatlan vagy védekezésképtelen állapotba helyezte, illetve az a magatartás, melynek során a tetten ért tolvaj, az ellopott ingóság megtartása érdekében erőszakot, élet vagy testi épség elleni közvetlen fenyegetést alkalmazott.

29. A biztosítási összeg

A biztosítási tartamon belül a biztosító kártérítési kötelezettsége a kötvényben feltüntetett kártérítési összeghatáron belül a károsodott vagyontárgy kárkori értéke erejéig terjed.

30. A kockázatvállalás korlátozásai

A biztosított poggyászára vonatkozó kockázatviselés nem terjed ki ékszerekre, nemesfémekre, drágakövekre, féldrágakövekre vagy ezeket alkotórészként, illetve alapanyagként tartalmazó vagyontárgyakra, művészeti tárgyakra, gyűjteményekre, nemes szőrmékre, készpénzre és készpénzt helyettesítő fizetési eszközökre, szolgáltatás igénybevételére jogosító utalványokra (pl. síbérlet, mobiltelefon feltöltő kártya), valamint menetjegyre.

A biztosított poggyászára vonatkozó kockázatviselés továbbá nem terjed ki, bármely járműre vagy szállítóeszközre, illetve ezek alkotórészeire, tartozékaira vagy felszerelési tárgyaira (pl. autó-tető csomagtartó, tetőbox, utánfutó, autórádió, -magnó, DVD- és CD lejátszó, motoros csomagtároló doboz), valamint okmányokra, ide nem értve az útlevelet vagy személyi igazolványt, a vezetői engedélyt és a forgalmi engedélyt.

A biztosító poggyászra, útipoggyászra vonatkozó kockázatviselése nem terjed ki továbbá az 50 000 Ft egyedi új értéket meghaladó értékű tárgyakra, kivéve a kézipoggyászként szállított fényképezőgépet, video- és digitális kamerát, melyek esetében a biztosító kártérítési kötelezettsége legfeljebb a kötvényben feltüntetett poggyászbiztosítási összeg 30%-áig terjed.

A biztosító nem fizet kártérítést őrizetlenül hagyott tárgyak kárait, valamint gépjárműben hagyott tárgyak kárait, amennyiben azok nem a lezárt, az utastértől leválasztott, beláthatóság ellen védett csomagtérben kerültek elhelyezésre, valamint ha tulajdonosuk nem vitte magával azokat szálláshelyére.

Nem terjed ki a poggyászbiztosítási fedezet a háborús zavargások és a terrorizmus, illetve azok veszélyei miatt bekövetkező károkra.

Vezetői engedély, forgalmi engedély és útlevelel vagy személyi igazolvány igazolt, a fenti események miatt szükségessé váló újrabeszerzésének költségeit a kötvényben vállalt összeg erejéig téríti meg a biztosító a poggyászbiztosítási összeg terhére.

31. A biztosító mentesülése

A biztosító mentesül a poggyászkárok kifizetése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a káresemény a biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartásából ered.

Nem terjed ki a biztosító kártérítési kötelezettsége a biztosított más forrásból ténylegesen megtérülő káaira.

32. Poggyász késedelmes megérkezése

Amennyiben a biztosított külföldi célállomásra történő kiutazása során – mely egy légi vagy egy hajózási társasággal, vagy ezek képviselőjével történt – a biztosított poggyásza nem a poggyász feladásakor meghatározott helyre kerül és emiatt átvétele „Prémium” típusnál legalább 6 órát, „Komfort” típusnál legalább 12 órát késik, a biztosító a biztosított részére, az alábbi összeghatárokon belül megtéríti a számlával igazolt, napi szükségletet kielégítő tárgyak beszerzését.

– „Komfort” típusnál	12 órát meghaladó késés esetén	50 euró
	24 órát meghaladó késés esetén	100 euró
– „Prémium” típusnál	6 órát meghaladó késés esetén	50 euró
	12 órát meghaladó késés esetén	100 euró
	24 órát meghaladó késés esetén	200 euró

A késés tényleges időtartamáról a légi, illetve hajótársaságtól vagy azok képviselőjétől hivatalos, a biztosított nevére szóló eredeti jegyzőkönyv, a poggyász átvételéről pedig – az időpont pontos meghatározásával – az ügyfél nevére szóló igazolás szükséges.

A kárigény benyújtásához mellékelni kell a poggyászfeladási vényt is. A késés időtartamát a repülő, illetve hajójárat érkezési időpontja szerint kell kiszámítani.

A biztosító a poggyászok és a késések számától függetlenül egy biztosítási időszak alatt egy alkalommal nyújt térítést.

A biztosított részére a kártérítés abban az esetben fizethető, ha rendelkezik a nevére kiállított fent felsorolt igazolások mindegyikével, amelyek egyértelműen igazolják legalább egy darab poggyász általa történő késedelmes átvételét. A biztosító a szolgáltatást a biztosított hazaérkezését követően Magyarországon nyújtja, külföldön történő kifizetést nem vállal.

V. SEGÍTSÉGNYÚJTÁS (ASSZISZTENCIA) SZOLGÁLTATÁSOK

A 33–50. pontban szereplő szolgáltatások igénybe vételét előzetesen engedélyeztetni kell a biztosító megbízottjával, a segélyszolgálatlal, amely a kötvényben megadott telefonszámon érhető el.

33. Beteg hazaszállítása

Betegség és baleset biztosítási esemény bekövetkeztekor, orvosilag indokolt esetben a biztosító vállalja, hogy amennyiben a külföldön tartózkodó beteg állapota lehetővé teszi, a biztosító a biztosítottat Magyarország területén lévő kórházba, illetve lakcímére szállíttatja szükség esetén orvos kíséréssel és/vagy ápolóval. A hazaszállítás költségeit a biztosító a kötvényben meghatározott

összehatárig vállalja. A hazaszállításra a biztosító által megbízott orvos és a biztosított kezelőorvosának szakvéleménye alapján kerül sor. A biztosító nem téríti a hozzájárulása nélkül bonyolított hazaszállítás költségeit.

34. Sürgősségi betegszállítás

A biztosító, a beteg hazaszállítása költség terhére megtéríti a biztosított orvoshoz vagy kórházba mentőszolgálattal történő szállítását, beleértve az indokolt heggyi-, vízi, illetve légi mentés költségeit is.

35. A 18 év alatti gyermek hazaszállítása

A biztosított megbetegedése, balesete vagy elhalálozása következtében a biztosítottal együtt utazó, Utazási Garancia Biztosítással rendelkező, 18 éven aluli gyermek felügyelet nélkül maradása esetén a biztosító a kötvényben szereplő összeghatáron belül megtéríti egy Magyarországon bejelentett lakóhellyel rendelkező hozzátartozónak a helyszínre, majd Magyarországra történő utazási költségeit annak érdekében, hogy a hozzátartozó a gyermeket hazakísérje.

Ilyen hozzátartozó hiányában a biztosító gondoskodik a gyermek hazautaztatásáról és vállalja annak költségeit a kötvényben szereplő összeghatárig. A hozzátartozó és a gyermek utazásával kapcsolatos összes költséghez a biztosító legfeljebb a kötvényben megjelölt összeg erejéig járul hozzá.

36. Beteglátogatás

Amennyiben a biztosított életveszélyes állapota vagy 10 napnál hosszabb tartamú kórházi kezelése miatt haza nem szállítható, a biztosító egy, a biztosított által megnevezett, Magyarországon bejelentett lakóhellyel rendelkező személy részére fedezi a biztosított kórházban történő meglátogatásának költségeit.

A költségtérítés keretében a biztosító az oda-vissza utazás (saját személygépkocsi üzemanyagköltsége, vonat II. osztály, repülőjegy turistaosztály, valamint az ehhez kapcsolódó taxi) számlával igazolt költségeit, valamint legfeljebb 5 éjszakára szóló szállodai költségeket – maximum a kötvényben rögzített összeghatárig – fedezi.

37. Tartózkodás meghosszabbítása

Amennyiben a biztosítottnak külföldön tartózkodását kórházi elbocsátását követően – orvosilag indokolt esetben – meg kell hosszabbítania, vagy hazaszállítására, illetve hazautazására a betegség/baleseti káresemény miatt csak az eredetileg tervezettnél későbbi időpontban kerülhet sor, a biztosító fedezi a felmerülő, legfeljebb 5 éjszakára szóló szállodaköltségeket, illetve a hazautazással kapcsolatos, számlával igazolt többletköltségeket – maximum a kötvényben rögzített összeghatárig – mind a biztosított, mind pedig a vele együtt külföldön tartózkodó, Utazási Garancia Biztosítással rendelkező hozzátartozója részére.

38. Segítségnyújtás személygépkocsi hazajuttatásához (gépjárművezető küldése)

A biztosító a földrajzi értelemben vett Európa területén vállalja, hogy amennyiben a biztosított egészségügyi segélynyújtásra és biztosításra jogosult, orvos szakmailag gépkocsivezetésre alkalmatlan, gépjárműve üzemképes és az együttutazók a gépkocsit hazavezetni nem tudják, gondoskodik a biztosított által megnevezett személy vagy ennek hiányában a biztosító által ki-

jelölt gépjárművezető külföldre történő utazásáról és annak költségét (a biztosító döntése alapján: pl. személygépkocsi üzemanyag költsége, vonat II. o. menetjegy, esetleg turistaosztályú repülőjegy) maximum a kötvényben rögzített összeghatárig megtéríti annak érdekében, hogy a gépjárművet a lehető legrövidebb útvonalon és időtartamon belül hazavezesse.

39. Sérült gépjármű biztosított utasának hazahozatala

Amennyiben a biztosított utazása során a biztosítás tartama alatt az a személygépjármű, amelyben a biztosított utazik, Magyarországon kívül, a földrajzi értelemben vett Európa területén rendőrségi jegyzőkönyvvel igazolt közlekedési baleset miatt üzemképtelenné válik, valamint javítása a tartózkodási helyen nem oldható meg, és a biztosított emiatt nem tud hazautazni, a biztosító vállalja, hogy megszervezi a biztosított Magyarország területére történő hazautazását, és annak költségét (a biztosító döntése alapján: pl. személygépjármű üzemanyagköltsége, vonat II. o. menetjegy, esetleg turistaosztályú repülőjegy) maximum a kötvényben rögzített összeghatárig megtéríti.

40. Tájékoztatás autómentő cégről és szervizről

Amennyiben a biztosított utazása során a biztosítás tartama alatt az a személygépjármű, amelyben a biztosított utazik, Magyarországon kívül, a földrajzi értelemben vett Európa területén meghibásodik vagy közlekedési baleset miatt megrongálódik, illetve üzemképtelenné válik, a segítségnyújtást tájékoztatja a biztosítottat a tartózkodási helyének megfelelő autómentéssel, illetve autójavítással foglalkozó cég elérhetőségéről.

A biztosító az autómentés, illetve az autójavítás költségeit nem téríti meg.

41. Holttest hazaszállítása

A biztosított halála esetén a biztosító megszervezi a holttest hazaszállítását és a kötvényben szereplő összeghatáron belül fedezi annak költségeit. **A biztosító nem téríti a hozzájárulása nélkül bonyolított hazaszállítás költségeit.**

42. Idő előtti hazautazás haláleset vagy megbetegedés miatt

Amennyiben a biztosított Magyarországon élő közvetlen hozzátartozója: házastársa, szülője, gyermeke meghal vagy életveszélyes állapotba kerül, a biztosító a biztosított váratlan hazautazásából eredő, számlával igazolt többletköltségeket a kötvényben feltüntetett összegig átvállalja, feltéve, hogy a biztosítás tartamából legalább 3 nap még hátravan.

43. Telefonköltség térítése

Amennyiben a biztosított külföldi tartózkodása során egészségügyi szolgáltatás iránti igényét saját számlája terhére jelenti be a segítségnyújtásnak, a jogos és számlával igazolt telefonköltséget 15 000 forint erejéig megtéríti a biztosító.

44. Hozzá tartozó szállásköltségének térítése a biztosított kórházi tartózkodása alatt

Amennyiben a biztosítottnak a biztosítási tartam alatt bekövetkezett akut megbetegedése vagy balesete miatt sürgősségi kórházi ellátása indokolt, és az eredetileg lefoglalt szállása a kórháztól több mint 30 km távolságra van

vagy a biztosított 14 éven aluli, a biztosító megszervezi a biztosítottal együtt külföldön tartózkodó hozzátartozó vagy a biztosított által megjelölt személy szállodai elhelyezését a kórházi ellátás időtartama alatt és részére legfeljebb 4 éjszakára maximum összesen a kötvényben meghatározott összegig fedezi a szállodai elhelyezés számlával igazolt többletköltségeit.

45. Helyettes munkatárs küldése

Amennyiben a biztosított külföldi tartózkodása idején sürgősségi kórházi ellátásban részesül, és emiatt nem tudja kiküldetésének hivatalos célját teljesíteni, és a kiküldetést elrendelő cég egy másik munkatársat küld a kiküldetés céljának teljesítése érdekében, a biztosító megszervezi a helyettesítő munkatárs kiutazását és megtéríti a közlekedés költségeit a kötvényben meghatározott összeghatárig.

46. Útiokmány pótlásának külföldi költségei

Amennyiben a biztosított útiokmányának külföldön történő pótlása az Utazási Garancia Biztosítás Szerződési Feltételek IV. Poggyászbiztosítás fejezetében leírt esemény miatt szükséges, a biztosító megtéríti a biztosított külföldön felmerült, számlával igazolt utazási és konzulátusi költségeit, Komfort típusú biztosítás esetén 20 000 Ft, Prémium típusú biztosítás esetén 40 000 Ft összeghatárig.

47. Értesítés

A biztosító a biztosítottat ért balesetről, megbetegedésről, amennyiben erről értesítik vagy tudomást szerez, a biztosított által megnevezett személyt Magyarországon haladéktalanul értesíti, ha ennek technikai feltételei adóttak.

48. Készpénzsegély közvetítése

A külföldi tartózkodás során a biztosított fizetőeszközeinek ellopása, elrablása esetén a biztosító 24 órás segélyszolgálatán keresztül tájékoztatást ad arról, hogy milyen módon juthat a biztosított külföldön készpénzhez.

49. Biztosított felkutatása

Ha a biztosított külföldi tartózkodási helye – baleset következtében – ismeretlen, és emiatt felkutatása indokolt, a biztosító segélyszolgálat, a helyi hatóságok bevonásával a biztosított felkutatását megszervezi és annak költségeit a beteg hazaszállítása szolgáltatás terhére vállalja, amennyiben az eltűnés tényéről a biztosítottal együtt utazó személy vagy külképviselő a segélyszolgálatot tájékoztatja.

50. Tolmácsszolgálat

Ha a biztosított külföldi tartózkodása során szükséghelyzetbe kerül, és tolmácsra van szüksége, akkor a biztosító segélyszolgálat – a világnyelvek valamelyikén – telefonon keresztül tolmácsolási segítséget nyújt az alábbi esetekben:

- orvosi ellátás igénybevételekor;
- baleset bekövetkezte esetén;
- gépjárműszerviz igénybevételekor;
- hatósági ügyintézés esetén.

51. Kizárások

A biztosító szolgáltatása nem terjed ki a segítségnyújtási szolgáltatásokra, amennyiben:

- a fenti segítségnyújtási szolgáltatásokat a biztosító hozzájárulása nélkül vették igénybe,
- a fedezet nem terjed ki (pl. kizárás vagy mentesülés folytán) a baleset, illetve betegségbiztosítási szolgáltatásokra.

VI. JOGVÉDELMI BIZTOSÍTÁS

52. A biztosító kockázatviselésének terjedelme

Amennyiben a minimum 2 napos biztosítással rendelkező biztosítottal szemben külföldön

- személyi sérüléssel járó közlekedési balesettel, vagy
- a sportágra vonatkozó általános és helyi előírások betartásával, kijelölt pályán folytatott amatőr síeléssel vagy hódeszkázással

összefüggésben szabadságvesztéssel büntetendő bűncselekmény miatt büntetőeljárás indul és letartóztatják, vagy letartóztatását kilátásba helyezik, a biztosító az 53. pontban foglaltaknak megfelelően – a kötvényben szereplő összeghatáron belül – megtéríti az eljárás költségeit. Ezen túlmenően a biztosító megtéríti a biztosítottnak kártérítési igénye érvényesítésével kapcsolatos eljárások költségeit – az 53–55. pontban részletezettek szerint és a kötvényben szereplő összeghatáron belül –, ha a biztosított külföldi utazása során személyi sérüléses közúti balesetet szenved.

53. A biztosító szolgáltatása

A biztosított védelmét ellátó külföldi ügyvéd számlával igazolt – a meglátogatott országban szokásos, általában elfogadott díjszabás szerinti – munkadíját és a védelem érdekében az ügyvéd által megbízott szakértő költségeit maximum a kötvényben feltüntetett összegig a biztosító fedezi.

A biztosított kártérítési igényének érvényesítésével kapcsolatban felmerült igazolt ügyvédi költségeket a biztosító a kötvényben szereplő összeghatárig fedezi.

A biztosítás nem foglalja magában az ügyvédválasztás jogát. A megfelelő védelemről a biztosító szerződéses partnere útján gondoskodik.

Amennyiben a biztosítottat személyi sérüléses közúti közlekedési baleset miatt letartóztatják, illetve kilátásba helyezik letartóztatását, és a meglátogatott ország jogszabályai azt előírják, a biztosító maximum a kötvényben rögzített összeg erejéig előleget folyósít az igazolt óvadék összegének letételéhez.

A biztosító által megelőlegezett óvadék összegének a biztosító részére történő visszafizetésére a kifizetésétől számított 60 nap áll a biztosított rendelkezésére.

Amennyiben a biztosított az óvadék összegét az illető ország hatóságainak rendelkezése értelmében a fentiekben meghatározott 60 napon belül visszakapja, köteles azt azonnal a biztosítónak visszajuttatni. Ha szabályszerű idézés ellenére a biztosított a tárgyaláson nem jelenik meg, az óvadék összegének visszafizetése a biztosító számára azonnal esedékessé válik. Amennyiben az óvadék összegét a biztosított megadott határidőn belül nem téríti vissza, a biztosító jogosult a biztosított számlájáról az óvadék összegét lehívni, a biztosítottól visszakövetelni, illetve igényét jogi úton érvényesíteni.

54. A fedezetből kizárt kockázatok

Nem terjed ki a jogvédelem azon biztosítottal kapcsolatban felmerülő költségekre:

- aki oly módon okozott kárt, hogy a gépjárművet a tulajdonos engedélye vagy jogosítvány nélkül vezette;
- aki ellen szándékos bűncselekmény, cserbenhagyás vagy segítségnyújtás elmulasztásának gyanúja miatt folyik eljárás;
- akinek kártérítési igénye a külföldi ügyvéd szakvéleménye szerint nyilvánvalóan alaptalan, az eljárás vagy bármelyik perbeli cselekmény, jogorvoslat eredménye kilátástalan, vagy ezek várható eredménye és előre látható költségterhe közt eleve kirívó aránytalanság mutatkozik;
- akinek követelése elévült;
- aki kártérítési igényét magyar természetes vagy jogi személlyel szemben Magyarországon is érvényesítheti;
- akinek korábban kötött jogvédelmi biztosítása vagy felelősségbiztosítása az adott káreseményre fedezetet nyújt;
- aki a közlekedési balesetet ittas állapotával összefüggésben (0,8 ezrelék vagy annál magasabb véralkoholszint), illetve kábítószeres befolyásoltság alatt követte el.

Nem terjed ki a biztosítás pénzbírság, büntetés kifizetésére.

55. A jogvédelmi szolgáltatás igénybevétele

Amennyiben a jogvédelmi szolgáltatás iránti igény felmerül, a biztosított köteles erről a biztosító segélyszolgálatot nyújtó partnerét vagy a biztosítót haladéktalanul értesíteni a kötvényen található telefonszámokon. A jogvédelmi szolgáltatás igénybe vételéhez a biztosító előzetes hozzájárulása szükséges. Amennyiben az eljárás során nem a biztosító által megbízott ügyvéd jár el vagy az ügyvéd közreműködéséhez a biztosító nem járult hozzá, akkor a biztosító nem fedezi a felmerült költségeket.

A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 103.§ (9) bekezdése alapján a jogvédelmi szolgáltatás a segítségnyújtási szolgáltatáshoz kapcsolódik.

VII. MAGÁNSZEMÉLYI FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁS

56. A biztosítás terjedelme

Jelen szerződés alapján a minimum 2 napos biztosítással rendelkező biztosított követelheti, hogy a biztosító a szerződésben megállapított mértékben és korlátozásokkal mentesítse őt az olyan kár megtérítése alól, amelyért a magyar jog szabályai szerint felelősséggel tartozik.

57. A biztosítás területi és időbeli hatálya

A biztosítás hatálya a külföldön, egy biztosítási időszakban okozott és bekövetkezett károkra terjed ki, ha a kárigény ugyanazon biztosítási időszakon belül bejelentésre kerül.

Nem terjed ki a biztosítás az Amerikai Egyesült Államokban és Kanadában okozott és bekövetkezett károkra.

58. Biztosítási esemény

A biztosító azokat a szerződésen kívül okozott személyi sérüléses vagy dologi károkat téríti meg, amelyeket a biztosított:

- belátási képességgel nem rendelkező vagy korlátozott belátási képességű személyek gondozójaként;
- szállodai szolgáltatás igénybevevőjeként;
- kerékpár, járműnek nem minősülő közlekedési és szállítási eszközök használójaként;
- nem hivatásszerű sporttevékenység folytatójaként;
- közúti balesetet előidéző gyalogosként okoz.

A biztosítási fedezet az ugyanazon biztosítási időszak alatt okozott, bekövetkezett és bejelentett károkra terjed ki.

59. Korlátozások, kizárások

Nem téríti meg a biztosító azokat a károkat, amelyeket a biztosított maga szenved el, illetve az alábbiakban meghatározottak alapján másnak okoz:

- kereső foglalkozás vagy tevékenység végzése során;
- légi, motoros vagy vízi jármű üzembentartójaként;
- vízi járműnek nem minősülő vízi sporteszköz használójaként;
- fegyvertartóként;
- hivatásszerű sportolóként;
- vadászat résztvevőjeként;
- szabadidős testépítés folytatójaként;
- sportrendezvény résztvevőjeként.

Nem téríti meg a biztosító azokat a károkat, amelyeket a biztosított

- a Ptk. 685.§ (b) pontjában felsorolt közeli hozzátartozójának;
- a szerződő fél alkalmazottjának vagy megbízottjának, illetve
- üzlettársának okoz.

A hivatalos kiküldetés tekintetében nem minősül üzlettársnak a fogadó intézmény, szerv vagy egyéb hivatalos minőségben eljáró jogalany.

A biztosító kártérítési kötelezettsége nem terjed ki

- olyan károkra, amelyeket harci cselekmények és bármilyen háborús intézkedések okoztak vagy azok következményei, továbbá harci eszközök okozta sérülésre, valamint katonai vagy polgári hatóságok rendelkezései miatt keletkezett károkra, valamint
- a hasadó anyagok robbanásából, nukleáris reakcióból vagy sugárzásból, továbbá ionizáló és lézer sugárzásból eredő károkra.

60. Biztosítási összeg

A biztosító a jelen szerződés szerinti kötelezettségeket összepszerűség szempontjából a lentebb meghatározott korlátozásokkal vállalja.

A kártérítési összeg felső határa káreseményenként és évente 2000 euró.

A biztosítási összeg a kifizethető kárösszeg felső határát jelenti, függetlenül a károsult személyek számától.

61. A biztosító megtérítési igénye

A biztosítót a károsulttal szemben a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása sem mentesíti. A szándékos károkozás, továbbá a súlyos gondatlanságnak a szerződésben megállapított eseteiben azonban követelheti a biztosítotttól a kifizetett biztosítási összeg megtérítését, kivéve, ha a biztosított bizonyítja, hogy a károkozó magatartás nem volt jogellenes.

Ezen felelősségbiztosítás alkalmazása szempontjából súlyosan gondatlan károkozásnak minősül, ha

- a. a kárért felelős személy a kárt súlyosan ittas vagy kábítószer hatása alatt lévő állapotában és ezen állapotával összefüggésben okozta,
- b. a biztosított hatósági engedélyhez kötött tevékenységet ilyen engedély nélkül folytatott és ezáltal okozott kárt, illetőleg
- c. a biztosítottat harmadik személy a káresemény bekövetkezésének lehetőségeire figyelmeztette, és a káresemény a szükséges intézkedések hiányában következett be.

62. Egyéb rendelkezések

- a. A biztosított a káreseményt, illetőleg az azzal kapcsolatos igény érvényesítését, a bekövetkezéstől, illetve a tudomására jutásától számított legrövidebb időn belül, legkésőbb a hazatérését követő 5 munkanapon belül köteles a biztosítónak írásban bejelenteni.
- b. A biztosító a kártérítési összeget a károsultnak fizeti, a károsult azonban igényét a biztosítóval szemben közvetlenül nem érvényesítheti.
A biztosított csak annyiban követelheti, hogy a biztosító az ő kezéhez fizessen, amennyiben a károsult követelését maga egyenlítette ki.
- c. A biztosított és a károsult egyezsége a biztosítóval szemben csak akkor hatályos, ha azt a biztosító tudomásul vette.
A biztosított bírósági marasztalása a biztosítóval szemben csak akkor hatályos, ha a biztosító a perben részt vett, a biztosított a képviselétől gondoskodott vagy ezekről lemondott. A biztosító jogosult ellátni a biztosított peren kívüli és perbeli képviselését, a képvisellel felmerülő költségek a biztosítót terhelik.
- d. A jelen szerződési feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

VIII. VEGYES RENDELKEZÉSEK

63. Orvosi titoktartás alóli mentesítés

A biztosított a biztosítási szerződés megkötéséhez való hozzájáruló nyilatkozatával egyidejűleg a biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyeknél kezelték és felhatalmazza a biztosítót, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a kockázat elvállalása és a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszerezze, valamint ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen. Továbbá a haláleseti szolgáltatás vonatkozásában a biztosított felmentést ad az orvosi titoktartás alól a biztosítási eseménnyel kapcsolatos információkra nézve minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyek őt kezelni fogják, és felhatalmazza a biztosítót, hogy ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen.

A biztosított a kárbejelentéssel egyidejűleg köteles felmentést adni az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyek a biztosítottat kezelték és felhatalmazza a biztosítót, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése és a szolgáltatás teljesítése céljából ezektől a szükséges információkat beszerezze, valamint ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosí-

tóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen. Amennyiben a biztosított, a szerződő vagy a kedvezményezett a kárbejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, vagy az orvosi titoktartás alóli felmentő nyilatkozatot nem adja meg és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, a biztosító kötelezettsége nem áll be.

64. Kárbejelentési kötelezettség, a segélyszolgálat igénybevétele

A káresemény bekövetkeztekor

- a. A biztosított, hozzátartozója, vagy a biztosított által meghatalmazott személy, a biztosítási esemény bekövetkeztekor – a poggyászkárok kivételével – felveheti a kapcsolatot a biztosító szerződéses megbízottjával a kötvényen szereplő telefonszámokon, ahol az asszisztencia cég segélyszolgálatával rendelkezésre áll és megteszi a szükséges intézkedéseket (orvost vagy kórházat ajánl, fizetési garanciát ad az orvosok, egészségügyi intézmények részére, nyomon követi a kórházi ápolást, megszervezi a biztosított helyi vagy hazaszállítását stb.).
- b. Kórházi felvétel esetén a biztosított, hozzátartozója, vagy a biztosított által meghatalmazott személy, köteles haladéktalanul, de legkésőbb 5 naptári napon belül kapcsolatba lépni a segélyszolgálattal. A költségek segélyszolgálat általi előzetes jóváhagyásának elmaradása esetén a kórházi ellátás költségeit maximum 1000 euró összegig téríti meg a biztosító. Ezen kötelezettsége alól a biztosított abban az esetben mentesül, ha bekövetkezett betegsége, vagy balesete miatt állapotánál fogva nincs olyan helyzetben, hogy a szükséges intézkedést haladéktalanul megtegye. Biztosított a fenti mentesülésre okot adó állapot megszűnését követően köteles haladéktalanul, de legkésőbb 5 naptári napon belül megtenni a szükséges intézkedést.
- c. Beteg hazaszállítása, holttest hazaszállítása, illetve jogvédelmi szolgáltatás igénybevétele esetén a biztosított, hozzátartozója, vagy a biztosított által meghatalmazott személy, köteles haladéktalanul, de legkésőbb 5 naptári napon belül kapcsolatba lépni a segélyszolgálattal. Ennek elmaradása esetén a felmerülő költségeket a biztosító nem vállalja. Ezen kötelezettsége alól a biztosított abban az esetben mentesül, ha bekövetkezett betegsége vagy balesete miatt állapotánál fogva nincs olyan helyzetben, hogy a szükséges intézkedést haladéktalanul megtegye. Biztosított a fenti mentesülésre okot adó állapot megszűnését követően köteles haladéktalanul, de legkésőbb 5 naptári napon belül megtenni a szükséges intézkedést.
- d. A poggyász-, illetve ruhakárt a biztosítási esemény bekövetkeztekor haladéktalanul, de legkésőbb 1 naptári napon belül be kell jelenteni a külföldi tartózkodási hely illetékes hatóságánál vagy egyéb illetékes szervénél (rendőrség, szálloda stb.). A biztosított a bejelentésről, illetve az esetleges eljárásról készült jegyzőkönyvet, határozatot, a biztosító részére történő későbbi bemutatás céljából köteles beszerezni. A jegyzőkönyvnek tartalmaznia kell a károsodás körülményeit, a kár mértékét (összeszerűen), valamint az eltűnt poggyász és ruhaféleségek felsorolását.

A hazaérkezést követően

A biztosított, hozzátartozója vagy a biztosított által meghatalmazott személy köteles a külföldön történt betegségi, baleseti vagy poggyász káreseményét a hazaérkezését követő 5 munkanapon belül bejelenteni a biztosító erre kijelölt, a kötvényben feltüntetett szervezeti egységénél függetlenül attól, hogy a külföldi tartózkodás során már felvette-e a kapcsolatot a segélyszolgálattal. A biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll fenn, amennyiben a biztosított fenti bejelentési kötelezettségét nem teljesíti, és emiatt lényeges körülmé-

nyek kideríthetetlenekké válnak. Ezen kötelezettsége alól a biztosított abban az esetben mentesül, ha bekövetkezett betegsége vagy balesete miatt állapotánál fogva nincs olyan helyzetben, hogy a szükséges intézkedést haladéktalanul megtegye. Biztosított a fenti mentesülésre okot adó állapot megszűnését követően köteles haladéktalanul, de legkésőbb 5 naptári napon belül megtenni a szükséges intézkedést.

65. Kárrendezés

A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az alábbi iratokat kell a biztosítóhoz benyújtani:

- a. a biztosítási kötvényt;
- b. az utazási okmányokat;
- c. a biztosító által erre a célra rendszeresített, a biztosított által kitöltött kárbejelentő nyomtatványt;
- d. a káreseményről felvett külföldi hivatalos (hatóságok által kiállított, szállodai stb.) eredeti, névre szóló jegyzőkönyvet, határozatot;
- e. a káreseménnyel kapcsolatban készült, eredeti, névre szóló, a diagnózist és a kezeléseket leíró orvosi igazolást, zárójelentést, részletezett számlát;
- f. minden egyéb olyan dokumentum, amelyet az ügyfél, illetve a biztosított a kárának pontos felmérése avagy kifizetése érdekében, a káreset sajátosságai miatt a kárüggyel összefüggésben be kíván nyújtani (így különösen repülőjegy számla, vonatjegy számla, üzemanyag számla, szállodai számla, gyógyszervásárlásról számla, orvosi igazolás utazásképtelenségről).

Poggyászkár esetén (amennyiben rongálódás történt) a biztosító kérésére a károsodott tárgyat is be kell mutatni.

A biztosító a kárrendezéshez szükséges iratok beérkezésétől számított 30 napon belül teljesíti szolgáltatásait a hatályos deviza törvényben foglaltaknak megfelelően.

Poggyászkár esetén a kártérítés a károsodott tárgyak káridőponti értéke alapján kerül megállapításra.

A kár megtérítését követően a biztosítót illetik meg azok a jogok, amelyek eredetileg a biztosítottat illették meg a kárért felelős személlyel szemben, kivéve ha ez a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó.

66. Az Utazási Garancia Biztosítási szerződések számának korlátozása

A Groupama Garancia Biztosítónál ugyanarra az utazásra legfeljebb egy Utazási Garancia Biztosítási szerződés köthető. Amennyiben a biztosított mégis több szerződéssel rendelkezik, a biztosító a betegségi és baleseti ellátásra vonatkozó, valamint a poggyászbiztosítási és jogvédelmi szolgáltatásokat egyszeresen nyújtja a biztosított által választott egy biztosítás alapján.

67. A személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

A biztosítási feltételek kiegészítése a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalókkal (továbbiakban „Tudnivalók”)

1. Értelmező rendelkezések

- a. **személyes adat:** az érintettel kapcsolatba hozható adat – különösen az érintett neve, azonosító jele, valamint egy vagy több fizikai, fiziológiai,

mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző ismeret –, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés. A személyes adat az adatkezelés során mindaddig megőrzi e minőségét, amíg kapcsolata az érintettel helyreállítható. Az érintettel akkor helyreállítható a kapcsolat, ha az adatkezelő rendelkezik azokkal a technikai feltételekkel, amelyek a helyreállításhoz szükségesek;

- b. **érintett:** bármely meghatározott, személyes adat alapján azonosított vagy – közvetlenül vagy közvetve – azonosítható természetes személy;
- c. **hozzájárulás:** az érintett akaratának önkéntes és határozott kinyilvánítása, amely megfelelő tájékoztatáson alapul, és amellyel félreérthetetlen beleegyezését adja a rá vonatkozó személyes adatok – teljes körű vagy egyes műveletekre kiterjedő – kezeléséhez;
- d. **adatkezelő:** az a természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy amely önállóan vagy másokkal együtt a személyes adatok kezelésének célját meghatározza, az adatkezelésre (beleértve a felhasznált eszközt) vonatkozó döntéseket meghozza és végrehajtja vagy az általa megbízott adatfeldolgozóval végrehajtja;
- e. **adatkezelés:** az alkalmazott eljárástól függetlenül a személyes adatokon végzett bármely művelet vagy a műveletek összessége, így különösen gyűjtése, felvétele, rögzítése, rendszerezése, tárolása, megváltoztatása, felhasználása, lekérdezése, továbbítása, nyilvánosságra hozatala, összehangolása vagy összekapcsolása, zárolása, törlése és megsemmisítése, valamint az adatok további felhasználásának megakadályozása, fénykép-, hang- vagy képfelvétel készítése, valamint a személy azonosítására alkalmas fizikai jellemzők (pl. ujj- vagy tenyérnyomat, DNS-minta, íriszkép) rögzítése;
- f. **adattovábbítás:** az adat meghatározott harmadik személy számára történő hozzáférhetővé tétele;
- g. **adattfeldolgozás:** az adatkezelési műveletekhez kapcsolódó technikai feladatok elvégzése, függetlenül a műveletek végrehajtásához alkalmazott módszertől és eszköztől, valamint az alkalmazás helyétől, feltéve, hogy a technikai feladatot az adatokon végzik;
- h. **adattfeldolgozó:** az a természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy amely az adatkezelővel kötött szerződése alapján – beleértve a jogszabály rendelkezése alapján történő szerződéskötést is – személyes adatok feldolgozását végzi;
- i. **Infotv.:** az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény;
- j. **a biztosítási titok:** minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaknácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaknácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik;
- k. **ügymenet kiszervezése:** a biztosító biztosítási tevékenysége valamely részének végzésére mást bíz meg;
- l. **biztosító:** Groupama Garancia Biztosító Zrt., székhely: Magyarország, 1051 Budapest, Október 6. utca 20., Fővárosi Törvényszék Cégbírósága által Cg. 01-10-041071 szám alatt bejegyezve;
- m. **ügyfél:** a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító szolgáltatására jogosult más személy; az adatvédelemre vonatko-

zó rendelkezések alkalmazásában ügyfél az is, aki a biztosító számára szerződéses ajánlatot tesz;

- n. **egészségügyi adat:** az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben foglalt meghatározás szerint az érintett testi, értelmi és lelki állapotára, kóros szenvedélyére, valamint a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó, általa vagy róla más személy által közölt, illetve az egészségügyi ellátóhálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat; továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat (pl. magatartás, környezet, foglalkozás);
- o. **külföldi:** a devizakorlátozások megszüntetéséről, valamint egyes kapcsolódó törvények módosításáról szóló 2001. évi XCIII. törvény 2.§-ának 2. pontjában meghatározott fogalom;
- p. **üzleti titok:** a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (a továbbiakban: Ptk.) 81.§-ának (2) bekezdésében meghatározott fogalom.

2. Az adatkezelés célja, jogalapja

A biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban Bit.) 155.§ (1) bekezdése alapján a biztosító adatkezelésének célja a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit-ben meghatározott egyéb cél.

A biztosító az ügyfél előzetes hozzájárulásával az alábbi célokból is végez adatkezelést:

- ügyfelek tájékoztatása és marketing tevékenység (értve ezalatt a biztosítási, illetve más célból történő üzleti kapcsolatfelvételt, az ügyfélakciók szervezését is);
- ügyfélnyilvántartás vezetése;
- jogi eljárások, panaszügyintézés folytatása;
- a biztosítási szerződésből eredő igények teljesítése;
- üzletszerzés, prevenciós és intervenciós tevékenység, amely kiterjed ezen tevékenységek ellátása érdekében a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló biztosításközvetítők részére történő adatátadásra is (az egészségügyi állapotra vonatkozó, valamint a különleges adatok kivételével).

Az Infotv. 6.§ (1) bekezdése alapján a biztosító az érintett személyes adatait akkor is kezelheti, ha az érintett hozzájárulásának beszerzése lehetetlen vagy aránytalan költséggel járna, és a személyes adat kezelése a biztosítóra, mint adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése céljából szükséges vagy az adatkezelő biztosító, vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítése céljából szükséges, és ezen érdekek érvényesítése a személyes adatok védelméhez fűződő jog korlátozásával arányban áll.

A 16. életévét betöltött kiskorú érintett hozzájárulását tartalmazó jognyilatkozatának érvényességéhez törvényes képviselőjének beleegyezése vagy utólagos jóváhagyása nem szükséges.

Az Infotv. 6.§ (5) bekezdése alapján, ha a személyes adat felvételére az érintett hozzájárulásával került sor, az adatkezelő biztosító a felvett adatokat a törvény eltérő rendelkezésének hiányában a rá vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése céljából vagy az adatkezelő biztosító, vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítése céljából, ha ezen érdek érvényesítése a személyes adatok védelméhez fűződő jog korlátozásával arányban áll további külön hozzájárulás nélkül, valamint az érintett hozzájárulásának visszavonását követően is kezelheti.

Az ügyfél a biztosítási ajánlat, biztosítási szerződés, illetve a titoktartás alóli felmentésről szóló nyilatkozat aláírásával hozzájárul az adatainak a jelen „Tudnivalókban”, illetve a szerződésben meghatározottak szerinti kezeléséhez.

3. A kezelt adatok meghatározása (biztosítási titokkörök)

- a. az ügyfél személyi adatai, a nem természetes személyek adatai;
- b. a biztosított vagyontárgyak jellemző adatai és értéke, a kockázatelbírálás adatai;
- c. élet-, baleset-, betegség- és felelősségbiztosításnál az egészségi állapottal összefüggő adatok;
- d. a kifizetett biztosítási szolgáltatás és kártérítés összege, a kifizetés ideje,
- e. a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, módosításával, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő, valamint a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges összes lényeges tény és körülmény

Az a-b. pontokba tartozó, a biztosítási ajánlaton szereplő adatok, valamint a c. pontban meghatározott adatok nélkülözhetetlenek a szerződés megkötéséhez, illetve a szolgáltatás teljesítéséhez.

Az adatszolgáltatás minden adat vonatkozásában önkéntes, de a fentebb megjelölt adatok hiánya a kockázat meghatározását lehetetlenné teszi, amely a biztosítási ajánlat visszautasítását vonhatja maga után.

A fentiekén túlmenően az ügyfél hozzájárulása esetén a biztosító jogosult mindazokat az ügyfél által önként megadott adatokat kezelni, melyek a 2. pontban felsorolt célokból szükségesek. A biztosító azonban az ügyfeleknek csak azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával és a szolgáltatással összefüggnek.

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a Bit. 155.§ (1) bekezdésében meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

A biztosító kizárólag automatizált adatfeldolgozással az érintett személyes jellemzőinek értékelésén alapuló döntés meghozatalára is jogosult, ha a döntést a szerződés megkötése vagy teljesítése során hozták, feltéve, hogy azt az érintett kezdeményezte. Az automatizált adatfeldolgozással kapcsolatos döntés esetén a biztosító az érintettet – kérelmére – tájékoztatja az alkalmazott módszerről és annak lényegéről, valamint lehetőséget biztosít az érintettnek álláspontja kifejtésére.

A biztosító az ügyfél hozzájárulása esetén a tevékenységéhez kapcsolódó információkról hírlevélben, e-mailen tájékoztatást adhat az ügyfeleinek. A biztosító vagy vele szerződéses kapcsolatban álló biztosításközvetítő az ügyfél hozzájárulása esetén e-mailen, telefonon, személyesen megkeresheti az ügyfelet ajánlattétel céljából, vagy közvetlen üzletszerzést célzó küldeményt juttathat el a részére.

4. A biztosítási titoknak minősülő személyes adatok kezelésénél az alábbiak szerint jár el a biztosító

4.1. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

4.2. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a. a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad;

b. a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

4.3. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége a Bit-ben foglaltak szerint nem áll fenn: a feladatkörében eljáró Felügyelettel; a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel; büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval; az Európai Csalásellenes Hivattal (Olaf); a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel; meghatározott esetekben az adóhatósággal; a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal; a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivattal; a feladatkörében eljáró gyámhatósággal; az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108.§ (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal; a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésre felhatalmazott szervvel; a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal; a Bit-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartó szervvel; az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval; a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal, valamint a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni; a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval; a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával; a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal; a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel szemben.

A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fentebb meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

Az adóhatósággal szemben a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

4.4. A biztosító a nyomozó hatóság, a polgári nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet kábítószerrel visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

A biztosító a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel el látott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg az Országos Rendőr-főkapitányság – a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

4.5. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezet-hez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

4.6. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg; fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenység-hez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak; a jogalkotás meg-alapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Nemzetgazdasági Minisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása, az összevont alapú felügyeletre és a kiegészítő felügyeletre vonatkozó törvényi rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

A fentebb meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

A biztosító a 4.2-4.6. pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait a Bit-ben foglaltak szerint továbbíthatja.

4.7. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, a Bit. 154.§ alá eső adatok vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell.

4.8. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az el-

hunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

4.9. A biztosító, biztosításközvetítői és szaktanácsadói vállalkozás jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító, biztosításközvetítői és szaktanácsadói vállalkozás által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított 60 év múlva levéltári kutatások céljára felhasználható. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk. 81.§-ában foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

5. Az adatkezelés időtartama

A biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

6. Az adatkezelésre vonatkozó egyéb rendelkezések

6.1. Az ügyfelek adatait a biztosító a saját informatikai rendszerében, számítógépes úton is kezeli.

6.2. A biztosító az adatkezelés során betartja az Infotv., a Bit., valamint az egyéb hatályos jogszabályok rendelkezéseit.

6.3. A biztosító az ügyfél kérésére a biztosító által vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól, annak kezeléséről tájékoztatást ad, az ügyfél által kezdeményezett adathelyesbítéseket nyilvántartásaiban átvezeti a törvényi feltételek fennállása esetén törli, illetve zárolja az adatot.

6.4. Az ügyfél élhet az Infotv-ben biztosított egyéb jogaival (pl. tiltakozási jog, bírósági jogérvényesítés) is.

6.5. A biztosító az adatkezelési műveleteket úgy tervezi meg és hajtja végre, hogy az adatkezelésre vonatkozó szabályok alkalmazása során biztosítsa az érintettek magánszférájának védelmét. A biztosító gondoskodik az adatok biztonságáról, és megteszi azokat a technikai és szervezési intézkedéseket és kialakítja azokat az eljárási szabályokat, amelyek az adat- és titokvédelmi szabályok érvényre juttatásához szükségesek.

Az adatokat a biztosító védi a jogosulatlan hozzáférés, megváltoztatás, továbbítás, nyilvánosságra hozatal, törlés vagy megsemmisítés, valamint a véletlen megsemmisülés és sérülés, továbbá az alkalmazott technika megváltozásából fakadó hozzáférhetetlenné válás ellen.

6.6. A jelen „Tudnivalók”-ban hivatkozott jogszabályok a biztosító ügyfélszolgálati irodáiban, valamint a www.groupamagarancia.hu honlapon megtekinthetők.

7. Az adatok továbbítása, adatfeldolgozók

A Bit. 157.§ (1) bekezdésének o. pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben. A kiszervezett tevékenységet végzők részére a biztosító az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

Az ügymenet kiszervezését végző fontosabb jogalanyokra, szervezetekre,

az általuk végzett tevékenység leírására vonatkozó tájékoztató megtekinthető a biztosító ügyfélszolgálati irodáiban és a www.groupamagarancia.hu honlapon.

A biztosítóval kötött szerződés alapján kizárólag a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges célokra használhatóak a biztosítótól kapott adatok. A kiszervezett tevékenységet végzők az adat- és titokvédelemre vonatkozó jogszabályokat kötelesek betartani. A biztosítási titok megőrzésére vonatkozó kötelezettséget, felelősséget és a titok megtartása érdekében teendő intézkedéseket a velük kötött szerződés is biztosítja. A kiszervezett tevékenységgel harmadik személynek okozott bármely kárért a biztosító felel. Amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek személyes adatát továbbítja a kiszervezett tevékenységet végzőhöz, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a biztosító adatfeldolgozójának minősül. A biztosító az ügyfél hozzájárulásával az ügyfél 3. pontban meghatározott adatait (biztosítási titokköröket az egészségi állapotra vonatkozó, valamint a különleges adatok kivételével) a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló biztosításközvetítők számára üzletszerzés, prevenció és intervenció tevékenység céljából átadhatja.

68. Panaszügyintézés

Jelen szerződési feltételekkel kapcsolatban felmerülő esetleges kérdés, panasz esetén ügyfelünk személyesen a biztosító ügyfélszolgálati irodáiban dolgozó munkatársaihoz fordulhat. Telefonon keresztül a biztosító TeleCenter számán +36 1 467 3500, illetve elektronikus levélben a www.groupamagarancia.hu weboldal „Írjon nekünk” címen is állunk ügyfeleink rendelkezésére. Amennyiben ügyfelünk írásban kíván bejelentést tenni azt az 1380 Budapest, Pf. 1049 levélcímen és a +36 1 361 0091 telefex számon is megteheti.

A biztosító felett a szakmai felügyeletet a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete gyakorolja. A Felügyelet elérhetőségei: székhely: 1013 Budapest, Krisztina körút 39., levélcím: 1534 Budapest, BKKP Pf. 777, helyi tarifával hívható telefonszám: +36 40 203 776, központi fax: +36 1 489 9102, e-mail: ugyfelszolgalat@pszaf.hu.

A Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéről szóló 2010. évi CLVIII. törvényben foglalt fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeleténél fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezhető, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén ügyfelünk bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület (levélcím: 1525 Budapest BKKP Pf. 172, telefon: +36 1 489 9100, e-mail: pbt@pszaf.hu) eljárását kezdeményezheti. A permegelőző eljárások közül ügyfelünk közvetítői eljárást is kezdeményezhet a közvetítői tevékenységről szóló 2002. évi LV. törvény alapján.

A bíróság eljárására a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény rendelkezései irányadóak.

Tájékoztatjuk, hogy biztosítási szerződésére a mindenkor hatályos magyar jogszabályok és a mindenkor érvényes adózással kapcsolatos szabályok rendelkezései az irányadóak.

69. Elévülés

A biztosításból eredő igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 2 év alatt évülnek el.

Biztosítónk legfontosabb adatai:

Név: Groupama Garancia Biztosító Zrt.

Székhely: Magyarország, 1051 Budapest, Október 6. utca 20.

Levélcím: 1380 Budapest, Pf. 1049

Jogi formája: zártkörűen működő részvénytársaság (alapítva 1987)

Cégjegyzékszám: Cg. 01-10-041071

Társaságunk a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságánál került bejegyzésre.

HEALTH INSURANCE FOR URGENT MEDICAL TREATMENT WITHIN THE FRAME OF GARANCIA TRAVEL INSURANCE (EXTRACT)

The insurance covers medical care of the policy holder and his/her child/ren under 3 years of age arising from urgent emergency situations occurred abroad. The limit of the insurance cover depends on the insurance type indicated in the policy. Emergency case is considered when the lack of immediate medical care would endanger the life or physical soundness of the Insured. It is considered emergency case, furthermore, when the symptoms of the sickness (such as confusion or loss of consciousness, bleeding, acute illness etc.) or the severe health damages owing to an accident make it necessary for the Insured to proceed to medical care.

The insurance covers reasonable and usual costs of the following (taking into consideration the prevailing local medical fees):

- medical examination, medical treatment (hospitalisation and non post-ponable operation)
- single medical intervention in case of acute illness as an out-patient
- purchase of medicines on doctor's prescription
- purchase of crutch or stick ordered by a physician
- replacement of glasses or contact lenses on medical prescription due to an accident involving personal injury
- dental treatment with the aim of pain relief (excluding dentures) for maximum 2 teeth at a maximum price of EUR 150 per tooth
- costs of childbirth care, spontaneous abortion or premature delivery (till the 28th week of the pregnancy)
- costs of ambulance or taxi to a hospital or a doctor in case of inability to walk.

Limitations and exclusions

Costs of hospitalisation are covered by the Insurer till the time when the repatriation of the patient – under the doctor's permission – can be arranged, either with the intervention of the insurer or its representative and by the means of transportation determined by the doctor.

In case of hospitalisation the Insured or his/her proxy is obliged to contact the Insurer's assistance company. In lack of such notice the Insurer shall reimburse the hospitalisation costs incurred up to the amount of EUR 1000. Price of purchased medicines are reimbursed by the Insurer in such quantity that ceases the acute sick condition according to medical expert opinion. Even if emergency the insurance does not cover the following:

- treatment of such illnesses that have already been revealed before the start of the travel, except when the absence of medical care would presumably endanger the life or physical soundness of the Insured, or would cause irreversible physical damages,
- general medical examination, or long-lasting medical treatment or any other medical service not justified by an acute sickness or unnecessary for the diagnosis

- examinations and operations postponable until the patient returns to Hungary
- follow-up care
- travels with the aim of medical treatment and the costs involved
- purchase of medicines without medical prescription
- additional supply of medicines of known illnesses, except when they are lost owing to theft or accident
- not urgent or not pain killing dental treatments: dentures or crown of tooth, toothstraightening, scaling of tartar and finalised root canal treatment
- physiotherapeutical, psychotherapeutical or acupuncture treatments or any other treatment performed by a person having no medical qualifications
- treatments and costs necessary due to alcohol or drug consumption or to their consequences
- protective immunization
- diseases infected by sexual acts
- AIDS or illnesses related to it.

For payment guarantee please contact our assistance service (see back side of the policy).

ASSURANCE MALADIE POUR TRAITEMENT MÉDICAL URGENT

L'Assurance maladie s'étend sur les soins des malades assurés en cas d'urgence. La limite de garantie est définie par type de l'assurance, marqué par un croix sur la police d'assurance.

Conformément au présent ge'lement un cas d'urgence se présente si l'omission de l'intervention médicale immédiate met prévisiblement en péril la vie ou la santé de l'assuré, ou peut causer des dommages irréparables dans la santé de l'assuré, de me^me si a` la base des symptômes de la maladie de l'assuré (trouble de conscience, perte de conscience, hémorragie, maladie contagieuse, etc.) ou par suite d'un accident ou de soudaine détérioration de la santé l'intervention médicale urgente devient nécessaire.

Dans les cas nécessitant un traitement d'urgence, l'assurance s'étend

- à tous les soins médicaux pour cause d'accident, jusqu' à la transportabilité de l'assuré dans le pays d'origine
- en cas de maladie aiguë au premier traitement ambulatant
- à l'hospitalisation
- à l'achat de médicaments ordonnés par le médecin dans la quantité susceptible à éliminer l'état d'acuité ou le malaise
- à l'achat de béquilles et de bâton justifié par le médecin en écrit
- au remplacement de lunettes ou du cristallin ordonné par un docteur à cause d'un accident
- aux soins dentaires visant à faire cesser un état d'acuité ou les douleurs (l'inflammation, hémorragie – sans prothèses dentaires), au maximum de 2 dents, limite par dents est EUR 150,
- aux cas d'avortement spontané ou de fausse couche, jusqu' à la 28e`me semaine de la grossesse

sans le choix du docteur et aux tarifs locaux usuels.

L'assurance ne s'étend pas

- aux traitements médicaux par suite de maladies déjà existantes, excepté le cas où l'omission du traitement médical mettrait la vie ou la santé de l'assuré en danger, c'est à dire causerait une détérioration corporelle irréparable
- aux examens médicaux généraux et à des traitements médicaux prolongés
- si l'assuré part pour un pays étranger dans le but de traitement médical aux frais qui en découlent
- au remboursement de médicaments achetés sans ordonnance médicale
- à l'achat de médicaments à l'étranger pour des maladies déjà existantes à l'exception de leur remplacement à cause du dommage du vol ou bien de l'accident
- à des traitements physiothérapiques, balnéothérapeutiques, psychothérapiques effectuées par une personne ne disposant pas de diplôme de médecin

- à des traitements pour raison de consommation d'alcool ou de drogues
- au traitement en conséquence de tentative de suicide
- à des vaccinations préventives
- aux maladies vénériennes
- à la SIDA et aux maladies en connection d'elle.

Pour la garantie de paiement veuillez contacter notre service d'assistance.

Sauf l'approbation antérieure par le service d'assistance les frais de l'hospitalisation dépassant EUR 1.000 ne seront pas remboursé par l'Assurance.

KRANKENVERSICHERUNG

Die versicherten Risiken

Die Versicherung deckt ausschliesslich dringend entstandenen Krankenversorgung.

Der Versicherer übernimmt alle aus dem Schadenfall entstandenen Kosten bis höchstens in der Versicherungspolizze angegebenen Summe, entsprechend der angekreuzten.

Dringender Zustand ist, wenn das Leben oder die körperliche Unversehrtheit des Versicherten durch den Verbleib der umgehenden ärztlichen Versorgung gefährden sein würde oder in der Gesundheit des Versicherten unwiederherstellbare Schäden verursachen würde. Unter dringendem Zustand ist noch zu verstehen, wenn aufgrund der Krankheitssymptome (Bewusststörungen, Ohnmacht, Blutung, akuter Erkrankung usw.) oder infolge Unfall oder plötzlich eingetretener schwerer Gesundheitsschaden, der Versicherte auf umgehende ärztliche Versorgung angewiesen ist.

Die Versicherungsdeckung

Bei dringender (unverschiebbarer) Versorgung deckt die Versicherung die folgenden Ereignisese

- Ärztliche Untersuchung
- Im Falle akuter Erkrankung ambulante Behandlung, einmalige ärztliche Versorgung
- Krankenhauspflege
- Medikamentenkauf auf ärztliche Bescheinigung
- Kauf von Krücken und Stock auf ärztliche Begründung
- Ersetzen von Brillen und Kontaktlinsen durch ärztliche Verordnung infolge Unfall mit körperlicher Verletzung
- Schmerzlindernde Zahnbehandlung (ohne Zahnersetzung), höchstens 2 Zähne, maximum 150 EUR/Zahn,
- Geburtsversorgung, spontaner Fehlgeburt, Frühgeburt (bis zur 28. Woche der Schwangerschaft)
- Die begründeten Fahrkosten mit Taxi oder Krankenwagen ins Krankenhaus oder zum Arzt

ohne Wahl des Arztes, begründete und gewöhnliche Kosten, mit Berücksichtigung der gültigen Prämienberechnung vom Arzt am Ort.

Einschränkungen und Ausschlüsse

Die Kosten für Krankenhauspflege übernimmt die Versicherung bis zum Zeitpunkt, an dem, gemäß Erlaubnis des Arztes, die Heimfahrt – mit der Zusammenarbeit der Versicherung oder ihres Beauftragten – durch ihn bestimmte Verkehrsmittel ermöglicht werden kann.

Der Versicherte oder dessen Beauftragte – im Falle nötigen Krankenhauspflege – ist verpflichtet, mit unserem 24 Stunden Assistance Service in Verbindung zu treten. Die über 1000 EUR steigenden Krankenhauskosten

werden erst nach der Genehmigung der Assistance Service akzeptiert und auszahlt.

Die Kosten für, durch den Arzt verordneten Medikamentenkauf, werden von der Versicherung nur soweit und in der Menge übernommen, bis diese gemäß Arzt für die Aufhebung des akuten Zustandes, des Unwohlseins nötig sind.

Die Versicherung bietet keine Deckung in dringenden Versorgungsfällen für

- Die Behandlung von Erkrankungen die bereits vor der Abreise bekannt waren, außer wenn durch das Ausbleiben der Arztbehandlung das Leben oder die körperliche Unversehrtheit des Versicherten gefährdet sein würde, oder in der Gesundheit oder körperliche Unversehrtheit unwiederherstellbare Schäden verursachen würde
- Allgemeine Untersuchungen, die nicht für die Feststellung der Diagnose nötig sind, langandauernde Heilbehandlungen
- Untersuchungen, Behandlungen und Operationen die bis zum Heimfahrt des Patienten verschiebbar sind
- Reisen mit dem Ziel der Heilbehandlung und mit diesen verbundenen Kosten
- Medikamentenkauf ohne ärztliche Bescheinigung
- Das Ersetzen von Medikamenten im Ausland für bereits vorhandenen Krankheiten – ausgenommen bei Unfall oder bei Diebstahl
- Nicht dringende, oder nicht schmerzlindernde Zahnbehandlung, Zahnersetzung, Zahnkronen, Zahnbrücken, Zahnrichtung, Zahnstein Entfernung, Zahnwurzel Behandlung
- Physiotherapie, Psychotherapie, Behandlung durch Akupunktur, Behandlung jeglicher Art durch ärztlich unqualifizierte Personen
- Infolge Alkohol- oder Drogenkonsum entstandenen Behandlungen und Kosten im Zusammenhang mit diesen Zuständen
- Selbstmord oder durch Selbstmordversuch entstandenen Kosten
- Nachbehandlungen
- Schutzimpfungen
- Krankheiten infolge Geschlechtsverkehr
- AIDS und damit verbundenen Erkrankungen.

Für die Leistungsgarantie bitten wir Sie, unsere „Assistance Service“ zu kontaktieren (siehe Rückseite der Versicherungspolice).