

KÜLFÖLDIEK SZEMÉLYI SEGÍTSÉGNYÚJTÁSA ÉS EGÉSZSÉGÜGYI BIZTOSÍTÁSA

ATLASZ Assistance

érvényes: 2008.10.01.-től

I. ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK

1. A QBE Insurance (Europe) Limited (székhelye: Fenchurch Street 30, London EC3M3 BD Egyesült Királyság, nyilvántartó cégbíróság neve: Companies House, cégjegyzékszám: 01761561), amely a Magyar Köztársaság területén biztosítási tevékenységét a QBE Insurance (Europe) Limited Magyarországi Fióktelepén (1143 Budapest, Stefánia út 51. cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság, mint Cégbíróság Cg. 01-17-000514; telefonszáma: (06 -1)É460-1400, levelezési címe: 1143 Budapest, Stefánia út 51.) keresztül fejti ki. A Biztosító tevékenységét a Pénzügyi Szolgáltatások Felügyelete (Financial Services Authority, 25 THE NORTH COLONNADE CANARY WHARF LONDON E14 5HS) tevékenységi engedélyével folytatja. A 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 lejárt 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.

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

- 4.2. A biztosítási szerződés megkötésével egy időben kell, a díjat megfizetni. Ez érvényes minden tartamra a több hónapos időszakokra is..

5. Ki a Szerződő?

Szerződő az a személy, aki a Biztosított(ak) javára a biztosítási szerződést megkötí 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 Biztosítottal, illetve a Szerződővel 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, terror-cselekménnyel, 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. születésnapját még nem, vagy a 65. életévét már betöltötte,
- azon károk, amelyek olyan Biztosítottnál következtek be, aki a 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 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 biztosító, a független biztosításközvetítő, 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 feladat körében 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 (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
- f) a feladat körében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladat körében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladat körében 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 információgyűjtésre felhatalmazott szervezettel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervezettel,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,

- 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,
- q) a feladatkörében eljáró adatvédelmi biztossal,
- r) a kártörténetre vonatkozó adatra 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), p) és q) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok 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 nyilatkozattételi 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 alkalmazottaira 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 jogvissonnyal 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 szaktanács-adói 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 és megakadályozásáról 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. 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:

A Biztosító szolgáltatásával összefüggő panasszal a QBE Insurance (Europe) Limited Magyarországi Fióktelepének vezetőjéhez lehet fordulni (1143 Budapest, Stefánia út 51., telefonszám: (06 -1) 460-1400). Panasz esetén a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.), a Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatósághoz (1088 Budapest, József krt. 6.), valamint a helyi Kereskedelmi és Ipari Kamara mellett működő Békéltető Testületekhez is lehet fordulni.

20. A Biztosító és a Szerződő, a Biztosított, a Kedvezményezett, vagy a Károsult (a továbbiakban: Ügyfél) között keletkező esetleges vitás ügy egyezségeen alapuló rendezésének megkísérlése végett, az Ügyfél a lakóhelye szerinti Békéltető Testületnél is eljárást kezdeményezhet. A Békéltető Testület a területi gazdasági kamarák mellett működő független testület, melynek eljárását az Ügyfél akkor

kezdeményezheti, ha azt megelőzően a Biztosítóval közvetlenül megkísérlte a panaszügy rendezését. A Békéltető Testület határozata nem érinti az Ügyfél jogát arra, hogy igényét bírósági eljárás keretében érvényesítse.

Minden olyan jogvita esetére, amely a jelen Biztosítási Feltételekre utalással megkötött biztosítási szerződésből vagy azzal összefüggésben, így különösen annak megszégésével, megszűnésével, érvényességével vagy értelmezésével kapcsolatban keletkezik a Biztosító és az Ügyfél vagy ezek örökösei között, a felek - pertárgyértéktől függően - alávetik magukat a Pesti központi Kerületi Bíróság vagy a Fővárosi Bíróság kizárólagos illetékességének.

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, kezelő- orvos 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 igénybe vételét 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, hasköti, 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 korrekációs eszköz költsége,
- gyógyfürdőkezelés, masszázs,
- magánkórházakban, szanatóriumokban nyújtott ellátások,
- szívűtékek,

- fogamzásgátlás,
- fizioterápia,
- 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, hőséguta, 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.

PERSONAL ASSISTANCE PROVIDED FOR FOREIGNERS AND THEIR MEDICAL INSURANCE

I. GENERAL CONDITIONS

1. Subject to the insurance contract QBE Insurance (Europe) Limited Branch Office in Hungary (hereinafter referred to as the "Insurer") shall - against payment of the insurance premium and during the validity period of the insurance and exclusively in relation to occurrences listed in the present regulation and having taken place within the territory of the Hungarian Republic - provide the following assistance and insurance services (hereinafter referred to as the "Insured"):

- Medical assistance and insurance
- Personal assistance

2. How can the Insurance Contract be concluded?

The insurance can be concluded only for a person resident in the territory of Hungary at the time of concluding the contract. Further precondition for concluding the contract is to simultaneously submit the passport of the Insured and to pay the premium.

It shall constitute an exception if, prior to the expiry of an already existing insurance, the Insured declares in writing his/her request for prolongation and simultaneously pays at least one month's premium.

The Insurer or their representative shall make out a policy for each Insured in which the Contractor certifies it with his/her signature that he/she has been provided with all information related to the major data of the Insurer and the features of the insurance contract.

3. When does the insurance commence and how long is it valid?

Cover shall be provided from 0 hour of the day following payment of the premium and shall last until the 24th hour of the day the premium was paid for. Article 4.2 shall mean an exception.

4. Insurance premium

4.1. The insurance can be concluded for maximum 365 days, taking the following premium calculation into account:

- for a period between 1 and 15 days a premium for 15 days,
- for a period between exceeding 15 a monthly premium, -in case of insurances concluded for a period between 2 and 12 month it is possible to pay the premium in one amount monthly, quarterly or every half year. In these cases payment of the premium shall be due on the first day of the month (quarter, half-year insured).

4.2. Should the period of the insurance exceed 3 months, it is possible to pay for the insurance premium in monthly instalments, provided that if the premium is not settled within 30 days from the due date of the payment of the premium then the contract terminates on the last day covered by the premium.

5. Who is the Contracting Party?

The Contracting Party is the person who effects the insurance contract for the benefit of the Insured(s) and who pays the insurance premium.

6. Who can be Insured?

Insured can be any natural person in the territory of the Hungarian Republic who is considered foreigner and is over 15 days but is not older than 65 years at the time of the commencement of the insurance and who pays the insurance premium and bears a valid insurance premium.

7. Who is the beneficiary?

Beneficiary is any person for the benefit of whom the Insurer pays the sum insured or the insurance premium due back for him/her under article 10.

8. Who cannot be Insured?

Cannot be insured the natural person who is the country's citizen and the person who is younger than 15 days or older than 65 years.

9. What is the limitation concerning the conclusion of several contracts?

For an identical period insurance can be effected out only once. If despite of this condition the Insured has effected several insurances at the Insurer identified in the present regulation then the Insurer shall provide only a single indemnification and shall, at the same time, pay back the insurance premium regarding insurances that might have been effected by the Insurer with the same or different conditions.

10. How can the premium be returned?

10.1. Return of the premium can be effected only at the Insurer according to the following terms and conditions: before commencement of the cover the insurance policies can be given back at full price at the place where they were taken out.

10.2. Redemption of partially utilised policies can be effected within the insurance period as follows:

- premiums of insurances concluded for a period between 1 and 15 days and for one month can not be redeemed,
- premium of a policy partially utilised as a consequence of an occurrence of the

Insured can not be redeemed,

- premium of an insured month not having yet commenced can be redeemed.

10.3. In case of the death of the Insured the insurance contract terminates. From the month following the notice and covered by the insurance premium, the Insurer shall pay back the time-proportionate part of the premium paid for the Beneficiary or, should there be none, for the Inheritor.

10.4. Premium of an expired policy cannot be paid back.

11. When is the Insurer exempted from paying the services?

- The Insurer shall be exempted from payment of losses, if:
- the Insured fails to report the occurrence as per the requirements or to provide the necessary information and due to this failure significant circumstances become impossible to be investigated,
- the Insured fails to fulfil his/her obligations regarding the provision of information and notification about changes and the circumstance withheld or not notified of played a role in the occurrence's taking place,
- the loss was illegally, deliberately or through gross negligence caused by the Insured, the Contracting Party or by a relative living together with the Insured or with the Contracting Party.

12. What risks are excluded from the insurance?

Risks excluded from the insurance cover:

- incurred property and non property losses,
- liability losses caused by the Insured,
- occurrences arising while practising hazardous sports (with special respect to auto and motor sport races, including test tours and rallies, rock-climbing and mountaineering, caving, aviation sports, parachuting) and participating at

trainings related thereto,

- events resulting directly or indirectly from ionising radiation as per rules of law, or any other event relevant to nuclear energy,
- losses having occurred in cause and effect relation to working safety regulations,
- events arising directly or indirectly out of acts of war, civil war, fight, act of terrorism, revolution, rebellion, strike or riot,
- liability losses due to medical malpractice caused by the service provider invited by the,
- losses having occurred in respect of any Insured who did not reach the age of 15 days or already passed 65 years at the time of commencement of the cover, losses having occurred in respect of any Insured who was not in the territory of Hungary at the time of the conclusion of the contract.

13. What shall the Insured do in case of an occurrence?

The Insured's tasks:

- to release his/her attending physician from his/her obligation as regards professional secrecy, -to inform the Insurer or the Insurer's partner on all the facts and data related to the occurrence,
- to prevent and mitigate losses to the extent it is possible, and while doing so follow the instructions of the Insurer,
- send his/her claim - also fulfilling his/her contractual obligations as regards reporting - to the Insurer within 10 days after issuing the invoice,
- to authorise all examination for the Insurer, which relate to the reasons of the occurrence, the extent of losses and to the extent of the indemnity.

14. When is indemnity due to the Insured?

The Insurer shall pay the indemnity to the person entitled in accordance with the

limits specified in the insurance contract within 10 days after receipt of all documents (the last document) necessary for settlement of the claim.

In case the Insurer has paid the indemnity it is them who are entitled to the rights the Insured was entitled to against the person liable for the loss except if this person is a relative living together with the Insured. 15. When do the claims become outdated? Claims arising from the present regulations shall become outdated within 2 years after the occurrence of the insured event.

16. When does the insurance terminate?

The present insurance terminates at the time of the expiry of the period defined in the contract.

17. Obligation of secrecy

Pursuant to Law XCVI of 1995 the Insurer shall duly observe the obligation of secrecy.

The Insurer shall not be subject to the obligation of secrecy as regards to the data of clients in respect of the following organisations and authorities:

- the Supervisory Office, acting in its capacity,
- in cases stated in the referred law towards the head of the investigating authority or the prosecutors office,
- the court proceeding in any criminal case, civil case, bankruptcy or liquidation procedure, the notary public proceeding in any heritage case,
- in taxation matters, if upon request of the taxation authority the Insurer has the burden of issuing statement within the scope specified in the related law, or if the Insured is obliged to supply data in respect of payments falling under taxation and resulting from the insurance contract,
- national security service acting in its capacity,
- Economic Competition Office acting in its capacity of competition supervisor,

- other insurance companies in cases listed in the referred law,
- public guardianship authority, acting in its capacity,
- health authority included in sect. (2) par. 108 of Law CLIV of 1977 on health.

The Insurer, the insurance agent, the insurance broker and the Insured shall handle the personal data of the Contracting Party with his/her consent. For handling special personal data, handling the personal data abroad and for handling these data out over to any companies used for performing duties related to insurance activity it is necessary to have the written approval of the Insured / the Contracting Party.

Upon request of the Insured (Contracting Party) the Insurer shall provide information on his/her own data stored in the records of the Insurer, and enter the data corrections initiated by the Insured.

18. Obligation to inform and report on changes

At the time of the conclusion of the contract, the Insured shall, in respect of undertaking the insurance, report any such circumstances to the Insurer as he/she was or had to be aware of.

The Parties agree that the Insured and the Contracting Party shall, without delay but not later than within 24 hours, report to the Insurer in writing any changes in material conditions defined in the contract (his/her state of health, personal data).

If the insurance contract has been concluded not by the Insured but for his benefit by a third party, then up to the occurrence or the Insured becoming involved the Contracting Party is liable for the payment of the premium and the legal declaration is to be addressed to him/her and he/she shall make the appropriate legal declarations.

The obligation related to information and reporting about changes burdens both the Contracting Party and the Insured and none of them shall defend him/herself by declaring not to have been aware of such condition or change as any of them

failed the Insurer to inform or report about, although he/she should have been aware of and would have been obliged to inform or report about these.

19. The organisation handling the claims of the customers:

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

Supervisory body of the insurers is the Supervisory Office of Financial Institutions.

1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

20. In respect of issues not regulated herein the provisions of the Civil Code shall prevail.

Subject to the disputed amount the contracting parties shall refer to the exclusive jurisdiction of the Central District Court of Pest or the Court of the Capital for settlement of the legal disputes resulting from the insurance contract.

II. MEDICAL ASSISTANCE AND INSURANCE

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

Should the Insured during the insured period fall ill or suffer an accident while staying in the territory of the Hungarian Republic, the Insurer shall, in accordance with the conditions further detailed in the present article, take over the costs of any reasonable and usual, general-level medical treatment where there is no opportunity to choose an own physician.

The Insurer shall provide these services during the insured period in case of any disease or accident occurring suddenly, unexpectedly and not predictable if the Insured or his/her representative or the institution or attending physician providing treatment notifies the Insurer within the shortest possible time (but not later than within 24 hours) - Non Stop Telephone Service: (06 1) 460 1500 - and the Insurer approves of the utilisation of the services. If notification has not taken place, the

Insurer shall subsequently pay indemnification for the costs incurred, up to a value limit of HUF 5,000.

Medical assistance services of the Insurer:

The Insurer reports the request of the Insured or his/her representative for medical service on the **Non Stop telephone number (06 1 460 1500)**.

The Insurer sends a physician as soon as possible to the place the Insured is at or gives the Insured the address of the physician or the physician's office where they arrange for his/her examination and attendance. If necessary, provides for the further medical attendance of the Insured and arranges it.

In case the Insured is unable to walk the Insurer arranges for taking him/her to a physician or into hospital by ambulance car or taxi.

In case of a hospital treatment the Insurer shall constantly be in contact with the physician or medical institution attending the Insured. They undertake to inform by telephone - in Hungarian, English or German language - the person identified by the Insured about the Insured's condition.

Medical insurance

- medical examination and treatment
- hospital treatment,
- urgent operation, intensive treatment, anaesthesia,
- purchase of medicine and bandage against physician recipe, with subsequent refund, on basis of invoice
- carry by ambulance
- out-patient attendance,
- in-patient attendance,
- medically reasonable laboratory services, instrumental examinations and

mechanical services,

- X-ray,
- costs of medical aids, except eye-glasses, contact lenses, artificial eyes, artificial limbs, endoprosthesis, foot-support, medical shoes, corsets, cingula, artificial breasts, wigs,
- replacement of eye-glasses ordered by a physician due to an accident causing personal injury, as well, and requiring - according to documents - urgent medical attendance, up to a limit of HUF 20,000,
- no control- or care-like pre-natal attendance before the 28th week of pregnancy (miscarriage, premature birth),
- costs of childbirth in case of insurance continuously valid for more than one year and concluded for a further year, if pregnancy took place in the second insured year,
- urgent dental treatment, direct pain-killing treatment, up to the limit of HUF 5,000 per tooth, annually up to the limit of HUF 50,000. If the Insured effects insurance for less than a year and, afterwards, takes out new insurance, the year is to be taken from the commencement of the first insurance.

The policy covers the costs of justified and general medical treatment - selection of physician is not allowed - taking into consideration average treatment fees valid in the place of utilisation of the services.

The physician providing treatment or performing examination shall be released from professional secrecy by the Insured with respect to the Insurer or its representatives.

22. What does the medical insurance not extend to?

Beside those listed under article 12 the following are excluded from the cover:

- services, which are unnecessary for establishment of the diagnosis or for the

treatment

- any attendance becoming necessary due to a state of health already existing at the time of the conclusion of the insurance contract, e.g. any chronic disease,
- any additional costs, which exceed the reasonable fee in Hungary for a certain service,
- costs of any operation that can be postponed without exceeding the expectable and reasonable level of hazard,
- if the Insured or his/her representative or the institution or attending physician has not asked within 24 hours for the approval of the Insurer concerning the use of medical attendance, costs exceeding the above amount in case of losses exceeding the aforementioned amount,
- childbirth, except insurances permanently having exceeded one year and concluded for a further year if the pregnancy took place in the second insured year,
- pre-natal care after the 28th week of pregnancy,
- psychiatric treatment and psychotherapy,
- costs having incurred due to the attempt of suicide,
- costs incurred due to wilful participation in illegal acts,
- any expenditure aimed at changing the sex,
- treatment of sexual disorders abnormalities,
- costs occurring in connection with sexually contaminated diseases, acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and related diseases,
- artificial insemination,
- transplantation of organs,
- screening examinations, -any service provided not by a physician or by a nurse,
- treatment or care provided by a relative,

- cost incurred by a relative in connection with the treatment of the Insured,
- costs occurring as a consequence of or in cause and effect relation to the consumption of alcohol, narcotics or agents causing stupor,
- orthodontia,
- cost of a prosthesis or correction instrument, -balneotherapy, massage,
- services provided in private hospitals, sanatoriums, -cardiac operations,
- contraception,
- physiotherapy,
- vaccines,
- acupuncture, treatment provided by chiropractor or quack doctor,
- radiation therapy,
- chemotherapy.

23. To what extent do we indemnify medical costs?

Medical services:

- for costs incurred in connection with a disease a total of: **HUF 2,500,000/year**
- for costs incurred in connection with an accident a total of: **HUF 5,500,000/year**

If the Contracting Party (Insured) effects insurance for less than a year and, afterwards, takes out new insurance, the year is to be taken from the commencement of the first insurance.

24. What is not to be considered an accident?

Burning due to sunlight, quartz-light therapy and solarium, sunstroke, heat-stroke, lifting too heavy load, hernia, freezing, suicide or attempted suicide, habitual dislocation, sprain, health impairment due to professional physical performance and pathological fracture shall not be considered as an accident.

25. In what cases is the Insurer exempted from the payment of the casualty sum

insured?

Beside article 11 the insurer shall be exempted from payment of the casualty sum insured:

- if the medical treatment became necessary as a consequence of the criminal act deliberately committed by the Insured,
- if the Insured died or suffered any change of health-status because of the wilful and gross negligence of the Beneficiary.

The accident shall be considered to have been caused by gross negligence, if it has occurred while the Insured was:

- under the conduct of alcohol above 0,80% blood alcohol level, or under conduct of drugs, or the accident occurred in direct cause and effect connection with this state,
- driving a motor vehicle in the lack of a driver's license

26. How does claim-settlement take place?

Any part of the costs to be borne by the Insurer and incurred by a hospital or by a physician in relation to the disease or accident shall - in the knowledge of the medical diagnosis - be paid by the Insurer directly to the medical institution or the physician.

If the costs had been settled by the Insured, these shall be refunded directly to the Insured by the **Assistance és Központi Kárrendezési Iroda (1143 Budapest, Stefánia út 51., Telefon: 460-1500, Fax: 460-1515)** of the Insurer within 10 days after receipt of all documents in the currency of HUF.

Claims' settlement takes place on basis of the following documents:

- a copy of the insurance policy or its one photocopy,
- total medical documentation certifying the attendance,

- original invoices of costs related to the work of the physician and medicines,
 - the form customarily applied by the Insurer for reporting losses and filled in by the.
- Beside these, in case of an accident: the official minutes taken or a certificate about the happening and circumstance of the accident and injury; in case of the death of the Insured also the autopsy report and the death certificate.

III. ASSISTANCE SERVICES

27. Redemption of telephone costs

If the Insured is provided an urgent hospital attendance exceeding 48 hours, the Insurer takes over the costs of the telephone calls of the Insured initiated during his/her stay in the hospital and verified by invoices: up to **HUF 10,000**.

28. Personal assistance

In case in Hungary the Insured requires within the insured period:

- quick technical assistance related to his vehicle,
- car rental,
- an economy-class air-plane ticket,
- booking accommodation,
- attorney, interpreter

a telephone call is sufficient and the twenty-four-hour assistance service and partner network of the Insurer shall be at disposal.

The Insurer provides this service free of charge. Nevertheless, the counter-value of services utilised through such mediation is to borne by the Insured

Die persönliche Hilfeleistung und Gesundheitsversicherung für Ausländer

1. Allgemeine Bedingungen

Die Versicherungsgesellschaft QBE Insurance (Europe) Limited Branch Office in Hungary (Im Weiteren Versicherer) übernimmt aufgrund des Versicherungsvertrages die Verpflichtung, dass sie im Falle der Bezahlung der Versicherungsprämie, in dieser Vorschrift aufgeführten und - binnen der Geltungsdauer der Versicherung, ausschliesslich nur auf dem Gebiet der Ungarischen Republik - auftretenden Unfällen, die folgenden Hilfe- und Versicherungsleistungen gewährleistet:

- Gesundheits- Hilfeleistung und Versicherung
- persönliche Hilfeleistung.

2. Wie kommt die Versicherung zustande?

Die Versicherung kann ausschliesslich nur für die Person abgeschlossen werden, die sich im Zeitpunkt des seinen Verlängerungsbedarf in Ungarn aufhält. Die weitere Bedingung des Vertragsabschlusses ist, die Vorlegung des Passports des Versicherten und die Bezahlung der Prämie.

Ausnahme ist, wenn der Versicherte vor dem Ablauf der schon bestehenden Versicherung schriftlich seinen Verlängerungsbedarf meldet und zahlt gleichzeitig die Monatsprämie ein.

Der Versicherer oder sein Vertreter stellt eine Police für jeden Versicherten aus, wo der Vertragspartner mit seiner Unterschrift bestätigt, dass er alle Informationen über die wichtigsten Daten des Versicherers und des Versicherungsvertrages erhalten hat.

3. Wann tritt die Versicherung in Kraft und bis wann ist gültig?

Die Risikotragung beginnt frühestens um 0 Uhr des Tages nach der Bezahlung der Prämie und dauert bis 24 Uhr des letzten Tages, der mit Prämie bezahlt wurde.

Ausgenommen sind die im Punkt 4.2 aufgeführten.

4. Versicherungsprämie

4.1. Die Versicherung darf maximum auf 365 Tage unter Berücksichtigung der folgenden Prämiezahlung abgeschlossen werden:

- zwischen 1 und 15 tagigen Zeitdauer ist 15 Tage Prämie,
- über 15 tagigen Zeitdauer ist Monatsprämie,
- und bei Versicherungen zwischen 2 - 12 Monaten gibt es eine Möglichkeit die Prämie in einer Summe monatlich, vierteljährlich, oder halbjährlich zu bezahlen. In den Fällen ist die Bezahlung der Prämie am ersten Tag des Versicherungsmonates (Quartal, Halbjahr) fällig.

4.2. Wenn die Zeitdauer der Versicherung die 3 Monate übersteigt, gibt es eine Möglichkeit die Versicherungsprämie monatlich mit der Bedingung zu bezahlen, wenn es binnen 30 Tage nach der Fälligkeit der Prämiezahlung nicht bezahlt wird, wird der Vertrag am letzten Tag der mit Prämie gedeckten Periode sich aufhören.

5. Wer ist der Vertragspartner?

Der Vertragspartner ist die Person, die den Versicherungsvertrag für die Versicherte(n) abschliesst und die Prämie bezahlt.

6. Wer kann der Versicherte sein?

Versicherte kann die Person sein, die sich auf dem Gebiet der Ungarischen Republik aufhält, bei Inkrafttreten der Versicherung seinen 15. Lebensstag vollendete, aber 65. Lebensjahr noch nicht beendete ausländische Staatsbürger ist, die Versicherungsprämie bezahlt und über eine gültige Versicherungspolice verfügt.

7. Wer ist Begünstigte?

Begünstigte ist die Person, für wen die Versicherungsfirma die Versicherungssumme, bzw. die aufgrund des Punktes 10. noch schuldige Versicherungsprämie bezahlt.

8. Wer darf nicht Begünstigte sein?

Begünstigte darf nicht die Person von ungarischem Staatsbürger, oder jeder sein, der seinen 15. Lebenstag noch nicht, oder das 65. Lebensjahr schon vollendete.

9. Was ist die Beschränkung des mehrmaligen Abschlusses der Versicherung?

Die Versicherung darf für dieselbe Zeitdauer nur einmal abgeschlossen werden. Wenn der Versicherte trotz dieser Beschränkung des Vertrages über mehrere Versicherung bei dem Versicherer verfügt, wird die Versicherungsfirma die Entschädigung nur einmal bezahlen, und zahlt gleichzeitig die Versicherungsprämie mit denselben oder anderen Bedingungen zurück.

10. Wie ist die Prämiezurückerstattung möglich?

10.1. Die Prämieerstattung darf nur bei dem Versicherer unter den folgenden Bedingungen vor dem Beginn der Risikotragung erfolgen, die Versicherungspolice kann mit vollem Preis auf dem Ausstellungsort zurückerstattet werden.

10.2. Die Rückerstattung der teilweise verwendeten Versicherungspolice ist binnen der Versicherungsdauer laut den folgenden möglich:

- die Versicherungsprämie, die für 1 - 15 Tage und für einen Monat abgeschlossen wurde darf nicht zurückbezahlt werden,
- die Prämie der wegen Unfall des Versicherten teilweise verwendeten Police darf nicht zurückbezahlt werden,
- die Prämie des nicht begonnenen Versicherungsmonates kann zurückbezahlt werden.

10.3. Im Falle des Todes des Versicherten wird der Versicherungsvertrag angekündigt. Der Versicherer wird den zeitmassigen Teil der bezahlten Prämie - von dem nach Anmeldung mit der Versicherung gedeckten Monat - dem Begünstigten oder im Mangel dieses dem Erbe bezahlen.

10.4. Die Prämie der abgelaufenen Police kann nicht zurückbezahlt werden.

11. In welchen Fällen wird der Versicherer von der Auszahlung der Dienstleistungen

befreit?

Der Versicherer wird von der Auszahlung der Beschädigungen befreit, wenn:

- der Versicherte verpasst die den Vorschriften entsprechende Anmeldung des Versicherungsvorganges, bzw. die Angabe der benötigten Informationen und dadurch werden bedeutende Umstände unermittelbar.
- der Versicherte verletzt seine Verpflichtung über die Ermittlung und Anmeldung der Änderungen und die verschweigten, bzw. nicht angemeldeten Umstände mitwirken in dem Zustandekommen des Versicherungsvorganges.
- der Schaden wurde durch den Versicherten, den Vertragspartner, bzw. durch den mit dem Versicherten, oder Vertragspartner in einem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen rechtswidrig, absichtlich oder mit schwerer Nachlässigkeit verursacht.

12. Welche sind die von der Versicherung ausgeschlossene Risiken?

Von der Versicherung werden ausgeschlossen:

- die aufgetretene Vermögen- und Nichtvermögensschaden,
- die durch den Versicherten verursachte Haftpflichtschaden,
- bei der Übung der gefährlichen Sporte (Auto- und Motorsportwettfahrten, - hier gehören auch die Testfahrten und Rallye-Wettfahrten, das Fels - und Bergklettern, die Höhlenforschung, die Flugsport und Fallschirmsprünge) oder bei Teilnahme der Training auftretende Vorgänge,
- Ereignisse, die indirekt oder direkt infolge einer laut Rechtsvorschrift als ionisierend bewerteten Strahlung bzw. Nuklearenergie eingetreten sind,
- Schaden, die wegen der Verletzung der Arbeitsschutzvorschriften in Ursache und Wirkung auftreten,
- Ereignisse, die direkt oder indirekt im Zusammenhang mit Kriegen- bzw. Bürgerkriegsereignissen, Kampfhandlung, Terrorakten, Aufstände, Aufruhr, Streik und Unruhen eingetreten sind,

- die Haftpflichtschaden, die durch den Versicherer aufgeführten Dienstleistungsbetrieben verursachten ärztliche Operationsfehler auftreten,
- Schaden, die bei den Versicherten auftreten, die beim Beginn der Risikoprämie den 15. Lebensjahr noch nicht und 65. Lebensjahr schon vollendet haben,
- Schaden, die bei den Versicherten auftreten, die im Zeitpunkt des Vertrages sich nicht in Ungarn aufhalten.

13. Was ist die Aufgabe des Versicherten im Schadenfälle?

Die Aufgabe des Versicherten ist:

- seinen Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht in Hinsicht des Versicherers zu entbinden,
- über alle Tatsachen, Daten die in Verbindung mit seinem Schadenfall auftreten, den Versicherer unverzüglich zu informieren, -den Schaden, den Möglichkeiten entsprechend abzulenken, bzw. zu vermindern und die Anweisungen des Versicherers zu folgen,
- seinen Schadenersatzanspruch - erfüllt auch seine in dem Vertrag regulierte Anmeldepflicht - 10 Tage nach Rechnungsausstellung dem Versicherer zu übersenden,
- dem Versicherer alle Untersuchung zu genehmigen, die auf Ursache, Ausmass und Höhe des Schadenfalles beziehen.

14. Wann ist die Schadenauszahlung fällig?

Der Versicherer wird die für den Berechtigten auszuzahlende Schadenerstattung entsprechend den im Versicherungsvertrag bestimmten Betragsgrenzen innerhalb von 10 Tagen nach Zusendung aller zur Schadenregulierung benötigte Dokumente bzw. nach Eintreffen des letzten Dokuments erstatten.

Wenn der Versicherer die Schadenerstattung ausgezahlt hat, werden ihm alle Rechte zustehen, die den Versicherten gegen den für den Schaden

verantwortlicher Person zugestanden ist, ausgenommen, wenn sie ein mit dem Versicherten in einem Haushalt lebender Verwandte ist.

15. Wann werden die Schadenerstattungsansprüche verjährt?

Aus dieser Vorschrift ergebende Ansprüche werden nach zwei Jahren nach Eintreten des Versicherungsvorfalles verjährt.

16. Wann wird die Versicherung erlischt?

Diese Versicherung wird mit dem Ablauf der im Vertrag bestimmten Dauer erlöschen.

17. Verschwiegenheitspflicht

Der Versicherer hat aufgrund des Gesetzes XCVI. vom Jahre 1995 eine Verschwiegenheitspflicht.

Die Verschwiegenheitspflicht des Versicherers bezieht sich nicht auf die Daten der Kunden gegen die folgenden Behörden und Organisationen:

- die in ihrem Aufgabenbereich zuständige Aufsichtsbehörde,
- im Gesetz festgelegten Fällen der Leiter der Ermittlungsbehörde, bzw. Anwaltschaft,
- Gericht im Strafprozess und in bürgerlichen Angelegenheiten, bzw. Konkurs- und Liquidierungsverfahren, und Notar im Verlassenschaftsverfahren,
- im Steuerverfahren, wenn der Versicherer im Gesetz bestimmten Kreis bei Aufforderung der Steuerbehörde eine Äusserungspflicht bzw. eine im Gesetz bestimmte Datenlieferungspflicht hat, die sich auf die Auszahlung der von dem Versicherungsvertrag vorkommenden Steuerverpflichtung bezieht,
- der in seinem Aufgabenbereich wirkenden Nationalversicherungsdienst,
- der Wirtschaftliche Wettbewerbsamt, arbeitend in seinem Aufgabenbereich der Wettbewerbsaufsichtsbehörde,
- mit anderer Versicherungsgesellschaft, der im Gesetz festgelegten Fällen,
- die in ihrem Aufgabenbereich arbeitende Vormundschaftsbehörde,

– die Gesundheitsbehörde des in dem 2. Absatz des 108 § des Gesetzes CLIV vom Jahre 1977 bestimmten Gesundheitspflege.

Der Versicherer behandelt die persönlichen Daten des Versicherungsagenten, des Versicherungsmaklers, des Versicherten und des Vertragspartners mit deren Zustimmung. Zur Behandlung der besonderen persönlichen Daten, zur ausländischen Datenverarbeitung der persönlichen Daten, bzw. bei Übergabe anderen Firmen, die im Interesse zur Erledigung der Versicherungsarbeiten nötig sind, werden die schriftliche Zustimmung des Versicherten, des Vertragspartners benötigt.

Der Versicherer ist verpflichtet aufgrund der Bitte des Versicherten (des Vertragspartners) über seine in der Evidenz des Versicherers geführte eigene Daten Information zu geben, bzw. über die durch den Versicherten angegebene Datenveränderungen in seine Evidenz einzuführen.

18. Mitteilung - und Veränderungsanzeigepflicht

Der Versicherte ist verpflichtet beim Vertragsabschluss alle Umstände dem Versicherer mitzutellen, die bei Übernahme der Versicherung bekannt sind oder bekannt sein könnten.

Die Partner vereinbaren, dass der Versicherte und der Vertragspartner alle Veränderung der im Vertrag bestimmten bedeutenden Umstände (Gesundheitszustand, persönliche Daten) dem Versicherer unbedingt, aber spätestens binnen 24 Stunden schriftlich mitteilt.

Wenn der Versicherungsvertrag nicht von dem Versicherten, sondern durch dritte Person auf Ihre Gunsten abgeschlossen wird, soll bis zum Eintreten des Versicherten, bzw. bis zum Versicherungsfalles die Prämiezahlungspflicht den Vertragspartner belasten, die Rechtserklärungen sollen an ihn geleitet werden und er soll sich darüber äussern.

Die Anmeldungspflicht über die Veränderung belastet gleicherweise den

Vertragspartner und den Versicherten, keiner darf sich über das Nichtwissen solcher Umstände oder Veränderung schützen, welche dem Versicherer nicht mitgeteilt, oder eingemeldet wurde, obwohl er darüber gewusst hätte und sollte es mitteilen oder anmelden.

19. Sich mit Kundenklage beschäftigende Organe:

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

Die Überwachungsorgane des Versicherers ist die Staatsaufsichtsbehörde der Finanzorgane, 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

20. In den in diesem Vertrag nicht behandelten Fragen sind die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (PTK) massgebend.

Die Vertragspartner bestimmen zum Entscheiden der Rechtsstreite die von diesem Versicherungsvertrag, abhängig von dem Vertragswert vorkommen, die ausschliessliche Zuständigkeit des Zentral-Bezirkgerichtes von Pest, bzw. des Landeshauptstadtgerichtes.

II. Gesundheits - und Unfallversicherungshilfeleistungen

21. Welche Versicherungshilfeleistungen werden gegeben?

Der Versicherer übernimmt die Kosten der begründeten und allgemeinen Gesundheitsversorgung mit Durchschnittsniveau, ohne Arztwahl laut den in den folgenden Punkten detailliert angegebenen Bedingungen, wenn der Versicherte binnen der Versicherungsdauer auf dem Gebiet der Ungarischen Republik krank wird, oder einen Unfall hat.

Der Versicherer gewährt diese Hilfeleistungen innerhalb des Gültigkeitsraumes der Versicherung im Falle der plötzlich, unerwartet und im Voraus nicht vorgesehenen Erkrankung oder Unfälle, wenn der Versicherte oder sein Vertreter, oder die Leistung gebende Institution, oder der behandelnde Arzt den Versicherer binnen der kürzesten Zeit (aber maximum binnen 24 Stunden) anruft - **Non Stop Telefondienst: (06 1) 460 1500** - und der Versicherer die Beanspruchung der Dienstleistungen

genehmigt hat. Wenn diese Nachricht nicht erfolgt, zahlt der Versicherer die aufgetretenen Kosten bis zur Betragsgrenze von maximum 5.000,- HUF nachträglich aus.

Gesundheits- assistance Dienstleistungen:

Der Versicherte oder sein Vertreter meldet seinen Anspruch an die Gesundheitsleistung auf die Non Stop Telefonnummer (06 1 460 1500) des Versicherers ein.

Der Versicherer schickt an den Aufenthaltsort des Versicherten so schnell wie möglich einen Arzt, oder gibt die Adresse eines Arztes oder fachärztlicher Poliklinik dem Versicherten an, wo über die Untersuchung und Betreuung versorgt wird. Im Falle wird er über die weitere Gesundheitspflege des Versicherten versorgen, bzw. wird er es organisieren.

Im Falle der Gehunfähigkeit wird er den Transport des Versicherten mit Rettungswagen, oder mit Taxi zum Arzt oder in ein Krankenhaus organisieren.

Im Falle einer Heilbehandlung im Krankenhaus steht der Versicherer in laufender Verbindung mit dem behandelnden Arzt bzw. der Gesundheitsinstitut. Er erklärt sich bereit, über den Zustand eine von dem Versicherten angegebene Person per Telefon - ungarisch, englisch oder deutsch - zu informieren.

Gesundheitsversicherung:

- ärztliche Untersuchung und Heilbehandlung
- Behandlung im Krankenhaus,
- eine unverzügliche Operation, intensive Versorgung, Einschläferung,
- Kauf von Medikamente, Verbandzeuge auf ärztliche Anordnung, mit nachträglicher Erstattung, aufgrund Rechnung,
- Rettungswagentransport,
- Versorgung der gefährigten Kranken,
- Versorgung der bettlägerigen Kranken,
- laboratorische Untersuchungen, die durch den Arzt angeordnet wurde, Untersuchungen mit Geräte und Maschinenleistungen,

- Röntgen,
- die Kosten der Heilbehelfe, ausgenommen die Brille, Kontaktlinse, Glasaugen, Prothese, Endoprothese, Plattfusseinlage, Heilschuhe, Mieder, Bauchbinde, Kunstbrust, Perücke,
- Brille - durch den Arzt angeordneten Ersatz wegen eines Unfalls, die auch persönliche Verletzung verursachte, bis zu einer Betragsgrenze von 20.000,- HUF,
- Keine Kontrolle, oder Versorgung vor der 28. Woche der Schwangerschaft (Fehlgeburt, Frühgeburt)
- die Kosten der Geburten, bei der Versicherung die ein Jahr schon laufend überschritten, und auf weitere Jahre abgeschlossen wurde, wenn die Schwangerschaft in dem zweiten Jahre erfolgte,
- eine dringende zahnärztliche Versorgung, eine unmittelbare schmerzstillende Behandlung, bis zur Betragsgrenze von maximum 5.000,- HUF je Zähne, und bis zur Betragsgrenze von maximum 50.000,- HUF pro Jahr. Wenn der Versicherte die Versicherung für eine kürzere Zeit als ein Jahr, und später eine neue Versicherung abschliesst, ist dieses ein Jahr vom Gültigwerden der ersten Versicherung an zu rechnen.

Auf die begründete und verwöhnte Kosten der allgemeinen Versorgung - ohne Arztauswahl - am Ort der Verwendung unter Berücksichtigung der allgemeinen ärztlichen Tarife.

Der Versicherte befreit den die Untersuchung oder die Behandlung ausführenden Arzt in Zusammenhang mit dem Versicherungsergebnis gegenüber dem Versicherer oder deren Beauftragten von der ärztlichen Schweigepflicht

22. Welche sind die von der Versicherung ausgeschlossene Risiken?

Von der Versicherung werden ausser dem in Punkt 12 aufgeführten die folgenden ausgeschlossen:

- alle solche Dienstleistungen, die ärztlich nicht unentbehrlich zur Angabe der

- Diagnose, oder Behandlung sind,
- jede Versorgung, die wegen eines früher bestehenden Gesundheitszustandes bei Abschluss des Vertrages schon bestand, - z. B. chronische Krankheit - unbedingt nötig ist,
- die Mehrkosten, die in Ungarn üblichen Preise für eine bestimmte Dienstleistung übersteigen,
- die Kosten der ohne Risiken abschiebbaren Operation, -wenn der Versicherte oder sein Vertreter, bzw. das Versorgungsinstitut, der behandelte Arzt die Genehmigung des Versicherers über die Dienstleistung binnen 24 Stunden im Falle eines Schadens, der über 5.000,- HUF war, nicht beanspruchte, die Kosten die über diese Betragsgrenze liegen,
- die Kosten der Geburten, bei der Versicherung die ein Jahr schon laufend überschritten, und auf weitere Jahre abgeschlossen wurde, wenn die Schwangerschaft in dem zweiten Jahr erfolgte,
- Versorgung nach der 28. Woche der Schwangerschaft -psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung,
- Kosten, die wegen Selbstmordversuch auftreten,
- Kosten, die bei absichtlicher Teilnahme in rechtswidriger Tätigkeit auftreten,
- jede Ausgabe, die sich auf die Veränderung des Geschlechtscharakters beziehen,
- die Behandlung der sexuellen Störungen und Unregelmässigkeiten,
- die bei sexuellen Beziehungen auftretende, erworbene Immunität (AIDS), bzw. damit verbundene Krankheiten,
- Besamung,
- Organtransplantation,
- Gesundenuntersuchung,
- jede Untersuchung, die nicht durch Arzt, oder Schwester erfolgt,

- Behandlung, oder Versorgung durch den Verwandten,
- die Kosten der Verwandten, die bei Behandlung des Versicherers auftritt,
- Kosten, die bei Verwendung von Alkohol, Rauschgift oder damit zurückzuführende Gründe auftreten,
- Zahnrichtung,
- Kosten der Prothesen oder Korrektionsmittel,
- Kurortbehandlung, Massage,
- Behandlungen in Privatkrankenhäusern, Sanatorien,
- Herzoperationen,
- Schwangerschaftsverhütung,
- Physiotherapie
- Schutzimpfung,
- Akupunktur, Naturbehandlung, bzw. durch Knochenschmied gegebene Behandlung
- Strahlenbehandlung,
- Chemotherapie,

23. In welcher Masse werden die Gesundheitskosten ersetzt?

Gesundheitsdienstleistungen:

- auf Kosten, die bei Erkrankung auftreten, insgesamt: 2.500.000,- HUF/Jahr
- auf Kosten, die bei Unfall auftreten, insgesamt: 5.000.000,- HUF/Jahr

Wenn der Vertragspartner (der Versicherte) die Versicherung auf eine kürzere Zeitdauer, als ein Jahr, und später eine neue Versicherung abschliesst, kann vom Gültigkeitswerden der ersten Versicherung an zu rechnen.

24. Was wird als kein Unfall bewährt?

Das Abbrennen wegen Sonnenstrahl, Quarz, Solarium, Sonnenstich, Hitzschlag, Überhebung, Bruch, Erfrierung, Selbstmord und dessen Folge, habituelle Ausrenkung, Zerrung bzw. durch den beruflichen physischen Arbeitsgang

verursachte Gesundheitsbeschädigung, pathologischer Bruch wird nicht als Unfall bewährt.

25. In welchen Fällen ist der Versicherer von der Auszahlung der Schaden befreit?

Der Versicherer wird von der Auszahlung der Schaden ausser dem im Punkt 11. aufgeführten befreit, wenn:

- die Gesundheitsdienstleistung wegen beabsichtigt durchgeführter Gewalttat notwendig war,
- der Versicherte wegen dem beabsichtigt und schwer fahrlässigen Verhalten des Begünstigten sein Leben verliert, oder eine Gesundheitsveränderung erlitt. Der Unfall soll als schwer fahrlässig betrachtet werden, wenn der Versicherte:
- durch den Einfluss von Alkohol über einem Blutalkoholspiegel von 0,80 ‰, oder Rauschgift oder darauf zurückzuführenden Gründe verletzt wurde,
- bei Fahren ohne Führungsschein erfolgte.

26. Wie erfolgt die Schadenregulierung?

Die Kosten der Hospital - und ärztliche Behandlung, die bei Erkrankung oder Unfall auftreten, den für den Versicherer bezüglichen Anteil - im Kenntnis der Gesundheitsdiagnose - wird der Versicherer direkt dem Gesundheitsinstitut oder dem Arzt überweisen.

Wenn die Kosten durch den Versicherten abgewickelt wurde, wird die Assistance und Zentral Schadenregulierungsbüro des Versicherers (Biztosító Assistance és Központi Kárrendezési Irodája - 1143 Budapest, Stefánia út 51. Telefon: 460-0500, Fax: 460-1515) direkt dem Versicherten binnen 10 Tagen nach dem Ankommen aller Dokumente in HUF gutschreiben.

Die Schadenregulierung erfolgt aufgrund den folgenden Dokumenten:

- ein Exemplar, oder eine Kopie der Sicherungspolice,
- die volle Dokumentation über die ärztliche Versorgung,
- die originalen Rechnungen der ärztlichen und Medikamenten- Kosten,

- der durch den Versicherer abgeschaffte und durch den Versicherten ausgefüllte Drucksache.

Im Falle eines Unfalles ausserdem: ein offiziell aufgenommenes Protokoll, oder Bestätigung über die Umstände des Unfalles und der Beschädigung, im Falle des Todes des Versicherten ein weiteres Protokoll der Obduktion, und ein ärztliches Zeugnis über die Prüfung des Toten.

III. Dienstleistungen der Hilfeleistung

27. Gutschreiben der Telefonkosten

Wenn der Versicherte eine 48 Stunden übersteigende Notfallversorgung im Hospital bekommt, der Versicherer übernimmt die Kosten der durch den Versicherten während seinem Aufenthalt in dem Hospital angehenden und mit Rechnung bestätigte Telefonanrufe

in einem Wert von 10.000,- HUF.

28. Persönliche Hilfeleistung

Wenn der Versicherte in Ungarn binnen der Geltungsdauer der Versicherung

- eine schnelle technische Hilfe bezüglich dem Wagen,
- Mietwagen,
- Ermässigte Flugkarte,
- Hotelreservierung,
- Anwalt, Dolmetscher benötigt,

ist ein Telefonanruf genügend und steht der Assistance - Dienst und Agentennetz des Versicherers Tag und Nacht zur Verfügung.

Diese Leistung wird durch den Versicherer ohne Berechnung der separaten Kosten gewährleistet, aber die Beanspruchung solcher Dienstleistungen belasten den Versicherten.