

CLASSIC, PREMIUM és PRIVILEG SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ÉS BIZTOSÍTÁS szabályzata

Elektronikus úton kötött kiegészítő Balesetbiztosítással és Sportbaleset és sporteszköz biztosítással

Jelen szabályzati pontok a Classic, Premium és Privileg segítségnyújtás és biztosítás valamint a Kiegészítő Balesetbiztosítás feltételeit együttesen tartalmazzák. Azoknál a pontoknál, ahol a Classic, Premium, Privileg, a Kiegészítő Balesetbiztosítás vagy Sportbaleset és sporteszközbiztosítás feltételei megegyeznek, ez külön nem kerül megjelölésre, a termékek feltételeinek eltérő pontjait a termékek nevei jelzik.

I. ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK

1. A QBE ATLASZ Biztosító zrt. (továbbiakban: Biztosító) a biztosítási szerződés alapján arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási díj megfizetése ellenében, a szerződésben felsorolt – külföldön felmerült káresemények kapcsán (kiegészítve a kindulási helytől az országhatárig történő folyamatos utazásnál a baleseti halál kockázatával) – alábbi segítségnyújtási és biztosítási szolgáltatásokat nyújtja:

Classic, Prémium

- Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás
- Utazási segítségnyújtás és biztosítás
- Balesetbiztosítás
- Kiegészítő Balesetbiztosítás (csak külön díjfizetés ellenében)
- Sportbaleset és sporteszközbiztosítás (csak külön díjfizetés ellenében)
- Poggyászbiztosítás (Classic, Prémium, Privileg esetében)
- Jogvédelmi segítségnyújtás és biztosítás (Prémium, Privileg módozatnál)
- Személyi felelősségbiztosítás (Privileg módozatnál)

Privileg

- Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás
- Utazási segítségnyújtás és biztosítás
- Balesetbiztosítás
- Sportbaleset és sporteszközbiztosítás (csak külön díjfizetés ellenében)

2. Hogyan jön létre a biztosítási szerződés?

Biztosítás kizárólag a szerződéskötés időpontjában Magyarországon tartózkodó személy részére, az utazás megkezdése előtt, bankkártyás díjfizetés ellenében köthető meg. A Biztosító a biztosítási díj beérkezését követően kötvényt állít ki. Egy kötvényen maximum négy fő - együttutazó családtag szerepelhet - amennyiben azonos lakcímen megtalálhatók. E biztosítás azonos időre csak egyszer köthető. A biztosítás nem hosszabbítható.

3. Mikor lép életbe és meddig hatályos a biztosítás?

A biztosítás maximum 365 napra köthető. A Biztosító kockázatviselése – kizárólag Magyarország területén kívül - legkorábban a díj megfizetését követően azonnal- ebben az esetben a kiállítás idejét (óra, perc) is fel kell tüntetni a kötvényen -, vagy a szerződő által meghatározott későbbi nap 0. 00 órájkor kezdődik és a díjjal kiegyenlített utolsó nap 24. 00 órájáig tart. A kockázatviselés kezdete a kötvény kiállításának keltétől számított maximum 180. nap lehet.

Az a biztosítás, amelyet a Biztosított külföldi tartózkodása során kötött úgy, hogy a biztosítás megkötésekor nem tartózkodott Magyarországon, érvénytelen. Az így kötött biztosítás alapján semmilyen térítés nem jár, a Biztosító kockázatban nem áll. Az így kötött biztosítás díja visszajár.

Kiegészítő Balesetbiztosításkor (csak Classic és Prémium módozathoz köthető): a biztosítás hatálya megegyezik a Classic vagy Prémium biztosítási kötvényen feltüntetett érvénytartammal. A kockázatviselés a menetrend szerint vagy Magyarországon bejegyzett utazási iroda megrendelése alapján közlekedő repülőgépbe, vonatba, buszba, hajóba történő beszállással kezdődik és annak elhagyásáig tart.

Classic módozathoz csak Classic, Prémium módozathoz csak Prémium kiegészítő balesetbiztosítás köthető.

Kiegészítő Sportbaleset és sporteszközbiztosítás: az utazás időtartama alatt – kizárólag a megkötött Classic, Prémium vagy Privileg biztosítással együttesen, annak kezdete és lejáta közötti időben sporttevékenység során

bekövetkezett sportbaleseteknél a Biztosító szolgáltatása megegyezik a Classic, Prémium vagy Privileg baleset-biztosítási szolgáltatásaival, attól függően, hogy mely módozat került megkötésre. A sporttevékenységek sorából kizárásra kerül az expedíciós hegymászás, barlangászat, sziklamászás, auto-motor-sport, búvárkodás (az amatőr könnyűbúvárkodás kivételével).

Elektronikus úton kötött és 30 napnál hosszabb időtartamra szóló szerződés esetén a Biztosító kockázatviselése csak akkor veszi kezdetét a fenti időpontban, ha az ajánlattétel során a Biztosított kifejezetten hozzájárul a biztosítási szerződés teljesítésének azonnali megkezdéséhez. Ennek hiányában a Biztosító kockázatviselése a 4. pontban meghatározott felmondási határidő lejártát követő nap 0. 00 órakor veszi kezdetét, feltéve, hogy a Biztosított nem élt a felmondás jogával.

4. A biztosítás felmondása

A Biztosított az elektronikus úton kötött és 30 napnál hosszabb időtartamra szóló biztosítási szerződést, a biztosítási kötvény kézhezvételétől számított 14 napon belül, indokolási kötelezettség nélkül azonnali hatállyal felmondhatja. A felmondási jogot határidőben érvényesítenek kell tekinteni, ha arra vonatkozó nyilatkozatát a Biztosított a 14 napos határidő lejártá előtti postára adja az alábbi levelezési címre:

QBE Atlasz Biztosító Zrt.
1442 Budapest, Pf.101.

5. Ki a Szerződő?

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

Ki lehet Biztosított?

Biztosított lehet valamennyi magyar állampolgár, aki magáncélból, illetve ösztöndíjasként vagy napiadjasként, de nem fizikai munkavégzés céljából külföldre utazik. Biztosított lehet továbbá, maximum 30 napra az a külföldi állampolgár, aki nem rendelkezik magyar hatóság által kiállított személyi igazolvánnyal s magyarországi tartózkodása során harmadik országba utazik vagy saját országába utazik, de rendelkezik magyar TAJ kártyával.

- a) Classic, Premium módozat esetén a biztosítás hatálybalépésekor 70. életévét betöltött személy max. 90 napra, Prémium esetén 80. életévét betöltött személy maximum 30 napra, kötheti meg a biztosítást. Az ennél hosszabb időszakra kiállított kötvény a felső határnap után érvényét veszti.
- b) Premium éves bérlet és Privileg és Privileg éves bérlet esetén Biztosított lehet a biztosítás hatálybalépésekor 70. életévét be nem töltött személy.

Ki nem lehet Biztosított?

Nem lehet biztosított a tartós külföldi szolgálatot teljesítő, külföldön tartósan munkát vállaló magyar állampolgár és vele kinttartózkodó családtagja. Az a külföldi állampolgár, akinek nincs magyar hatóság által kiállított okmánya és 30 napnál hosszabb időre utazik külföldre, illetve az állandó lakóhelye szerinti országba szándékozik utazni. Továbbá Classic, Premium módozat esetén 90 napnál hosszabb időtartamra az a személy, aki 70. életévét betöltötte, Premium éves bérlet, Privileg, Privileg éves bérlet esetén az a személy, aki a 70. életévét betöltötte. Amennyiben a szerződés e kikötései ellenére a felsoroltak valamelyikének javára megkötik a biztosítást, az érvénytelen, és a biztosítás díja visszajár.

6. Ki/k a kedvezményezett/ek?

Kedvezményezettnek minősül/nek az(ok) a személy(ek), aki(ket) a Szerződő a Biztosított írásbeli hozzájárulásával megjelöl, és a szerződés szerint ebben a minőségben – a 11. pontban foglaltak szerint – a Biztosító szolgáltatására jogosult(ak).

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

7. Mely országokban nyújt a Biztosító vagy a szabályzatban, valamint a tájékoztatóban feltüntetett segítségnyújtó partnere, az Assist-Card International (továbbiakban: Partner) segítségnyújtási szolgáltatásokat és biztosítást?

A biztosítás Magyarország kivételével a világ összes országára érvényes, de a Biztosító és Partnere a segítségnyújtási szolgáltatásokat az alábbi országokban garantálja: Algéria, Amerikai Egyesült Államok, Andorra, Argentína, Aruba, Ausztria, Ausztrália, Azerbajdzsán, Bahama-szigetek, Barbados, Belgium, Bolívia, Bonaire, Brazília, Bulgária, Chile, Ciprus, Costa Rica, Curacao, Csehország, Dánia, Dél-afrikai Köztársaság, Dél-Korea, Dominika, Egyip-

tom, El Salvador, Ecuador, Észtország, Fehéroroszország Finnország, Franciaország, Fülöp-szigetek, Görögország, Guatemala, Hollandia, Honduras, Hong Kong, Horvátország, Indonézia, Írorság, Izland, Izrael, Japán, Jordánia, Kanada, Kazahsztán, Kirgizisztán, Kolumbia, Kenya, Kína, Kuba, Lengyelország, Lesotho, Libanon, Lichtenstein, Litvánia, Lettország, Luxemburg, Macao, Malájzia, Maldív-szigetek, Marokkó, Mauritius, Mexikó, Moldávia, Monaco, Nagy-Britannia, Nicaragua, Németország, Norvégia, Olaszország, Oroszország, Örményország, Panama, Paraguay, Peru, Portugália, Puerto Rico, Románia, San Marino, Spanyolország, Sri Lanka, Svájc, Svédország, Szaud-Arábia, Szerbia, Montenegro, Szváziföld, Szingapúr, Szíria, Szlovákia, Szlovénia, Tahiti, Tajvan, Thaiföld, Törökország, Tunézia, Új-Zéland, Ukrajna, Uruguay, Venezuela, Vietnám

8. Mi a biztosítás többszöri megkötésének korlátozása?

Biztosítás és a Kiegészítő Baleset- vagy Sport-balesetbiztosítás 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 egyidejűleg, a Biztosító által esetlegesen kötött ugyanilyen vagy más feltételű baleset-, betegség-, pogyászbiztosítás díját visszafizeti.

9. Hogyan történik a biztosítási díj meghatározása?

- a) A biztosítási díj az alapdíjnak, az Európán kívüli pótdíjnak és a 65 év felettiek pótdíjának, valamint az alkalmazható kedvezménynek (Classic, Prémium) a végösszege.
- Az **alapdíj** az alábbi időtartamok meghatározásával kerül kiszámításra:
1 és 3 nap közötti kinttartózkodási időtartamra 3 napos díj (Classic esetében 1 napos biztosítás is köthető, 1 napos díjjal) 4 és 365 nap közötti kinttartózkodási időtartamra napi díj
 - **Europán kívüli** országokban utazóknak az alapdíj 50%-a számítandó fel **pótdíjként**, (Jelen biztosítás szempontjából pótdíjmentes még Törökország és Oroszország teljes területe, Kanári-szigetek, Málta, Ciprus és Madeira, Egyiptom és Tunézia).
 - a Biztosító kockázatviselésének kezdetekor a **65. életévüket betöltött** ügyfeleknek az alapdíj 100%-a számítandó fel **pótdíjként**,
 - **alkalmazható kedvezmény:**

Classic és Prémium módozat esetén a kockázatviselés kezdetekor a 18. életévét be nem töltött személyek részére a díj 50%-a. Ebben az esetben a kártérítési összeg a limitált szolgáltatások maximum 50%-a lehet.

Privileg módozat esetén nem vehető igénybe, és csak Kiegészítő Sport-Balesetbiztosítás köthető.

- b) **Premium éves bérlet és Privileg éves bérlet** esetén a biztosítási díj: 365 napra szóló éves díj.
- c) **A Kiegészítő Balesetbiztosítás díja:** egyszeri, Classic vagy Prémium díjtételű, kedvezmény és pótdíj nélküli díj. Classic utasbiztosításhoz, csak Classic módozatú Kiegészítő Balesetbiztosítás köthető. Prémium utasbiztosításhoz csak Prémium módozatú Kiegészítő Balesetbiztosítás köthető.
- d) **Kiegészítő Sportbaleset és sporteszközbiztosítás díja:**
1 és 3 nap közötti kinttartózkodási időtartamra 3 napos alapdíj,
4 és 365 nap közötti időtartamra az alapdíj és további napok napi díj szorzatának összege.

A biztosítás teljes (egyszeri) díja nem haladhatja meg a 125.000.- Ft (azaz százhuszonezer forint) összeget.

10. Hogyan lehetséges a díjvisszatérítés?

- a) Az utazás elmaradása esetén a kockázatviselés kezdete előtt a biztosítási kötvények teljes áron visszaválthatók, feltéve, ha a díjvisszatérítési igényét a Szerződő/ Biztosított elektronikus levélben a Biztosító felé bejelentette. Ennek alapján a Biztosító a biztosítási kötvényt érvényteleníti, s a biztosítás díját visszatéríti.
- b) **-részben felhasznált kötvények visszatérítése** a biztosítás tartamán belül: a biztosítási kötvények részvisszatérítése a Szerződő/Biztosított által elektronikus levélben történt értesítés időpontját követő nap 0. 00 órájától lehetséges. Ebben az esetben a Biztosító kockázatviselése az elektronikus levél kézhezvételét követő nap 0. 00 órától megszűnik. Az 1- 3 napra kötött biztosítás nem téríthető vissza, a 3 napot meghaladó biztosítás díjának visszatérítése a fel nem használt napok figyelembevételével, de legkorábban a 4. naptól lehetséges.
- c) **Classic és Prémium Kiegészítő Balesetbiztosítás vagy Classic, Prémium, Privileg Kiegészítő Sportbaleset és sporteszközbiztosítás** díja csak a kockázatviselés kezdete előtt téríthető vissza , feltéve, ha a díjvisszatérítési igényét a Szerződő/ Biztosított elektronikus levélben a Biztosító felé bejelentette..

d) Junior módozat esetén az első 90 nap díjából visszatérítés nem lehetséges. A további biztosítás díjából visszatérítés csak a meg nem kezdett hónapokra jár.

Lejárt kötvény nem téríthető vissza. Amennyiben a Biztosított igénybe vette a biztosítási szolgáltatások valamelyikét, díj visszatérítési igénnyel nem élhet.

Ha elektronikus úton kötött és 30 napnál hosszabb időtartamra szóló biztosítás esetén a Biztosított a 3. pontban foglaltak szerint hozzájárult ahhoz, hogy a Biztosító kockázatviselése már a 4. pont szerinti felmondási határidő lejárta előtt megkezdődjék, és a szerződés létrejön, utóbb azonban - a 14 napos határidőn belül - felmondja a szerződést, úgy a Biztosító jogosult felszámítani az ajánlattétel és a felmondás között eltelt időre eső kockázatviselés arányos ellenértékét. A Biztosító ilyen esetben a Biztosítottnak visszajáró pénzüsszeget a felmondás kézhezvételétől számított legkésőbb 30 napon belül köteles visszafizetni.

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, valamint a poggyász-biztosítási károkat 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).

A baleseti és poggyászkártérítés kifizetése kizárólag forint fizetőeszközben a mindenkor devizajogszabályok figyelembevételével történik.

Egyéb szolgáltatásokat a Biztosító a Biztosított vagy a 24., 26., 27., 34., 35., 39., pontban meghatározott személyek részére nyújtja.

12. Mely esetekben mentesül a Biztosító a szolgáltatások kifizetése alól?

A Biztosító mentesül a károk kifizetése alól, ha:

- a Biztosított elmulasztja a biztosítási esemény előírásoknak, megfelelő bejelentését, illetve a szükséges felvilágosítás megadását és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak,
 - a Biztosított megsérti a közlésre és a változás bejelentésére irányuló kötelezettségét és az elhagytatott, illetve be nem jelentett körülmény közrehatott a biztosítási esemény bekövetkezésében,
 - a kárt jogellenesen, szándékosan vagy súlyos gondatlanul a Biztosított, a Biztosítottal, közös háztartásban élő hozzátartozója okozta,
 - valamint Classic, Premium és Privileg módozat esetén a Biztosító mentesül a károk kifizetése alól, ha a Biztosított:
 - Európán kívüli országba utazik és az Európán kívüli pótdíjat nem fizette meg kivéve a kalkulált biztosítás esetén,
 - a kockázatviselés kezdetekor a 65. életévét betöltötte, és a 65 éven felüliek pótdíját nem fizette meg, kivéve a kalkulált biztosítás esetén,
 - a kockázatviselés kezdetekor a 70. életévét betöltötte és 90 napnál hosszabb időre kötötte meg a biztosítást, a 91. naptól mentesül a Biztosító, illetve, Premium módozat esetén ha 80. életévét betöltötte és 30 napnál hosszabb időre kötötte a biztosítást, a 31. naptól mentesül a Biztosító.
 - a kockázatviselés kezdetekor a 18. életévét betöltötte és a kedvezményes díjtétellel kötötte meg a biztosítást,
 - a szerződéskötés időpontjában nem tartózkodott Magyarország területén,
- Premium éves bérlet, Privileg, Privileg éves bérlet** esetén a Biztosító mentesül a károk kifizetése alól, ha a Biztosított
- a kockázatviselés kezdetekor a 70. életévét betöltötte,
 - egyszeri kinttartózkodásának időtartama meghaladja a 30 napot,
 - a szerződéskötés időpontjában nem tartózkodott Magyarország területén,
 - elmulasztja a biztosítási esemény előírásoknak megfelelő bejelentését, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

13. Melyek a biztosításból kizárt kockázatok?

A biztosításból kizárásra kerülnek:

- a felmerült nem vagyoni károk,
- a Biztosított által harmadik személynek okozott károk,
- a közlekedési társaság utazási feltételeinek megszegéséből bekövetkezett események,

- veszélyes sportok, nevesítve expedíciós hegymászás, hegyvidéki túrázás, amennyiben azt speciális segédeszközökkel folytatják, továbbá az a túra is, mely 3500 méteres magasság felett történik. Barlangászat, sziklamászás, autó-motorsport, mélytengeri búvárkodás. Kiegészítő sportbaleset és sporteszköz biztosítás megkötése nélkül versenyszerűen űzött valamennyi sporttevékenység. Kiegészítő sportbaleset és sporteszköz biztosítás nélkül végzett vadvízi evezés, quad, jetski, vontatott tengeri banán, bungee jumping, paplanernyőzés, canyoning, hidrospeed, tengeri kajak, tengeri vitorlázás, motoros és motor nélküli légijárművel utazás (kivéve az előírt hatósági engedéllyel üzemelő légijáratok utazásait) hobby-búvárkodás 40 méternél mélyebben.
- kizárásra kerülnek továbbá a fel nem sorolt sporttevékenységek, akkor ha a kiegészítő sportbiztosítás megkötését a biztosított elmulasztotta.
- a Biztosító vagy a Partnere által felkért szolgáltató által okozott orvosi műhibákból eredő felelősségi károk,
- azon károk, melyek olyan külföldi állampolgár Biztosítottjánál következtek be, aki az állandó lakhelye szerinti országba utazik.

A kockázatviselés köre nem terjed ki továbbá :

- más biztosítással már fedezetbe vont károkra,
- a hasadó anyagok robbanásából, a nukleáris reakcióból, radioaktív sugárzásból, továbbá ionizáló és lézersugárzásból eredő károkra,
- az olyan felelősségre, kárigényre vagy perre, amely tényleges, állítólagos, fenyegetően közelgő vagy meglévő „elektromágneses sugárzás” kibocsátásából, felszabadításából, kiszabadulásából vagy generálásából illetve elektromos vezetékekből, berendezésekből vagy bármely másfajta olyan energiából vagy elektromosságból történő „elektromágneses sugárzásnak” való kitétségéből ered, amely a levegőben, az űrben, a légkörben, a talajban vagy a vízben ténylegesen vagy állítólagosan kimutatható,
- az adminisztratív vagy szabályozó eljárások költségeire, „elektromágneses sugárzás” vagy „elektromágneses sugárzásnak” való kitétség megszüntetésének vagy csökkentésének vagy meghatározásának költségeire,
- az olyan kötelezettségekre, melyek kármegosztásból, valamint az egyetemleges felelősség alapján fennálló megtérítési kötelezettségből származnak és a fenti a) és b) pontokból eredő személyi sérülés, anyagi kár vagy költség miatt következtek be.

- az olyan felelősségre, kárigényre vagy perre, amely bármely ellenőrzésből, utasításból, ajánlásból, figyelmeztetésből vagy tanácsból ered, amelyeket a fenti a) és b) pontokkal kapcsolatban adtak vagy kellett volna adni.

Jelen biztosítási-szerződés-értelmében- az „elektromágneses sugárzás” magában foglalja a mágneses energiát, hullámokat, mezőket vagy erőket, amelyeket elektromos töltés, áram, frekvencia, energia vagy erő gerjesztett, termelt, osztott szét, továbbított vagy tartott fenn, ugyanakkor nem korlátozódik csak ezekre.

Jelen biztosítási szerződés szövegezésében, feltételeiben foglalt bármely ezzel ellenkező értelmű rendelkezéssel szemben, jelen biztosítás fedezetéből kizárak az alábbiak által közvetlenül vagy közvetetten okozott, azokból eredő, vagy azokkal kapcsolatosan keletkező veszteségek, károk, illetve bármilyen jellegű költségek és kiadások, tekintet nélkül arra, hogy azok előfordulásához vagy a veszteség bármilyen egyéb folyamatához bármely egyéb ok vagy esemény, akár ezzel egyidejűleg hozzájárul-e:

- háború, megszállás, külföldi ellenségek cselekedetei, ellenségeskedések vagy háborús cselekmények (függetlenül attól, hogy hivatalosan hadat üzentek vagy sem), polgárháború, felkelés, forradalom, lázadás, polgári zavargás, beleértve ennek felkeléssé növekedését is, katonai vagy bitortó hatalom; vagy biológiai vagy vegyi fertőzés, rakéták, bombák, gránátok, robbanóanyagok.

Jelen biztosítási szerződés értelmében terrorista cselekmény alatt azt a cselekményt értjük, amely magában 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 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. Kivéve a terrorcselekményekkel kapcsolatos sürgősségi baleseti ellátást, ha az adott célország a biztosítási időszak kezdetén nem szerepel a Magyar Köztársaság Külügyminisztériuma honlapjának listáján, amely tartalmazza a kiutazás szempontjából nem javasolt országokat (lásd: www.kulugyminiszterium.hu-konzuli-informaciok).

Jelen biztosítási szerződés nem nyújt fedezetet azon bármely jellegű, közvetlen és közvetlen károkat, veszteségekre, költségekre vagy kiadásokra sem, melyeket az ellenőrzési, megelőzési cselekmények okoztak, ilyen cselekményekből származnak vagy ilyen cselekményekkel kapcsolatba hozhatók vagy bármely módon összefüggésbe hozható a fenti (1) és/vagy (2) ponttal.

Amennyiben a Biztosító szerint, valamely káresemény, veszteség, költség vagy kiadás, jelen kizárás értelmében nem fedezett, akkor ennek ellenkezőjének bizonyítása a Biztosítottat terheli.

14. Mi a Biztosított feladata káresemény bekövetkezésekor?

A Biztosított feladatai:

- a káreseményével kapcsolatban felmerült minden tényről, adatról a Biztosítót vagy Partnerét tájékoztatssa,
- a kárt a lehetőségekhez képest elhárítsa, illetve csökkentsen és ennek során a Biztosító vagy Partnerre útmutatását kövesse,
- kárigényét – a szerződésben szabályozott bejelentési kötelezettségének is eleget téve – a hazaérkezést követő 15 napon belül bejelentse,
- a Biztosító számára minden olyan vizsgálatot engedélyezzen, melyek a káresemény okaira, a kár mértékére és a kártérítés nagyságára vonatkoznak.

15. Mikor esedékes a kárfizetés?

A Biztosító a jogosult részére fizetendő kártérítést a biztosítási szerződésben meghatározott összeghatároknak megfelelően a kárrendezéshez szükséges összes dokumentum (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?

A jelen szabályzatból eredő igények a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 2 év alatt évülnek el.

17. Titoktartási kötelezettség és a személyes adatok kezelésére vonatkozó tudnivalók

Biztosítási titok minden olyan – államtitoknak nem minősülő –, a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

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, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfeleinek azon üzleti titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

A fenti bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosítót, a független biztosításközvetítőt, a biztosítási szaktanácsadó tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a) a biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- b) e törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,

- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- e) a Bit 157. § (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőivel, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos verseny felügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivattal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervekkel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető Hivatallal,
- m) az állomány átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számílt kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- p) 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 szemben, ha az a) – j) és n) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját. A k), l), m) és p) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és a jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásnak minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

- q) a feladatkörében eljáró adatvédelmi biztossal,
- r) a kártörténetre vonatkozó adataira és a bonus-malus besorolásra nézve a 109/A. § (2) bekezdésében szabályozott esetekben a biztosítóval szemben, ha az a)–j), n) és r) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l), m) és q), pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért aatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is. A Bit. 157. § (1) bekezdés e) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkoztatási kötelezettség, illetve ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a Bit. 157. § (1) és (5) bekezdésekben, a Bit. 156. §-ban, a Bit. 158. §-ban és a Bit. 159. §-ban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül az (1) bekezdésben meghatározott szervek alkalmazotataira is kiterjed.

A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- a) kábítószer-kereskedelemmel
- b) terrorizmussal
- c) illegális fegyverkereskedelemmel, vagy
- d) a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.

A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott üggyel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (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.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:

- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

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.

A biztosító az érintett személyt nem tájékoztatja a Bit. 157. § (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a Bit. 157. § (5) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.

A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a személyes adatokat a biztosítási, illetve a megbízási 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 kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

E törvény alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

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

Biztosító, biztosításközvetítő 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 a 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.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg az Országos Rendőr-főkapitányság – a pénzmosás megelőzéséről szóló 2003. évi XV. 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.

Személyes adatok kezelésére vonatkozó tudnivalók

A Biztosító a biztosított (a szerződő) személyes adatai (beleértve a különleges adatot is) az országból – az adathordozótól vagy az adatátvitel módjától függetlenül – harmadik országban lévő adatkezelő vagy adatfeldolgozó részére csak akkor továbbítható, ha ahhoz a biztosított (a szerződő) hozzájárul, ha azt törvény lehetővé teszi, vagy ha arról nemzetközi szerződés rendelkezik, feltéve, hogy a harmadik ország joga – az Európai Unió által meghatározott – megfelelő védelmet biztosít az átadott adatok kezelése során.

Az Európai Unió tagállamaiba irányuló adattovábbítást úgy kell tekinteni, mintha a Magyar Köztársaság területén belüli adattovábbításra kerülne sor.

A biztosított (szerződő) személyes adatainak kezeléséről tájékoztatást kérhet, kérheti ezen adatok helyesbítését, illetve – a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével – azok törlését is. A Biztosító, mint adatkezelő, a biztosított kérésére tájékoztatást köteles adni a biztosított (szerződő) részére az általa kezelt adatokról és – a törvényben meghatározott körben – az adatkezelés körülményeiről.

18. A fogyasztói panaszokkal foglalkozó szerv:

A társaság panaszokkal foglalkozó szervezeti egysége:

QBE ATLASZ Biztosító zrt.

(1143. Budapest, Stefánia út 51.)

A társaság tevékenységével kapcsolatosan felmerülő, esetleges panaszok esetén további panaszforrások:

- Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013. Budapest, Krisztina körút 39.),
- Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség (1088. Budapest, József krt. 6.),
- a biztosított (szerződő, károsult, kedvezményezett, engedményes stb.) lakóhelye, illetve tartózkodási helye szerint illetékes gazdasági kamara mellett működő békéltető testület, illetőleg a Fogyasztóvédelemről szóló 1997. évi CLV. törvény 28. § (2) bekezdése alapján eljárást kezdeményező szervezet székhelye szerint illetékes gazdasági kamara mellett működő békéltető testület,
- Pesti Központi Kerületi Bíróság (1051. Budapest, Markó u. 25.) illetve Fővárosi Bíróság (1051. Budapest, Markó u. 27.) (Lásd: I. 19.pont).

19. Jelen szerződésben nem tárgyalt kérdésekben a PTK. rendelkezései 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.

Jelen szerződésre a mindenkor hatályos, magyar jogszabályok az irányadóak.

20. Közlési és változás bejelentési kötelezettség

A Biztosított a szerződéskötéskor köteles a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett.

A Felek megállapodhatnak, hogy a biztosított és a szerződő fél a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását megfelelő határidőn belül köteles legyen a biztosítónak írásban bejelenteni.

Ha a biztosítási szerződést nem a biztosított, hanem az ő javára a harmadik személy köti, a biztosítási esemény bekövetkeztéig illetve a biztosított belépéséig a díjfizetési kötelezettség a szerződő felet terheli, a jognyilatkozatokat hozzá kell intézni és ő köteles a megfelelő jognyilatkozatok megtételére.

A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosított

at, egyikük sem védekezhet olyan körülmény vagy változás nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, vagy neki bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre, illetőleg bejelentésre köteles lett volna.

II. EGÉSZSÉGÜGYI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ÉS BIZTOSÍTÁS

21. Milyen kockázati körre terjed ki az egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás?

A Biztosító a hozzá, vagy a Partneréhez beérkezett telefonhívást követően a Biztosított részére egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatásokat nyújt és a felmerült egészségügyi költségeket a 21. pontban részletezett feltételek szerint átvállalja, amennyiben a Biztosított a biztosítás tartamán belül külföldön 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 egészség károsodása miatt azonnali orvosi ellátásra szorul.

A Biztosító egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatásai:

a Biztosító vagy Partnere

- a Biztosított tartózkodási helyére a lehető legrövidebb időn belül orvost küld, vagy orvos címét bocsátja a Biztosított rendelkezésére (ehhez az kell, hogy a Biztosított vagy megbízottja telefonáljon a Biztosítónak, megadja a Biztosított nevét, környviszámát, elérhetőségi telefonszámát és pontos címét, ahova az orvost kéri, vagy amelynek közelében orvoshoz szeretne menni),
- szükség esetén gondoskodik a Biztosított további egészségügyi ellátásáról, illetve megszervezi azt,
- járóképtelenség esetén megszervezi a Biztosított mentőautóval vagy taxival történő orvoshoz vagy kórházba szállítását,
- kórházi gyógykezelés esetén (maximum 30 napig):
a) amint a kórházban lévő beteg állapota lehetővé teszi, a külföldi kezelés helyett a Biztosítottat – szükség

esetén orvoskísérővel vagy betegkísérővel – Magyarországra szállítja és gondoskodik az illetékes gyógyintézetbe történő elhelyezéséről. Ennek időpontját és módját a Biztosító a kezelést végző orvossal, egészségügyi intézménnyel történt előzetes egyeztetés alapján határozza meg,

b) a Biztosító folyamatos kapcsolatot tart a kezelést ellátó orvossal, egészségügyi intézménnyel, vállalja, hogy folyamatosan **tájékoztatja** telefonon a Biztosított egy **hozzátartozóját** a Biztosított állapotáról.

(A PTK. 685.§. b. pontja szerint közeli hozzátartozók:

a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és neveltgyermek, az örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülő, valamint a testvér, hozzátartozó továbbá: az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a jegyes, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, valamint a testvér házastársa.)

Biztosító egészségügyi biztosítási szolgáltatásai:

– a biztosítás kizárólag sürgős szükség esetén, a Biztosító kockázatviselésének tartamán belül:

	Classic	Prémium	Privileg
– megbetegedés kapcsán felmerült költségekre összesen:	45.000,-EUR	80.000,- EUR	500.000.- EUR
– baleset kapcsán felmerült költségekre összesen:	45.000,-EUR	85.000.- EUR	500.000.- EUR

(vagy ennek megfelelő egyéb valuta) összeghatárig, illetve amennyiben a Biztosított a Classic vagy Prémium díjkedvezményt igénybe vette, a Biztosító a fenti összeghatárok 50%-ig nyújt fedezetet.

A fenti költségeket akkor vállalja a Biztosító, ha a Biztosított vagy megbízottja illetve az ellátást nyújtó intézmény, kezelőorvos a Biztosítótól vagy Partnerétől egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatást kért, vagy ha erre nem volt lehetősége, a lehető legrövidebb időn belül (de max. 24 órán belül) a Biztosítót vagy Partnerét értesítette és az a szolgáltatások igénybevételét engedélyezte.

Amennyiben az értesítés nem történt meg, a Biztosító a felmerült költségeket maximum 150,-EUR összeghatárig utólag megtéríti.

Biztosítási szolgáltatások:

- sürgősségi orvosi vizsgálat,
 - sürgősségi orvosi gyógykezelés,
 - sürgősségi kórházi gyógykezelés (a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a külföldi kórházi kezelési költségeket addig az időpontig vállalja (maximum 30 napig), amíg a kezelőorvossal történt egyeztetés után a beteg állapota lehetővé teszi Magyarországra történő szállítását további gyógykezelés céljából),
 - halaszthatatlan műtét, intenzív ellátás,
 - egy-, illetve kétágyas kórházi elhelyezés többletköltségei a Biztosított vagy megbízottja külön kérése alapján és a Biztosító beleegyezésével. (Prémium és Privileg módozat esetén!) A Biztosító beleegyezése nélkül igénybevett kiemelt elhelyezés költségeit a Biztosító nem téríti.
 - sürgősségi szülészeti ellátás a terhesség betöltött 28. hete előtt,
 - orvosi rendelvényre vásárolt gyógyszer költségeinek eredeti számlával igazolt utólagos megtérítése,
 - művégtagok, mankók, rokkantkocsik és egyéb orvosi felszerelések, készülékek, eszközök orvosi rendelvényre történő kölcsönzése,
 - szemüveg – orvos által rendelt – pótlása, személyi sérülést is okozó, dokumentáltan orvosi ellátást igénylő baleset miatt 100,-EUR összeghatárig,
 - kizárólag sürgősségi fogászati ellátás, közvetlen fájdalomcsökkentő kezelés, legfeljebb két fogra, foganként max. 120,-EUR összeghatárig,
 - indokolt és szokásos – orvosválasztás nélküli – általános ellátás költségeire a szolgáltatás igénybevételének helyén érvényes átlagos orvosi díjszabások figyelembevételével.
- A biztosítási eseménnyel kapcsolatban a Biztosított a Biztosítóval vagy annak megbízottjával szemben felmenti a vizsgálatot vagy kezelést végző orvost az orvosi titoktartás alól.

22. Akapcsolattartás és az ügyfél-tájékoztatás nyelve

A Biztosító és a Biztosított kapcsolattartása, valamint a Biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.

23. Mire nem terjed ki az egészségügyi biztosítás?

Az egészségügyi biztosítás nem terjed ki a jelen szabályzat 13. pontjában leírtakat meghaladóan:

- bármely olyan ellátásra vagy gyógyszervásárlásra, amely korábban fennálló egészségi állapot miatt vagy erre visszavezethető okból következett be. (Korábban fennálló egészségügyi állapotnak kell tekinteni a Biztosított bármely olyan betegségét vagy egyéb egészségügyi állapotát, amely a jelen biztosítás hatályba lépését megelőzően:
 - a) orvosi kezelést tett szükségessé, illetve kezelését orvos javasolta vagy
 - b) szükségessé tette gyógyszerek felírását, illetve szedését vagy
 - c) észlelhető volt, valamint olyan tünetet eredményezett, amelynek alapján egy elvárható gondossággal eljáró személy diagnózist, gondozást vagy kezelést keresett volna),
- 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 az indokolt és szokásos díjat abban az országban, ahol a Biztosított a szolgáltatást igénybe vette,
- 30 napot meghaladó kórházi kezelésekre,
- a kórházi kezelés azon többletköltségeire, amelyek abból adódtak, hogy bár orvosilag megoldható lett volna, a Biztosított döntése miatt a Biztosító nem tudta a Biztosítottat (akár speciális módon is) további kezelés céljából Magyarországra hazaszállítani,
- amennyiben a Biztosított vagy Megbízottja, illetve az ellátást nyújtó intézmény, kezelőorvos 24 órán belül nem kérte a Biztosító hozzájárulását az egészségügyi ellátás igénybevételeéhez, a 150.-EUR összeghatárt meghaladó károk esetében a fenti összeghatárt meghaladó költségekre,
- a Biztosító hozzájárulása nélkül történt hazaszállítás költségeire,
- az elvárható, ésszerű kockázati szint túllépése nélkül a hazatérés utánra halasztható műtétre,
- utókezelésre, rehabilitációra,
- pszichiátriai és pszichés megbetegedések kezelésére,
- hozzátartozó által nyújtott kezelésre, ápolásra,
- napszúrás, napégés

- kozmetikai sebészetre,
- terhes gondozásra,
- a terhesség betöltött 28. hete utáni szülészeti ellátására,
- nem sürgősségi jellegű orvosi kivizsgálásra, kezelésre,
- 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 betegségekre (AIDS), illetve ezzel összefüggő betegségekre,
- kontaktlencsére, hallásjavító eszközökre, szemüvegre (ez utóbbi, kivéve személyi sérüléssel baleset esetén),
- öngyilkosság, illetve annak kísérlete, vagy a Biztosított által elkövetett szándékos bűncselekmény következtében felmerült költségekre,
- hivatásterületi fizikai munkavégzés során bekövetkezett baleset következtében felmerült egészségügyi ellátás költségeire,
- kettőnél több fog kezelésére,
- definitív fogászati ellátásra, állkapocs orthopédiai ellátásra, fogszabályozásra, paradontológiai kezelésekre, fog-költőaváltásra, foggyökérkezelésre, fogpótlásra, fogkoronára, hídra, protézis készítésére és javítására.
- **Classic módozat esetén az egy-, illetve kétágyas elhelyezés többletköltségeire**

24. Hogyan történik a kárrendezés?

- Ha a Biztosított az egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatásokat igénybe vette, és ennek eredményeként a Biztosító intézkedett a költségek átvállalásáról, a külföldi egészségügyi, gyógyító, kezelő szerv (személy) a számlát és a biztosítási kötvényt vagy annak másolatát közvetlenül a Biztosító vagy Partnere részére nyújtja be.
- Amennyiben az egészségügyi ellátás ellenértékét a Biztosított – a biztosítási esemény előírtak szerinti bejelentése

után – a helyszínen kifizette, Magyarországra történő visszatérését követően a kárt a Biztosító Központi Kárrendezési Irodája (1143. Budapest, Stefánia út 51.; tel.: (1) 460-1500; fax: (1) 460-1515) az érvényes devizarendelkezések szerint megtéríti.

Az előzetes jóváhagyás nélkül igénybe vett egészségügyi szolgáltatások költségeit maximum 150,-EUR összeghatárig téríti meg a Biztosító.

A kárrendezés az alábbi iratok alapján történik:

- a biztosítási kötvény egy példánya,
- az ellátás sürgősségét igazoló teljes orvosi dokumentáció, diagnózis, orvosi leírás, zárójelentés,
- külföldi orvosi, gyógyszerköltségek eredeti számlái,
- a Biztosító kérésére – esetlegesen – háziorvosi dokumentáció a kiutazást megelőző megbetegedésekről,
- és minden egyéb, a kárigény érvényesítéséhez szükséges irat,
- a Biztosító által rendszeresített és a Biztosított vagy örököse, illetve kedvezményezettje által kitöltött kárbejelentő nyomtatvány.

Baleset esetén ezeken kívül: a külföldön felvett hivatalos jegyzőkönyv, vagy igazolás a baleset és a sérülés megtörténtéről, körülményeiről, továbbá a Biztosított elhalálása esetén boncolási jegyzőkönyv, halottvizsgálati bizonyítvány is.

Amennyiben a Biztosító a költségek átvállalását megelőzően szükségesnek tartja további egészségügyi dokumentáció háziorvostól történő bekérését, a dokumentáció Biztosító részére történő átadása a Biztosított vagy hozzátartozóinak feladata. Amennyiben a kért dokumentációt a Biztosító nem kapta meg, ez esetben a kárigényt elutasítja, illetve az eseményt nem tekinti biztosítási eseménynek, kockázaton kívülként kezeli.

III. EGYÉB UTAZÁSI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ÉS BIZTOSÍTÁS

Amennyiben a Biztosított a II. pontban leírt egészségügyi szolgáltatásokra jogosult, a Biztosító az alábbi kiegészítő szolgáltatásokat nyújtja:

25. Beteglátogatás

Amennyiben a Biztosított állapota életveszélyes, vagy 10 napnál hosszabb ideig kell kórházban maradnia, úgy a Biztosító egy, a Biztosított által megjelölt, Magyarországon bejelentett lakóhellyel rendelkező személy részére, az oda- és visszautazást (a Biztosító döntése alapján: saját személygépkocsi üzemanyagköltsége, vonat II. o., esetleg turistaosztályú repülőjegy) megszervezi, szállodai elhelyezést biztosít, és annak költségeit átvállalja:

Classic módozatnál:	maximum 4 éjszakára	50,- EUR/éjszaka értékhatárig.
Premium módozatnál:	maximum 4 éjszakára	80,-EUR/éjszaka értékhatárig.
Privileg módozatnál:	maximum 7 éjszakára	120,-EUR/éjszaka értékhatárig.

Amennyiben a Biztosított a Classic vagy Prémium díjkezdvezményt igénybe vette, a Biztosító a fenti összeghatárok 50 %-ig vállalja a költségeket.

A Biztosító előzetes hozzájárulása nélkül történő beteglátogatás költségeit a Biztosító nem téríti.

26. Telefonköltség térítése

Ha a Biztosított külföldi tartózkodása során 48 órát meghaladó sürgősségi kórházi ellátásban részesül, és ezt a kórházi zárójelentéssel igazolni tudja, a Biztosító átvállalja a Biztosított, kórházból kezdeményezett, számlával igazolt telefonhívásait a hozzátartozókkal:

	Classic	Premium	Privileg
Európán belül	20,-EUR	40,-EUR	120,-EUR
Európán kívül	40,-EUR	80,-EUR	160,-EUR

összeghatárokig.

Amennyiben a Biztosított a Classic vagy Premium díjkezdvezményt igénybe vette, a Biztosító a fenti összeghatárok 50 %-ig vállalja a költségeket.

27. Tartózkodás meghosszabbodása

Amennyiben a Biztosítottnak a kórházi elbocsátását követően külföldi tartózkodását meg kell hosszabbítania (orvosiilag indokolt esetben, vagy amennyiben a Magyarországra történő hazautazás csak későbbi időpontban oldható meg), a Biztosító gondoskodik a szállodai elhelyezésről, és annak költségeit átvállalja:

Classic	maximum 4 éjszakára	50,-EUR/éjszaka	
Premium	maximum 4 éjszakára	80,-EUR/éjszaka	
Privileg	maximum 7 éjszakára	120,-EUR/éjszaka	értékhatarig.

Amennyiben a Biztosított a Classic vagy Premium díjkedvezményt igénybe vette, a Biztosító fenti összeghatárok 50 %-ig vállalja a költségeket.

A Biztosító vállalja, hogy a Biztosított kórházi tartózkodása alatt, vagy ha a kórházi elbocsátást követően tartózkodását meg kell hosszabbítania, úgy egy vele együtt utazó hozzátartozója részére szállodai elhelyezést biztosít:

Classic	maximum 4 éjszakára	50,-EUR/éjszaka
Premium	maximum 4 éjszakára	80,-EUR/éjszaka
Privileg	maximum 7 éjszakára	120,-EUR/éjszaka

értékhatarig és gondoskodik a Biztosítottal együtt Magyarországra történő hazautazásának megszervezéséről és annak költségeit (a Biztosító döntése alapján: pl. személygépkocsi üzemanyagköltsége, vonat II. o. menetjegy, esetleg turistaosztályú repülőjegy) átvállalja. **Amennyiben a Biztosított a Classic vagy Prémium díjkedvezményt igénybe vette, a Biztosító a fenti összeghatárok 50 %-ig vállalja a költségeket.**

A Biztosító előzetes hozzájárulása nélküli kinttartózkodás költségeit a Biztosító nem téríti.

28. Gyermekek hazaszállítása

Amennyiben a Biztosított balesete, megbetegedése vagy elhalálozása miatt a vele együtt utazó 14 éven aluli gyermek felügyelet nélkül marad, úgy a Biztosító egy, Magyarországon bejelentett lakóhellyel rendelkező hozzátartozója részére megszervezi az oda- és visszautazást a gyermekért, (a Biztosító döntése alapján: pl. személygépkocsi üzemanyagköltsége, vonat II. oszt. jegy, esetleg turistaosztályú repülőjegy) és ennek költségeit vállalja, annak érdekében, hogy a gyermeket hazakísérje.

Amennyiben a Biztosított – vagy Magyarországon elérhető közvetlen hozzátartozó – nem nevez meg ilyen személyt,

a Biztosító gondoskodik a gyermek hazaszállításáról és elhelyezéséről.

A Biztosító előzetes hozzájárulása nélküli hazaszállítás költségeit a Biztosító nem téríti.

29. Holttest hazaszállítása

A Biztosított halála esetén a Biztosító intézkedik a holttest Magyarországra történő szállításáról és ennek költségeit átvállalja.

A holttest hazaszállításának megszervezése érdekében a Biztosított hozzátartozójának az alábbi dokumentumokat kell a lehető legrövidebb időn belül beszereznie és a Biztosító rendelkezésére bocsátania:

- születési anyakönyvi kivonat,
- házassági anyakönyvi kivonat, esetleg a házastárs halotti anyakönyvi kivonata,
- temetői befogadó nyilatkozat,
- halál tényét igazoló okirat,
- halál okát igazoló hatósági vagy orvosi bizonyítvány,
- baleseti halál esetén boncolási jegyzőkönyv,
- baleseti halál esetén boncolási jegyzőkönyv és a halál bekövetkezése körülményeinek tisztázásához szükséges hivatalos iratok.

A Biztosító előzetes hozzájárulása nélkül intézett hazaszállítás költségeit a Biztosító nem téríti.

30. Idő előtti hazautazás megbetegedés, haláleset vagy váratlan esemény miatt

Amennyiben a Biztosított Magyarországon élő közeli hozzátartozója életveszélyes állapotban van vagy meghalt, és arról a Biztosítót hivatalos okiratokkal (pl. kórházi orvos, igazolását telefaxon mellékelve) értesítik, a Biztosító a Biztosított számára az idő előtti Magyarországra történő utazást (a Biztosító döntése alapján: pl. személygépkocsi üzemanyagköltsége, vonat II. o. menetjegy, esetleg turistaosztályú repülőjegy) megszervezi és vállalja ennek költségeit. Ennek feltétele, hogy a Biztosító értesítésekor a kockázatviselés tartama (érvényessége) még min. 3 nap legyen.

A Biztosító előzetes hozzájárulása nélküli hazautazás költségeit a Biztosító nem téríti.

31. Poggyász késedelmes megérkezése

Amennyiben a Biztosított külföldi célállomásra történő kiutazása során, amely egy légi-, vagy hajózási társasággal vagy ezek képviselőjével történt-, a Biztosított poggyásza nem a poggyász feladásakor meghatározott helyre kerül és emiatt átvétele legalább 12 órát késik, a Biztosító kártalanítja a Biztosítottat, az alábbi összeghatárok szerint:

	Classic	Premium	Privileg
12-24 óra közötti késedelem esetén	15.000,- Ft	15.000,- Ft	15.000,- Ft
24 órát meghaladó késedelem után	25.000,- Ft	40.000,- Ft	60.000,- Ft

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 –, a Biztosított nevével feltüntetett igazolás szükséges. A kárigény benyújtásához mellékelni kell a poggyászfeladási vényt is. A késés időtartamát a repülő-, illetve hajójárat érkezési időpontja alapján kell kiszámítani. A Biztosító térítése a poggyások számától független.

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 térítési díj személyenként csak egy csomagra vonatkozik. (Abban az esetben is, csak egy csomagra térítünk, ha egy csomagban több személy poggyásza található.)

Amennyiben a Biztosított a Classic vagy Prémium díjkedvezményt igénybe vette, a Biztosító a fenti összeghatárok 50 %-ig vállalja a költségeket.

32. Külföldi készpénz segély megszervezése

Amennyiben a Biztosított pénzét, készpénzkimélő fizetőeszközét ellopták, elrabolták vagy előre nem tervezett, indokolt kiadása merülne fel (pl. nagyobb összegű gépjármű javítás költsége) a Biztosító vállalja – maximum 1 600,- EUR összeghatárig –, hogy partnerhálózatán keresztül segítséget nyújt, hogy a Biztosított kiadásai fedezésére helyi fizetőeszközhöz juthasson.

Ennek feltétele, hogy a Biztosított történt értesítést követően, a Biztosított magyarországi megbízottja az igényelt segélynek és az átutalás bankköltségének megfelelő forint összeget a Biztosító partnerénél befizesse.

33. Segítségnyújtás személygépkocsi hazajuttatásához (Prémium és Privileg módozat esetén!)

A Biztosító Európa területén vállalja, hogy amennyiben a Biztosított egészségügyi segítségnyújtásra és biztosításra jogosult, orvos szakmailag gépkocsivezetésre alkalmatlan, gépjárműve üzemképes és az együttutazók a gépkocsit hazavezetni nem tudják, gondoskodik a Biztosított által megnevezett személy külföldre történő utazásáról (a Biztosító döntése alapján: pl. személygépkocsi üzemanyag költsége, vonat II. o. menetjegy, esetleg turistaosztályú repülőjegy) annak érdekében, hogy a gépjárművet a lehető legrövidebb útvonalon és időtartamon belül hazavezesse. Amennyiben a Biztosított nem nevez meg ilyen személyt, a Biztosító gondoskodik gépjárművezetőről, akinek napi díj és esetleges szállás költségeit átvállalja.

A Biztosító előzetes hozzájárulása nélküli költségeket a Biztosító nem téríti.

34. Útlevel- és poggyászkeresés

A Biztosító a biztosítási kötvény kiadásakor kétféle címkét bocsát a Biztosított rendelkezésére:

- útlevelkereső címke, mely az útlevel hátoldalára ragasztandó,
- csomagkereső címke, mely kitöltve a Biztosított poggyászra kerül.

Amennyiben a Biztosított címkével ellátott útlevele vagy poggyásza elveszett, telefonon haladéktalanul értesíteni kell a Biztosító kötvényben feltüntetett Partnerét, a pontos tartózkodási hely és telefonszám megjelölésével.

A címkével ellátott poggyász vagy útlevel megtalálása esetén a Biztosító a Biztosítottat erről tájékoztatja, szükség esetén gondoskodik a megadott címre történő eljuttatásáról, de a szállítási költségei a Biztosítottat terhelik.

35. Helyettesítés megbetegedéskor hivatalos kiküldetés esetén (Prémium és Privileg módozat esetén!)

Ha a külföldi tartózkodás alatt a Biztosított sürgősségi kórházi ellátásban részesül, és emiatt nem tudja kiküldetésének hivatalos célját teljesíteni, – amennyiben a kiküldetést elrendelő cég egy másik munkatársat nevez meg az út hivatalos céljának teljesítésére – a Biztosító megszervezi a helyettesítő munkatárs utazását és a közlekedés költségeit megtéríti.

A Biztosító előzetes hozzájárulása nélküli kiutazás költségeit a Biztosító nem téríti.

36. Értesítés

A Biztosító vállalja, hogy amennyiben a Biztosítottat ért esetleges balesetről, megbetegedésről a Biztosítót értesítik, vagy erről tudomást szerez, a Biztosított által megjelölt személyt haladéktalanul értesíti.

37. Egyéb segítségnyújtások

Ha a Biztosítottnak utazása során szállodai szobafoglalásra, bérelt gépkocsira, gépkocsijának hazaszállítására mérőre fel igénye, a Biztosító partnerhálózatán keresztül – külön költség felszámítása nélkül – nyújt segítséget, de az ilyen módon kapott szolgáltatás ellenértékének kiegyenlítése a Biztosított feladata.

38. További szolgáltatás Privileg módozat esetén

– Utazási késedelem

Abban az esetben, ha a Biztosított a külföldi célállomásra történő kiutazása során, mely légi-, hajózási társasággal vagy ezek képviseletével történt és a kiadott menetrendtől eltérően, különböző okokból (pl. időjárási viszonyok) a repülőgép vagy hajójarat minimum 6 órát késik, a Biztosító kártalanítja a Biztosítottat, az alábbi összeghatárok szerint:

6-12 óra közötti késés esetén 15.000,- Ft

12 órát meghaladó késés esetén 60.000,- Ft

Ennek feltétele, hogy a Biztosított az utazásszervező vagy közlekedési társaság által meghatározott útiterv szerinti időpontban bejelentkezett, illetve megjelent és hivatalos nevére szóló írásbeli igazolást kapott a légi-, vagy hajózási társaságtól (vagy annak képviselőjétől) arról, hogy a késés milyen okból, mekkora időtartamra vonatkozott. A késés időtartamát a repülő-, hajójarat utazási menetrendjében foglalt időpontja és a tényleges indulás alapján kell kalkulálni.

A biztosítás időtartama alatt – a járatkésések számától függetlenül – térítés a fenti összeghatárok erejéig történik.

39. Hogyan történik a kárrendezés?

- A szerződésben előírtaknak megfelelően bejelentett biztosítási események kapcsán felmerült költségeket a Biztosító a szerződés III. fejezetében rögzített összeghatárokig közvetlenül a szolgáltatóval rendezi. Ebben az

esetben a biztosítási kötvényt a Biztosítottnak a hazaérkezését követő 5 munkanapon belül a Biztosító Assistance és Kárrendezési Osztályára be kell küldenie.

- Amennyiben a Biztosított a Biztosító előzetes hozzájárulásával a biztosítási esemény során felmerült költségeket a helyszínen rendezte, úgy azokat a hazaérkezést követően a szolgáltatások eredeti számlájának benyújtásával a szerződés III. fejezetében rögzített összeghatárokig – 15 napon belül – a Biztosító Központi és Kárrendezési Irodája az érvényes devizarendelkezések szerint megtéríti.

IV. JOGVÉDELMI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ÉS BIZTOSÍTÁS (Prémium és Privileg módozatoknál), SZEMÉLYI FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁS (Prémium és Privileg módozatoknál)

40. Mire nyújt fedezetet a jogvédelem?

A Biztosító – a 39. pontban foglaltak szerint – megtéríti a biztosítás hatálya alatt a Biztosítottal szemben külföldön (nem állandó lakhelye szerinti országban) szabálysértés vagy gondatlan bűncselekmény miatt indult eljárások költségeit, valamint ha a Biztosított külföldön, külföldi utazása során személyi sérüléses balesetet szenved, a Biztosítottnak kártérítési igénye érvényesítésével kapcsolatos eljárások költségeit is.

41. Meddig terjed a biztosítás fedezete?

- Ha a Biztosítottal szemben a biztosítás hatálya alatt gondatlan bűncselekmény vagy szabálysértés elkövetése miatt külföldön eljárás indul és a meglátogatott ország jogszabályai előírják, a Biztosító gondoskodik az őrizetbe vett vagy letartóztatott Biztosított terhére megállapított óvadék vagy hasonló biztosíték letételéről, és a felmerülő költségek megtérítéséről, mindösszesen 5000.- EUR összeghatárig kizárólag privileg módozat esetén.

A Biztosított védelmét ellátó külföldi ügyvéd számlájával igazolt munkadíját, a meglátogatott országban szokásos és általában elfogadott ügyvédi díjszabás mértékéig a Biztosító fedezi. Ha a védelem azt igényli, a Biztosító fedezi az ügyvéd által megbízott szakértő költségét is. Az ügyvéd és a szakértő költségeit a Biztosító 2.500.- EUR összeghatárig téríti meg Premium és Privileg módozat esetén.

- A Biztosított kártérítési igényének érvényesítésével kapcsolatos költségeit a Biztosító 2.500.- EUR összeghatárig fedezi.

A jogvédelmi segítségnyújtás és biztosítás alapján a Biztosító által kifizetésre kerülő összes költség nem haladhatja meg a 2500.- EUR-t.

Amennyiben a Biztosított a Prémium díjkedvezményt igénybe vette, a Biztosító a fenti összeghatárok 50%-ig vállalja a költségeket.

A biztosítás az ügyvédválasztás jogát nem foglalja magában. A megfelelő védelemtől a Biztosító Partnere útján gondoskodik.

42. Mire nyújt fedezetet a személyi felelősségbiztosítás Magyarország területén kívül?

A Biztosító 2500 EUR erejéig a Prémium módozatnál, 4000 EUR erejéig a Privileg módozatnál a Biztosított helyett megtéríti a Biztosított külföldi utazása során, külföldön harmadik személynek okozott kárt, ha az a harmadik személynek okozott kár balesetből ered.

43. Mire nem terjed ki a jogvédelem?

Azon Biztosítottal kapcsolatban felmerülő költségeket a Biztosító nem fedezi:

- aki oly módon okozott kárt, hogy a gépjárművet a tulajdonos engedélye vagy jogosítvány nélkül vezette,
- aki ellen szándékos bűncselekmény, csebenhagyás vagy segítségnyújtás elmulasztásának gyanúja miatt folyik eljárás,
- akinek terhére pénzbüntetést, bírságot róttak ki,
- akinek kártérítési igénye a külföldi ügyvéd szakvéleménye szerint nyilvánvalóan alaptalan az eljárás, vagy bármelyik perbeli cselekmény, jogorvoslat eredménye kilátástalan, vagy ezek várható eredménye és előrelátható költségeirre közt eleve kirívó aránytalanság mutatkozik,
- aki kártérítési igényét magyar természetes, vagy jogi személlyel szemben Magyarországon is érvényesítheti,
- aki munkavégzés során okozott felelősségi kárt,
- aki oly módon okozott felelősségi kárt, amely a Biztosítottat valamely szerződés kikötés miatt terheli,
- aki tudatzavarában, alkoholos, illetve kábítószeres befolyásoltsága alatt okozott kárt vagy a kár erre visszavezethető okokból következett be,

- amelyek a Biztosított vagy Szerződő más biztosítása alapján megtérülnek,
- akinek korábban kötött jogvédelmi biztosítása vagy felelősségbiztosítása az adott káreseményre fedezetet nyújt.

44. Mikor mentesül a Biztosító?

A Biztosító mentesül fizetési kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a Biztosított kárenyhítési kötelezettségét jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul megszegi.

45. Hogyan veheti igénybe ezt a szolgáltatást?

Amennyiben jogvédelmi szolgáltatás iránti igény merül fel, a Biztosított köteles erről a legrövidebb idő alatt a Biztosított vagy Partnerét a szerződésben feltüntetett non-stop telefonszámain értesíteni. A Biztosító az értesítést követően intézkedik a megfelelő jogvédelmi szolgáltatás nyújtásáról, a jogi képviselő kirendeléséről.

A jogvédelmi és felelősségbiztosítási szolgáltatás igénybevételéhez 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, úgy a költségeket a Biztosító nem fedezi.

V. BALESETBIZTOSÍTÁS

Amennyiben a Biztosított a II. pontban leírt egészségügyi szolgáltatásokra jogosult volt, és azt a szabályzatban részletezett feltételek szerint igénybe vette, a Biztosító az alábbiak szerint balesetbiztosítási térítést nyújt.

46. Mi minősül balesetnek?

Balesetnek minősül a Biztosított akaratan kívül külföldön, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított egy éven belül meghal, állandó megrokkantást, egészségkárosodást vagy 10 napot meghaladó mulékony sérülést szenved. Napsugárzás, kvarc, szolárium által okozott leégés, napszúrás, hóguta továbbá, megemelések, sérv, fagyás, öngyilkosság és annak kísérlete, valamint a hivatásszerű fizikai munkavégzés során fellépő egészségkárosodás nem minősül balesetnek.

47. Milyen nagyságú a balesetbiztosítási összeg?

Az egészségügyi segítségnyújtás szolgáltatásaitól, az egészségügyi biztosítás kártérítési összegétől, és a Kiegészítő Balesetbiztosítástól függetlenül a Biztosító az alábbi balesetbiztosítási összegeket fizeti a biztosítási kötvény érvény-tartamán belül már a Magyarországon bekövetkezett baleseti halál esetén is:

	Classic	Premium	Privileg
– baleseti halál esetén (kivéve terrorcselekményből eredő halál esetet)	1.800.000,-Ft	2.500.000,-Ft	6.000.000,-Ft
– légikatasztrófa következtében baleseti halál	–	4.500.000,-Ft	12.000.000,-Ft
– baleseti állandó, teljes (100 %-os) megrokkánás esetén	2.000.000,- Ft	3.000.000,-Ft	10.000.000,- Ft
– baleseti állandó, részleges egészségkárosodás esetén a az egészségkárosodás foka szerinti hányada.	2.000.000,- Ft	3.000.000,- Ft	10.000.000,- Ft
– balesetből eredő mulékony munka- képtelenség esetén, annak orvosilag is igazolt, folyamatos kórházi ellátás tartamára, minimum a 11. naptól, maximum 100 napra	–	–	napi 1.000,- Ft

Amennyiben a Biztosított a Classic vagy a Prémium díjkezdvményt igénybe vette, a Biztosító a fenti összegha-tárook 50 %-ig nyújt fedezetet.

További szolgáltatás Classic és Prémium Kiegészítő Balesetbiztosításra:

	Classic	Premium
– baleseti halál esetén	2.000.000,- Ft	4.000.000,- Ft
– baleseti állandó, teljes (100 %-os) megrokkánás esetén	2.000.000,- Ft	4.000.000,- Ft
– baleseti állandó, részleges egészségkárosodás esetén a2.000.000,- Ft-nak az egészségkárosodás foka szerinti hányada.		4.000.000,- Ft-nak

48. Milyen egészségkárosodási táblázat alapján történik a térítés?

A baleset folytán bekövetkezett megrokkánás vagy állandó egészségkárosodás mértékét – tekintet nélkül a Biztosí-tott 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, beszélő- képesség 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 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 orvos szakértője állapítja meg.

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

49. Mikor mentesül a Biztosító a balesetbiztosítási összeg kifizetése alól?

A Biztosító mentesül a balesetbiztosítási összeg kifizetése alól a jelen szabályzat 12. pontjában leírtakat meghaladóan:

- ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét.
- A balesetet súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak akkor kell tekinteni, ha az a Biztosított:
 - 0,80%-os véralkoholszint feletti ittas állapotában vagy kábítószeres befolyásoltsága alatt, azzal közvetlen okozati összefüggésben következett be,
 - érvényes jogosítvány nélküli gépjárművezetése közben következett be.

50. Hogyan történik a kárrendezés

Baleseti halál esetén a kárrendezés az alábbi iratok alapján történik:

- biztosítási kötvény egy példánya,
- halottvizsgálati orvosi bizonyítvány,
- boncolási jegyzőkönyv,
- magyar halotti anyakönyvi kivonat,
- külföldön felvett hivatalos jegyzőkönyv vagy igazolás a baleset és a sérülés megtörténtéről, körülményeiről,
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy hagyatéki végzés,
- a Biztosító által rendszeresített kitöltött formanyomtatvány,
- Kiegészítő Balesetbiztosításnál a közlekedési társaság (busz, vonat, hajó, légi) hivatalos jegyzőkönyve is.

Baleseti egészségkárosodás esetén szükséges iratok:

- biztosítási kötvény egy példánya,
- külföldi orvosi igazolás a kezeléssel, ellátással, valamint
- az összes orvosi dokumentáció,
- a Biztosító által rendszeresített formanyomtatvány,
- Kiegészítő Balesetbiztosításnál a közlekedési társaság (busz, vonat, hajó, légi) hivatalos jegyzőkönyve is.

VI. POGGYÁSBIZTOSÍTÁS ÉS ÚTIKÖMÉNYOK PÓTLÁSA

51. Mire terjed ki a poggyászbiztosítás?

A biztosítás kiterjed a Biztosított Magyarországról magával vitt útipoggyászának, ruházatának külföldön történt:

- ellopására, elrablására,
- a Biztosítottnak a légitársaság kezelésében lévő poggyászának elvesztésére, megsemmisülésére, amennyiben a légitársaság a kárt elismerte, kártérítési kötelezettségének eleget tett, de az általa nyújtott kártérítés összege nem fedezi a biztosított teljes kárigényét,
- baleseti személyi sérülésből eredő rongálódására, megsemmisülésére (a személyi sérülés tényét külföldön, az ellátó orvossal, intézménnyel igazoltatni kell),
- amennyiben baleseti személyi sérülés történik és a Biztosított megkötötte a kiegészítő sportbaleset és sporteszköz biztosítást – akkor a sportolás során a baleseti személyi sérülés következtében károsodott sportszert és felszerelést térítjük a módzatok szerinti egyedi értékhatárok figyelembe vételével(egyedi értékhatar feletti tárgyak kizartak). Ezek a következő sportszerekre és a hozzátartozó felszerelésekre terjednek ki: búváruha és felszerelés, szűrőruha és felszerelés, golfütő, teniszütő, siléc, síruha és felszerelése, snowboard deszka, ruha és felszerelése, vitorlás ruha, lovagló ruha.
- bármilyen okból keletkezett tűz esetén sérülésre, megsemmisülésre –tűzoltói szakvélemény alapján,
- elemi (természeti erők által okozott) csapásból eredő sérülésére, megsemmisülésére a káridőponti – avult – értéken:

Classic	Premium	Privileg
1 70.000,- Ft	275.000,- Ft	340.000,- Ft összeghatárig.

Amennyiben a Biztosított a Classic vagy a Prémium díjkezdvezményt igénybe vette, a Biztosító a fenti összeghatárok 50 %-ig nyújt fedezetet.

Privileg módzatunknál nem terjed ki az eredeti vásárláskori (újkori) 100.000,- Ft egyedi értéket meghaladó tárgyakra és azok tartozékaira.

A poggyászkárt lopás és rablás esetén az illetékes rendőrségnél vagy más hatóságnál minden esetben haladéktalanul be kell jelenteni, illetve a káresemény körülményeitől függően közlekedési szervnél vagy a szállodánál. Az esemény körülményeiről jegyzőkönyv felvételét, az esetleges eljárás eredményéről határozatot kell kérni. A jegyzőkönyvben fel kell sorolni tételesen a károsodást az ellopott poggyász- és ruhaféleségeket, a kárt összecszerűen is megjelölve.

A gépkocsi lezárt és a beláthatóság ellen védett csomagtartójából történő eltulajdonítás esetén a kártérítési összeg maximum:

Classic	Premium	Privileg
85.000,- Ft	137.500,- Ft	170.000,- Ft

Amennyiben a Biztosított a Classic vagy Premium díjkedvezményt igénybe vette, a Biztosító a fenti összeghatárok 50 %-ig nyújt fedezetet.

52. Mely tárgyakra nem terjed ki a biztosítás?

A biztosítás nem terjed ki az alábbi tárgyakra:

- ékszerekre, nemesfémekre, művészeti tárgyakra, gyűjteményekre, készpénzre vagy készpénzkimélő fizetőeszközökre (pl.: bank- vagy hitelkártya, szolgáltatás igénybevételére jogosító utalvány, síbilet, stb.) tákarékettkönyvre, egyéb értékpapírra, menetjegyre, okmányokra (kivéve: útlevél, jogosítvány, személyi igazolvány, forgalmi engedély), nemes szőmére, kerékpárra, továbbá sporteszközökre – kivéve, ha a Biztosított megkötötte a kiegészítő sportbaleset és sporteszköz biztosítást- (kivéve: ha a baleseti személyi sérülés ténye orvosilag igazolt), légiutazás alkalmával feladott műszaki cikkekre- és tartozékaira, illetve munkavégzés céljára szolgáló eszközökre, speciális sportruházatra (különösen: bűvár, szőrf, vitorlás és lovagló ruházatra) valamint:
- **Classic** módozatnál az eredeti, vásárláskori (újkori) 50.000,- Ft egyedi értéket meghaladó tárgyakra és azok tartozékaira (ide értve a hangszereket is),
- **Prémium** módozatnál az eredeti, vásárláskori (újkori) 80.000,- Ft egyedi értéket meghaladó tárgyakra és azok tartozékaira (hangszereknél az 50.000,- Ft feletti értékűekre),

- **Privileg** módozatnál az eredeti, vásárláskori (újkori) 100.000,- Ft egyedi értéket meghaladó tárgyakra és azok tartozékaira (hangszereknél az 50.000,- Ft feletti értékűekre),
- műszaki cikkek kárrendezéséhez eredeti számla szükséges.

53. Mely esetekre nem terjed ki a biztosítás?

A biztosítás nem terjed ki a jelen szabályzat 13. pontjában leírtakat meghaladóan:

- a poggyász elvesztésére, elhagyására, otthagytására, elejtésére, az őrizetlenül hagyott tárgyak ellopására,
- ha a poggyászt a lezárt gépjármű utasteréből vagy a ponyvás (nem fémlemezzel borított) utánfutóból tulajdonítják el,
- ha a lezárt gépjárműben elhelyezett útipoggyászt 22 óra és 06 óra között tulajdonítják el,
- ha gépjárművel történő utazás során az útipoggyászt a Biztosított nem helyezi el késedelem nélkül a szálláshelyen,
- a nem lezárt vagy őrizetlenül hagyott szobából, helyiségből bekövetkezett káreseményekre,
- sátorozás vagy kempingezés közben bekövetkezett lopáskarra, ha a sátorozás vagy kempingezés nem az arra hatóságilag kijelölt területen történik,
- fuvarozó felelősségbiztosítása vagy más biztosítás által megtérülő károkról,
- ha a Biztosított, a biztosítási esemény bekövetkezésekor nem az általában elvárható gondossággal járt el,
- ha a Biztosított a káresemény kapcsán valótlan adatokat közöl.

54. Mely esetekben mentesül a Biztosító a poggyászkárok kifizetése alól?

Mentesül a Biztosító a poggyászkárok kifizetése alól a jelen szabályzat 12. pontjában leírt esetekben.

55. Mit térítünk az elveszett vagy ellopott úti okmányok esetén?

A Biztosító megtéríti a Biztosított külföldi utazása során ellopott vagy elveszett útlevél vagy személyazonosító igazolvány (az Európai Unió országaiiban történt káreseményeknél), jogosítvány, valamint a forgalmi engedély

jegyzőkönyvvel és eredeti számlával igazolt újrabeszerzési költségeit:

Classic	Premium	Privileg
max. 8.000,- Ft-ig	max. 15.000,- Ft-ig	a tényleges kiadások mértékéig.

Amennyiben a Biztosított a Classic vagy Prémium díjkedvezményt igénybe vette, a Biztosító a fenti összehatárok 50 %-ig téríti a költségeket.

Ez a kártérítés a poggyászbiztosítási összeget terheli.

56. Hogyan történik a poggyászkárok rendezése?

A kárigények benyújthatók az QBE ATLASZ Biztosító Zrt. Ügyfélszolgálati Irodáiban vagy postai úton.

A poggyászkárokat a Biztosító Központi Kárrendezési Irodája rendezi (1143 Budapest, Stefánia út 51.; Tel.: (1) 460-1441) az alábbi iratok alapján:

- a kötvény egy példánya,
- névre szóló eredeti rendőrségi jegyzőkönyv, esetleg határozat, a közlekedési társaság részletes jegyzőkönyve, más hatósági jegyzőkönyv,
- a Biztosító által rendszeresített és kitöltött formanyomtatvány,
- számla, melynek hiányában a Biztosító – a belföldi átlagárak figyelembevételével – határozza meg a kártérítés összegét,
- a kárigény érvényesítéséhez szükséges egyéb irat,
- műszaki cikkek esetében a vámszervek igazolásával ellátott „Kiviteli Engedély”, kivéve az Európai Unió országait.

Amennyiben a kárigény érvényesítéséhez esetlegesen szükséges, a Biztosító – eredeti számla alapján – 5.000,- Ft értékhatárig megtéríti, a Biztosított külföldön felvett jegyzőkönyvének magyarra történi fordítási költségét.

VII. A BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK RENDELKEZÉSRE BOCSÁTÁSA ELEKTRONIKUS ÚTON KÖTÖTT SZERZŐDÉSEK ESETÉBEN

A Biztosító elektronikus úton kötött biztosítási szerződések esetében a biztosítási feltételeket elektronikus úton teszi a Szerződő (Biztosított) számára elérhetővé. Ennek során a Biztosító az Internet közcélú hálózatán www.qbeatlasz.hu domain név alatt elérhető és általa üzemeltetett utazási biztosítási portálon keresztül biztosítja, hogy a Szerződő (Biztosított) a biztosítási feltételeket folyamatosan elérje, azokhoz bármikor hozzáférjen, azokat akár a saját számítógépének merevlemezén, akár a Biztosító által számára e célból rendelkezésre bocsátott szabad tárhelyen (a Biztosított ún. Saját Mappájában) eltárolhassa, és onnan bármikor előhívhassa. A Szerződő (Biztosított) kérésére a Biztosító a biztosítási feltételeket papíron is rendelkezésre bocsátja.

I. MEDICAL ASSISTANCE AND INSURANCE

1. What risks does the medical assistance and insurance extend to?

After receiving a call, ATLASZ Insurance Co. (hereinafter referred to as the Insurance Company) or its partner, mentioned in the regulations and on the information page (hereinafter referred to as Partner) shall provide to the Insured **medical assistance services** and cover related costs in accordance with the stipulations of point 1. if the Insured falls ill or suffers an accident while staying abroad during the validity of the insurance.

The Insurance Company shall render these services **exclusively in emergency situations**.

The emergency situation involves the cases when the failure to provide immediate medical treatment is expected to endanger the life or security of the Insured or would cause irremediable damages to the health or security of the Insured as well as the cases when based on the symptoms of the disease or illness of the Insured (loss of consciousness, bleeding, infectious acute disease, etc.) or owing to sudden injury to health the Insured needs immediate medical treatment.

Medical assistance services of the Insurance Company:

- the Insurance Company or its Partner shall send within the shortest possible time a doctor to the place of

- residence of the Insured or furnishes the Insured with the address of the doctor,
- if necessary it shall **arrange further health care services** to be rendered to the Insured,
 - in the event of motional incapability the Insurance Company shall **arrange the transportation of the Insured** to the doctor or hospital by ambulance or taxi,
in the event of hospital treatment for max. 30 days
- a) as soon as the condition of the hospitalized patient makes it possible, the **Insured shall be repatriated to Hungary** – if necessary accompanied by a doctor or nurse – instead of the treatment abroad and the Insurance Company shall arrange for the patient to be treated in the competent health care institution. The date and mode of repatriation shall be determined by the Insurance Company on the basis of a preliminary reconciliation with the medical attendant or health care institution,
- b) the Insurance Company shall be in permanent touch with the medical attendant or the health care institution and undertakes to inform continuously the relative of the Insured about the condition of the Insured by phone.

Medical insurance services of the Insurance Company:

- **exclusively in the event of emergency** the insurance provides coverage – within the validity period –

	Classic	Premium	Privileg
for the costs incurred as a result of illness up to the amount of	EUR 45.000,-	EUR 80.000,-	EUR 500.000.-
for the costs incurred as a result of an accident up to the amount of	EUR 45.000,-	EUR 85.000,-	EUR 500.000.-
(or the equivalent in other currencies) or in case the Insured under the age of 16 benefited by the reduced rates, the Insurance Company shall provide coverage up to the 50 p.c. of above mentioned limits. Above expenses shall be born by the Insurance Company provided the Insured or representative of the Insured or rather the medical facility or treating doctor rendering medical care to the Insured asked for medical assistance from the Insurance Company or from its Partner, or if the Insured had no possibility to ask for such assistance, the Insured informed the Insurance Company or its Partner within the shortest possible period (but latest within 24 hours) on such an event and the Insurance Company permitted the utilization of the services. If the Insured did not inform			

the Insurance Company or its Partner on such an event in accordance with the above, the Insurance Company shall reimburse the costs incurred up to the amount of EUR 150.-.

Insurance services:

- emergency medical examination,
- emergency medical treatment,
- emergency hospital treatment (the Insurance Company reserves the right to cover the costs of hospital treatment abroad until the medical condition of the Insured allows repatriation for further treatment),
- additional costs of intensive treatment,
- urgent operation,
- emergency obstetric care before the 28th week of pregnancy,
- reimbursement of the costs of medicaments bought on the basis of a prescription, certified by the original invoice,
- renting of artificial limbs, crutches, wheelchair and other medical instruments, equipments and tools on the basis of a prescription,
- on the basis of a prescription the replacement of glasses necessiated by an accident causing personal injury and needing medical care, up to the amount of EUR 100,-
- exclusively urgent dental treatment, direct pain-killing treatment, max. for two teeth, up to the amount of EUR 120.- per tooth.

The policy covers the costs of justified and usual general medical treatment (selection of physician is not allowed), taking into consideration average treatment fees valid in the place of the utilization of the services.

Further service of the Premium policy:

- additional costs of hospitalization in single or double hospital room.

The physician providing treatment or performing examination shall be released from professional secrecy by the Insured Party with respect to the Insurance Company or its representative.

2. The Insurance does not extend to:

- any care or purchase of medicaments necessiated by the patient's former health condition and which is

- expected at the time of purchasing the policy to become necessary during the period of the insurance,
- services which are unnecessary for the establishment of the diagnosis or for the treatment and do not become necessary as a result of an acute disease or an injury suffered as a result of an accident,
- the additional costs which exceed the reasonable and general fee in the country concerned,
- the additional costs of hospital treatment resulting from the fact that from a medical point of view it could have been resolved, the Insurance Company was not able to repatriate the Insured (even in a special way) for further treatment to Hungary as a result of the decision of the Insured,
- in the event of damages over EUR 150 the costs exceeding EUR 150 if the Insured or representative of the Insured, or rather the medical facility or treating doctor providing medical care to the Insured failed to ask within 24 hours for the consent of the Insurance Company to the utilization of the medical services,
- non-emergency medical examination and treatment,
- the cost of repatriation made without the consent of the Insurance Company,
- operations that can be postponed (programmed operations),
- after-treatment, rehabilitation,
- psychiatric treatment,
- physiotherapy, acupuncture, treatment by quack or chiropractor,
- treatment or care by a family member,
- medical or hospital treatment resulting from the consumption of alcohol (blood alcohol level over 0,80‰) or drugs or reasons connected to their consumption,
- vaccination,
- routine, control examinations or medical check-ups,
- sexually contaminated diseases,
- acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and related diseases,
- contact lenses, hearing aids, and spectacles (regarding the latter except for the cases of accidents with personal injuries),
- suicide, attempt of suicide or costs resulting from the intended commitment of a crime,

- costs of treatment necessitated by an accident resulting from physical work by occupation,
- the treatment of more than two teeth,
- definitive dental treatment, jaw orthopedic treatment, orthodontics, parodontal treatments, scaling, preparation and reparation of artificial denture, dental crown, bridge-work, root-canal therapy,
- costs of treatment necessitated by an accident resulting from hazardous sport activities,
- additional costs of hospitalization in single or double hospital room, hospital treatment that exceeds 30 days
- plastic surgery,
- sunstroke and sunburnt
- prenatal care,
- obstetrical care after the 28th week of pregnancy.

3. Repatriation of the corpse

In case of death of the Insured, the Insurance Company shall arrange for the corpse to be repatriated to Hungary and cover related costs.

To enable the Insurance Company to organize the repatriation the relative of the Insured shall obtain and present to the Insurance Company the following documents within the shortest possible time:

- birth certificate,
- certificate of marriage, eventually the death certificate of the spouse,
- admission declaration by the cemetery,
- death certificate,
- official certificate or certificate of the physician on the reason of the death,
- in case of possibility of accidental death, the autopsy report,
- in the event of accidental death, documents necessary for the clarification of the circumstances of the death.

The costs of repatriation made without the consent of the Insurance Company shall not be covered.

I. MEDIZINISCHE HILFELEISTUNG UND MEDIZINISCHE VERSICHERUNG

1. Risikobereich der medizinischen Hilfeleistung und medizinischen Versicherung:

Die QBE ATLASZ Versicherung AG (im weiteren Versicherungsgesellschaft) oder ihrer hilfeleistender Partner, (im weiteren Partner) bietet an sie oder an ihren Partner gerichteten Telefonaten dem Versicherten Leistungen **auf dem Gebiet der medizinischen Hilfeleistung** und trägt die angefallenen medizinischen Kosten zu den in Punkt 1 detaillierten Bedingungen, wenn der Versicherte innerhalb der Versicherungsdauer im Ausland erkrankt oder an einem Unfall erleidet. Diese Leistungen werden von der Versicherungsgesellschaft **ausschließlich in dringenden Notfällen gewährt**.

Ein dringender Notfall liegt vor, wenn die nicht sofort eingeleitete ärztliche Versorgung voraussichtlich zu einer Gefährdung des Lebens des Versicherten bzw. seiner körperlichen Unversehrtheit führt oder eine irreparable Schädigung der Gesundheit des Versicherten bzw. seiner körperlichen Unversehrtheit verursachen würde; des weiteren wenn der Versicherte aufgrund von Symptomen seiner Krankheit oder seines Unfalles (Bewußtlosigkeit, Blutungen, infektiöse akute Erkrankungen usw.) oder wegen plötzlich eingetretener schwerer Gesundheitsschädigung einer dringenden ärztlichen Versorgung bedarf.

Leistungen der Versicherungsgesellschaft auf dem Gebiet der medizinischen Hilfeleistung:

die Versicherungsgesellschaft oder ihr Partner:

- entsenden innerhalb möglichst kurzer Zeit einen Arzt zum Aufenthaltsort des Versicherten oder stellen dem Versicherten die Adresse eines Arztes zur Verfügung;
 - bei Bedarf werden für weitere medizinische Versorgung des Versicherten sorgen;
 - bei Gehunfähigkeit werden der Transport des Versicherten mit Krankenwagen oder Taxi zum Arzt oder ins Krankenhaus organisieren;
 - bei Heilbehandlung im Krankenhaus, höchstens 30 Tage lang;
- a) sobald es der Zustand des Patienten im Krankenhaus zuläßt, wird der Versicherte statt seiner Behandlung im Ausland – bei Bedarf mit Arzt – oder Krankenbegleiter – nach Ungarn transportiert und für seine Unterbringung

in der zuständigen medizinischen Anstalt gesorgt. Zeitpunkt und Art des Transports werden von der Versicherungsgesellschaft aufgrund der vorausgehenden Abstimmungen mit dem behandelnden Arzt und der Gesundheitseinrichtung festgestellt;

- b) die Versicherungsgesellschaft steht im ständigen Kontakt mit dem behandelnden Arzt und der Gesundheitseinrichtung und **setzt mit einem Angehörigen telefonisch** in Verbindung um über den Zustand von ihm Bescheid zu geben.

Medizinische Versicherungsleistungen:

Die Versicherungsgesellschaft gewährt **ausschließlich in dringenden Fällen** – innerhalb der Versicherungsdauer – die Deckung für im **Zusammenhang mit Erkrankungen** entstandene Kosten in der Höhe von **EUR 40.000,- (Classic)**, **EUR 80.000,- (Premium)**, **EUR 500.000 (Privileg)** und für im Zusammenhang mit Unfällen entstandene Kosten in der Höhe von **EUR 45.000,- (Classic)**, **EUR 85.000,- (Premium)**, **EUR 500.000,- (Privileg)** (oder die entsprechende Gegenwert in anderer Währung), oder für die **50 % der obigen Limit – Beträgen, wenn die Versicherung mit Prämieermäßigung abgeschlossen wurde**. Die Versicherungsgesellschaft trägt die obenen Kosten, wenn der Versicherte oder deren Bevollmächtigte, weiter der behandelnde Arzt oder hilfeleistende medizinische Anstalt von der Versicherungsgesellschaft oder deren Partner Versicherungsleistungen auf dem Gebiet der medizinischen Hilfeleistung gebeten hat, oder wenn dies nicht möglich war, innerhalb möglichst kurzer Zeit (aber max. innerhalb 24 Stunden) die Versicherungsgesellschaft oder deren Partner verständigt hat und diese die Inanspruchnahme der Leistungen bewilligt haben. Wenn der Versicherte die **Versicherungs-gesellschaft oder deren Partner nicht verständigt hat**, werden die entstandenen Kosten von der Versicherungsgesellschaft im nachhinein höchstens in Höhe von **EUR 150,-** erstattet.

Versicherungsleistungen:

Unter Berücksichtigung der am Ort der Inanspruchnahme der Leistung gültigen durchschnittlichen medizinischen Tarife werden die Kosten für die nachstehenden begründeten und allgemein üblichen Behandlungen – ohne Arztwahl – getragen:

- dringende ärztliche Untersuchung;

- dringende ärztliche Heilbehandlung;
- dringende stationäre Heilbehandlung (die Versicherungsgesellschaft behält sich das Recht vor, die Behandlungskosten für den Krankenhausaufenthalt im Ausland bis zu dem Zeitpunkt (aber maximum 30 Tage) zu übernehmen, an dem der Zustand des Patienten seinen Transport nach Ungarn zur weiteren Heilbehandlung zuläßt);
- intensive Behandlung;
- unaufschiebbare Operationen;
- dringende Geburtshilfe vor dem 28. Schwangerschaftswoche;
- nachträgliche Erstattung der durch Originalrechnung belegten Kosten für auf ärztliche Verordnung gekaufte Medikamenten;
- Ausleihe von künstlichen Gliedmaßen, Krücken, Rollstühlen und anderen medizinischen Ausrüstungen, Instrumenten, Geräten auf ärztliche Verordnung;
- ärztlich verordnete Brillenersatz wegen Unfällen, die auch mit Personenschäden verbunden waren und dokumentierter ärztlicher Behandlung bedürfen, bis zu EUR 100,-;
- zahnärztliche Behandlung ausschließlich: in Notfällen, direkte Schmerzbehandlung, höchstens für zwei Zähne, in Höhe von höchstens EUR 120,- pro Zahn.

Der Versicherte befreit den untersuchenden oder behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Versicherungsgesellschaft oder deren Ermächtigten.

2. Die Versicherung erstreckt sich nicht auf die folgenden Bereiche:

- jegliche Behandlungen oder den Kauf von Medikamenten, die die Folge des früheren Gesundheitszustandes sind und bei Abschluß der Versicherung voraussichtlich oder mit hoher Wahrscheinlichkeit während der Versicherungsdauer notwendig werden;
- solche Leistungen, die zur Feststellung der Diagnose oder des Behandlungszwecks nicht notwendig sind und die sich nicht wegen akuter Erkrankungen oder Unfallverletzungen erforderlich machen;
- jene Mehrkosten über die rationalen und üblichen Tarifen im betreffenden Land;
- jene Mehrkosten für Krankenhausbehandlungen, die sich daraus ergeben haben, daß die Versicherungsgesellschaft den Versicherten aufgrund seiner Entscheidung nicht zur weiteren Behandlung nach Ungarn transportieren

- konnte (auch durch Einsatz von Spezialgeräten), obwohl dies aus medizinischer Sicht möglich gewesen wäre;
- bei Schäden über EUR 150,- Höchstbetrag, wenn der Versicherte oder deren Bevollmächtigte, weiter der behandelnde Arzt, oder der hilfeleistende medizinische Anstalt die Zustimmung der Versicherungsgesellschaft zur Inanspruchnahme von medizinischer Behandlungen nicht eingeholt hat;
 - Kosten für den ohne Zustimmung der Versicherungsgesellschaft erfolgten Transport nach Ungarn;
 - aufschiebbare Operationen (nach der Rückführung);
 - Nachbehandlungen, Rehabilitation;
 - psychiatrische und psychische Behandlungen;
 - Physiotherapien, Akupunkturen, Naturheilpraktiker- bzw. Naturheilbehandlungen;
 - Behandlung und Pflege durch Familienangehörige;
 - kosmetische Chirurgie;
 - Schwangerschaftspflege;
 - dringende Geburtshilfe nach der 28. Schwangerschaftswoche;
 - keine dringende ärztliche Untersuchung, Behandlung;
 - Behandlung im Krankenhaus über 30 Tage;
 - Sonnenstich und Sonnenbrand;
 - wegen Alkohol- (über einem Blutalkoholspiegel von 0,80‰) oder Rauschgiftsucht
 - oder darauf zurückführbaren Gründen – notwendig gewordene ärztliche, stationäre Behandlungen;
 - Schutzimpfungen;
 - Routine-, Kontroll- bzw. Reihenuntersuchungen;
 - Geschlechtskrankheiten;
 - Immunkrankheiten (AIDS) bzw. damit verbundene Krankheiten;
 - Kontaktlinsen;
 - Gerät zur Zwecke der Zuhörenverbesserung, Brillenersatz (außer Verletzungen, die auch mit Personalschäden verbunden waren);
 - Selbstmord bzw. Selbstmordversuch oder Kosten infolge einer durch den Versicherten begangenen vorsätzlichen Straftat;

- Behandlung von mehr als zwei Zähne;
- definitive zahnärztliche Behandlung, Kieferorthopädie, Wurzelbehandlung, Paradontologie, Entfernung vom Zahnstein, Zahnersatz, Zahnkronen und – brücken;
- gefährliche Sportarten;
- Betriebsunfälle;
- Prothesenerzeugung und Korrektur;
- Mehrkosten der Krankenhausunterbringung in Ein – oder Zweibettzimmer.

3. Überführungskosten der Leichen nach Ungarn

Bei Ableben des Versicherten sorgt die Versicherung für den Rücktransport des Leichnams nach Ungarn und trägt die unmittelbaren Kosten.

Zwecks Organisation des Leichentransportes nach Ungarn sind von den Angehörigen des Versicherten die nachstehenden Dokumente innerhalb möglichst kurzer Zeit zu besorgen und der Versicherungsgesellschaft zur Verfügung zu stellen:

- Geburtsurkunde;
- Eheurkunde, eventuell Sterbeurkunde des Ehegatten;
- Aufnahmeerklärung der Friedhofsverwaltung;
- Urkunde als Bestätigung des Todesfalles;
- behördliches oder ärztliches Attest als Bestätigung der Todesursache;
- in hoher Wahrscheinlichkeit des Unfalldes Todes das Obduktionsprotokoll;
- bei Unfall die zur Klärung der näheren Todesumstände notwendigen Unterlagen.

Kosten für den ohne Zustimmung der Versicherungsgesellschaft erfolgten Leichentransport nach Ungarn werden von der Versicherungsgesellschaft nicht erstattet.

ASSISTANCE ET ASSURANCE MALADIE

1. Quels sont les domaines couverts par l'Assistance et l'Assurance maladie?

La Société d'Assurance Atlasz S.A. (dans les suites: la Société d'Assurance) ou son Partenaire (dans les suites: Partenaire) mentionnés dans le règlement ou bien dans les pages informatives, assurent des **services d'assistance médicales** et prennent leurs frais en charge parmi les conditions présentées en détail sous le point 1., après avoir été avertis par téléphone, dans le cas où l'assuré tombe malade ou il a un accident à l'étranger, pendant la période de couverture de l'assurance. La Société d'Assurance rend ces services **exclusivement en cas d'urgence**.

Nous considérons comme cas d'urgence le cas où le manque du traitement médical risquerait, selon les prévisions, la vie de l'assuré, la bonne santé de son corps, ou le cas où ce manque du traitement entraînerait des affections irréparables dans la santé de l'assuré, ainsi que dans le cas où, par la suite des symptômes apparents de la maladie ou de l'accident de l'assuré (perte de connaissance, hémorragie, maladie contagieuse aiguë), ou des aggravations de son, état de santé nécessiteraient un traitement médical immédiat.

Les services d'assistance de maladie de la Société d'Assurance:

la Société d'Assurance ou son Partenaire:

- envoient un médecin au lieu de séjour de l'assuré, dans le délai le plus bref possible, ou mettent à la disposition de l'assuré l'adresse d'un médecin, pour cela l'assuré ou son représentant doit avertir par téléphone la Société d'Assurance, en lui indiquant le nom et prénom de l'assuré, le numéro de la police d'assurance de l'assuré, le numéro de téléphone accessible de l'assuré et son adresse exacte ou il désire de lui faire envoyer un médecin, ou bien dans les environs de son lieu de séjour l'adresse d'un médecin,
- en cas de nécessité **assure le traitement médical**,
- en cas d'incapacité de marcher **organisent le transport** de l'assuré au médecin ou à l'hôpital, par taxi ou ambulance,
- en cas de traitement médical à l'hôpital (maximum 30 jours):

a) dès que l'état de santé de l'assuré le rend possible, la Société d'Assurance rapatrie l'assuré – en cas de nécessité avec l'accompagnement d'un médecin ou une infirmière – et elle lui assure le traitement médical

dans un établissement hospitalier de son pays, au lieu de celui dans un hôpital à l'étranger; La date et le mode de transport sont définies par la Société d'Assurance, à la base d'un accord préalable entre elle et le médecin traitant ou l'établissement hospitalier.

- b) la Société d'Assurance est en relation continue avec le médecin traitant de l'assuré, elle se charge de **donner des informations** continues, par téléphone à propos de l'état de santé de l'assuré, **à l'un de ses parents**.

Les services d'assurance maladie de la Société d'Assurance.

- **exclusivement en cas de nécessité urgente**, – dans la période couverte par l'assurance – pour les frais médicaux survenus à la suite d'une maladie l'assurance donne une couverture avec la limite de **45.000.- Euro (Classic), 80. 000.- Euro (Prémium), 500. 000 (Privilege)**, pour les frais médicaux survenus à la suite d'un accident, l'assurance donne une couverture avec la limite de **45. 000.-Euro (Classic), 85. 000.- (Prémium), 500.000.- Euro (Privilege)** (ou le même montant en autres devises). Dans le cas où l'assuré étant au-dessous de 16 ans bénéficie d'un tarif réduit, la Société d'Assurance couvre seulement le 50 % des limites mentionnées ci-dessous. La Société d'Assurance prend en charge les frais mentionnés ci-dessous dans le cas où l'assuré ou son représentant, ou le médecin traitant ou l'institut sanitaire ont demandé à la Société d'Assurance ou à son Partenaire de rendre un service d'assistance maladie, ou si l'assuré n'en avait pas eu la possibilité, il a averti, dans le délai le plus bref possible, (mais max. dans 24 heures) la Société d'Assurance ou son Partenaire, et ces derniers ont donné leur accord à l'utilisation de leurs services. Dans le cas où l'assuré n'a pas averti la Société d'Assurance ou son Partenaire selon les susdits, la Société d'Assurance rembourse les frais ultérieurement jusqu' à une limite de 150.- Euro.

Les services d'assurance:

Remboursement des frais des traitements généraux, habituels et justifiés – sans avoir la possibilité de choisir librement le médecin – en tenant compte des prix de service moyens valables au lieu du traitement suivants:

- examen médical exclusivement en cas de nécessité urgente
- traitement médical exclusivement en cas de nécessité urgente
- traitement hospitalier (la Société d'Assurance se réserve le droit, de rembourser les frais du traitement médical dans un hôpital à l'étranger jusqu'au moment où l'état de santé du malade rend possible son rapatriement

pour but du traitement dans le pays).

- les charges supplémentaires d'un traitement intensif,
- opération très urgente,
- soins d'urgence obstétrique avant la 28^{ème} semaine de la grossesse,
- remboursement ultérieur, du prix du médicament acheté sur ordonnance du médecin, justifié avec des recus originaux,
- prêt à usage de prothèses, de béquilles, de fauteuils roulants, et d'autres appareils, équipements médicaux, sur ordonnance médicale,
- remplacement des lunettes de vue, sur ordonnance médicale, suite à un accident causant des blessures personnelles, nécessitant un certificat médical de la part du médecin traitant, avec une limite, de remboursement de 100.- Euro,
- traitement dentaire exclusivement en cas d'urgence, traitement dentaire direct afin de diminuer la douleur, au maximum pour deux dents, avec une limite de 120.- Euro par dent,
- **A l'égard de la Société d'Assurance ou de son représentant l'assuré absoudre du secret professionnel le médecin exécutant l'examen ou le traitement!**

2. L'assurance ne couvre pas:

- le traitement et l'achat des médicaments qui sont dus à un état de santé préalable et dont il était prévisible au moment de la passation du contrat d'assurance qu'ils deviendraient nécessaires dans la période couverte par l'assurance.
- tout service qui n'est pas nécessaire pour constater le diagnostic ou le traitement médical à accorder ainsi que le service qui ne devient pas nécessaire pour cause de maladie aiguë ou pour cause d'accident,
- les frais supérieurs qui dépassent les frais raisonnables et habituels dans le pays concerné,
- le traitement hospitalier qui dépasse 30 jours
- les frais supérieurs du traitement médical qui sont dus à la décision de l'assuré qui a empêché la Société d'Assurance de transporter le malade en Hongrie même d'une manière spéciale, afin de le traiter dans le pays, bien que ce transport aurait pu être réalisé du point de vue médical,

- les frais du traitement dépassant la valeur de la limite de 150.- Euro dans le cas où l'assuré ou son représentant, ou le médecin traitant, ou l'institut sanitaire n'en ont pas demandé dans 24 heures l'accord de la Société d'Assurance pour le service sanitaire,
- le transport en Hongrie sans l'accord de la Société d'Assurance,
- pour l'examen et traitement médical nécessitant pas l'urgence,
- les opérations pas très urgentes,
- soins supplémentaires, réhabilitations,
- traitement psychiatrique et psychogène,
- physiothérapie, acupuncture, traitement du chiropracteur,
- traitement accordé par l'un des membres de la famille,
- traitement du alcoolisme (consommation de l'alcool (quantité de l'alcool dans le sang dépassant la limite de 0,80‰), à la consommation de la drogue,
- vaccination,
- dépistage, contrôle médical, examen de routine,
- maladies transmises par rapport sexuel,
- maladies de déficits immunologiques acquis (SIDA), ou maladies qui sont en rapport avec celles-ci,
- lentilles de contact, instruments otacoustiques, lunettes de vue (excepté le cas des blessures personnelles causées par un accident),
- soins dépassant la 28^{ème} semaine de la grossesse,
- soins de la grossesse,
- la chirurgie cosmétique,
- brûlure, coup de soleil,
- suicide, tentative de suicide, ou les charges qui sont dues à un acte criminel volontaire, exécuté par l'assuré,
- les frais du traitement médical dus à un accident qui se produit au cours de l'exécution du travail physique professionnel,
- traitement dentaire dépassant la limite de deux dents,
- traitement dentaire de caractère défensif, traitement maxillaire orthopédique, prothèse orthodontaire,

traitement parodontologique, élimination du tartre dentaire et sa réparation, prothèse dentaire et sa réparation, couronne ou pont dentaire,

- les frais du traitement médical dus à un accident qui se produit au cours d'une activité sportive dangereuse.

3. Rapatriement du corps

En cas de décès de l'assuré, la Société d'Assurance organise et prend en charge les frais du rapatriement.

Pour l'organisation du rapatriement du corps le membre de famille de l'assuré doit mettre à la disposition de la Société d'Assurance les documents suivants:

- extrait d'acte de naissance,
- registre de l'état civil, éventuellement celui de l'acte de décès de l'époux (épouse),
- déclaration d'admission au cimetière,
- document justifiant le fait du décès,
- document médical ou officiel justifiant la cause de décès,
- en cas du décès lors d'un accident, les documents nécessaires pour justifier les circonstances de l'accident.

La Société d'Assurance ne couvre pas les frais du rapatriement organisé sans son accord.