

CSOPORTOS SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ÉS BIZTOSÍTÁS ("ATLASZ Corporate Card")

SZABÁLYZAT

(érvényes: 2005.02.01-től)

Röviden a QBE Atlasz Biztosító Részvénytársaságról:

Biztosító társaságunk 1988. május 1-én alakult meg.

Székhelyünk: 1143 Budapest, Stefánia út 51.

Levelezési címünk: 1581 Budapest, Pf.: 10.

I. ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK

1. A QBE ATLASZ Biztosító Rt. (továbbiakban: Biztosító) jelen biztosítási szerződés alapján arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási díj megfizetése ellenében, a szerződésben felsorolt, külföldön felmerült káresemények kapcsán az alábbi segítségnyújtási és biztosítási szolgáltatásokat nyújtja:

- Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás
- Utazási segítségnyújtás és biztosítás
- Balesetbiztosítás
- Poggyászbiztosítás

2. Hogyan jön létre a biztosítási szerződés?

A Szerződő meghatározott számú keretnapokra Csoportos Segítségnyújtási és Biztosítási csomagot vásárol meg.

A Biztosító a Szerződő részére egy " Csoportos Segítségnyújtás és Biztosítás " kötvényt állít ki, és ezzel egyidejűleg a Szerződő által meghatározott darabszámú plastikkártyát a Szerződő rendelkezésére bocsátja.

3. Mikor lép életbe és meddig hatályos a biztosítás?

A biztosítás az azt követő napon lép hatályba, amikor a Szerződő az első díjat a Biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, de a felek megállapodhatnak az ettől eltérő hatálybalépésben.

A Biztosító kockázatviselése a szerződésben meghatározott keretnapokra áll fenn. Az egyes Biztosítottakra vonatkozóan a Biztosító kockázatviselése a Szerződő által - az 5. pontban meghatározott módon - megadott kinttartózkodás időtartamára szól.

A keretnapok a Biztosítottak létszámától függetlenül, többszöri kiutazás alkalmával, a kockázatviselés kezdetét követő év december 31-ig használható fel.

A Szerződő a keretnapok felhasználását követően jogosult további keretnapok megvásárlására.

A Biztosító a Szerződőt a keretnapok 75%-os felhasználásáról tájékoztatja. Amennyiben a Szerződő további keretnapokat nem vásárol, úgy a szerződés a keretnapok felhasználásával

egyidejűleg, vagy a kockázatviselés kezdetét követő év december 31-vel megszűnik, s a Szerződő 2 munkanapon belül a plasztikkártyákat a Biztosító részére köteles visszajuttatni. A plasztikkártyák vissza nem juttatása miatt a Biztosítónál esetlegesen felmerülő költségeként, károként a felelősség a Szerződőt terheli.

4. Ki a Szerződő ?

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

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. Amennyiben a szerződés e kikötései ellenére a felsoroltak valamelyikének javára megkötik a biztosítást, az érvénytelen, és a biztosítás díja visszajár.

Ki nem lehet Biztosított?

Nem lehet Biztosított a tartós külföldi szolgálatot teljesítő, külföldön tartósan munkát vállaló és vele kinttartózkodó családtagjai, valamint az a devizakülföldinek minősülő természetes személy, akinek ezt a mindenkor érvényben lévő devizajogszabályok nem teszik lehetővé. Amennyiben a szerződés e kikötése ellenére a felsoroltak valamelyikének a javára megkötik a biztosítást, az érvénytelen.

6. Ki/k a Kedvezményezett/ek ?

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

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

7. Mi a biztosítás területi hatálya?

A biztosítás Magyarország kivételével a világ összes országára érvényes

8. Mi a biztosítás többszöri megkötésének korlátozása?

Biztosítás azonos időre csak egyszer köthető. Amennyiben a Biztosított e kikötés ellenére mégis több biztosítással rendelkezik, úgy a Biztosító csak egy, a Biztosított számára

kedvezőbb szerződés alapján térít, és ezzel egyidőben, a Biztosítónál esetlegesen kötött ugyanilyen vagy más feltételű baleset-, betegség-, poggyászbiztosítás díját visszafizeti.

9. Hogyan történik a biztosítási díj meghatározása?

A biztosítás díja az alapidíjnak, a fizikai munkavégzők pótdíjának a végösszege.
Az alapidíj az alábbi időtartamok meghatározásával kerül kiszámításra :

1 – 100 nap közötti kinttartózkodási időtartamra 100 napos díj,

101. naptól, napi díj.

Fizikai munkavégzés céljából külföldre utazóknak a napi díj 20%-a számítandó fel **pótdíjként**.

10. 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 poggyászbiztosítási 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 22.,23.,24.,25.,26.,27.,29. pontban meghatározott személyek részére nyújt.

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

A Biztosító mentesül a károk kifizetése alól:

- ha a Szerződő elmulasztja a Biztosítottak adatainak előzetes írásban történt leadását,
- ha a Biztosított fizikai munkavégzés céljából utazott külföldre és a Szerződő nem fizetett pótdíjat,
- ha a Biztosított a biztosítás érvénybelépésekor már nem tartózkodott Magyarországon,
- a Biztosított és a Szerződő a közlési és változásbejelentési kötelezettségének nem tesz eleget és a biztosítási esemény ezen elhallgatott, vagy be nem jelentett körülménnyel ok okozati összefüggésben következett be,
- a kárt jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul a Biztosított, illetőleg a szerződő fél, illetőleg a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk vagy a kedvezményezett okozta, illetőleg kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségét megszegte,
- devizakülföldi állampolgár és az állandó lakhelye szerinti országba utazik,

- az egyszeri kinttartózkodás meghaladja a 60 napot és a Biztosító ezt előtte nem engedélyezte külön,
- ha a Biztosított elmulasztja a biztosítási esemény előírásoknak megfelelő bejelentését, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

12. Melyek a biztosításból kizárt kockázatok?

A biztosításból kizárásra kerülnek:

- a felmerült nem vagyoni károk,
- veszélyes sportok (különös tekintettel az autó- motorsport versenyeken -ideértve a teszttúrákat és a rallyversenyeket is-, szikla- és hegymászás, légitözlekedési eszközök, motor nélküli légitármű, segédmotoros vitorlázó repülőgép, valamint ejtőernyő használata) gyakorlása és az ezekkel kapcsolatos edzéseken való részvétel során bekövetkezett események,
- a közlekedési társaság utazási feltételeinek megszegéséből bekövetkezett események,
- közvetve vagy közvetlenül a jogszabály szerint ionizálónak minősülő sugárzás, nukleáris energia folytán bekövetkezett események,
- háborús, polgárháborús cselekménnyel, harci eseménnyel, terrorcselekménnyel, felkeléssel, lázadással, zavargással, sztrájkkal közvetlen vagy közvetett összefüggésben bekövetkezett események,
- a Biztosító nem felel az általa vagy a Partnere által felkért szolgáltató által okozott orvosi műhibákból eredő felelősségi károkért.

13. Mi a Biztosított feladata káresemény bekövetkezésekor?

A Biztosított feladatai:

- a káreseményével kapcsolatban felmerült minden tényről, adatról a lehető legrövidebb időn belül (pl. a budapesti non-stop telefonszámon: 460-1500) a Biztosítót vagy Partnerét tájékoztassa,
- a kárt a lehetőségekhez képest elhárítsa, illetve csökkentse és ennek során a Biztosító 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.

14. Mikor esedékes a kárkifizetés?

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 illették meg a kárért felelős személlyel szemben, kivéve, ha ez a Biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó.

Jelen biztosítási szerződés alapján a magánszemélyeknek teljesített kifizetésekre a mindenkor hatályos személyi jövedelemadóról szóló törvény (jelenleg hatályos 1995.évi CXVII. törvény) rendelkezései az irányadóak.

15. Mikor évülnek el a kártérítési igények?

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

16. Titoktartási kötelezettség

17. Titoktartási kötelezettség

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.

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

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a) a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- b) 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 a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- e) a törvényben 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 képviselőjével, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos verseny felügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,

- 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 gyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást 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 Számlát 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)–p) 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 cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztosító 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.

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.

A biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető,

a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat pedig addig kezeli, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

A Biztosító a biztosított (a szerződő) személyes adatait annak hozzájárulásával kezeli. Különleges személyes adatok kezeléséhez, a személyes adatok külföldi adatkezeléséhez a biztosított (a szerződő) írásbeli hozzájárulására van szükség.

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 részemre az általa kezelt adataimról és az adatkezelés, a törvényben meghatározott körben annak körülményeiről.

17. A fogyasztói panaszokkal foglalkozó szerv

A Társaság panaszokkal foglalkozó szervezeti egysége:
QBE Atlasz Biztosító Rt (1143 Budapest, Stefánia út 51).

A Társaság tevékenységével kapcsolatosan felmerülő, esetleges panaszok esetén további panasz fórumok:

- 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)

18. 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.

19. 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 bejelentésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat, 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

20. 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 továbbiakban 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 egészségkárosodása 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,
- 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:

a.) amint a kórházban lévő beteg állapota lehetővé teszi, a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a külföldi kezelés helyett a **Biztosítottat - szükség esetén** orvoskísérővel vagy betegkísérővel - Magyarországra **szállítsa** és gondoskodik az illetékes gyógyintézetbe történő elhelyezéséről. Ennek időpontját, szükségességét 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, és vállalja, hogy folyamatosan **tájékoztatja** telefonon a Biztosított egy **hozzátartozóját** a Biztosított állapotáról.

(A PTK.685.§.b. pontja szerint **közei hozzátartozók**:

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

A Biztosító egészségügyi biztosítási szolgáltatásai:

- a **biztosítás kizárólag sürgős szükség** esetén - a Biztosító kockázatviselésének tartamán belül - **megbetegedés, vagy baleset kapcsán** felmerült költségekre összesen **40.000.- EUR** (vagy ennek megfelelő egyéb valuta) összeghatárig nyújt fedezetet. **A fenti költségeket akkor vállalja a Biztosító, ha a Biztosított vagy megbízottja, illetve az ellátást nyújtó intézmény a Biztosítótól vagy Partnerétől egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatást kért vagy ha erre nem volt lehetősége, akkor 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 téríti meg.**

Biztosítási szolgáltatások:

- orvosi vizsgálat,
- orvosi gyógykezelés,
- kórházi gyógykezelés (a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a külföldi kórházi kezelési költségeket addig az időpontig vállalja, amíg a kezelőorvossal történt egyeztetés után a beteg állapota lehetővé teszi a Magyarországra történő szállítását további gyógykezelés céljából),
- halaszthatatlan műtét, intenzív ellátás
- egy-, illetve kétágyas kórházi elhelyezés többletköltségei,
- sürgősségi szülészeti ellátás a terhesség 28. hete előtt,
- orvosi rendelvényre vásárolt gyógyszer, eredeti számlával igazolt költségének utólagos megtérítése,
- művégtagok, mankók, rokkantkocsik és egyéb orvosi felszerelések, készülékek, eszközök orvosi rendelvényre történő kölcsönzése,

- szemüveg - orvos által rendelt - pótlása, személyi sérülést is okozó, orvosi ellátást igénylő baleset miatt **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.

21. Mire nem terjed ki az egészségügyi biztosítás?

Az egészségügyi biztosítás nem terjed ki:

- bármely olyan ellátásra vagy gyógyszervásárlásra, amely korábban fennálló egészségi állapot következménye,
- olyan szolgáltatásra, amely nem szükséges a diagnózis megállapítása vagy a kezelés céljából,
- olyan szolgáltatásra, amely nem akut megbetegedés vagy baleseti sérülés miatt válik szükségessé,
- azon többletköltségekre, amelyek meghaladják az indokolt és szokásos díjat abban az országban, ahol a Biztosított a szolgáltatást igénybe vette,
- 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 igénybevételéhez, a **150.- EUR** összeghatárt meghaladó károk esetében a fenti összeghatárt meghaladó költségekre,
- a Biztosító hozzájárulása nélkül történt hazaszállítás költségeire,
- ésszerű kockázati szint túllépése nélkül halasztható műtetre,
- utókezelésre,
- pszichiátriai megbetegedések kezelésére,
- fizioterápiára, akupunktúrára, természetgyógyász, illetve csontkovács által nyújtott kezelésre,
- hozzátartozó által nyújtott kezelésre, ápolásra,
- alkoholos (0,80‰o véralkoholszint feletti), illetve kábítószeres befolyásoltság miatt - vagy erre visszavezethető okokból - szükségessé vált orvosi, kórházi ellátásra,
- védőoltásra,
- rutin, kontroll, illetve szűrővizsgálatokra,
- szexuális úton terjedő betegségekre,
- szerzett immunhiányos betegsége (AIDS), illetve ezzel összefüggő betegségekre,
- kontaktlencsére,
- öngyilkosság, illetve annak kísérlete, vagy a Biztosított által elkövetett szándékos bűncselekmény következtében felmerült költségekre,

- hivatásszerű fizikai munkavégzés során bekövetkezett baleset következtében felmerült egészségügyi ellátás költségeire, ha a pótdíj nem lett megfizetve,
- kettőnél több fog kezelésére,
- definitív fogászati ellátásra, állkapocsorthopédiai ellátásra, fogszabályozásra, paradontológiai kezelésekre, fogköeltávolításra, foggyökérkezelésre, fogpótlásra, fogkoronára, hídra.

22. Hogyan történik a kárrendezés?

- Ha a Biztosított az egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatásokat igénybe vette, a külföldi egészségügyi, gyógyító, kezelő szerv (személy) a számlát 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 QBE ATLASZ Biztosító Rt. Assistance és Kárrendezési Osztálya (1143.Budapest, Stefánia út 51. tel.: 460-1500 Fax 460-1515) az érvényes devizarendelkezések szerint megtéríti.

Az előzetes jóváhagyás nélkül igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokat maximum 150.- EUR összefutárig téríti meg a Biztosító.

A kárrendezés az alábbi iratok alapján történik:

- az ellátás sürgősségét igazoló teljes orvosi dokumentáció,
- külföldi orvosi, gyógyszerköltségek eredeti számlái,
- a Biztosító által rendszeresített és a Biztosított vagy örököse illetve kedvezményezettje által kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,

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

III. EGYÉB UTAZÁSI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ÉS BIZTOSÍTÁS

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

23. Beteglátogatás

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

maximum 7 éjszakára **120.-EUR /éjszaka értékhatárig**

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

24. Telefonköltség térítése

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

Európán belül : **40.- EUR**
Európán kívül : **80.- EUR**

összeghatárokig.

25. Tartózkodás meghosszabbodása

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

maximum 7 éjszakára **120.-EUR /éjszaka** értékhatárig.

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

maximum 7 éjszakára **120.-EUR /éjszaka**

értékhatárig és gondoskodik a Biztosítottal együtt történő hazautazásának megszervezéséről és annak költségeit (a Biztosító döntése alapján : személygépkocsi üzemanyagköltsége, vonat II.o. menetjegy, esetleg turistaosztályú repülőjegy) átvállalja.

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

26. 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 alapos gyanúja esetén boncolási jegyzőkönyv,
- baleset esetén a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok.

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

27. Idő előtti hazautazás haláleset vagy megbetegedés miatt

Amennyiben a Biztosított Magyarországon élő **közeleli hozzátartozója** meghal, vagy életveszélyes állapotban van, és arról a Biztosítót hivatalos okiratokkal - kórházi orvos igazolását telefaxon mellékelve - értesítik, 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 érvénytartama még min. 3 nap legyen.

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

28. 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.

29. Helyettesítés megbetegedéskor hivatalos kiküldetés esetén

Ha külföldi tartózkodása 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 költségét megtéríti.

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

30. Külföldi készpénz segély megszervezése

Amennyiben a Biztosított pénzét, készpénzkímélő fizetőeszközét ellopták, elrabolták vagy előre nem tervezett, indokolt kiadása merülne fel (pl. nagyobb összegű gépjárműjavítás költsége) a Biztosító vállalja - maximum **1.600.-EUR** összeghatárig-, hogy partnerhálózatán keresztül megszervezi, hogy a Biztosított kiadásai fedezésére helyi fizetőeszközhöz juthasson. Ennek feltétele, hogy a Biztosítót történt értesítést követően, a Biztosított magyarországi megbízottja az igényelt segélynek és az átutalás bankköltségének megfelelő forint összeget a Biztosító partnerénél befizesse.

31. Segítségnyújtás személygépkocsi hazajuttatásához

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 hazavezesse.

Amennyiben a Biztosított nem nevez meg ilyen személyt, a Biztosító gondoskodik gépjárművezetőről és költségeit átvállalja.

32. Poggyász késedelmes megérkezése

Amennyiben a Biztosított kiutazása – mely 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 :

12 és 24 óra közötti késedelem esetén : 15.000.-Ft

24 órát meghaladó késedelem után : 40.000.-Ft

33. Egyéb segítségnyújtások

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

34. Hogyan történik a kárrendezés?

- A szerződésben előírtaknak megfelelően bejelentett biztosítási események kapcsán felmerült költségeket a Biztosító a szerződés III. fejezetében rögzített összeghatárig közvetlenül rendezi.
- 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 összeghatárig - 15 napon belül - a Biztosító Assistance és Kárrendezési Osztálya az érvényes devizarendelkezések szerint megtéríti.

IV. BALESETBIZTOSÍTÁS

35. Mi minősül balesetnek?

Balesetnek minősül a Biztosított akaratán kívül külföldön, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított egy éven belül meghal, állandó megrokknást, egészségkárosodást szenved.

Napsugárzás, kvarc, szolárium által okozott leégés, napszúrás, hóguta, megemelés, sérv, fagyás, öngyilkosság és annak kísérlete nem minősül balesetnek. A hivatásszerű fizikai munkavégzés során fellépő egészségkárosodás sem minősül balesetnek, ha a pótdíj nem lett megfizetve.

36. Milyen nagyságú a balesetbiztosítási összeg?

Az egészségügyi segítségnyújtás szolgáltatásaitól és az egészségügyi biztosítás kártérítési összegétől függetlenül a Biztosító az alábbi balesetbiztosítási összegeket fizeti:

- baleseti halál esetén	4.000.000.- Ft
- baleseti halál légikatasztrófa esetén	6.000.000.- Ft
- baleseti állandó, teljes (100%-os) megrokknás esetén	5.000.000.- Ft
- baleseti állandó, részleges egészségkárosodás esetén a az egészségkárosodás foka szerinti hányada.	5.000.000.- Ft-nak

37. Milyen egészségkárosodási táblázat alapján történik a térítés?

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

Testrészek egészségkárosodása	Térítés %- a
- mindkét szem látóképességének elvesztése, mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése, egyik kar vagy kéz és comb vagy lábszár együttes elvesztése (felső végtag + alsó végtag csonkolása), mindkét comb elvesztése	100%
- mindkét lábszár elvesztése	90%
- egyik comb elvesztése, egyik felkar elvesztése	80%
- egyik lábszár elvesztése, egyik alkar elvesztése, beszélni 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 funkció kiesés mértékének megfelelően a végállapot kialakulását követően - a Biztosító orvosszakértője 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.

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

A Biztosító mentesül a balesetbiztosítási összeg kifizetése alól:

- ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét,
- ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

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

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

39. Hogyan történik a kárrendezés ?

- Baleseti halál esetén a kárrendezés az alábbi iratok alapján történik
 - a biztosítási kötvény egy példánya,
 - halottvizsgálati orvosi bizonyítvány,
 - magyar halotti anyakönyvi kivonat,
 - külföldön felvett hivatalos jegyzőkönyv vagy igazolás a baleset és a sérülés megtörténéről, körülményeiről, ha készült,
 - jogerős öröklési bizonyítvány vagy hagyatéki végzés,
 - boncolási jegyzőkönyv,
 - a Biztosító által rendszeresített formanyomtatvány.
- Baleseti egészségkárosodás esetén szükséges iratok:
 - biztosítási kötvény egy példánya,
 - külföldi orvosi igazolás a kezelésről, ellátásról,
 - valamint az összes orvosi dokumentáció (utókezelés)
 - a Biztosító által rendszeresített formanyomtatvány.

V. POGGYÁSZBIZTOSÍTÁS ÉS ÚTI OKMÁNYOK PÓTLÁSA

40. Mire terjed ki a poggyászbiztosítás?

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

- ellopására, elrablására,
 - személyi sérülés miatti rongálódására, megsemmisülésére (a személyi sérülés tényét orvossal igazoltatni kell),
 - elemi csapásból eredő sérülésére, megsemmisülésére
- a kár időponti értéken, **300.000.-Ft** összeghatárig.

A poggyászkárt lopás és rablás esetén az illetékes rendőrségnél vagy hatóságnál minden esetben 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 összegszerűen is megjelölve.

A gépkocsi lezárt, és a beláthatóság ellen védett csomagtartójából történő eltulajdonítás esetén a kártérítési összeg a poggyászbiztosítás összeghatárának **maximum 50%-a**.

41. Mely tárgyakra nem terjed ki a biztosítás?

A biztosítás nem terjed ki az alábbi tárgyakra:

- ékszerekre, nemesfémekre, művészeti tárgyakra, gyűjteményekre, készpénzre vagy készpénzkímélő fizetőeszközökre (pl.: bank- vagy hitelkártya, szolgáltatás igénybevételére jogosító utalvány, síbérlet, stb.) takarékbetétkönyvre, egyéb értékpapírra, menetjegyre, okmányokra (kivéve: útleve, jogosítvány, forgalmi engedély), nemes szőrmére, kerékpárra, sporteszközökre, légiutazás alkalmával feladott műszaki cikkek- és tartozékaira, illetve munkavégzés céljára szolgáló eszközökre, hangszerek, valamint az eredeti vásárláskori (újkori) 50.000.- Ft egyedi értéket meghaladó tárgyakra és azok tartozékaira.

42. Mely esetekre nem terjed ki a biztosítás?

A biztosítás nem terjed ki:

- a poggyász elvesztésére, elhagyására, otthagytására, elejtésére, az őrizetlenül hagyott tárgyak ellopására,
- ha a poggyászt a gépjármű utasteréből vagy a ponyvás (nem fémlemezzel borított)utánfutóból tulajdonítják el,
- ha a 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,
- sátorozás vagy kempingezés közben bekövetkezett lopáskarra, ha a sátorozás vagy kempingezés nem az arra hatóságilag kijelölt területen történik,
- a fuvarozó felelősségbiztosítása vagy más biztosítás által megtérülő károkra,

- ha a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésekor nem az általában elvárható gondossággal járt el,
- ha a Biztosított a káresemény kapcsán valótlan adatokat közöl.

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

Mentesül a Biztosító a poggyászkárok kifizetése alól:

- amennyiben a kárt jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul a Biztosított okozta.

44. Kártérítés az úti okmányok elvesztése esetén :

A Biztosító megtéríti a Biztosított külföldi utazása során elloptott vagy elveszett útlevel, jogosítvány, valamint a forgalmi engedély számlával igazolt újrabeszerezési költségeit maximum 15.000.- Ft összeghatárig. Ez a kártérítés a poggyászbiztosítási összeget terheli.

45. Hogyan történik a poggyászkárok rendezése?

A kárigények benyújthatók a QBE ATLASZ Biztosító Rt. Assistance és Kárrendezési Osztályán (1143.Budapest, Stefánia út 51. Telefon : 460-1441, 460-1444) melyek rendezéséhez az alábbi iratokat kell benyújtani:

- névre szóló eredeti rendőrségi jegyzőkönyv, esetleg határozat,
- a Biztosító által rendszeresített és kitöltött formanyomtatvány,
- számla, melynek hiányában a Biztosító a belföldi átlagárakat veszi alapul,
- a kárigény érvényesítéséhez szükséges egyéb irat.