

KÜLFÖLDÖN MUNKÁT VÉGZŐK ÉS CSALÁDTAGJAIK EGÉSZSÉGBALESETBIZTOSÍTÁSA ÉS SEGÍTSÉGNYÚJTÁSI SZABÁLYZATA /KMEB/

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) a biztosítási szerződés alapján arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási díj megfizetése ellenében, jelen szabályzatban felsorolt – a biztosítás érvénytartamán belül, külföldön felmerült káresemények kapcsán – az alábbi segítségnyújtási és biztosítási szolgáltatásokat nyújtja:

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

2. Hogyan jön létre a biztosítási szerződés?

A biztosítás kizárólag azon személy részére köthető, aki a szerződéskötés időpontjában Magyarország területén tartózkodik. A szerződéskötés további feltétele a Biztosított útlevelének egyidejű bemutatása, a díj megfizetése.

Kivétel, ha már meglévő biztosításának lejártá előtt, a Biztosított írásban bejelenti hosszabbítási igényét és ezzel egyidejűleg legalább az egyhavi díjat befizeti.

A Biztosító vagy megbízottja valamennyi Biztosított részére kötvényt állít ki, amelyen a Szerződő aláírásával igazolja, hogy a Biztosító főbb adatairól és a biztosítási szerződés jellemzőiről szóló tájékoztatást megkapta.

3. Mikor lép életbe és meddig hatályos a biztosítás?

A kockázatviselés legkorábban a díj megfizetését követő nap 0 órájától kezdődik és a díjjal kiegyenlített utolsó nap 24. órájáig tart.

Kivéve a 4. pont második bekezdésében foglaltakat.

4. A biztosítás díja

A biztosítás maximum 365 napra köthető az alábbi díjszámítás figyelembevételével:

- 1 és 15 nap közötti kinttartózkodási időtartamra 15 napos díj,
- 15 napon túli kinttartózkodási időtartamra havi díj.

Amennyiben a biztosítás időtartama meghaladja a 3 hónapot, lehetőség van a biztosítási díj havi részletekben történő fizetésére is azzal, hogy amennyiben a díj fizetésének esedékességétől számított 30 napon belül a díj nem kerül kiegyenlítésre, a szerződés megszűnik.

A Biztosított munkavállalóval együttutazó, de nem munkavállaló hozzátartozója **50%-os díjkedvezménnyel is köthet biztosítást**. Ez esetben a limitált szolgáltatások 50%-ig áll fenn a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége.

A Ptk. 685. §-ának b pontja szerint **közei hozzátartozók**: a házastárs, az egyenesági rokon, az örökbefogadott, a mostoha és nevelt gyermek, az örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülő, valamint testvér, **hozzátartozó továbbá**: az élettárs, az egyenesági rokon házastársa, a jegyes, a házastárs egyenesági rokona és testvére, valamint a testvér házastársa.

5. Ki a Szerződő?

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

6. Ki lehet Biztosított?

Biztosított lehet valamennyi devizabelföldinek minősülő hivatalos munkavállalás céljából külföldre utazó természetes személy és vele kinttartózkodó hozzátartozója, aki a biztosítási díjat megfizeti és érvényes biztosítási kötvény van a tulajdonában.

Biztosított lehet a biztosítás hatálybalépésekor 65. életévét be nem töltött személy.

7. Ki nem lehet Biztosított?

Nem lehet biztosított a devizakülföldinek minősülő természetes személy, valamint az a személy, aki 65. életévét betöltötte. Amennyiben a szerződés e kikötései ellenére a felsoroltak valamelyikének javára megkötik a biztosítást, az érvénytelen és a biztosítási díj visszafizetendő.

8. 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 12. 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.

9. Mely országokban nyújt a Biztosító segítségnyújtási szolgáltatásokat és biztosítást?

Az Európán kívüli díjjal megkötött biztosítás Magyarország kivételével a világ összes országára érvényes, az európai díjjal kötött biztosítás – Magyarország kivételével csak az európai országokra.

10. Mi a biztosítás többszöri megkötésének korlátozása?

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

11. Hogyan lehetséges a díjvisszatérítés?

Díjvisszatérítés csak a Biztosítónál történhet az alábbi feltételek mellett:

- a kockázatviselés kezdete előtt a biztosítási kötvények a váltás helyén teljes áron visszaválthatók.

Részben felhasznált kötvények visszatérítése a biztosítás tartamán belül az alábbiak szerint lehetséges:

- 1 és 15 nap közötti kinttartózkodási időtartamra kötött biztosítás díja nem téríthető vissza,
- a Biztosított káreseménye következtében részben felhasznált kötvény díja nem téríthető vissza,
- a meg nem kezdett biztosítási hónap díja visszafizethető.

A Biztosított halála esetén a biztosítási szerződés megszűnik. A Biztosító a befizetett díj időarányos részét - a bejelentést követő, biztosítási díjjal fedezett hónaptól – a Kedvezményezett vagy ennek hiányában az Örökös részére visszatéríti.

Lejárt kötvény díja nem téríthető vissza.

12. Ki jogosult a szolgáltatásokra?

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

Amennyiben a Szerződő a 8. pontban foglaltak szerint nem jelöl Kedvezményezettet, a Biztosított baleseti halála esetén nyújtandó balesetbiztosítási összegre a Biztosított örökse(i) jogosult(ak).

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

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

A Biztosító mentesül a károk kifizetése alól, ha a Biztosított:

- Európán kívüli országba utazik és az Európán kívüli pótdíjat nem fizette meg,
- a kockázatviselés kezdetekor a 65. Életévét betöltötte,
- a szerződés időpontjában nem tartózkodott Magyarország területén,
- elmulasztja a biztosítási esemény előírásoknak megfelelő bejelentését, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

14. Melyek a biztosításból kizárt kockázatok?

1. A biztosításból kizárásra kerülnek:

- a felmerült nem vagyoni károk,
- Biztosított által harmadik személynek okozott károk,
- veszélyes sportok (különös tekintettel az autó- motorsport versenyek - ideértve a tesztúrákat és a rallyversenyeket is -, szikla- és hegymászás, barlangászat, repülő sportok, ejtőernyős ugrások, stb.) gyakorlása és az ezekkel kapcsolatos edzéseken való részvétel során bekövetkezett események,
- közvetve vagy közvetlenül a jogszabály szerint ionizálónak minősülő sugárzás, nukleáris energia folytán bekövetkezett események,
- munkavédelmi előírások megszegésével ok-okozati összefüggésben keletkezett károk,

- háborús, polgárháborús cselekménnyel, harci eseménnyel, terrorcselekménnyel, felkeléssel, lázadással, sztrájkkal, zavargással közvetlen vagy közvetett összefüggésben bekövetkezett események,
- a Biztosító nem felel az általa felkért szolgáltató által okozott orvosi műhibákból eredő felelősségi károkért.

15. Mi a Biztosított feladata káresemény bekövetkezésekor?

A Biztosított feladatai:

- a káreseményével kapcsolatban felmerült minden tényről, adatról a Biztosítót haladéktalanul 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 számla kiállításától számított 30 napon belül kell a Biztosító címére megküldeni,
- a Biztosító számára minden olyan vizsgálatot engedélyezzen, melyek a káresemény okaira, a kár mértékére és a kártérítés nagyságára vonatkoznak.

16. Mikor esedékes a kárkifizetés?

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

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

17. Mikor évülnek el a kártérítési igények?

A jelen szabályzatból eredő igények az esedékességüktől számított 2 év alatt évülnek el.

18. Titoktartási kötelezettség

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

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

- a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- a hivatkozott törvényben rögzített esetekben a nyomozó hatóság vezetőjével, valamint ügyészséggel,
- a büntetőügyben, valamint csődeljárás illetve felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal,
- hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- adóügyben, ha az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozáttételi kötelezettség, illetve ha a biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésből törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- verseny-felügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- a hivatkozott törvényben rögzített esetekben más biztosító társasággal,
- feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

- az egészségügyről szóló 1977. évi CLIV. törvény 108.§ (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal (szemben).

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

19. A fogyasztói panaszokkal foglalkozó szerv:

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

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

20. Jelen szerződésben nem tárgyalt kérdésekben a PTK. rendelkezései irányadóak.

21. A szerződő felek a biztosítási szerződésből származó jogviták eldöntésére perértéktől függően a Pesti Központi Kerületi Bíróság, illetve a Fővárosi Bíróság kizárólagos illetékességét kötik ki.

II. EGÉSZSÉG- ÉS BALESETBIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

22. Milyen biztosítási szolgáltatásokat nyújtunk?

A Biztosító az indokolt és szokásos , átlagos színvonalú, orvosválasztás nélküli egészségügyi ellátás költségeit az ebben a pontban továbbiakban részletezett feltételek szerint átvállalja, amennyiben a Biztosított a biztosítás tartamán belül külföldön megbetegszik vagy balesetet szenved.

A Biztosító e szolgáltatásokat a kinttartózkodás alatt hirtelen, váratlanul és előre nem valószínűsíthetően fellépő megbetegedés vagy baleset esetén nyújtja, amennyiben a Biztosított, vagy megbízottja, illetve az ellátást nyújtó intézmény, kezelőorvos a Biztosítót a lehető legrövidebb időn belül (de maximum 24 órán belül) értesítette és a szolgáltatások igénybevételét engedélyezte. Amennyiben az értesítés nem történt meg, a Biztosító a felmerült költségeket maximum 150,-USD összeghatárig utólag téríti meg.

Biztosítási szolgáltatások:

- orvosi vizsgálat és gyógykezelés,
- kórházi gyógykezelés (amennyiben a Biztosító a hazaszállítás mellett dönt, a külföldi kórházi kezelési költségeket addig az időpontig vállalja, amíg a kezelőorvossal történt egyeztetés alapján a beteg állapota lehetővé teszi Magyarországra történő szállítását további gyógykezelés céljából),
- halaszthatatlan műtét, intenzív ellátás, altatás,
- gyógyszer és kötszer vásárlás.
- mentőszállítás a 24. pontban foglaltak figyelembevételével,
- hazaszállítás, szükség esetén kísérel a 24. pontban foglaltak figyelembevételével,
- járóbeteg-ellátás,
- fekvőbeteg-ellátás,
- orvos szakmailag indokolt laboratóriumi szolgáltatások, műszeres vizsgálatok és gépi szolgáltatások,
- röntgen,
- gyógyászati segédeszközök költségei a 24. pontban foglaltak szerint, kivéve szemüveg, kontaktlencse, műszem, művégtag, endoprotézis, lúdtalpbetét, gyógycipő, fűző, haskötő, műmell, paróka,
- nem kontroll, vagy gondozás jellegű terhességi ellátás a terhesség 28. hete előtt (vetélés, koraszülés),
- sürgősségi fogászati ellátás a 24. pontban foglaltak figyelembevételével.

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.

23. Melyek a biztosításból kizárt kockázatok?

A biztosításból kizárásra kerülnek:

- minden olyan szolgáltatás, amely orvosilag nem nélkülözhetetlen a diagnózis felállításához. vagy kezeléséhez

- bármely ellátás, amely a biztosítás megkötésekor már fennálló egészségi állapot – például idült betegség – miatt válik szükségessé,
- azon többletköltségekre, amelyek meghaladják az adott országban az ésszerű és szokásos díjat egy meghatározott szolgáltatásért,
- a Biztosító hozzájárulása nélkül történt hazaszállítás költségeire,
- az elvárható, ésszerű kockázati szint túllépése nélkül halasztható műét költségei,
- amennyiben a Biztosított vagy megbízottja, illetve az ellátást nyújtó intézmény, kezelőorvos 24 órán belül nem kérte a Biztosító hozzájárulását az egészségügyi ellátás igénybevételehez, a 150,-USD összeghatárt meghaladó kár esetében a fenti összeghatárt meghaladó költségek,
- szülés,
- terhességi ellátás a terhesség 28. hetét követően,
- pszichiátriai kezelés és pszichoterápia,
- öngyilkossági kísérlet következtében felmerült költségek,
- törvényellenes cselekményekben szándékos részvétel miatt bekövetkező költségek,
- bármely kiadás, ami a nemi jelleg megváltoztatására irányul,
- szexuális zavarok, rendellenességek kezelése,
- szexuális úton terjedő betegségekre, szerzett immunhiányos betegség (AIDS), illetve ezzel összefüggő betegségek kapcsán felmerülő költségek,
- mesterségek megtermékenyítés,
- szerv transzplantáció,
- szűrővizsgálatok,
- bármely szolgáltatás, amelyet nem orvos, vagy nővér nyújt,
- hozzátartozó által nyújtott kezelés, ápolás,
- hozzátartozó költsége, amely a Biztosított kezelése kapcsán merül fel,
- alkohol, kábító- vagy bódulateltető szer fogyasztása következtében vagy azzal okozati összefüggésben felmerülő költség,
- fogszabályozás,
- protézis vagy korrekciós eszköz költsége,
- gyógyfürdőkezelés, masszázs,
- magánkórházakban, szanatóriumokban nyújtott ellátások,
- szív-műtétek,
- fogamzásgátlás,
- fizikoterápia,
- védőoltások,
- akupunktúra, természetgyógyász, illetve csontkovács által nyújtott kezelés,
- sugárkezelés,
- chemoterápia.

24. Milyen mértékben térítjük meg az egészségügyi költségeket?

Egészségügyi szolgáltatások:

- | | |
|--|----------------|
| - megbetegedés kapcsán felmerült költségekre összesen: | 15.000,-USD/év |
| - baleset kapcsán felmerült költségekre összesen: | 30.000,-USD/év |

Amennyiben a Biztosított a biztosítást egy évnél rövidebb időre köti, majd új biztosítást köt, az egy év az első biztosítás érvénybelépésétől számítandó.

Életveszély elhárítása és baleset kapcsán felmerülő költségeket a Biztosító önrészesedés nélkül térít meg.

A Biztosító a biztosítási időtartam alatt fellépő, **orvosi kezelést igénylő megbetegedésekre 90%-ban**, az orvosi rendelvényre vásárolt **gyógyszerekre 50%-ban** nyújt térítést.

Fogorvosi szolgáltatások esetén a mindenkor költség 50%-a a Biztosítottat terheli, de a biztosítás megkötésétől számított **egy éven belül maximum 500,-USD** vagy ennek megfelelő egyéb valuta összeghatárig terjed a Biztosító részkártérítési kötelezettsége.

Az orvos által felírt **gyógyászati segédeszközök költségeinek 50%-át** téríti meg a Biztosító.

Amennyiben a Biztosított a díjkedvezményt igénybe vette, a Biztosító a fenti összeghatárok 50%-ig nyújt fedezetet, az önrészesedések figyelembevételével.

25. Mi minősül balesetnek?

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

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

26. Milyen nagyságú a balesetbiztosítási összeg?

- | | |
|---|---------------|
| - baleseti halál esetén | 1.000.000,-Ft |
| - baleseti állandó egészségkárosodás esetén | 1.500.000,-Ft |

Amennyiben a Biztosított a díjkedvezményt igénybe vette, a Biztosító a fenti összeghatárok 50%-át fizeti meg a Biztosított (kedvezményezett, örökös) részére.

27. Milyen egészségkárosodási táblázat alapján történik a térítés?

A baleset folytán bekövetkezett megrokkantás vagy állandó egészségkárosodás mértékét – tekintet nélkül a Biztosított foglalkozására – szervek, 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 alkar elvesztése	80%
- egyik lábszár elvesztése, egyik alkar elvesztése, beszélőképesség 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 megrokkulás 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 táblázatban fel nem sorolt esetekben a baleseti állandó egészségkárosodás fokát a Biztosító orvosa 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.

28. Bejelentési kötelezettség

Amennyiben a várható külföldi kezelési költségek meghaladják a 150,-USD vagy annak megfelelő egyéb valuta összeghatárt, a Biztosító csak akkor vállalja a kockázatot, ha a Biztosított vagy kezelőorvosa haladéktalanul (de maximum 24 órán belül) kapcsolatba lép a Biztosító non-stop ügyeletével és a Biztosító – a 13. pontban felsoroltakon kívül – előzetesen hozzájárul az adott orvosi beavatkozás költségeinek megtérítéséhez. Életveszély elhárítása esetén a Biztosító eltekint az azonnali bejelentéstől, de a lehető legrövidebb időn belül (maximum 24 órán belül) értesíteni kell a Biztosítót.

29. Milyen esetekben mentesül a Biztosító a károk megfizetése alól?

A Biztosító – a 13. pontban foglaltakon kívül mentesül a károk kifizetése alól:

- ha a Biztosított a betegséget, vagy balesetet jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozta önmagának, vagy szándékosan elkövetett bűncselekmény következtében vált szükségessé az egészségügyi szolgáltatás,
- ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét, vagy szenvedett egészségi állapotváltozást.

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

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

30. Hogyan történik a kárrendezés?

A megbetegedés, vagy baleset kapcsán felmerülő kórházi, orvosi költségeknek a Biztosítót terhelő részét – az egészségügyi diagnózis ismeretében – a Biztosító közvetlenül az egészségügyi intézmény, vagy orvos részére téríti.

Amennyiben a költségeket a Biztosított rendezte, a 22. és 24. pontokban foglaltak szerint a **QBE Atlasz Biztosító Rt. Assistance és Kárrendezési Osztálya (1143 Budapest, Stefánia út 51., telefon: 460-1500, Fax: 460-1515)** közvetlenül a Biztosítottnak téríti meg, az érvényes devizarendelkezések szerint.

A 26. pontban foglalt szolgáltatások térítése az összes irat beérkezését követő 15 napon belül, forint fizetőeszközben történik.

A 27. pontban részletezett térítésekre a meghatározott határidők figyelembevételével, forint fizetőeszközben kerül sor.

A kárrendezés az alábbi iratok alapján történik:

- a biztosítási kötvény egy példánya, vagy annak fénymásolata,
- az ellátást 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 ezeken kívül: a külföldön felvett hivatalos jegyzőkönyv, vagy igazolás a baleset és a sérülés megtörténtéről körülményeiről, a Biztosított halála esetén továbbá boncolási jegyzőkönyv, halottvizsgálati orvosi bizonyítvány, jogerős öröklési bizonyítvány vagy hagyatéki végzés.

III. SEGÍTSÉGNYÚJTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

31. Idő előtti hazautazás haláleset vagy megbetegedés miatt

Amennyiben a Biztosított Magyarországon élő **közei hozzátartozója** meghal, vagy életveszélyes állapotban van, 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. saját személygépkocsi üzemanyagköltsége, vonat II. osztály, esetleg turistaosztályú repülőjegy) megszervezi és vállalja ennek költségeit.

Ennek feltétele, hogy a biztosítás érvénytartama meghaladja a 15 napot és a biztosítási eseménykor, illetve a Biztosító értesítésekor a kockázatviselés tartama még minimum 3 nap legyen.

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

32. 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 25,-USD

Európán kívül 50,-USD összeghatárokig.

33. Külföldi készpénz (gyors)segély megszervezése

Amennyiben a Biztosított pénzét, készpénzkímélő fizetőeszközét ellopták, elrabolták vagy előre nem tervezett, indokolt kiadása merülne fel (pl. nagyobb összegű gépjármű javítás költsége) a Biztosító vállalja – **maximum 2.000,-USD.összeghatárig** – hogy partnerhálózatán keresztül megszervezi, hogy a Biztosított kiadásai fedezésére helyi fizetőeszközhöz juthasson.

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

34. Utiokmányok pótlása

A Biztosító megtéríti a Biztosított külföldi tartózkodása során ellopott vagy elveszett útlevél, jogosítvány, valamint a forgalmi engedély jegyzőkönyvvel és számlával igazolt újrabeszerezési költségét, maximum 15.000,-Ft összeghatárig.

Amennyiben a Biztosított a díjkedvezményt igénybe vette, a Biztosító 50%-ban téríti meg a költségeket.