

KÜLFÖLDIEK SZEMÉLYI SEGÍTSÉGNYÚJTÁSA ÉS EGÉSZSÉGÜGYI BIZTOSÍTÁSA /QBE ATLASZ Assistance/

A biztosítás díja: 9.600.-Ft/hó

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, kizárólag a Magyar Köztársaság területén belül felmerült káresemények kapcsán – az alábbi segítségnyújtási és biztosítási szolgáltatásokat nyújtja:

- Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás
- Személyi segítségnyújtás

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 biztosításnak 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 4.2 pontban foglaltakat.

4. A biztosítás díja

4.1. A biztosítás maximum 365 napra köthető az alábbi díjszámítás figyelembevételével:

- 1 és 15 nap közötti időtartamra 15 napos díj,
- 15 napon túli időtartamra havi díj
- a 2-12 hónapig terjedő biztosításoknál lehetőség van az egyösszegű havi, negyedéves, féléves éves díjfizetésre. Ezekben az esetekben a díj kiegyenlítése a biztosítási hónap (negyedév, félév) első napján esedékes.

4.2. Amennyiben a biztosítás időtartama meghaladja a 3 hónapot, lehetőség van a biztosítási díj havi részletekben való fizetésére is azzal, hogy amennyiben a díj fizetésének esedékességétől számított 30 napon belül a díj nem kerül kiegyenlítésre, a szerződés a díjjal fedezett időszak utolsó napján megszűnik.

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 a Magyar Köztársaság területén tartózkodó valamennyi a biztosítás hatálybalépésekor 15. napos kort betöltött, de 65. életévébe nem lépett külföldinek minősülő természetes személy, aki a biztosítási díjat megfizeti és érvényes biztosítási kötvény van a tulajdonában.

7. Ki a kedvezményezett?

Kedvezményezett az a személy, akinek a javára a Biztosító a biztosítási összeget ,illetve a 10.pont alapján visszajáró biztosítási díjat kifizeti.

8. Ki nem lehet Biztosított?

Nem lehet biztosított a belföldinek minősülő természetes személy, valamint az a személy, aki 15. napját még nem vagy 65. életévét betöltötte.

9. 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 egyidejűleg, a Biztosító által esetlegesen kötött ugyanilyen vagy más feltételű biztosítás díját visszafizeti.

10. Hogyan lehetséges a díjvisszatérítés?

10.1. Díjvisszatérítés csak a Biztosítónál történhet az alábbi feltételek mellett a kockázatviselés kezdete előtt a biztosítási kötvények a váltás helyén teljes áron visszaválthatók.

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

- 1 és 15 nap közötti és az 1 hónap 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.

10.3. 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.

10.4. Lejárt kötvény díja nem téríthető vissza.

11.. 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 felvilágosítások megadását és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak,
- a Biztosított megsérti a közlésre és a változás bejelentésre irányuló kötelezettségét és az elhallgatott, illetve be nem jelentett körülmény közrehatott a biztosítási esemény bekövetkeztében,
- a kárt jogellenesen, szándékosan vagy súlyos gondatlanul a Biztosított, a Szerződő fél , a Biztosítóval , illetve a Szerződéssel közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.

12. Melyek a biztosításból kizárt kockázatok?

A biztosításból kizárásra kerülnek:

- a felmerült vagyoni és nem vagyoni károk,
- Biztosított által okozott felelősségi károk,
- veszélyes sportok (az autó- motorsport versenyek - ideértve a tesztúrákat és a rally versenyeket is-, szikla- és hegymászás, barlangászat, repülő sportok, ejtőernyős ugrások.) gyakorlása és az ezekkel kapcsolatos edzéseken való részvétel során bekövetkezett események,
- közvetve vagy közvetlenül a jogszabály szerint ionizálónak minősülő sugárzás, nukleáris energia folytán bekövetkezett események,
- munkavédelmi előírások megszegésével ok-okozati összefüggésben keletkezett károk,
- háborús, polgárháborús cselekménnyel, harci eseménnyel, terrorcselekménnyel, felkeléssel, lázadással, sztrájkjal, zavargással közvetlen vagy közvetett összefüggésben bekövetkezett események,
- a Biztosító által felkért szolgáltató által okozott orvosi műhibákból eredő felelősségi károk,
- azon károk, amelyek olyan Biztosítottnál következtek be, aki a kockázatviselés kezdetekor 15.napját még nem vagy a 65. életévét már betöltötte,
- azon károk , amelyek olyan Biztosítottnál következtek be , aki szerződés időpontjában nem tartózkodott Magyarország területén.

13. Mi a Biztosított feladata káresemény bekövetkezésekor?

A Biztosított feladatai:

- a Biztosító vonatkozásában kezelőorvosát felmentse az orvosi titoktartás alól,
- 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 10 napon belül kell a Biztosító címére megküldje,
- 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 megküldését, illetve az utolsó dokumentum beérkezését követően 10 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

15. Mikor évülnek el a kártérítési igények?

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

16. Mikor szűnik meg a biztosítás?

A jelen biztosítás megszűnik a szerződésben meghatározott tartam lejártával.

17.. Titoktartási kötelezettség

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

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

- a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- a hivatkozott törvényben rögzített esetekben a nyomozó hatóság vezetőjével, valamint ügyészséggel,
- a büntetőügyben, valamint csődeljárás illetve felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal - hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- adóügyben, ha az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve ha a biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésből törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- verseny-felügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- a hivatkozott törvényben rögzített esetekben más biztosító társasággal,
- a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- az egészségügyről szóló 1977. évi CLIV. Törvény 108§ (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal szemben.

A Biztosító, a biztosítási ügynök, a biztosítási alkusz, a biztosított, a szerződő személyes adatait annak hozzájárulásával kezeli. Különleges személyes adatok kezeléséhez, a személyes adatok külföldi adatkezeléséhez, illetőleg a biztosítási tevékenységgel kapcsolatos feladatok ellátása érdekében esetlegesen igénybevett más cégek részére való átadásához a biztosított, a szerződő írásbeli hozzájárulására van szükség.

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

18. 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 megállapodnak, hogy a biztosított és a szerződő fél a szerződésben meghatározott lényeges körülmények (egészségi állapota, személyes adatai) változását haladéktalanul, de legkésőbb 24 órán belül köteles 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.

19. A fogyasztói panaszokkal foglalkozó szerv:

QBE ATLASZ Biztosító Rt.

1143 Budapest, Stefánia út 51.

A biztosítók felügyeleti szerve a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete.

1013. Budapest, Krisztina krt. 39.

20. 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.

II. EGÉSZSÉG- ÉS BALESETBIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

21.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 a Magyar Köztársaság területén belül megbetegszik vagy balesetet szenved.

A Biztosító e szolgáltatásokat a biztosítás érvénytartama 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- **Non Stop Telefonszolgálat : (06 1) 460 1500** - és a Biztosító a szolgáltatások igénybevételét engedélyezte. Amennyiben az értesítés nem történt meg, a Biztosító a felmerült költségeket maximum 5.000.-Ft összeghatárig, utólag téríti meg.

Egészségügyi assistance szolgáltatások:

A Biztosított vagy megbízottja egészségügyi szolgáltatási igényét a Biztosító Non Stop telefonszámon **(06 1 460 1500)** bejelenti.

A Biztosító, a Biztosított tartózkodási helyére a lehető legrövidebb időn belül orvost küld, vagy orvos, szakorvosi rendelő címét bocsátja a Biztosított rendelkezésére, ahol a vizsgálatát, ellátását megszervezi

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 Biztosító folyamatosan kapcsolatot tart a kezelést ellátó orvossal, egészségügyi intézménnyel. Vállalja, hogy állapotáról telefonon – magyar , angol vagy német nyelven - tájékoztatja a Biztosított által megjelölt személyt.

Egészségügyi biztosítás:

- orvosi vizsgálat és gyógykezelés
- kórházi gyógykezelés,
- halaszthatatlan műtét, intenzív ellátás, altatás,
- gyógyszer és kötszer vásárlás, orvosi rendelvényre, utólagos térítéssel, számla alapján
- mentőszállítás
- járóbeteg-ellátás,
- fekvőbeteg-ellátás,
- orvos szakmailag indokolt laboratóriumi szolgáltatások, műszeres vizsgálatok és gépi szolgáltatások,
- röntgen,
- gyógyászati segédeszközök költségei, kivéve szemüveg, kontaktlencse, műszem, művégtag, endoprotézis, lúdtalpbetét, gyógycipő, fűző, haskötő, műmell, paróka,
- szemüveg –orvos által rendelt pótlása, személyi sérülést is okozó, dokumentáltan sürgősségi orvosi ellátást igénylő baleset miatt, 20.000.- Ft összeghatárig
- nem kontroll, vagy gondozás jellegű terhességi ellátás a terhesség 28. hete előtt (vetélés, koraszülés),
- szülés költségei, az egy évet folyamatosan már meghaladott, és további évre megkötött biztosításnál, ha a terhesség a második megkötött biztosítási évben következett be,
- sürgősségi fogászati ellátás ,közvetlen fájdalomcsökkentő kezelés, foganként maximum 5.000.-Ft összeghatárig, éves szinten, maximum 50.000.-Ft értékhatárig. Amennyiben a biztosítást a Biztosított egy évnél rövidebb időre köti, majd később új biztosítást köt, az egy év az első biztosítás hatálybalépésétől számítandó.

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.. Melyek a biztosításból kizárt kockázatok?

A biztosításból kizárásra kerül a 12.pontban felsoroltakon kívül:

- 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 Magyarországon szokásos díjat egy meghatározott szolgáltatásért,
- az elvárható, ésszerű kockázati szint túllépése nélkül halasztható műtét költségei,
- amennyiben a Biztosított vagy megbízottja, illetve az ellátást nyújtó intézmény, kezelőorvos 24 órán belül nem kérte a Biztosító hozzájárulását az egészségügyi ellátás igénybevételéhez, az 5.000Ft összeghatárt meghaladó kár esetében a fenti összeghatárt meghaladó költségek,
- szülés, kivéve az egy évet már folyamatosan meghaladott, további évre is megkötött biztosításokat, ha a terhesség a 2. megkötött biztosítási évben következett be.
- 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,
- mesterséges 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 bódulatkeltő 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.

23. Milyen mértékben térítjük meg az egészségügyi költségeket?

Egészségügyi szolgáltatások:

- megbetegedés kapcsán felmerült költségekre összesen: **2.500.000.-Ft/év**
- baleset kapcsán felmerült költségekre összesen: **5.000.000.-Ft/év**

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

24. Mi nem minősül balesetnek?

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

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

A Biztosító – a 11. pontban foglaltakon kívül mentesül a károk kifizetése alól:

- ha a Biztosított által szándékosan elkövetett bűncselekmény következtében vált szükségessé az egészségügyi szolgáltatás,
- ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos és súlyosan gondatlan 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

26. 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, ezt a **Biztosító Assistance és Központi Kárrendezési Irodája (1143 Budapest, Stefánia út 51., telefon: 460-1500, Fax: 460-1515)** közvetlenül a Biztosítottnak téríti meg, az összes irat beérkezését követő 10 napon belül, forint fizetőeszközben történik.

A kárrendezés az alábbi iratok alapján történik:

- a biztosítási kötvény egy példánya, vagy annak fénymásolata,
- az ellátást igazoló teljes orvosi dokumentáció,
- orvosi, gyógyszerköltségek eredeti számlái,
- a Biztosító által rendszeresített és a Biztosított által kitöltött kárbejelentő nyomtatvány.

Baleset esetén ezeken kívül: a felvett hivatalos jegyzőkönyv, vagy igazolás a baleset és a sérülés megtörténtéről körülményeiről, a Biztosított halála esetén továbbá boncolási jegyzőkönyv, halott vizsgálati orvosi bizonyítvány.

III. SEGÍTSÉGNYÚJTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

27. Telefonköltség térítése

Ha a Biztosított 48 órát meghaladó sürgősségi kórházi ellátásban részesül, a Biztosító átvállalja a Biztosított, kórházi tartózkodása alatt kezdeményezett, számlával igazolt telefonhívásainak költségét:

10.000.-Ft összeghatárig.

28. Személyi segítségnyújtás

Ha Biztosítottnak Magyarországon, a biztosítás érvénytartamán belül :

- gépjárművével kapcsolatos gyors műszaki segítségre,
- bérautóra,
- kedvezményes repülőjegyre,
- szállásfoglalásra,
- ügyvédre, tolmácsra van szüksége

elegendő egy telefonhívás és rendelkezésére áll a Biztosító éjjel-nappali assistance szolgálata és partneri hálózata.

Ezt a szolgáltatást a Biztosító külön költség felszámítása nélkül nyújtja, ugyanakkor az ilyen közvetítéssel igénybevett szolgáltatás ellenértéke a Biztosítottat terheli.