

Magyar Köztársaság területére érkező külföldiek csoportos egészségügyi és balesetbiztosítása

I. ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK

1. A QBE Atlasz Biztosító Rt. (továbbiakban : Biztosító) a biztosítási szerződés alapján arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási díj megfizetése ellenében, a szerződésben felsorolt - Magyarország területén felmerült káresemények kapcsán - alábbi biztosítási szolgáltatásokat nyújtja:

- Egészségügyi biztosítás
- Balesetbiztosítás

2. Röviden a QBE Atlasz Biztosító Részvénytársaságról

Biztosító társaságunk 1988. május 1-én alakult meg.

Székhelyünk: 1143. Budapest, Stefánia út 51.

Levelezési címünk: 1581 Budapest, Pf.: 10.

Társaságunk törekszik arra, hogy Ügyfeleinket a lehető legjobban kiszolgálja, ennek ellenére egy szerződéses jogviszony során - óhatatlanul - a szerződéses partnerek eltérő értelmezéséből fakadóan viták merülhetnek fel. Öszintén reméljük, hogy erre nem kerül sor, de ha mégis, akkor az alábbiakban részletezett ügyfélbarát eljárás áll az Ön rendelkezésére.

3. Hogyan jön létre a biztosítási szerződés?

A Szerződő által előzetesen megadott utaslista alapján, a Biztosító részére a kockázatviselés kezdete előtt átutalt biztosítási díj megfizetésével.

4. Mikor lép életbe és meddig hatályos a biztosítás?

A Biztosító kockázatviselése legkorábban a díj megfizetését követő - az utazási iroda által a Biztosítónak megküldött utaslistán szereplő - magyarországi tartózkodás első napjának 0. órájakor kezdődik, és a díjjal kiegyenlített tartózkodás utolsó napjának 24. órájáig tart.

A biztosítás érvénytartama a szervezett út kalkulációja szerinti napok száma lehet.

5. Ki a Szerződő ?

Szerződő az a személy, aki a Biztosított(ak) javára a biztosítási szerződést megköti és a díjat megfizeti.

6. Ki lehet Biztosított?

Biztosított az a devizakülföldi személy, aki a Szerződő, azaz Magyarországon bejegyzett utazásszervező által a kockázatviselés kezdete előtt megküldött utaslistán szerepel, és akinek a részvételi díjba kalkulált biztosítási díját a Szerződő megfizette.

7. Ki/k a Kedvezményezett/ek ?

Kedvezményezettnek minősül/nek az(ok) a személy(ek), aki(ke)t a Szerződő a Biztosított írásbeli hozzájárulásával megjelöl, és a szerződés szerint ebben a minőségben - a 10. pontban foglaltak szerint - a Biztosító szolgáltatására jogosult(ak).

A Kedvezményezett személye a biztosítás tartama alatt bármikor megváltoztatható, a Szerződő és a Biztosított Biztosítóhoz intézett, egybehangzó írásbeli nyilatkozatával.

8. A biztosítás területi hatálya

A biztosítás kizárólag Magyarországon, a Magyar Köztársaság területén bekövetkező biztosítási eseményekre érvényes.

9. Mi a biztosítás többszöri megkötésének korlátozása?

Biztosítás azonos időre csak egyszer köthető. Amennyiben a Biztosított e kikötés ellenére mégis több biztosítással rendelkezik, úgy a Biztosító a térítést csak egyszeresen nyújtja és ezzel egyidőben, a Biztosítónál esetlegesen kötött ugyanilyen vagy más feltételű egészségügyi és balesetbiztosítás díját visszafizeti.

10. A biztosítás díjtétele

0,50 USD/fő/nap a tényleges napok száma szerint.

11. Ki jogosult a szolgáltatásokra?

Amennyiben a Szerződő és a Biztosított a szerződés megkötése előtt másképpen nem rendelkezik, a biztosítási szerződésben foglalt és a Biztosítottat még életében megillető balesetbiztosítási összegeket a Biztosító a Biztosított részére téríti.

Amennyiben a Szerződő a 6.pontban foglaltak szerint nem jelöl Kedvezményezettet, a Biztosított baleseti halála esetén nyújtandó balesetbiztosítási összegre a Biztosított örököse(i) jogosult(ak).

12. Mely esetekben mentesül a Biztosító a biztosítási szolgáltatások térítése alól?

A Biztosító mentesül a károk kifizetése alól:

- ha a Biztosított azonosíthatóan nem szerepel a Szerződő által előzetesen megadott utaslistán,
- ha a Szerződő a biztosítási díjat nem fizeti meg,
- ha a Biztosított vagy Szerződő valótlan adatokat közöl,
- ha a Biztosított elmulasztja a biztosítási esemény előírásoknak megfelelő bejelentését, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak,
- ha a Biztosított a betegséget önmagának szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozta, vagy egyébként az általa elkövetett szándékos bűncselekmény miatt betegedett meg, vagy az egészségügyi szolgáltatás ilyen cselekmények miatt vált szükségessé,
- ha a Biztosított halálát a Kedvezményezett okozta,
- ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A balesetet súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak akkor kell tekinteni, ha a baleset a Biztosított:

- 0,80‰ véralkoholszint feletti ittas állapotában vagy kábítószeres befolyásoltság alatt, azzal közvetlen okozati összefüggésben következett be,
- jogosítvány nélküli gépjárművezetés közben következett be,

13. Melyek a biztosításból kizárt kockázatok?

A biztosításból kizárásra kerülnek:

- a felmerült nem vagyoni károk,
- a Biztosított által harmadik személynek okozott károk,
- veszélyes sportok (különös tekintettel az autó- motorsport versenyek - ideértve a tesztúrákat és a rallyversenyeket is-, szikla és hegymászás, barlangászat, repülő sportok, ejtőernyős ugrások) gyakorlása és az ezekkel kapcsolatos edzéseken való részvétel során bekövetkezett események,
- közvetve vagy közvetlenül a jogszabály szerint ionizáló minősülő sugárzás, nukleáris energia folytán bekövetkezett események,
- háborús, polgárháborús cselekménnyel, harci eseménnyel, terrorcselekménnyel, felkeléssel, sztrájkjal, lázadással, zavargással közvetlen vagy közvetett összefüggésben bekövetkezett események,
- a Biztosító nem felel a felkért szolgáltató által okozott orvosi műhibákból eredő felelősségi károkért.

14. *Mi a Biztosított feladata a káresemény bekövetkezésekor?*

A Biztosított feladatai:

- A káreseményével kapcsolatban felmerült minden tényről, adatról a Biztosítót tájékoztassa,
- a kárt a lehetőségekhez képest elhárítsa, illetve csökkentse és ennek során a Biztosító útmutatásait kövesse,
- a Biztosító számára minden olyan vizsgálatot engedélyezzen, melyek a káresemény okaira, a kár mértékére és a kártérítés nagyságára vonatkoznak.

15. *Mikor esedékes a kárkifizetés?*

A Biztosító a jogosult részére fizetendő kártérítést - a mindenkor érvényes devizajogszabályok figyelembe vételével - a biztosítási szerződésben meghatározott összeghatároknak megfelelően a kárrendezéshez szükséges összes dokumentum megküldését, illetve az utolsó dokumentum beérkezését követően 15 napon belül téríti meg.

Amennyiben a Biztosító a kárt megtérítette, őt illetik meg azok a jogok, amelyek a Biztosítottat illeték meg a kárért felelős személlyel szemben kivéve, ha ez a Biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó.

16. *Mikor évülnek el a kártérítési igények?*

Jelen szabályzatból eredő biztosítási igények a káresemény bekövetkezésétől számított 2 év alatt évülnek el.

17. *Titoktartási kötelezettség*

A Biztosítót az 1995. évi XCVI. Tv. alapján biztosítási titoktartási kötelezettség terheli.

A Biztosító titoktartási kötelezettsége az ügyfelek adatainak vonatkozásában a következő szervezetekkel, hatóságokkal szemben nem áll fenn:

- a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- a hivatkozott törvényben rögzített esetekben a nyomozó hatóság vezetőjével, valamint ügyészséggel,
- a büntetőügyben, valamint csődeljárás illetve felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal,
- hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,

- adóüggyben, ha az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve ha a biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésből törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- verseny-felügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- a hivatkozott törvényben rögzített esetekben más biztosító társasággal,
- feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- az egészségügyről szóló 1977. évi CLIV. törvény 108.§ (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal (szemben).

A Biztosító köteles a Biztosított (Szerződő, Kedvezményezett) kérésére a Biztosító által vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól tájékoztatást adni, valamint a Biztosított által kezdeményezett adathelyesbítéseket nyilvántartásaiban átvezetni.

18. A fogyasztói panaszokkal foglalkozó szerv:

QBE ATLASZ Biztosító Rt.
1143.Budapest, Stefánia u.51.

Panaszt nyújthat be - lehetőleg írásban - az Önhöz legközelebbi képviselőtünkhöz, ekkor a panasz kézhezvételétől számított lehető legrövidebb időn belül írásban válaszolunk Önnek. Ha problémáját a QBE ATLASZ Biztosító Rt-n belül nem tudjuk az Ön megaláztatására megoldani, panaszával a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) fordulhat. A PSZÁF-fal történő kapcsolatfelvétel elősegítése érdekében, készséggel állunk rendelkezésére.

A biztosítók felügyeleti szerve az Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete.

19. Jelen szabályzatban nem tárgyalt kérdésekben a PTK. rendelkezései az irányadóak. A szerződő felek a biztosítási szerződésből származó jogviták eldöntésére perértéktől függően a Pesti Központi Kerületi Bíróság, illetve a Fővárosi Bíróság kizárólagos illetékességét kötik ki.

II. EGÉSZSÉGÜGYI BIZTOSÍTÁS

20. Milyen kockázati körre terjed ki az egészségügyi biztosítás ?

A Biztosító a hozzá beérkezett telefonhívást követően a jogosult részére a felmerült egészségügyi költségeket a - 20. pontban részletezett feltételek és összeghatár szerint - átvállalja, amennyiben a Biztosított a biztosítás tartamán belül, a Magyar Köztársaság területén megbetegszik vagy balesetet szenved. A Biztosító e szolgáltatásokat kizárólag sürgős szükség esetén nyújtja.

Sürgős szükség esete áll fenn, ha az azonnali orvosi ellátás elmaradása előreláthatóan a Biztosított életét, illetve testi épségét veszélyeztetné vagy a Biztosított egészségében, illetve testi épségében helyrehozhatatlan károsodást okozna, úgyszintén ha a Biztosított betegségének tünetei (eszméletvesztés, vérzés, fertőző heveny megbetegedés, stb.) alapján, illetve baleset folytán vagy hirtelen bekövetkezett súlyos egészségkárosodása miatt azonnali ellátásra szorul.

21. A biztosítással fedezett egészségügyi szolgáltatások

A biztosítás kizárólag sürgős szükség esetén, a Biztosító kockázatviselésének tartamán belül, megbetegedés vagy baleset kapcsán felmerült költségekre **összesen 1.000.000.-Ft összeghatárig nyújt fedezetet.**

Fenti költségeket akkor vállalja a Biztosító, ha a Biztosított vagy megbízottja, illetve az ellátást nyújtó intézmény, kezelőorvos a Biztosítót a lehető legrövidebb időn belül (de. max. 24 órán belül) értesítette és az a szolgáltatások igénybevételét engedélyezte.

Biztosítási szolgáltatások:

- orvosi vizsgálat,
- orvosi gyógykezelés,
- kórházi gyógykezelés (a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a magyarországi kórházi kezelési költségeket addig az időpontig vállalja, amíg a kezelőorvossal történt egyeztetés alapján a beteg állapota lehetővé teszi az állandó lakóhelyére történő szállítást további gyógykezelés céljából.),
- halaszthatatlan műtét, intenzív ellátás,
- sürgősségi szülészeti ellátás a terhesség 28. hete előtt,
- orvosi rendelvényre vásárolt gyógyszer, eredeti számlával igazolt költségeinek utólagos megtérítése,
- művégtagok, mankók, rokkantkocsik, és egyéb orvosi felszerelések, készülékek, eszközök orvosi rendelvényre történő kölcsönzése,
- szemüveg – orvos által rendelt – pótlása, személyi sérülést is okozó orvosi ellátást igénylő baleset miatt 10.000.-Ft összeghatárig,
- kizárólag sürgősségi fogászati ellátás, közvetlen fájdalomcsökkentő kezelés, legfeljebb két fogra, foganként max. 5.000.-Ft összeghatárig,
- holttest hazaszállítása max. 500.000.-Ft összeghatárig

A Biztosított a Biztosítóval vagy annak megbízottjával szemben felmenti a vizsgálatot vagy kezelést végző orvost az orvosi titoktartás alól.

22. Mire nem terjed ki az egészségügyi biztosítás?

Az egészségügyi biztosítás nem terjed ki:

- bármely olyan ellátásra vagy gyógyszervásárlásra, amely korábban fennálló egészségi állapot következménye,
- olyan szolgáltatásra, amely nem szükséges a diagnózis megállapítása vagy a kezelés céljából,
- olyan szolgáltatásra, amely nem akut megbetegedés vagy baleseti sérülés miatt válik szükségessé,
- azon többletköltségekre, amelyek meghaladják a Magyarországon indokolt és szokásos díjat ,
- azon költségekre, amelyekhez a Biztosított vagy megbízottja, illetve az ellátást nyújtó intézmény, kezelőorvos 24 órán belül nem kérte a Biztosító hozzájárulását,
- a Biztosító hozzájárulása nélkül történt hazaszállítás költségeire,
- az elvárható, ésszerű kockázati szint túllépése nélkül halasztható műtétre,
- utókezelésre,
- pszichiátriai megbetegedések kezelésére,
- hozzátartozó által nyújtott kezelésre, ápolásra,
- fizioterápiára, akupunktúrára, természetgyógyász, illetve csontkovács által nyújtott kezelésre,
- alkoholos (0,80%o véralkoholszint feletti), illetve kábítószeres befolyásoltság miatt - vagy erre visszavezethető okokból - szükségessé vált orvosi, kórházi ellátásra,
- védőoltásra,
- rutin, kontroll, illetve szűrővizsgálatokra,

- szexuális úton terjedő betegségekre,
- szerzett immunhiányos betegsége (AIDS), illetve ezzel összefüggő betegségekre,
- kontaktlencsére,
- öngyilkosság, illetve annak kísérlete, vagy a Biztosított által elkövetett szándékos bűncselekmény következtében felmerült költségekre,
- hivatásszerű fizikai munkavégzés során bekövetkezett baleset következtében felmerült egészségügyi ellátás költségeire,
- kettőnél több fog kezelésére,
- definitív fogászati ellátásra, állkapocsorthopédiai ellátásra, fogszabályozásra, paradontológiai kezelésekre, fogköeltávolításra, foggyökérkezelésre, fogpótlásra, fogkoronára, hídra,
- egy-, illetve kétágyas kórházi elhelyezés többletköltségeire.

23. *Hogyan történik a kárrendezés?*

A Biztosított vagy a gyógyító, kezelő szerv, az orvosi ellátás megkezdése előtt a Biztosító non-stop működő **460-1500** (1143.Bp.Stefánia u.51. fax: 460-1515) számán bejelenti az eseményt.

A megbetegedés vagy baleset kapcsán felmerülő kórházi, orvosi költségeket az egészségügyi diagnózis ismeretében a Biztosító az eredeti számla alapján közvetlenül téríti meg az egészségügyi intézmény vagy orvos részére.

24. *A kárrendezéshez szükséges dokumentumok:*

- a biztosítás meglétét igazoló előzetes utaslista,
- eredeti orvosi, - kórházi számla, eredeti zárójelentés, recept példányai illetve ha baleset következményeként került sor betegségi ellátásra, rendőrségi jegyzőkönyv,
- betegséggel kapcsolatos indokolt költségeket igazoló belföldi eredeti bizonylatok.

III. BALESETBIZTOSÍTÁS

25. A Biztosító a balesetbiztosítási táblázatban meghatározott összegeket fizeti, ha a Biztosítottat a biztosítás érvénytartama alatt baleset éri, és azt orvossal igazoltatja.

26. *A baleset fogalma*

A baleset a Biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított egy éven belül meghal, állandó megrokkánást, egészségkárosodást szenved.

Napsugárzás, kvarc, szolárium által okozott leégés, napszúrás, hőséguta, megemelés, sérv,fagyás, öngyilkosság és annak kísérlete, valamint a hivatásszerű fizikai munkavégzés során fellépő egészségkárosodás nem minősül balesetnek.

27. *Balesetbiztosítási összegek*

- | | |
|---|------------------------------|
| - baleseti halál esetén | 500.000.-Ft |
| - baleseti állandó, teljes (100%-os) megrokkánás esetén | 500.000.-Ft |
| - baleseti állandó, részleges egészségkárosodás esetén az | 500.000.-Ft-nak az egészség- |
| károsodás foka szerinti hányada. | |

28. *Egészségkárosodási táblázat*

A baleset folytán bekövetkezett megrokkánás vagy állandó egészségkárosodás mértékét - tekintet nélkül a Biztosított foglalkozására - szervek, illetve végtagok elvesztése esetén az alábbi táblázat szerint kell megállapítani:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés %-a
- mindkét szem látóképességének elvesztése, mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése, egyik kar vagy kéz és comb vagy lábszár együttes elvesztése (felső végtag + alsó végtag csonkolása), mindkét comb elvesztése	100%
- mindkét lábszár elvesztése	90%
- egyik comb elvesztése, egyik felkar elvesztése	80%
- egyik lábszár elvesztése, egyik alkar elvesztése, beszélnőképesség teljes elvesztése, mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
- egyik kéz elvesztése (csuklón alul)	65%
- egyik láb teljes elvesztése (boka alatt)	40%
- egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
- egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	25%

Az egy balesetből eredő állandó részleges egészségkárosodás esetén a teljesített összes kifizetés az állandó teljes megrokkánás esetére megállapított biztosítási összeget nem haladhatja meg.

A baleseti állandó egészségkárosodás mértékét a táblázatban felsorolt szervek, illetve végtagok elvesztése esetén azonnal, egyébként legkésőbb két évvel a baleset után kell megállapítani.

A baleseti sérüléssel közvetlen okozati összefüggésben lévő egészségkárosodás fokát – az anatómiai elváltozáshoz társuló funkciókiesés mértékének megfelelően a végállapot kialakulását követően – a Biztosító orvosszakértője állapítja meg.

A megállapított egészségkárosodás %-os mértéke nem szükségszerűen azonos az Országos Orvosszakértői Intézet vagy egyéb e funkciót betöltő más intézmények határozatában megállapított mértékkel.

29. *Hogyan történik a kárrendezés?*

A baleset kapcsán felmerült egészségügyi ellátás költségeit a Biztosító a szabályzat 20. és 22. pontja szerint rendezi, balesetbiztosítási összegek térítésére a QBE Atlasz Biztosító Rt. Kárrendezési Osztálya az illetékes (1143. Bp. Stefánia.u.51.).

30. *A kárrendezéshez szükséges dokumentumok:*

- előzetes utaslista,
- orvosi dokumentáció,
- hivatalos jegyzőkönyv vagy igazolás a baleset és sérülés megtörténtéről, körülményeiről,
- a Biztosító által rendszeresített , ügyfél által kitöltött formanyomtatvány,
- halotti anyakönyvi kivonat,
- boncolási jegyzőkönyv.