

COMPANY WORLD TRAVEL INSURANCE
General and Special Insurance Terms and Conditions
EUB2014-77CO

General information / Általános tájékoztatás: Present Insurance Conditions have been prepared in both Hungarian and English language. In case of differences the Hungarian text shall be applicable. Jelen biztosítási feltételek magyar és angol nyelven készültek. Eltérés esetén a magyar nyelvű szöveg irányadó.

Except when otherwise specifically agreed by parties, these general insurance terms and conditions (hereinafter: general conditions) together with the special insurance terms and conditions (hereinafter: special conditions) shall be applicable to all insurance policies (hereinafter: insurance policy) concluded with Európai Utazási Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság (a company belonging to the Generali Group, listed in the Insurance Groups Register, registered seat: H-1132 Budapest, Váci út 36-38.; hereinafter: Insurance Company) with reference to these general and special conditions.

All matters not regulated by these general conditions or the special conditions, will be governed by the provisions of Act V of 2013 on the Civil Code and the provisions of other effective Hungarian legislation.

The Customer Information of Európai Utazási Biztosító Zrt. will also be an integral part of the insurance policy.

This insurance policy is not a consumer insurance policy.

I. General Conditions

1. Definitions

(1) Auto-motor sports:

- (a) the use of motorized vehicles (e.g. motorcycle or automobile) off public roads or on racing circuits,
- (b) the participation in any car- or motorcycle racing, including the preparation or training for it,
- (c) the use of any vehicle which is not licensed for public traffic,
- (d) the use of motocross or trial motorcycles,
- (e) the participation in any form of organized adventure travel whether motorcycle touring or driving adventure tours (driving adventure tours shall include any publicly announced motorcycle or automobile tour with the objective to reach geographic destinations specified by the organizers).

(2) Accident: A sudden, one-time, external physical and/or chemical impact occurring during the period of insurance, independently of the will of the Insured, which results in anatomical injury confirmed by a specialist and requires acute, targeted medical procedure.

Accident shall not include:

- (a) meningoencephalitis and/or encephalitis developed as a consequence of poliomyelitis or tick bites,
- (b) rabies,
- (c) tetanus infection,
- (d) any infection transmitted by humans, or animals or other living organisms even when developed as a result of an accidental physical cause,
- (e) congelation, hypothermia, sunstroke, overstrain caused by lifting, and heat apoplexy,
- (f) occupational diseases (harm),
- (g) sprains or strains, not resulting in any new injury to ligaments or muscles and not requiring open surgery to any anatomical formula in their acute phase,
- (h) disc herniation, and other diseases with herniation,
- (i) where anatomic changes in direct causality with the current accident cannot be confirmed on the basis of the medical documentation available.

(3) Insured event: includes events – causally linked to a future cause relative to the commencement of the insurance coverage which occur during the coverage period – upon the occurrence of which the Insurance Company shall pay the benefits specified in the relevant chapters herein, provided that there are no such conditions which may limit the insurance coverage pursuant to the provisions (e.g.: exclusions, exemptions) set forth in these policy conditions and the particular event(s) take(s) place in the geographical area which the insurance policy provides coverage for.

(4) Period of Insurance: the period specified on the confirmation of coverage and which corresponds to the policy period.

(5) Insured Day: a unit of the period of coverage offered by the Insurance Company. An insured day corresponds to a calendar day.

(6) Sum insured: the maximum benefit that may be claimed for specific insured events as set forth in the Benefit Table and in II. Special Conditions and that the Insurance Company undertakes to pay if an insured event occurs, in accordance with the rules set out in Chapter I.11. The Insurance Company shall provide

benefits as indemnity coverage (by indemnifying the Insured in the manner and to the extent specified in the insurance policy, or by providing other benefits to the Insured), or as fixed sum coverage (by payment of the amount specified in the policy).

(7) Age of the Insured Person: For the purposes of the insurance policy, the age completed as of the first day of coverage or before shall be applicable.

(8) Insurance policy: the insurance application, the confirmation of coverage as well as the policy conditions referred to therein, jointly. Should there be any differences between the terms and conditions and the confirmation of coverage, the content of the confirmation of coverage shall prevail.

(9) CompLine: an electronic, web-based registration system of the Insurance Company (Compline Travel Insurance System) available at <http://www.eub.hu/login/login.php> and which the Policyholder may access using a unique user name disclosed by the Insurance Company and a password. The system enables the Policyholder to track the data related to this insurance policy as well as to record and modify data corresponding to the insurance policy type as set out in the instructions indicated on the interface.

(10) Property damage: damage to or loss of a property item or if it becomes unusable.

(11) EUB-Assistance: Europ Assistance Magyarország Kft., a service provider partner of the Insurance Company, which also operates the assistance service of the Insurance Company, available day and night by phone (Phone number: +361 465 3666).

(12) Natural disaster: for the purposes of these policy conditions natural disasters shall mean: **lightning, storm, hailstorm, rock-fall, stone-fall, landslide, rainstorm, flood, earthquake**, the occurrence of which shall be documented by the competent professional authorities on the spot.

Lightning: the loss of or damage to the insured property due to the destructive force or heat caused by lightning or ball lightning which strikes directly to the insured property, and the overvoltage or induction arising in the insured electric machines, appliances and equipment, in the consequence of lightning.

Storm: damage to the insured property caused by the pressing and suction force of a wind reaching or exceeding 15 m/s wind velocity including damage caused by the precipitation penetrating through a roof which has been damaged by the storm.

Hailstorm: Breaking, smashing and other type of damage to the insured property caused by precipitation falling in the form of pellets of ice, and loss or damage caused by the precipitation penetrating through a roof which has been damaged by the hailstorm.

Rock-fall, stone-fall, landslide: loss of or damage to the insured properties caused by falling (moving) rocks, stones and soil, save for the case when the event has been the result of human intervention, or the faulty design, structure or maintenance of a building.

Rainstorm: loss of or damage to the insured properties arising from the destruction and/or inundation by large quantities of water from rainstorm flowing on the ground, including the overflow resulting from the insufficiency of the water channel system.

Flood: the overflow of any permanent or seasonal, natural or artificial waterflow, lake, pond, reservoir when the areas protected against floods are inundated, as well as the impact of water welling up on the protected side of dikes as a result of high water level. Flood plain: the area between the banks of rivers and the flood control dikes. Unprotected flood area: the part of the flood area lying between the riverbed and the roads, railway embankments or raised beaches parallel with it, or the border of the interior zone of settlements. For the purposes of these policy conditions, damage to properties caused by drainage water and groundwater, or as a consequence of wetting or watering without inundation, or damage to properties within the flood plain or in an unprotected flood area shall not be regarded as flood damage.

Earthquake: loss and damage at the insured location caused by an earthquake reaching 5th degree on intensity scale MSK-64.

(13) Kidnapping (taking hostage): if the personal liberty of the Insured is attacked or infringed – by force or by imminent duress against life or bodily integrity, by threat of force, injury or harm, or by way of disabling the insured person by rendering him unconscious or incapable of self-defense or by taking advantage of his condition of being unable to defend himself or to declare his will – and makes his release dependent upon the performance of a demand. Hijacking is a form of kidnap committed against the Insured in the course of the unlawful seizure or commandeering of a commercial vehicle – airplane, ship, or train lawfully used by the Insured for travel purposes – by seizing control and diverting its course from the scheduled destination. As used in this insurance policy, the term “kidnapping” does not include an act committed by a relative of the Insured.

(14) European Health Insurance Card (hereinafter: EHC): a printed card issued for citizens of EU Member States (acronym: e.g. EEK/EHC), serving for claiming healthcare services as required in the course of temporary stay in EU Member States outside the state of citizenship as well as in additional countries as specified by current legislation.

(15) Annual Multi Trip: Insurance policy where the period of insurance is one year from the date specified as the commencement of insurance coverage in the confirmation of coverage, and within such period the coverage shall commence at the time of starting a given trip abroad and shall last until completion thereof or for a period specified on the confirmation of coverage as the “duration of the trip”. “Annual Multi Trip” insurance policies may

be taken out for people who have not yet turned 70 years of age on the first day of the coverage. The insurance also covers winter sports if practised by recreational athletes— other than at competitions.

(16) Hazardous sports: auto-motor sports, free diving or scuba diving, rock climbing, mountaineering, indoor climbing, expedition activities of any nature, caving, hunting, white water rafting and rafting, snow shoe trekking, sea kayaking, riverboarding (hydrospeed), rides on banana boats, air chairs, other inflatable boats towed by a speedboat, jet skiing, waterskiing, wake boarding, kite surfing, surfing, windsurfing, sailing, mountain biking, downhill mountain biking, mountain scootering, trials of BMX biking, off track skiing or snowboarding, (three or four-wheeled) quad biking, bungee jumping, canyoning, parachuting and paragliding of any kind, BASE jumping, hang gliding, snowmobiling, combat sports, traveling on a free-flying aviation aircraft (whether as crew or passenger), traveling on a powered aircraft (whether as crew or passenger) except when traveling as a passenger on a scheduled flight operated by a licensed airline in compliance with regulations on passenger transport, or on a scheduled charter flight, horse riding, carriage driving, winter sports, and practicing any other sports activities which involve considerable accident hazards.

(17) Physical work: Work requiring considerable physical exertion and / or - e.g. by reason of the location or circumstances of work - involving an accident hazard exceeding the risks of intellectual office work. Driving a passenger vehicle shall not be deemed as physical work.

(18) Consumer: Consumer shall mean any natural person acting for purposes which are outside his trade, business or profession.

(19) Mountaineering: includes hiking on mountains if the Insured goes off the recognized and authorized tourist routes, or where the route is over glaciers, or where road conditions require the use of special equipment (e.g.: rope protection, crampons, ice axes etc.). For the purposes of these policy conditions, mountaineering also includes hiking on "Klettersteig" (or "via Ferrata") type routes, or similar routes made accessible by installing artificial aids and protection, and above altitude of 3 500 meters above sea level. If the criteria set out above apply to **any of the sections of a given route** (e.g. some part of the route is of "Klettersteig" / "via Ferrata" type or over glaciers), then **staying at other sections of such route shall also be deemed as mountaineering.**

(20) Official medical documentation: A medical certification issued by a physician (or specialist if required) who is licensed to practice medicine at the place where the insured event has occurred.

(21) Official (business) trip: a trip or mission abroad required for earning the private person's income and for completing a task related to the Policyholder's business, where the Insured participates on the basis of the Policyholder's written assignment, on behalf of the Policyholder.

(22) Recreational athlete: a person engaged in sports activities as a non-competing sportsman.

(23) Portable computers: for the purposes of this policy, portable computer shall include: netbooks, notebooks, laptops, tablets, e-book readers.

(24) Written statement: written statements between the parties shall include statements by e-mail, imparted in a form suitable for retracing the content of the legal statement unchanged, and for identifying the party making such statement and the date of making such statement (e.g. the form of statements in electronic mail, or the electronic - scanned or faxed - form of statements signed by hand, received from the Policyholder's contact e-mail address so specified by the Policyholder in the insurance policy).

(25) Exclusion: The Insurance Company shall exclude certain events specified in the general and special conditions which are not considered as insured events under these contractual terms and conditions, meaning that they are not covered by this policy.

(26) Hospital: Medical facilities providing in-patient care recognized and licensed by the competent authorities and professional supervision operating in the country where the medical care is provided, and which operate under permanent medical attendance and control. For the purposes of this insurance the term hospital shall not include sanatoriums, rehabilitation centers, thermal or hydro mineral establishments, alcohol and drug detoxification institutions, even if hospitalized in-patient care is provided, and hospital departments providing the above services on condition that the Insured receives services in line with the specialization of such department.

(27) A person receives in-patient hospital care if such person is hospitalized at least overnight. Hospitalized in-patient care shall commence on the first day of hospital care and shall last until the last day thereof.

(28) Confirmation of coverage: a written confirmation of coverage made available by the Insurance Company to the Policyholder, which includes the essential content of the policy, in particular the data of the contracting parties, the way how insured persons may be added to the coverage, the coverage period and geographical limit of the insurance, the insurance premium and the applicable policy conditions.

(29) Close relative: For the purposes of these policy conditions, close relatives include a spouse, a next-of-kin, an adopted-, step- or foster child, an adoptive-, step- or foster parent, and a sibling (brother and sister).

(30) Road accident: An accident suffered by the Insured, recorded by the police department competent at the location of occurrence, as a consequence of the motion or stop of a vehicle, provided that the Insured was involved in the accident as a pedestrian, or the driver of or a passenger in a vehicle. The Insurance Company shall apply a different definition for the purposes of E) Baggage Insurance, which shall be governed by the provisions set out in Chapter E).

Traffic accident does not include:

- (a) pedestrian accidents in which no moving vehicles were involved,
- (b) vehicle passenger accidents, where the accident did not occur as a consequence of the motion or stop of the vehicle or of another vehicle.

(31) Travel costs: any additional travel costs constituting extraordinary expenses for the Insured in relation to an insured event, including, in particular, if travel by a given means of public transport is only possible by payment of the fare again or by re-booking the original ticket involving additional costs, or if - in case of travelling by a passenger vehicle - a trip not planned originally or any extension of the original route results in additional costs in terms of fuel and road tolls. Benefit by the Insurance Company may apply to one of the following modes of travel: scheduled train service (2nd class) or bus ticket or tourist class air ticket, or re-booking costs thereof, or the fuel costs of a passenger vehicle (as invoiced, but 10 l/100 km as a maximum) road toll-type costs (e.g. motorway badge only for the duration of such extraordinary travel - as invoiced).

In case of a return trip home from abroad, the Insurance Company shall only undertake to indemnify for additional travel expenses if the Insured's travel home could have been feasible, as evidenced, by passenger car or a means of public transport within the policy period, and use thereof is made impossible only because of the occurrence of the insured event.

(32) Abroad: The territory of all other countries **outside the country of residence**, within the geographical limit of the policy. **For the purposes of this insurance policy, the territory of a foreign representation shall not be deemed as the territory of the state represented, but it shall be deemed as the territory of the country where it is geographically located.**

(33) Trip abroad: A trip departing from the territory of the country of residence, where the destination is obviously the territory of a foreign country, and which is finished by a return trip home to the territory of the country of residence.

(34) Country of residence: Hungary, unless otherwise specifically stated on the confirmation of coverage.

(35) Policy Report: a process whereby the Policyholder enters the name and date of birth of the selected Insured persons and specifies the trips to be covered by recording the duration of such trips by giving its commencement and end date. As used for Annual Multi Trip policies, a policy report is the process whereby the name and date of birth of the Insured persons are recorded on the CompLine interface on the basis of the data disclosed by the Policyholder.

(36) Air crash: if the Insured passenger is on board of an airplane involved in scheduled passenger transport, having the authority licences for such operations, and such airplane crashes or performs an emergency landing after taking off.

(37) Physician: any medical doctor holding a degree of Doctor of Medicine (MD) which documents a mastery of a medical specialization required for the specific medical treatment and is legally qualified as a practitioner of medicine at the place of the treatment, and who holds all licenses officially issued by the competent authority and/or professional board, required for exercising the specific type of medical care at the place of treatment, and is listed in the national registry of physicians. For the purposes of these policy conditions, a relative of the Insured, the Beneficiary, or the person whose health is insured with respect to the insured event, or a person living in the same household with them shall not qualify as a physician, even if he/she complies with the above requirements.

(38) Medical care: Medical and health care services provided by a physician.

(39) Medical opinion: written medical documentation containing the diagnosis, the date and detailed description of the medical treatment, findings of the tests performed (including descriptions thereof in case of imaging tests), as well as a clear specification of the treating medical facilities and physicians.

(40) Serial losses: Multiple damage shall be regarded as a single insured event. For the purposes of this policy, multiple damage shall be the term used for several liability obligations arising from the same injurious behavior or conduct of the Insured, provided that the reason (Insured's conduct) and the causes are related.

(41) Emergency medical services (EMS): medical services verified in an official attending physician statement, which the person concerned receives for any one of the following reasons:

- (a) If the absence of immediate medical attention is likely to endanger the life or health of the person, or may cause permanent and non-recoverable damage to the health of the person,
- (b) If the symptoms of the person's medical condition (loss of consciousness, hemorrhage, acute infections, high body temperature, vomiting, etc.) justify immediate medical attention,
- (c) If the person suffers sudden and severe damage to health during the coverage period and requires immediate medical attention,
- (d) if the person requires immediate medical attention after an accident.

(42) Intellectual work: work not requiring considerable physical exertion, performed in an office setting or at another location equivalent in respect of the accident hazard. Work performed at a production plant, a building site, a power plant or a mine, and healthcare work are not qualified as office work even if the activity performed does not require considerable physical exertion.

(43) Policy type: a summary specified in the confirmation of coverage, containing the following policy features: way of joining the party insured, and the rules of coverage, settlement and premium refund.

(44) Benefit table: an annex to the confirmation of coverage, containing the maximum sums insured for each type of benefit in respect of the given insurance policy.

(45) Benefit type: one of the groups of services indicated by letters A), B), C), D), E), F), G), H), I), J) in the Benefit Table and in the Special Conditions.

(46) Winter sports: skiing, snowboarding, sledding, ice skating, snowmobiling, snowrafting.

(47) Terrorist activities: unlawful acts involving violence or the threat of violence which endanger human life, tangible or intangible assets or the infrastructure, in support of political, religious, ideological, ethnic purposes or which are intended to influence any government or to create fear and terror in the whole or a part of society, or which are suitable for the above.

(48) Geographical limit: a geographically specified territory within which insured events are covered by this insurance. The geographical limit applicable to the insurance policy is included in the confirmation of coverage. For the purposes of this policy, the following geographical limit categories are applicable:

(1) Geographical Limit Europe 1 – the following countries within geographical Europe: Albania, Andorra, Austria, Belgium, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Czech Republic, Denmark, United Kingdom Estonia, Belarus, Finland, France, Greece, the Netherlands, Croatia, Ireland, Iceland, Kosovo, Poland, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Macedonia, Malta, Moldova, Monaco, Montenegro, Germany, Norway, Italy, Portugal, Romania, San Marino, Spain, Switzerland, Sweden, Serbia, Slovakia, Slovenia, the Ukraine, Vatican City; as well as the whole territory of Turkey and Cyprus:

Geographical Limit World 1: the territories falling within the geographical limit of **Europe 1**, and countries outside thereof, except for the territories of states geographically located in North, Central and South America and the territory of Australia and New Zealand (The entire territory of the Russian Federation also falls within the geographical limit of World 1.)

Geographical Limit World 2: the territories falling within the geographical limit of **World 1**, supplemented by the territories of states geographically located in North, Central and South America and the territory of Australia and New Zealand.

(49) Activity: activities specified for the parties Insured in the confirmation of coverage, which are covered in this insurance by derogation from the exclusions indicated in Clause 13 of these terms and conditions.

(50) Length of trips: The longest uninterrupted period for which coverage is provided in respect of a given trip abroad by the party Insured. (The insurance does not cover any the period of the foreign trip in excess of the above, not even if such a period is recorded in multiple independent policy reports in the CompLine.)

(51) Competitive sports: sports activities pursued by competing athletes.

(52) Competing athlete: a person who participates in competitions (e.g.: championships, matches) in the particular sport during the coverage period or participated in such competitions within two years of the commencement of the insurance coverage, or who is a registered athlete at a sports association.

2. Parties to the Insurance Contract (Insurance Company, Policyholder, Insured and Beneficiary)

(1) **Insurance Company is Európai Utazási Biztosító Zrt.**, which, in consideration of the payment of insurance premium, provides coverage for the insured risk and undertakes the obligation to deliver insurance services (pay the insurance benefits) as set forth in the Benefit Table and in the Special Conditions if the claim is grounded.

(2) **Policyholder** is the legal entity which takes out the insurance policy and pays the insurance premium. The policyholder is required to inform the insured of the insurance policy, of all legal statements he/she is delivered as well as of any modifications of the insurance policy.

(3) **Insured person:** a natural person, named by the Policyholder on the insurance application as required for the policy type and clearly identifiable by name and date of birth, **of maximum 79 years of age**, provided that he/she is **covered by compulsory health insurance valid in the country of residence or is entitled for health care services.**

Only in the following cases, the Policyholder of the insurance policy is also deemed as Insured:

- in respect of II. "D) Baggage Insurance", if a part or all of the baggage in possession of the Insured is owned by the Policyholder.

(4) **Parties entitled to the insurance benefit:**

- in case of indemnity coverage, the Insured, unless some costs have been previously paid by the Policyholder and such costs are indemnified subsequently by the Insurance Company under the insurance policy, in which case such previously paid costs, partially or entirely, shall be due for the Policyholder.

– in case of fixed sum coverage, the insured or the beneficiary.

Only in respect of the Accidental death benefit of II."C) Accident Insurance", the policyholder may designate a beneficiary in a written notice addressed and delivered to the insurance company. If the insured is not the policyholder, the insured's written consent is required for the above. Unless another Beneficiary is designated in the insurance policy, the Beneficiary of all Accident Insurance benefits due in the life of the Insured shall be the Insured himself/herself. If the Insured dies, the Beneficiary shall be the legal heir of the

Insured in respect of Accident Insurance benefits, unless a different Beneficiary is designated in the policy, or if the designation of the Beneficiary is repealed or invalid. A statement to designate a Beneficiary can be submitted as described in the CompLine system, by fully completing the Beneficiary Statement available therein on the day preceding the commencement of coverage at the latest.

3. Execution of the Insurance Policy (Conclusion of the Insurance Policy)

The Policyholder may request the Insurance Company to provide insurance coverage through the CompLine interface of application for coverage. When the interface of application for coverage is fully completed, the Insurance Company will make a proposal to the Policyholder for the insurance coverage requested, including the features of the insurance policy and the insurance premium. The insurance policy shall be concluded when the Insurance Company's proposal is accepted by the Policyholder in writing. If the Policyholder provides a statement – within the period of validity specified in the proposal – to accept the proposal and the insurance premium has been received by the Insurance Company, then the Insurance Company will issue a confirmation of coverage on the policy concluded within 2 working days of receiving the premium, at the latest.

The Policyholder may request the Insurance Company's proposal to be modified, but the Insurance Company is not obliged to modify its proposal in accordance with the Policyholder's request. The Insurance Company shall be obligated to provide a written statement on the rejection or acceptance of the Policyholder's request for modification within 15 days of receiving such request for modification. Issuance of a confirmation of coverage whose content is in accordance with the Policyholder's request for modification will substitute for a statement of acceptance by the Insurance Company. If the Policyholder fails to reply to the proposal by the Insurance Company within the period of validity set out in the proposal, the insurance policy shall not be concluded.

4. Insurance Coverage

(1) Insurance coverage in respect of each party Insured shall commence at the date specified – **according to the type of Policy - in the confirmation of coverage, to fall within the policy period**, and shall last until the date specified therein, but up to the number of days specified as the **length of trip** in the confirmation of coverage. The date of commencement of the insurance coverage may not be later than the maturity date of the confirmation of coverage.

In case of the Insured's death, coverage for the person concerned will terminate at the date of death.

(2) **“Emergency cover”** : the provision of insurance benefits / **insurance coverage shall be extended**, in respect of any one trip abroad, by one more day compared to the duration indicated in the confirmation of coverage (or as a maximum, until the time of arrival in the territory of the country of residence), if the Insured's return home is unexpectedly extended, as evidenced, for any of the reasons below, occurring in the course of the last two days of the duration of the insurance policy:

- (a) the vehicle by which the Insured is travelling suffers a road accident,
- (b) due to extreme weather conditions or natural disasters, the route to return home is unexpectedly blocked by way of road closure, airspace closure or prohibition of navigation by the competent authority,
- (c) due to the delay or cancellation of the scheduled flight for the return trip home – whose scheduled time of arrival at the point of destination in Hungary is within the insurance policy term - the time of arrival is postponed beyond the policy term,
- (d) traffic is blocked along the route to return home, as evidenced, consequent upon which the return trip home - originally within the insurance policy period - is postponed beyond the policy period as specified in the confirmation of coverage.

The Insured is only entitled to extend the period of coverage as above if the return trip home was commenced within the coverage period originally specified in the insurance policy, and the return trip home was carried out promptly after the reasons for delay were averted.

5. Termination of the Policy and the Insurance Coverage

The insurance policy and the insurance coverage terminates in the case of a premium refund, at the time from which the Insurance Company reimburses the premium, for the period commencing therefrom.

The insurance policy will terminate:

- at the maturity date specified in the confirmation of coverage, on the understanding that the insurance coverage will continue to be in effect in respect of policy reports notified to the insurance company while the insurance policy was in force until the end of the coverage applicable to the person named in the policy report,
- if the Policyholder entity is terminated without legal succession, at the date of its termination without legal succession.

The Parties have the right of immediate termination in case of any serious violation of the provisions set out in the insurance policy or in case of any serious violation of an obligation prescribed by law by either of the parties.

6. Geographical Limit of the Insurance Cover

(1) The insurance policy covers the geographical areas **located abroad, within the geographical limit specified in the confirmation of coverage.**

(2) Only in respect of **traffic accidents** occurring during the Insured's trip abroad, the insurance covers events within the territory of the country of residence as well, with respect to the following benefits:

- II. C) Accident Coverage,

- in Section II. D) Baggage Insurance: benefits undertaken in connection with traffic accidents.

(3) **The insurance coverage shall not apply to the territory of countries or regions** which are included in the list of **target countries and regions for travel not recommended by the Ministry of Foreign Affairs of Hungary** (refer to <http://konzuliszolgalat.kormany.hu/utazasra-nem-javasolt-tersegek>) as of the first day of insurance coverage or on the day of the Insured's entry to the given country/region. In the event that the Insured is already in the given territory at the date when such qualification is announced, the insurance coverage shall terminate on the 30th day after the date of such announcement, at the latest, unless such qualification is cancelled in the meantime or otherwise agreed in writing by the Insurance Company and the Policyholder.

(4) The geographical area covered under the insurance policy **does not include Antarctica.**

7. Rights and Obligations of the Policyholder

(1) Obligation to provide information

(a) The Policyholder shall be obligated to inform the Insured on the parts of the insurance policy affecting the parties Insured personally, with particular regard to the benefits concerning the Insured, as well as the term and geographical limit of insurance coverage.

(b) The Policyholder shall be obligated to inform the parties Insured on the provisions set out in the policy conditions and in the client information brochure, and to call the Insured parties' attention to the services which the Policyholder - and not the Insured - is entitled to.

(c) In case of any changes in the data specified in the insurance policy, the Policyholder shall be obligated to promptly notify the Insurance Company in writing of such change, particularly with respect to changes of data directly affecting coverage by the Insurance Company.

(2) Obligation of cooperation

The Policyholder shall be obligated to cooperate with the Insurance Company and the Insured in the notification of insured events and in the settlement of claims for benefits.

8. The Insured's Obligation to Prevent and Mitigate Damage

(1) In the conduct of its activities, the Insured is required to exercise all reasonable and usual care which may be expected in the particular circumstances.

(2) When an accident occurs or the symptoms of a disease appear, the Insured shall seek medical help within one (1) day, and shall continue to receive medical treatment until the end of the healing procedure. During the medical treatment the Insured shall cooperate with the Insurance Company while also observing the physician's instructions.

In critical conditions the Insured shall use the standard local emergency telephone number to promptly call medical help from the local emergency coordination unit.

(3) The Insured shall be obligated to take health-related preventive measures as prescribed by the National Public Health and Medical Officer Service (ÁNTSZ) in respect of the area of travel, including any required protective vaccination, preventive medication, administered as necessary and at the appropriate time(s) as evidenced. Upon request by the Insurance Company, the Insured shall be obligated to submit a copy of e.g. the vaccination record, the receipt of taking out the prescribed medication or other documents as evidence.

(4) The insurance shall not cover the costs that may arise during activities which are carried out to prevent damage.

9. Insurance Premium

9.1. Determining the Insurance Premium

The insurance premium is received in consideration of the insurance cover offered by the Insurance Company. The rate of the insurance premium and the provisions on premium payment are set out in the confirmation of coverage.

10. Features and Insurance Benefits

(1) Under the insurance policy, the insurance company undertakes to pay the insurance benefits set out in the II. Special Conditions if an insured event occurs and is notified, and the legal basis for the benefit payout is verified.

(2) The Insurance Company shall pay the insurance benefits with respect to any one Insured throughout the period of any one trip abroad up to the upper benefit limits set forth in the Benefit Table and in II. Special Conditions in respect of the insurance products specified in the insurance policy.

(3) For Annual Multi Trip policies, insurance benefits shall be provided for up to two insured events per benefit type within the one-year period of insurance in respect of the benefits set out in II. Special Conditions “D) Baggage Insurance”, “E) Delayed Baggage”, “F) Flight Delay”, “G) Missed Flight due to Traffic Accident” and “J) Hotel and Camp Site Liability Coverage”,

(4) Benefits without a maximum limit amount, H) Legal Assistance and Legal Protection Insurance (LPI), and I) Liability Insurance benefits are available for the Insured for up to one insured event within the period of coverage for a single trip abroad.

(5) The Special Conditions of this insurance policy may include further benefit limits!

(6) If there is no specific amount of benefit indicated beside a benefit set out in the Benefit Table, or there is no marking as “no limit” or “benefit”, the Insurance Company does not undertake this benefit in respect of the insurance policy concerned.

(7) The Insurance Company shall pay insurance benefits arising from any one insured event and on any legal ground up to an aggregate maximum limit of HUF 300 million. This limit applies irrespective of the number of policies affected by the particular event, or of the benefit limits specified for the particular Insureds or insured events under the particular policies.

(8) Language of Communication

The Insurance Company and EUB-Assistance undertake to maintain communication **with the Insured or the person acting on behalf of the Insured in Hungarian or in English.** In the case of disputes, statements made in Hungarian shall prevail.

(9) Benefits with limit amounts specified in EUR shall be paid by bank transfer in EUR. Any such sum insured is undertaken to be remitted in HUF by post only to an address within Hungary. In case of payment in HUF, the EUR amount shall be converted at the EUR-HUF exchange rate currently determined for the date of payment by the National Bank of Hungary.

11. Conditions for the Payment of Insurance Benefits

11.1. Notification of an Insured Event, Obligations to Cooperate and Provide Information

(1) The occurrence of an insured event shall be notified by the Policyholder or the Insured to EUB-Assistance as soon as possible, but no later than within 12 hours.

(2) With the exception of benefits for medical treatment required to eliminate direct threats to life, the Insurance Company shall only pay the insurance benefits if the occurrence of the insured event is notified as set out above, and the documents required for the assessment of the insurance claim are submitted to EUB-Assistance, and EUB-Assistance approves the use of services.

(3) **Exception** from the provisions set out in paragraphs (1) and (2): for the services set forth in the Chapters “D) Baggage Insurance”, “E) Delayed Baggage (abroad)”, “F) Flight Delay Abroad and on the Return Home”, and “G) Missed Flight due to Traffic Accident”, the insurance event must be notified to the Customer Service office of the Insurance Company (H-1132 Budapest, Váci út 36-38., E-mail: karrendezes@eub.hu, tel.: (1) 452-35-80, fax: (1) 452-33-12) within 30 days from the date of occurrence, accompanied by the documents prescribed in the conditions as a precondition for the payment of a benefit (documents may be downloaded and the online claims notification platform may be accessed from: www.eub.hu).

(4) The obligation of the Insurance Company to pay the benefits shall not set in if material circumstances relating to the obligation of the Insurance Company are impossible to ascertain as follows by reason of the Policyholder’s or Insured’s conduct:

(a) he/she fails to notify the occurrence of an insured event as above;

(b) he/she fails to provide information as required for assessing the claim for benefits and for providing the benefit; fails to cooperate in obtaining the information required; and fails to allow for checking the content of the information provided,

(c) in the notification, the content of the statements made differ from those in the official documents and from other information available for the Insurance Company,

(d) he/she discloses false information to the Insurance Company.

(5) If the statements made by the Policyholder or the Insured to the Insurance Company unreasonably differ from each other or the reasonable or factual justification for such derogation is not evidenced, the Insurance Company shall accept the earlier statement as true and correct.

11.2. Documents Required for the Payment of Insurance Benefits

The obligation to submit documents to the Insurance Company shall lie with the Policyholder, the Insured or the Beneficiary (hereinafter: customer).

When submitting a claim for benefits, the documents listed below and - depending on the type of benefit - the documents specified in II. Special Conditions in respect of each benefit must be submitted without delay:

- (1) the number of the policy / confirmation of coverage, and if specially requested by the Insurance Company, the confirmation of coverage and the documents suitable for evidencing insurance coverage as set out in the confirmation of coverage, and a written assignment of a business trip (assignment) produced to the name of the Insured by the Policyholder,
- (2) other certificates of coverage or other document to provide evidence for an insurance policy taken out from another insurance company for the same insurable interest and in force on the day of the insured event,
- (3) a truthfully and accurately completed insurance claim notification form supplied by the Insurance Company and signed by the Insured and/or the Beneficiary or his/her authorized representative,
- (4) all the travel documents related to the trip abroad (tickets for the entire route /air, coach, train and boat tickets/, boarding cards, refuel invoices, invoices of motorway badges and gate / tunnel use as well as vouchers to evidence payment thereof), passport and copy of the visa, confirmation of booked accommodation, as well as the route description in case of transport home,
- (5) a copy of the social security ID card and/or a written certification by the National Health Insurance Fund (OEP) on valid social security coverage, identity card, certificate of residence (address card), driver's license and vehicle registration certificate,
- (6) the accident & injury report, or in the case of an accident at work, a copy of the workplace accident & injury report,
- (7) in the case of a traffic accident or in an event in connection therewith, a detailed on-site report issued by the competent authorities, and the resolution closing the investigation,
- (8) the police or medical report on the blood alcohol level,
- (9) if the beneficiary requests a third party to act on his/her behalf with respect to the insurance claim, the original power of attorney executed for that purpose,
- (10) vaccination certificate evidencing that the insured has received the compulsory vaccinations prescribed by the national public health and medical officers service,
- (11) in case of an accident during an activity subject to a licence or vocational qualification prescribed by legal regulations currently in effect, the licence required or / and the document to provide credible evidence of such vocational qualification,
- (12) for the "Emergency cover" benefit, extension of coverage free of charge shall be subject to submission of the following documents:
 - in the case of a traffic accident, a detailed police report,
 - certification or public announcement by the competent authority on the road closure, airspace closure or prohibition of navigation and the related reasons,
 - in respect of flight delay or cancellation, the flight ticket issued to the name of the Insured, and certification by the airline concerned on the fact and duration of such delay,
 - in the case of a strike, certification by the business concerned and by the competent authority on the nature and duration of such strike and on the fact that such strike blocked traffic, as evidenced, along the route and at the time specified by the Insured,
 - the Insured shall be required to specify the location of the last place of stay before his/her return home where the return trip home was started from, the planned route of the return trip home, as well as the precise location and date and time of the occurrence,
 - in addition, the Insurance Company may request the invoice of the accommodation used in order to certify the location of stay, and in order to certify the route of travel, the refuel invoices, the road toll invoices of the trip or the valid travel ticket or certification of travel ticket modification.

11.3. Time Limit for the Payment of Insurance Benefits

(1) The Insurance Company will process a filed insurance claim **upon receipt of all the documents necessary for the assessment of the claim** and will send a written notification of making a benefit payout if the claim is grounded, or of refusing payment, with reasons, **within fifteen (15) workdays**.

(2) If the documents required by the Insurance Company are not submitted or are incomplete despite the Insurance Company's reminder, the Insurance Company may refuse the claim or may assess it on the basis of the documents available.

(3) The Insurance Company shall not bear liability for any loss resulting from the late payment of the insurance benefits if such delay was the result of events beyond the control of the Insurance Company or its agents (force majeure).

(4) The Insurance Company undertakes to make arrangements for services only to the extent that it is allowed and possible under local conditions, and shall not assume liability for any inappropriateness arising from local conditions (e.g.: standard of services), or for delayed performance.

12. Cases when the Insurance Company is Relieved of Payment of Insurance Benefits

(1) The Insurance Company shall be relieved of its obligation to provide insurance benefits if the Insurance Company proves that the insured event was caused unlawfully, by deliberate conduct or in gross negligence

- (a) by the Policyholder, the Insured, or any relatives thereof living in the same household with them, by any of their members authorized for business management, or by any of their employees, members or agents holding an executive position,**
- (b) by the Policyholder or the Insured failing to comply with their obligation to prevent and/or mitigate loss and damage.**

(2) Cases of gross negligence shall include the following:

- (a) the insured event is caused by the Insured's addiction or any overdose of medication, alcohol or drugs,**
- (b) the alcohol intoxication of the Insured at the time when the insured event occurred,**
- (c) the Insured's recreational drug use or abuse of narcotic substances or medical drugs, unless they were prescribed by a physician, and were taken in the recommended manner,**
- (d) the Insured has committed at least two traffic offenses violating the traffic regulations effective in the particular country at the time of the occurrence of a traffic accident,**
- (e) in respect of II. F) Delayed Baggage (abroad), if the delayed delivery of baggage occurs through fault by the Insured or the Insured's relative,**
- (f) driving a motor vehicle which did not have a valid certificate of registration, or driving a motor vehicle which the Insured did not have a valid driving licence for,**
- (g) events which have occurred in relation to the Insured's participation in any sports activities without using necessary protective equipment or without complying with the generally accepted rules applicable to the specific sports activity,**
- (h) events which have occurred in relation to the Insured's failure to comply with the rules on the activity he/she participated in, issued by the authorities with competence at the place of the activity or by the operator of the given facilities; and in case of work, his/her failure to observe the rules of the profession and the health and safety requirements referring to the job concerned,**

(3) In case of a II. D) Accident Insurance "Accidental Death Coverage" benefit, the Insurance Company shall be relieved from benefit payment if the Insured's death was caused by the party entitled to such benefit.

13. Exclusions

(1) The insurance does not cover events caused in whole or in part by:

- (a) mental abnormality,**
- (b) ionizing radiation,**
- (c) nuclear energy,**
- d) war, combat operations, hostile actions of foreign forces, civil disorders, coup d'état or attempted coup d'état, riots, civil war, revolution, rebellion, demonstrations, processions, labor acts, terrorist acts (except for the benefits described in Clause 2.2.(4) of II. A) and Clause B) 7.), work misbehavior, border conflicts, insurrection,**
- (e) the Insured's suicide or attempted suicide,**
- (f) withdrawal of medication, alcohol or drugs.**

(2) Furthermore, the insurance does not cover events which occur during participation in any of the following activities, or events which are in part or in whole caused by participation in any of these activities:

- (a) sports activities pursued in any branch of sports where the Insured is qualified as a registered competing athlete unless otherwise provided for on the confirmation of coverage,**
- (b) physical work, unless otherwise specifically stated on the confirmation of coverage,**
- (c) use of any weapon.**
- (d) engagement in hazardous (extreme) sports, unless otherwise specifically stated on the confirmation of coverage.**

(3) The insurance does not cover:

(a) consequential losses,

(b) grievance fees,

(c) costs incurred as a result of the late performance of obligations arising from this insurance policy by the Policyholder or the Insured.

(4) The insurance does not cover, furthermore, the cases specified in respect of the benefit types described in II. Special Conditions.

(5) The insurance does not cover the costs of measures to prevent loss or damage.

14. Making Complaints, Forum for Customer Complaints

(1) In the event of any difference of opinions, notification thereof as well as any complaint arising in connection with the insurance policy may be communicated verbally (in person, over the phone) or in writing (in a document submitted in person or by an agent, mailed, faxed, or e-mailed) to the Insurance Company:

Address of the Customer Service Office: H-1132 Budapest, Váci út 36-38. Telephone: (+36) 1 452 3580, Fax: (+36) 1 452 3312, e-mail: ugyfelszolgalat@eub.hu

(2) The Insurance Company shall investigate all complaints and notices, and shall send written notification to the complainant of the findings of the investigation within thirty (30) days upon receipt of the letter of complaint by the Insurance Company.

(3) If the customer complaint is handled over the phone, the telephone conversation between the Insurance Company and the customer shall be recorded, and the recording shall be retained for one year. If the customer so requests within one year, he/she may listen to the recording, and may read, once again on request, the official record drawn up with respect to the recording, free of charge.

(4) The Insurance Company shall promptly investigate any verbally presented complaint and shall offer appropriate remedy, if required. If the customer does not accept to the resolution of the case, the Insurance Company shall draw up an official record of the complaint and its position in the case, and shall serve a copy thereof to the customer in person if the complaint was communicated verbally. If the complaint was made over the telephone, the official record of the complaint together with the Insurance Company's position and the reasons (response) are delivered to the customer by mail; in all other cases the procedure for written complaints is followed. If the complaint cannot be promptly investigated, the Insurance Company shall draw up an official record of the complaint and shall act as above.

(5) The Insurance Company shall retain the complaint and its response to the complaint for three years.

(6) Information on the name and contact data of the supervisory authority of the Insurance Company and options available for legal remedy in case of any complaint management failure are included in the Client Information.

15. Period of Limitation

(1) The limitation period for claims arising under this policy shall be 2 (two) years.

(2) The limitation period will commence at the following points in time:

- if an insured event is not notified to the Insurance Company, then at the time when the insured event occurred,
- if an insured event is notified to the Insurance Company, then on the day following the 15th day of the date when the last document was received by the Insurance Company,
- if an insured event is notified to the Insurance Company and if the documents or information required by the Insurance Company are not submitted or disclosed, on the day following the deadline of the document submission or information provision set out by the Insurance Company, or in the absence of such a deadline, on the day following the 30th day of the issue date of the written communication served for that purpose.
- in other cases, at the date when the claim falls due.

16. Provisions Derogating from the Provisions of the Hungarian Civil Code

Our Customers are particularly advised of the provisions of these general travel insurance conditions which are substantially different from the former standard policy conditions or from the provisions set out in the Civil Code currently in effect. In order to highlight our advice, these provisions are summarized in this section.

This clause does not contain the provisions of the general conditions which – by way of derogation from earlier standard conditions applied by the insurance company – have been modified to comply with Act V of 2013 on the Civil Code (effective from March 15, 2014).

(1) Rules on the conclusion of the insurance policy are set out in Clause I.3.

(2) The number of insured events covered under the policy is set out in Clauses 10. (3) and (4).

(3) The period of limitation is 2 (two) years.

(4) With respect to H) Legal Assistance and Legal Protection Insurance (LPI) and I) Liability Insurance as well as J) Hotel and Camp Site Liability Coverage:

- The insurance does not cover any grievance fees.

- Costs of procedures - including, in particular, legal representation fees, duties, expert fees - and interest amounts shall be paid by the Insurance Company within the scope of the sum insured and up to the amount thereof.

(5) Premium refund rules are as set out in the confirmation of coverage.

II. Special Conditions

A) Emergency Medical Assistance and Insurance

1. Insured event

(1) The illness or accident of the Insured abroad during the policy period, as a result of which there is a medical reason for the Insured to receive emergency medical services abroad, as well as the Insured's death in relation to the above.

(2) The date of an insured event is the date when an accident happens, or when the symptoms of an illness appear, or when the damage to health is determined.

2. Emergency Medical Assistance and Insurance – Benefits and Services

2.1. Reimbursement of Medical and Rescue Costs

(1) insurance company reimburses the **following costs of emergency medical services and the related rescue operation abroad** if an insured event occurs:

- (a) medical tests, medical treatment,
- (b) pharmaceuticals purchased on a medical prescription issued for an individual named patient,
- (c) transporting a patient by emergency medical services (ambulance) to a physician or to hospital (including the costs of reasonable mountain, water or helicopter rescue services),
- (d) **hospitalization** (in-patient hospital treatment), the insurance benefit being limited to **maximum 30 days** of hospitalization with respect to any and all insured events within the period of any on trip abroad, irrespective of the number of insured events. **If several insurance policies have been concluded with the Insurance Company for the same foreign trip, the above limitation shall apply to all policies jointly for the whole duration of the trip, irrespective of the number of insurance policies and insured events, provided that this limitation is set forth in the insurance policies concerned.**
- (e) laboratory tests,
- (f) intensive care,
- (g) emergency surgery as defined in general medical practice,
- (h) crutches, knee- and elbow fixators, compression stockings purchased on medical prescription,
- (i) emergency prenatal or obstetrics care **prior to the 24th week of gestation**,
- (j) **costs of emergency dental treatment and not accident-related oral surgery** (temporary treatment for the immediate relief of pain or discomfort including the cost of medicine prescribed by the dentist), maximum up to the limit specified in the Benefit Table for emergency dental treatment. (Costs of endodontic therapy are only covered if it is necessary for a temporary filling).
- (k) accident-related oral surgery.
- (l) **hospitalization daily allowance**

Hospitalization daily allowance payment is undertaken by the Insurance Company for the period of in-patient care abroad in respect of which **the Insured waives in writing any claims for benefits regarding the costs of in-patient care (e.g. costs of hospitalization, medical care in hospital, and surgeries) as follows:**

Type of waiver:	Benefit undertaken by the Insurance Company:
1.) The Insured does not intend to claim any benefits whatsoever in respect of hospital care expenses (because they are claimed e.g. under another policy), or	1.) In such a case, the amount of daily allowance shall be multiplied with the number of days during which the Insured received in-patient care in a hospital and in respect of which the Insured waived any claims for benefits by the Insurance Company.
2) The Insured does not intend to raise any other claims for hospital care expenses in excess of the amount of deductible payable by presenting a valid EHIC (because any costs in excess thereof shall be covered by such valid EHIC).	2.) In such a case, 80% of the amount of daily allowance shall be multiplied with the number of days during which the Insured received in-patient care in a hospital and in respect of which the Insured waived any claims for benefits by the Insurance Company.

The Insurance Company shall provide such benefit in total for the maximum duration and under the terms and conditions as specified in Subsection (d). A condition for benefit payment by the Insurance Company is that the costs of hospital care undertaken by the Insurance Company in respect of the

hospitalization concerned (e.g. the amount payable as EHIC deductible) and the hospitalization daily allowance should not exceed, for the same care in the aggregate, the total amount of hospital care expenses to be incurred without EHIC acceptance.

The Insurance Company undertakes to pay the hospitalization daily allowance at the earliest after receiving the Insured's original written statement as above, and having all information available as required to determine the amount of benefit (e.g. in case 2), an express statement by the care unit on the amount of deductible and total costs).

(2) The Insurance Company shall only pay an insurance benefit which exceeds EUR 150 – for any one insured event – if the occurrence of the insured event is reported by telephone to EUB-Assistance within the shortest possible time (but no later than within 12 hours), and the documents required for the assessment of the insurance claim (e.g. the diagnosis, the nature of the planned medical treatment and its expected costs) are submitted to EUB-Assistance (e.g.: by fax), and EUB-Assistance:

(a) approves the use of services and

(b) gives its preliminary approval to the medical costs specified by the service provider, and issues a written payment guarantee.

If these conditions as set out in (a) and (b) **fail to be jointly met**, the Insurance Company **undertakes to reimburse any costs incurred up to the amount of 150 EUR**, save for the case when the Insured was transported to the treating medical institution **to prevent a direct risk to life**, after calling the standard local emergency telephone number to request medical help from the local emergency coordination unit, in accordance with the local procedures into the medical institution selected by the emergency service. **In the latter case, the Insurance Company shall not reimburse the costs of treatments and services the Insured receives without the prior approval of EUB-Assistance after the critical condition has been terminated.**

(3) The approval and the preliminary consent of the Insurance Company shall only be granted if the Insured receives a treatment that is in compliance with the requirements set forth in Sections (4) and (5).

(4) The Insurance Company shall only pay for the costs of care services performed by care service provider(s) recognized by the competent authority and professional supervision in the country of the location of care provision and in possession of the required authority and professional licences for pursuing such activities (and for the costs of medication and medicinal aids prescribed by such service providers).

(5) The Insurance Company shall cover only such costs which are reasonable and common within primary health care – without a choice of physicians – at the place of supply of services, subject to the standard health care prices applied at the place of supply of services. **The Insurance Company shall not reimburse costs of care services medically not justified by reason of emergency care and provided only at the patient's own request - e.g. selected attending physician or advanced hospital and hotel service.**

(6) The Insurance Company shall be entitled to arrange that a commenced medical treatment be continued in another medical facility selected by the Insurance Company, provided that such arrangements do not jeopardize the medical condition of the Insured.

(7) The Insurance Company reserves the right to cover the costs of medical treatments received abroad only up to a point of time when the medical condition of the Insured is suitable for his/her repatriation or return to the country of his/her residence (home country).

(8) The Insurance Company shall not reimburse any extra costs incurred if it is the Insured's decision or unwillingness to cooperate that hinders the Insurance Company in repatriating the Insured to the territory of the country of his/her residence for further medical treatment although it is medically possible.

2.2. Arrangement of Repatriation, Reimbursement of Excess Costs Incurred

(1) The Insurance Company shall arrange the Insured's repatriation or return journey to the country of his/her residence and reimburse the associated additional travel costs as well as the costs of justified medical escort incurred as a result of the above, in the following cases:

(a) if the Insured receives continuous emergency medical services abroad, but his/her medical conditions make his/her repatriation to the country of his/her residence possible (based on a written medical opinion), and the Insurance Company decides to repatriate the injured or ill Insured in lieu of continuing emergency medical treatment abroad,

(b) if the Insured no longer receives emergency medical treatment, but in the medical opinion of the treating physician he/she is not suitable for returning home in the originally planned way as a consequence of the insured event, and his/her medical condition makes his/her repatriation or return journey to the country of his/her residence possible. The Insurance Company is not required to pay the benefit before the last day of the coverage period.

(2) The date and method of the repatriation or return journey shall be decided by the Insurance Company after preliminary consultations with the treating physician and the medical institution.

(3) Within the country of the Insured's residence, the Insured will be transported to either a medical facility where treatment is continued or to the home address of the Insured. If the insured has special requests with respect to the medical facility where treatment will be continued (e.g.: requests his/her transfer to a hospital which is not selected in compliance with effective legislation or general medical practice), he/she shall consult the EUB-Assistance at least one day before the transportation and shall submit a statement from the recipient institution.

(4) **If the Insured suffers an accidental injury by a terrorist act occurring without any antecedents** within the geographical limit of the insurance policy, the Insurance Company shall pay for **the costs of repatriation** as medically required **in connection with such accidental injury, up to the amount of 30 million HUF in respect of all Insured persons affected by the event concerned.**

(5) If medical escort (physician or nurse) is not justified, but the Insured is under fourteen (14) years of age, the Insurance Company may arrange for an adult escort to assist with the repatriation in accordance with the foregoing, when necessary.

(6) The Insurance Company is not required to provide the service if the return journey of the Insured was not originally planned to take place within the coverage period, and the return of the Insured is therefore not arranged.

(7) The Insurance Company shall not reimburse the costs of the repatriation if it is not organized or arranged for by EUB-Assistance.

2.3. Emergency Medical Assistance Services

(1) After a preliminary telephone notification, the Insurance Company shall, if so requested by the Insured, make all efforts to send a physician to the Insured's place of stay as soon as practicable, or shall direct the Insured to a physician at a given address, arrange further emergency medical treatment of the Insured, and - if it is allowed by the service provider - reimburse the costs directly to the medical service provider.

The Insurance Company shall not make arrangements for dental care and does not undertake to make direct payments to dental service providers.

(2) Throughout the emergency medical treatment, the Insurance Company shall maintain continuous contact with the treating physician and the medical institution.

(3) The Insurance Company undertakes to inform a person named by the Insured about the condition of the Insured on a daily basis throughout the whole duration of the medical treatment.

2.4. Telephone, taxi and interpreter costs because of an illness or accident

The Insurance Company shall cover the **following costs** incurred abroad as a result of an insured event up to the limits set out in the Benefit Table:

(1) costs of travel to the physician or hospital, if by automobile, public transport or, in medically reasonable cases, by taxi,

(2) telephone and fax costs incurred as a result of an insured event,

(3) fees of an interpreter reasonably hired for communications with healthcare service providers.

2.5. Arranging Transportation of a Deceased Person Home, Reimbursement of Costs Incurred

(1) If the Insured dies abroad as a result of an insured event, the Insurance Company shall arrange that the body of the deceased person is repatriated to the country of his/her residence, and shall cover the associated costs.

(2) The Insurance Company shall not reimburse the costs of the transportation of a deceased person home if the repatriation is not organized or arranged for by EUB-Assistance.

3. Documents required for the benefit payout on "A) Emergency Medical Assistance and Insurance (in addition to the documents listed in Clause 11.2. of I. General Conditions):

(1) a copy of all medical documents produced in connection with the insured event from the time of occurrence thereof until the filing of the insurance claim,

(2) data on pre-existing medical conditions of the Insured, as requested by the Insurance Company,

(3) original invoices evidencing the costs incurred (e.g.: medical treatment received abroad, medications, telephone, accommodation and travel costs, interpreter's fee etc.) made out to the name of the Insured,

(4) attending physician's statements produced in connection with the loss occurrence in the country of residence after return home, as requested by the Insurance Company,

(5) rescue report,

(6) EHIC or a an EHIC supplement document issued by the National Health Insurance Fund,

(7) sick leave certificate and the certificate issued by the treating hospital in the home country about the hospitalization (hospital discharge report),

(8) in case of arranging transportation of a deceased person home, the following documents are also required to be submitted:

- an official or medical certificate attesting the cause of death,
- the postmortem certificate specifying the cause of death, the autopsy report, and other documents required for the clarification of the circumstances of the death,
- statement from the recipient cemetery,
- a document attesting the death (death certificate),
- birth- and marriage certificates, if required by the local authorities.

4. Exclusions applicable to A) Emergency Medical Assistance and Insurance, B) Additional Travel Assistance (in addition to the exclusions listed in Clause 13 of I. General Conditions):

(1) If the insurance policy is concluded without medical underwriting (medical history statement or medical tests), the insurance shall not cover an accident or illness which:

(a) is in part or in whole caused by any medical condition which existed prior to the commencement of the insurance coverage (e.g.: disease, complaint, symptom),

(b) has been treated by a physician within one year prior to the commencement of the insurance coverage, or such medical treatment would have been medically required, irrespective of the date of the first diagnosis,

(c) is in connection with any permanent health impairment of the Insured that had been diagnosed prior to the commencement of the coverage period.

(2) Furthermore, the insurance does not cover:

(a) psychiatric and psychic diseases

(b) control tests, post- or follow-up treatment

(c) treatment or care provided by a close relative

(d) physiotherapy, acupuncture, treatment provided by a herbalist, corrective-gymnastic therapy,

(e) vaccination, routine or screening examinations,

(f) sexually transmitted diseases, acquired immunodeficiency syndrome (e.g. AIDS), or related illnesses,

(g) costs related to contact lenses, glasses,

(h) prenatal care, prenatal routine examinations,

(i) infant or child care,

(j) definitive dental care, orthopaedic treatment of the mandible (except accidents), orthodontics, periodontic treatment, removal of dental plaque, prosthetic dentistry, tooth crown (except: temporary repair of a broken tooth crown), preparation or repairs of dentures or bridges (except temporary repairs of broken bridges),

(k) costs incurred after return home to the territory of the country of residence,

(l) costs of care services medically not justified by reason of emergency care and provided only at the patient's own request - e.g. selected attending physician or advanced hospital and hotel service.

(2) In respect of benefits related to natural disasters:

The Insurance Company shall not undertake any benefits:

a) if the occurrence of a named disaster is known or can be made probable even at the time of starting a trip abroad, or is known or can be made probable at an earlier date when the trip home can be modified free of charge (e.g. flood forecast),

b) in respect of loss or damage to the real property in connection with an earlier damage to the real property (e.g. further damage to the building or building part damaged).

B) Additional Travel Assistance

(1) For the purposes of this chapter:

(a) travel costs: any additional costs incurred in relation with the insured event, which may be qualified as one of those below, as decided by the Insurance Company: fuel costs of a passenger car or a 2nd class train ticket or a scheduled coach ticket or a tourist class flight ticket.

(b) accommodation costs: additional costs of hotel accommodation as invoiced, incurred in connection with the insured event, for up to 7 nights.

(2) In respect of travel costs, the Insurance Company only undertakes to reimburse the costs of services used as arranged or previously approved by EUB-Assistance.

INSURED EVENT	INSURANCE BENEFITS
The Insurance Company shall undertake to provide benefits upon the occurrence of the following events:	The services provided by the Insurance Company shall extend to the reimbursement of the following costs:
1. TRAVEL COSTS OF A SUBSTITUTE	

<p>An insured event specified in either of Clause A)1 or B)5, occurring to the Insured during a business trip abroad, by reason of which the Insured cannot fulfill the official objective of such business trip and in connection therewith, the Policyholder orders the business trip abroad by another person as a substitute to the Insured during the period of coverage.</p>	<p>Travel and accommodation costs of the trip abroad of the person designated as substitute by the Policyholder.</p>
<p>2. ADDITIONAL COSTS OF PROLONGED TRIP BECAUSE OF AN ILLNESS OR ACCIDENT</p>	
<p>An insured event under Clause A)1., affecting the Insured, in respect of which the date of return home to the country of residence is postponed compared to the date planned after medical care abroad by reason of the Insured's health status - as set out in the attending physician statement -, provided that the trip home would have been completed originally on the last day of the policy term at the latest.</p>	<p>(a) accommodation costs for the Insured, (b) for one travel companion named by the Insured to stay with him/her abroad: - accommodation costs, - travel costs due to the travel companion's return home together with the Insured.</p>
<p>3. ACCOMMODATION COSTS FOR A TRAVEL COMPANION DURING THE INSURED'S HOSPITALIZATION</p>	
<p>An insured event under Clause A)1., affecting the Insured, in respect of which the Insured receives emergency hospital care abroad.</p>	<p>Accommodation costs of one person as designated by the Insured, staying abroad together with the Insured, if the accommodation originally booked is farther than 20 km from the location of hospital care or if the Insured is below 18 years of age.</p>
<p>4. VISITING A PATIENT</p>	
<p>An insured event under Clause A)1., affecting the Insured, if the Insured is in life danger or must stay in hospital for more than 10 days. In case of a party Insured below 16 years of age, traveling without parental company: if the Insured is in life danger or must stay in hospital for more than 2 days.</p>	<p>Travel and accommodation costs of visiting a patient for a close relative or guardian of the Insured.</p>
<p>5. CURTAILMENT DUE TO A RELATIVE'S ILLNESS OR DEATH IN THE HOME COUNTRY OR A NATURAL DISASTER AFFECTING THE PLACE OF RESIDENCE</p>	
<p>After the commencement of the Insured's trip abroad – during the policy term: - the Insured's close relative or a close relative of the Insured's spouse or life companion dies or falls into a life-threatening state in the territory of the country of residence, provided that the remaining period of coverage is at least 2 days, or -the dwelling house or apartment serving as permanent residence for the Insured is endangered in connection with an unexpected named hazard during the insurance period, or is damaged to such an extent consequent upon a natural disaster that the Insured's presence justifies the Insured's trip home (in order to prevent or mitigate losses) at least two days before the planned return home or the expiry of the insurance policy. The insurance only provides coverage for buildings put to proper use. Damage to buildings and parts of buildings under construction, enlargement, or reconstruction are not insured.</p>	<p>The Insured's travel costs related to any trip curtailment of return home to the country of residence. (Information: The benefit paid by the Insurance Company does not cover the costs of return abroad.)</p>
<p>6. FORWARDING FINANCIAL AID</p>	
<p>If the Insured, through no fault of his/her own, is in need of urgent financial assistance.</p>	<p>Forwarding the sum paid for the Insurance Company by the Insured's agent to the Insured staying abroad. The sum paid shall be converted to the foreign currency requested at the foreign exchange sales rate of the bank designated by the Insurance Company. Transaction costs of such transfer shall</p>

	be borne by the insured.
7. MEDICAL ADVICE ON THE PHONE IN HUNGARIAN (24-HOUR SERVICE)	
If the Insured is in need of healthcare information in connection with a sudden deterioration of his/her state of health abroad, or is in need of healthcare information prior to the planned trip abroad - within the policy period.	Based on a notification by phone to EUB-Assistance, the Insurance Company shall make arrangements for a physician with a medical degree recognized in Hungary to provide medical consultancy in Hungarian to the Insured by phone, possibly at once but within a maximum of 2 (two) hours of the notification.
Please note! Medical consultancy shall not substitute for on-site medical care; the consulting physician providing medical consultancy by phone shall not be liable for patient care and any changes in health status.	
8. KIDNAPPING	
When the insured is being taken as a victim of kidnapping (hostage-taking) or hijacking for at least 24 hours.	The insurance pays out the daily insurance benefit for the period of the unlawful restraint. For the purposes of this insurance, one day of unlawful restraint means ongoing 24 hours.
9. DRIVER SERVICE IN THE EVENT OF THE INSURED'S ILLNESS OR ACCIDENT	
If, as a consequence of an insured event set out in Clause A) 1., and based on the medical opinion of the attending physician abroad, the Insured is not allowed to drive a motor vehicle at the originally planned date of returning home, and therefore the Insured cannot return home by his/her passenger vehicle which is in good working order and the Insured's travelling companions staying abroad together with the Insured cannot drive such operable passenger vehicle home.	(1) The Insurance Company shall make arrangements for a person - specified by the Insured to drive the passenger vehicle - to travel from the territory of the country of such person's place of residence to the location of the Insured's stay and shall indemnify for additional travel costs thereof. (2) A condition for the Insurance Company's benefit shall be a notification of claim for benefits to EUB Assistance upon decision by the medical care service as soon as possible, but on the last day of hospitalization at the latest. The Insurance Company shall not be obligated to provide the service before the last day of the insurance period. (3) This benefit shall be provided only within geographical Europe (except for the territory of the successor states of the Soviet Union).

10. Documents required for the benefit payout on B) Additional Travel Assistance (in addition to the documents listed in Clause 11.2. of I. General Conditions and in Clause A) 3)):

(1) In case of a claim for travel costs, the travel ticket for the originally planned trip home, the travel contract, or - in case of travel by own vehicle - its traffic licence and the driver's driving licence must be forwarded to EUB-Assistance prior to benefit payout,

(2) In case of the benefit of "Driver Service in the Event of Illness or Accident of the Insured", a copy of the foreign attending physician statement to certify the Insured's incapacity to drive, and a copy of the vehicle's traffic licence and of the Insured's driving licence prior to benefit payout.

(3) in case of a claim for accommodation costs, the invoice for the accommodation originally booked.

(4) Furthermore, in respect of benefits related to natural disasters:

- in case of travel by public transport: certification by the passenger transport company or the currently valid contractual terms and conditions on what terms the given ticket may be modified,

- in case of loss or damage to real property, the insurance company records of loss assessment, including the address of the real property, the date and time, cause and amount of such loss or damage,

- certification by the competent authority on the place, date and time and degree of natural disaster.

(5) In respect of the "Kidnapping" benefit, furthermore:

- official report issued by the authorities with competence as at the place of the incident confirming the occurrence and describing the details of the kidnapping (clearly specifying the date, duration, scene, identity of the victims).

11. Exclusions applicable to "B) Additional Travel Assistance" are set out in A) Clause 4.

C) Accident Coverage

1. Accidental Death Insurance

1.1. Insured Event

An accident during as a result of which the Insured dies within one year after the accident, and the Insured's death is directly related to the accident, provided that the Insured received emergency medical care immediately after the accident at the accident scene. The date of the insured event shall be the date of the accident.

1.2. Insurance Benefit

(1) The insurance pays out the sum insured to the Beneficiary.

(2) In the event that, prior to the Insured's death, the Insurance Company provided a permanent accidental health impairment (disability) benefit consequent upon the same insured event, then **the amount of the disability benefit already paid shall be deducted from the amount of the accidental death insurance benefit.**

2. Air Crash Coverage

2.1. Insured Event

An accident during an air crash as a result of which the Insured dies within one year after an accident, and the Insured's death is in a causal relationship with the accident.

2.2. Insurance Benefit

The insurance pays out the sum insured for "Air Crash Coverage" to the Beneficiary (in addition to the benefit amount for accidental death).

3. Accidental Permanent Physical Impairment Coverage

3.1. Insured Event

(1) An accident as a result of which the Insured suffers a permanent health impairment to an extent of at least 25% within a period of up to 2 years after the occurrence of the insured event, provided that the accident resulted in such an anatomical injury that there was a medical reason for emergency treatment care, and such a fact is confirmed by a foreign specialist.

(2) Physical or mental impairment means a permanent loss of a physical and/or mental function which impede normal life. The degree of permanent health impairment shall be determined by the permanent reduction of a function associated with the anatomical injury suffered in the accident.

(3) Health impairment shall be permanent if the medical condition of the insured is unchanging and stable. The degree of permanent health impairment shall be determined after the final condition has developed, based on the medical documentation available and – if medically justified - after a personal medical examination, by taking into consideration the governing principles set out in the guidelines of MABISZ for medical examiners in accident insurance.

(4) A change in the insured's earning capacity and/or the need to terminate his/her sports activity cannot be used as a binding reference for establishing permanent health impairment. No adverse aesthetic effect or other (social, financial, etc.) detriment caused by the accident shall in itself be grounds for an insurance claim for permanent health impairment.

(5) The date of the insured event is the date of the accident.

3.2. Insurance Benefit

(1) The Insurance Company shall make benefit payment when the degree of permanent health impairment under Clause 3.1. can be considered final. If the degree of health impairment changes continuously, the Insurance Company shall determine the amount of benefit upon the expiry of 2 years after the date of the accident, in accordance with the medical condition existing on the last day of such period.

(2) If an insured event occurs, the insurance benefit payable by the Insurance Company is a part of the sum insured in proportion to the extent of the permanent health impairment expressed in percentage.

(3) The amount of the benefit (extent of the health impairment) shall be determined by the physician of the Insurance Company by taking into consideration the guidelines of MABISZ for medical examiners as well as all the circumstances of the case concerned.

(4) If the physician of the Insurance Company deems it necessary in order to determine the degree of permanent health impairment, he/she may conduct a personal medical examination and/or prescribe other tests as required (e.g. X-ray, ultrasound) for the Insured to take. Costs of such personal examination by the physician of the Insurance Company and/or of any tests prescribed by him/her shall be covered by the Insurance

Company; in addition, the Insurance Company undertakes to refund the Insured's travel costs from the Insured's domicile to the location of the examination in return for an invoice made out to the name of the the Insured. The degree of permanent health impairment to be determined by the Insurance Company shall be independent of any decisions made by other expert bodies. Any reduction in the capacity to work, termination of sports activities, and aesthetic or social considerations in themselves shall not provide legal ground for benefits payment.

(5) If the Insured does not accept the decision of first instance made by the physician of the Insurance Company in respect of the degree of permanent health impairment, then a medical panel of three members is required to be set up for a repeated medical expert examination. One member of such panel is designated by the Insured, another member thereof by the Insurance Company, and the chairman – a licensed medical examiner in traumatology - is designated as mutually agreed by the parties. Costs of such medical panel shall be covered by the party against whom a decision is made.

(6) If any pre-existing diseases or handicaps contributed to the degree of permanent health impairment, the Insurance Company shall reduce claims payment by the extent of such contribution.

(7) No accidental disability benefit shall be provided if the Insured dies within 15 days after the accident or before the health impairment becomes permanent.

4. Documents required for the benefit payout on “C) Accident Insurance” (in addition to the documents listed in Clause 11.2. of the I. General Conditions):

(1) For accidental death insurance

(a) the post mortem report,

(b) an attested copy of the Insured's certificate of death,

(c) copies of all the medical documentation from the date of the accident to the Insured's death, and all documents required to clarify the detailed circumstances of death: medical opinion by attending physician, or autopsy findings, if any.

(d) the original or an attested copy of the deed to testify entitlement as Beneficiary (final grant of probate, or an abstracted copy or official copy thereof which clearly identifies the heir(s) and the notary's data, and/or the certificate of inheritance).

(2) In respect of Air Crash Coverage, furthermore: certification by the airline that at the time of the air crash, the Insured was on board the airplane as a passenger, and a certificate by competent authority that the aircraft crashed or performed an emergency landing after taking off and consequently the Insured suffered an accident.

(3) Accidental Permanent Physical Impairment Coverage

(1) a copy of all medical documents produced in connection with the insured event from the time of occurrence thereof until the filing of the insurance claim,

(2) data on pre-existing medical conditions of the Insured, as requested by the Insurance Company,

5. EXCLUSIONS applicable to “C) Accident Insurance (in addition to the exclusions listed in Clause 13 of the I. General Conditions):

In case of Accidental Permanent Disability Insurance, the insurance does not cover:

(1) disc herniation, and other diseases with herniation,

(2) injuries indicated by diagnoses of strain or sprain,

(3) conditions healed without complication after tubular arthroscopy,

(4) accidents where anatomic changes in direct causality with the current accident event cannot be confirmed on the basis of the medical opinion available.

(5) in respect of organs or body parts injured permanently before the date of the accident, up to the extent of the former injury.

D) Baggage Insurance

1. Definitions

(1) Travel baggage shall include:

(a) objects **owned** by the Insured, taken to the trip by the Insured for the purpose of personal use. Any objects owned by the Policyholder but used or taken care of by the Insured shall also be deemed as travel baggage.

If an object is jointly owned by several parties insured, then the benefit by the Insurance Company shall be due in proportion with such ownership share and the limit amounts applicable shall be reduced in accordance with the rate of such ownership share.

(b) the following **travel documents**: shall mean the Insured's passport, personal ID card, address card, driving license, and the registration certificate of the car lawfully driven by the Insured during the trip. For the purposes of these conditions, the visa in the travel document shall not be a part of such travel document.

(c) a bank card issued to the name of the Insured,

(d) cash or a bank card or travel ticket issued to the name of the Insured or the Policyholder (unless the travel ticket is not issued to name),

The list of objects which are not included in the term travel baggage for the purposes of these policy conditions is set out in Clause 5. (1) of Chapter D) Baggage Insurance.

(2) **traffic accident**: in respect of the benefits included in the Chapter on Baggage Insurance, traffic accident shall mean an event:

(a) in the course of which the vehicle by which the Insured travels crashes into another vehicle or an object, and as a consequence the vehicle transporting the Insured gets damaged, provided that the circumstances of such accident, the fact of vehicle damage and the amount of loss incurred is certified in writing by the locally competent police department,

(b) in the course of which the Insured as a pedestrian is hit by a vehicle and the circumstances of such accident and the amount of loss incurred is certified in writing by the locally competent police department,

(3) **sports accessories, sports equipment**: any objects typically required for pursuing a sports activity. For the purposes of these conditions, the following shall be deemed as sport equipment, rather than vehicles or means of transport: kayaks, canoes, bicycles, surf, any rowing boats without engine or sails (any motor-driven boat or sailing boat shall be deemed as a vehicle), fishing equipment, rollerblades, kick scooters, trekking poles. Any other **means of transport and weapons shall not qualify as sports equipment**, not even in cases when these are used during sports activities.

(4) **used value**: used value of an object, determined on the basis of the age of such object by assuming average use in respect of the usual function of the object concerned, the amount of which cannot exceed its original price.

(5) **accessory**: any articles – sold with or without the main item – which are not spare parts but are required for the standard use or upkeep of another object or which supplement a function thereof.

(6) **toiletries**: objects and substances used for cosmetics, hygienic and beautification purposes, including electronic appliances used for such purposes, and their accessories (e.g.: razors, hairdryers, electric toothbrushes etc.).

(7) **vehicle – cargo compartment**: the passenger area, cargo space or glove compartment of a vehicle that is locked and hidden out of sight, as well as a rooftop cargo box with a solid cover that is lockable and locked, or in the case of motorcycles, the motorcycle's out-of-sight cargo box with a solid cover that is lockable and locked.

(9) **portable computers**: netbooks, notebooks, laptops, tablets, e-book readers

(9) **personal attendance**: the travel baggage is close to the Insured (or in case of an Insured under age, close to a relative of age), at a place clearly visible and accessible for them in a manner that no third party can take it without physical violence or threat.

(10) **leaving unattended**: if the travel baggage is not subject to personal attendance.

(11) **electronic appliances**: photo camera, video or digital camera, cell phone, GPS, CD-, DVD- or MP3 player, watch, computer and any other electrical device (e.g. operated by batteries), or mechanically driven apparatus.

(12) **invoice**: an accounting voucher issued in accordance with effective legislation evidencing the original purchase price and the owner of the purchased item.

2. Insured event

For the purposes of Baggage Insurance, insured events include incidents:

(1) when the Insured's baggage or travel documents **are damaged or destroyed** consequent upon the following:

(a) an accident abroad as a result of which the Insured suffers physical injuries and receives immediate emergency medical care at the accident scene,

(b) traffic accident,

(c) natural disaster as evidenced by the competent special authority.

(2) the Insured's baggage or travel documents **are stolen abroad and it may be evidenced by an official report taken by the competent foreign authorities**,

(3) the **company performing scheduled passenger transport** by air, public road, rail or water, on board whose vehicle the Insured travels with a valid ticket, having **taken over the Insured's baggage for the duration of travel in accordance with the travel conditions of the company concerned**:

(a) **fails to return such baggage or some of the baggage** (damage will not be an insured event),

(b) the baggage handled by the airline **has been damaged in transit**

Any disappearance or deficiency of or damage to baggage handled by a passenger transport company shall only be deemed as an insured event if such passenger transport company provides credible evidence of the fact and amount of loss and admits its liability for damages in writing, and pays an amount of indemnity as set out in legal regulations currently in effect, or certifies the loss as above but does not expressly admit liability for causing such damage. The date of the insured event is the date of arrival according to the travel ticket or travel contract.

3. Insurance Benefits

3.1. General Provisions

The terms and conditions and restrictions set out under the General Provisions apply to all benefits specified in the Chapter on Baggage Insurance.

- (1) The insurance shall cover the used value as of the date of the insured event of any **baggage damaged or destroyed or stolen** as a result of or during an insured event, **for each item up to the single article limit stipulated in the Benefit table within the sum insured specified in respect of D) Baggage Insurance**, while in respect of **cash, travel tickets and bank cards**, maximum up to the limit stipulated in the Benefit table **within the sum insured specified in respect of the “indemnification for financial loss due to the theft of cash, travel tickets and bank cards”**. If the damaged property can be repaired, the Insurance Company shall cover the repair costs, taking the restrictions above into consideration. **In respect of special services specified within the section on Baggage Insurance** – by taking the restrictions above into consideration - the sum insured specified for the given benefit type shall be applicable as a maximum; however, the Insurance Company undertakes to pay out up to the amount of the sum insured specified for Baggage Insurance in the aggregate in respect of special benefits collectively.
- (2) If the **purchase price of the travel baggage and date of purchase cannot be verified by an original invoice** of the first purchase issued to the name of the Insured or to the name of a Policyholder entity, the Insurance Company shall reserve the right to **calculate the benefit payout** with a value determined at its own discretion based on the average **Hungarian depreciated price of an object with the same core functions and of average quality after use for one year**. **The used value of the insured objects shall be determined by the Insurance Company.**
- (3) **The object and its accessories, or objects in sets or pairs shall be regarded as one.** The insurance cover shall only apply with respect to such pairs or sets or objects with accessories up to the amounts of the single article limits specified in the Benefit Table. If only accessories are damaged in an insured event, the Insurance Company's benefit payout in respect of all accessories will be limited to the single article limit.

3.2. Special rules and restrictions for benefits

(1) **A benefit for disappeared, deficient or damaged baggage while being handled by a passenger transport company (e.g. airline, passenger ship company or busline) shall be determined as follows:**

- (a) if the carrier passenger transport company (e.g. airline, or busline) has admitted its liability for damages in writing and has indemnified the Insured, as evidenced, for the amount of indemnity pursuant to legal regulations currently in effect and the travel contract / terms and conditions, then the insurance benefit shall amount to the total baggage loss **not indemnified by the passenger transport company**, subject to the exclusions, restrictions and sums insured set out in these insurance conditions,
- (b) if the passenger transport company specifies the amount of indemnity on the basis of the weight of the baggage rather than on the basis of the itemized content and the value of the objects concerned, then the Insurance Company undertakes to pay benefits up to 50 % of the sum insured.
- (c) if the passenger transport company provides credible evidence of the fact and amount of loss but fails to expressly admit its liability for damages and to pay any indemnification, then the Insured shall be liable to pay a 50 % deductible (in respect of the total amount of indemnity specified by the Insurance Company based on the benefit conditions of the insurance policy), and the obligation of benefit payout by the Insurance Company shall be up to 50 % of the sum insured in total;
- (d) if the baggage disappeared while being handled by an airline, and the Insurance Company has paid a benefit for the same flight pursuant to Section E) Delayed Baggage of the Special Conditions in respect of the late arrival of such baggage, then the amount paid out on title of Delayed Baggage shall be subtracted from the amount of “Baggage Insurance” benefit.

(2) The insurance only covers baggage stolen from **caravans and campers** if - at the time of the insured event - such caravan or camper is used for accommodation purposes, as evidenced, within a guarded camp site licensed by local authorities.

(3) **Benefit payable in respect of travel documents, cash, travel tickets, bank cards**

If the **travel documents, cash, travel tickets, bank cards** are **stolen** consequent upon an insured event, the Insurance Company shall pay for the following:

(a) in respect of travel documents, the consulate charge for the issuance of a permission to return home within 30 days after the occurrence of the insured event, as well as the costs of travel document replacement as stipulated by law, up to the limit amount specified under “**replacement costs of travel documents**” in the Benefit table for each and every loss.

(b) Up to the sum insured specified for “**travel costs associated with the replacement of travel documents**” in the Benefit table, the insurance covers **additional travel costs** related to a trip from the place of the insured event **to the office of the Hungarian foreign representation body** competent in the country concerned in order to replace travel documents or to obtain a permission to return home.

(c) up to the limit stipulated in the Benefit table in respect of the “**indemnification for financial loss due to the theft of cash, travel tickets and bank cards**”:

- the costs of disabling and replacing bank cards in respect of bank cards issued for the name of the Insured and/or the Policyholder, in the amount specified by the issuing bank.
- the direct financial loss arising from the unlawful use of the bank card by a third person, not otherwise recoverable,
- cash stolen,
- replacement cost of travel tickets for the purpose of reaching the original destination.

(4) In respect of baggage stolen from the **boot of a motor vehicle**, the insurance covers **up to 50 % of the sum insured** specified for Baggage Insurance in the Benefit table.

(5) **If corrective eyeglasses or contact lenses are damaged, destroyed or stolen**, the Insurance Company shall cover the repair or replacement cost of the glasses or contact lenses against an invoice, up to 50% of the single article limit specified in the Benefit Table. The Insurance Company shall only cover the above costs if the object is repaired or replaced within 30 days after the occurrence of the insured event.

(6) With respect to **toiletries** (e.g. cosmetics, personal hygienic items and tools) the Insurance Company shall only pay a benefit **up to 10% of the sum insured**.

(7) If the baggage is stolen at a **beach** or at any other pleasure resort, the Insurance Company shall only pay a benefit **up to 10% of the sum insured**.

(8) **Data carrier** coverage: data media shall be accessories of the related electronic appliance. Data carriers with the same function - irrespective of the number of such carriers - shall be considered as up to one object in respect of the insurance benefit, even if the related electronic appliance is not subject to a claim for benefit.

(9) In respect of **portable computers and mobile phones**, the benefit payout shall not exceed the limit amount specified for “portable computer and mobile phone coverage” in the Benefit Table, without taking the single article limit into consideration. The insurance only covers portable computers or mobile telephones the **purchase of which is evidenced by an original invoice issued to the name of the Insured or the Policyholder**.

3.3. Insured’s Duty to Prevent Loss or Damage

During a foreign trip, the Insured shall comply with the following obligations to prevent loss or damage:

(1) If the baggage is stored in the vehicle, it shall be parked in a guarded parking space, or the baggage must be taken out of it and be placed in a guarded space,

(2) baggage must be left in the vehicle only if inevitable and for a short time (in a space locked and locked from sight, in particular in cars where the cargo space is not separated from the passenger area),

(3) documents, bank cards, electronic appliances and watches shall not be left in a vehicle or placed in a baggage which will be handled by a passenger transport company.

(4) if the vehicle is equipped with an alarm, such alarm must be turned on,

(5) when arriving at the accommodation, all baggage shall be put in the room, or cloakroom or locker as soon as practicable.

3.4. Insured’s Duty to Mitigate Loss

As soon as the Insured takes notice of the damage to or loss of his/her baggage, the Insured is required to:

(1) report the facts and circumstances of the offense or the occurrence of the accident to the foreign police department or authorities with competence over the place where the insured event occurred, or if the event took place on a scheduled means of transport to the transport company, or if it happened in or under the authority of a hotel or a camp site, to the hotel or camp site management, and report the offence to the police while also requesting an on-site investigation and written documentation to be made out for the name of the Insured as soon as practicable.

2b) record all material conditions in the police report, in particular the detailed description of the event (place, date, other material conditions), itemized list of the damage or loss incurred (itemized list of property together with their value), any physical damage incurred during the theft, robbery, accident or natural disaster (e.g.: windows, doors broken, forced open, other damage),

(3) comply with all rules and regulations stipulated on claim settlement or on claim settlement conditions (e.g.: date or manner or place of reporting a claim), by the particular company with respect to baggage lost or damaged in the business conduct of the airline or passenger carrier or transport company.

4. Documents required for the benefit payout on “D) Baggage Insurance (in addition to the documents listed in Clause 12.2. of I. General Conditions):

(1) in case of any theft or robbery, the report issued by the competent police authority, specifying the place, date and time and description of the event, the names and particulars of the parties injured, as well as the detailed descriptions and the value of the objects stolen or robbed,

(2) in case of a theft or robbery within a hotel or a camp site, the records drawn up by the operator of such hotel or camp site in addition to the police report,

(3) in case of baggage failed to be delivered by the passenger transport company or damaged baggage: travel ticket issued to the name of the Insured, boarding card (in case of damage to air travel baggage), the baggage registration slip issued to the Insured's name by the passenger transport company at the time of taking over such baggage, the notification to the passenger transport company on missing or damaged baggage (including an itemized list of disappeared or damaged objects, indicating their value), the report on missing or damaged baggage recorded at the usual place of baggage claims (e.g. in case of damage to air travel baggage, at the airport of arrival), and the records by the passenger transport company to admit liability for the disappearance of or damage to the baggage on the registration slip concerned, which shall include the name and particulars of the party afflicted, the fact whether the amount of indemnity was determined on the basis of the value or weight of the objects lost, the amount of indemnity paid by the passenger transport company, and if the passenger transport company does not admit liability for the disappearance of or damage to the baggage and does not undertake to pay indemnification, a written statement thereof, as well as any document providing credible evidence of the fact and amount of loss by the passenger transport company,

(c) the original receipt issued to the name of the Insured, certifying the purchase date and purchase value of the property, if available, The insurance only covers portable computers whose first purchase is evidenced by an original invoice issued to the name of the Insured or the Policyholder. (In respect of the insurance policy, a purchase contract shall not substitute for an invoice issued to either of the names above.

(5) if the Insurance Company has provided benefits for a given portable computer, even in respect of a part of its value, it shall not be obligated to return the original invoice submitted. (if the invoice is issued to the name of a legal entity or a business organization without a legal personality, then the Insurance Company undertakes to return the invoice upon the Insured's written request).

(6) in respect of travel document replacement, the original invoice issued to the name of the Insured, certifying the costs incurred,

(7) in respect of the benefit “travel costs associated with travel document replacement”, the original travel ticket and receipt,

(8) in respect of a natural disaster, certification by the competent special authority (e.g. meteorology institute, police, fire department) on the occurrence of such natural disaster, and - if loss or damage occurred within a camp site, the records drawn up by the camp site operator to include the date and time, amount and nature of such loss or damage, a list of the objects damaged, and precise details of afflicted parties,

(9) in order to establish the cost of bank card replacement, those items of the respective bank account statement which indicate the costs of disablement and replacement, respectively,

(10) in respect of a financial loss arising from the unlawful use of a bank card, a certificate produced by the issuer of the card certifying the amount of the financial loss, not otherwise recoverable, directly incurred by the Insured in relation to the unlawful use of the bank card,

(11) in respect of the replacement of travel tickets, the invoice/receipt certifying the purchase of the original invoice as well as the invoice/receipt certifying the purchase and payment of the replacement travel ticket,

(12) in the case of cash, the declaration of the Insured on the amount, currency and owner of the cash stolen,

(13) in the case of claims relating to damaged baggage, the original purchase receipt of the damaged item, the receipt certifying the repair costs or if the item is irreparable the statement made by an expert in this respect, or if eyeglasses were damaged, the receipt on their replacement.

5. Exclusions applicable to D) Baggage Insurance (in addition to the exclusions listed in Clause 13 of I. General Conditions):

(1) For the purposes of these policy conditions the term **travel baggage does not include (and the insurance does not cover):**

- (a) jewellery, precious metal, precious stones, semi-precious stones, as well as property items containing them or made of them,
- (b) in addition to benefits offered in respect to the “indemnification for financial loss due to the theft of cash, travel tickets and bank cards”, in all other cases, cash or monetary claims to be enforced by the use of payment instruments substituting cash or on the basis of deposit books or any kind of securities,
- (c) vouchers or cards for the use of services (e.g. ski pass, mobile telephone top-up cards, entry tickets),
- (d) ID documents (with the exception of travel documents listed in Clause 1.(1) (b)),
- (e) precious furs, artifacts, collections of articles with identical function, collections of works of art,
- (f) any vehicle or means of transport and their spare parts, accessories or equipment (e.g.: roof rack of car, rooftop cargo box, trailer, car radio, cassette player, CD player, cargo box of a motorcycle),
- (g) sports equipment,
- (h) weapons and ammunition, musical instruments, furniture, partial and complete dentures, orthodontic retainers,
- (i) computers of any size or type (e.g.: laptop, notebook, palmtop, e-book reader, etc.) and their accessories, except for portable computers and mobile phones, up to the limit amount specified for “portable computer and mobile phone coverage” in the Benefit Table,
- (j) keys and electronic remote controls,
- (k) food stuff, beverages, tobacco products and articles for smokers (e.g.: pipes, lighters, cigar cutters, etc.),
- (l) sample goods,
- (m) goods transported in commercial quantities or in quantities which are in excess of the Insured’s personal needs
- (n) travel documents, debit and credit cards, electronic appliances and accessories left in a motor vehicle, in a rooftop cargo box of a motor vehicle, or in a motorcycle’s cargo box,
- (o) travel documents, debit and credit cards, electronic appliances, and accessories, glasses, sunglasses, contact lenses handed over to the custody of a passenger transport company (e.g.: airline, cruise line of busline)

(2) The insurance does not cover:

- (a) damage caused by the loss or drop of baggage, or because they were left unattended, except for objects left in a locked building or in the boot of a vehicle,
- (b) damage to the baggage unless it is evidenced by the official records of the airport baggage handling company if checked-in baggage is damaged,
- (c) in the event of the theft of objects left in the boot of a vehicle or in a residential building if forced entry is not clearly evidenced,
- (d) damage arising from the theft of objects left in a vehicle between 08:00 pm and 08:00 am local time,
- (e) damage arising from theft or robbery during camping at a site other than one designated by the competent authority,
- (f) the value of data loss when data media or carriers are damaged,
- (g) claims for damage incurred as a result of the drop or fall of baggage or travel documents into water, or their wetting (irrespective of the circumstances), with the exception of traffic accidents and flooding,
- (h) claims for damage caused by seizure, confiscation, vandalism or destruction of property by authorities,
- (i) claims for consequential damage and indirect loss incurred in relation to the transport of or injury to the valuables,
- (j) claims for damage arising from the special nature of certain valuables,
- (k) claims for damage which is the result of faulty construction, manufacture, or material of the valuables, or from similar hidden errors,
- (l) costs of replacing a visa,
- (m) loss arising from the breakdown of a vehicle or any accessories thereof,
- (n) claims for damage to items carried by means of a cargo system fitted to the outside of a vehicle (e.g.: bike rack, rooftop cargo box or rack etc.); or from the accidental opening of or damage to a rooftop cargo box, with the exception of baggage damaged or destroyed in a traffic accident provided that it has been transported in compliance with effective traffic rules, as well as claims arising from the theft of items from a locked rooftop cargo box (by violently breaking the lock),
- (o) claims for damage resulting from an absence or inadequateness of packaging, or from the incorrect loading or placement of items if it had been done by the Policyholder/Insured himself/herself or a relative of them.

(p) loss of or damage to baggage stored in a caravan or camper, unless such occurrence supervened when such caravan or camper was used for accommodation purposes, as evidenced, within a guarded camp site licensed by local authorities.

E) Delayed Baggage (abroad)

1. Insured event

(1) If the Insured's baggage, properly registered to the Insured's own name by the airline, fails to arrive abroad within an expectable period of time after the given flight has landed at the destination of the trip abroad, and the absence of such baggage is reported to the representative of the air carrier in writing after arrival, as provided by the rules set out in the travel conditions, but within 2 hours at most.

(2) For the purposes of these conditions, the baggage fails to arrive within an expectable period of time if the Insured fails to receive it, through no fault of his/her own, within four hours after the time of delivery as set out in the travel conditions (travel contract), after the Insured's arrival at the destination, and the fact thereof is certified by the airline by issuing records thereof. (A transfer point is not qualified as a destination.)

2. Insurance Benefits

(1) The Insurance Company undertakes to reimburse the Insured in the amount corresponding to the difference between the total value of urgency purchases required to be made by the Insured abroad (hygiene, clothing) during the period between the time of the flight arrival and the actual takeover of the baggage – and in case of baggage loss, as required within 48 hours but within the policy period as a maximum – and the indemnity provided by the airline, up to the limit amount specified in the Benefit table, depending on the duration of such baggage delay, in the form of a single benefit for one person Insured, regardless of the number of the pieces of baggage affected.

(2) **In respect of a given piece of baggage, the Insurance Company undertakes to pay out the sum insured only once as a maximum, regardless of the number of people indicated as senders of such baggage. In respect of a given piece of baggage, the party Insured whose lawful claim is first received by the Insurance Company shall be entitled for the benefit. If more than one lawful claims for benefits are received for the same baggage simultaneously, then the Insurance Company shall pay out at most a proportionately reduced portion of the amount of benefit to each party Insured.**

(3) The Insurance Company shall provide such benefit subsequently, after the Insured's return home: no payment on site is undertaken.

3. Conditions for the benefit payment are set out in Clause F) 3.

F) Flight Delay Abroad and on the Return Home

1.a) Insured event: if a scheduled flight departs from an airport abroad with at least 4 hours of delay and the fact and duration of such delay is certified in writing by the flight operator airline, together with the fact that the Insured travelled on such delayed flight as a passenger with a valid flight ticket. **For the purposes of these conditions, flight cancellation shall not be deemed as flight delay.**

1.b) Benefit: the insurance covers any difference between the costs of urgency purchases effected (foodstuffs, hygiene items) as invoiced during such flight delay abroad as above, and any amount of indemnification paid to the Insured by the airline by reason of such flight delay.

2.a) Insured event: if a scheduled flight arrives at an airport within the territory of the country of residence with at least 2 hours of delay **and** consequently the Insured cannot continue to travel home to his/her place of residence as originally planned (e.g. lack of public transport, missed train or coach), provided that the fact and duration of such delay is certified in writing by the airline, together with the fact that the Insured travelled on such delayed flight as a passenger with a valid flight ticket, **and** there is explicit information available on the original manner of travelling along to the place of residence.

1.b) Benefit: the insurance covers any difference between the following additional costs incurred by the Insured as invoiced during such delay, and any amount of indemnification paid to the Insured by the airline by reason of such flight delay:

- costs of travel to the place of residence (e.g. taxi),
- if, due to such delay, travel home is not feasible on the day of arrival, hotel expenses for one night.

3. Conditions for the benefit payment on E) Delayed Baggage (abroad) and F) Flight Delay Abroad and on the Return Home (in addition to the documents Listed in Clause 11.2. of I. General Conditions):

(a) a flight ticket, baggage registration label, and boarding card issued for the entire route to the name of the Insured,

(b) written records on the delayed delivery of the Insured's baggage registered for the Insured's name, the date and time thereof, issued to the name of the Insured by the air carrier; in case of a flight delay, on the fact

thereof, and on the duration of delay in both cases, together with a statement by the airline on the amount of indemnification provided for the Insured or on the fact that no damages are undertaken to be paid,
(c) original receipts on the purchases required by reason of the delay. Acceptance of purchase receipts shall be subject to the fact that it should include the article purchased, its value, and the date and time of purchase in an identifiable manner. Up to a 20 % limit of the sum insured, the Insurance Company undertakes to pay out benefits for the articles purchased as listed in the claim for benefits.

G) Missed Flight due to a Traffic Accident

1. Insured event

If the vehicle - by which the Insured travels within 12 hours prior to the time of departure of the scheduled flight - suffers a travel accident as documented by police records and consequently the Insured misses the flight for which the Insured had a valid ticket.

2. Insurance Benefits

The Insurance Company shall indemnify the insured for the costs of flight ticket modification or - if such modification is not feasible - the costs of purchasing a flight ticket or a ticket for another means of transport to travel to the same destination within 24 hours.

3. Documents required to be submitted for benefit payout on G) Missed Flight due to Traffic Accident (in Addition to the Documents Listed in Clause 11.2. of I. General Conditions)

- (a) a document suitable for flight ticket identification (route, date and time, airline), and the receipt to evidence payment of the price of such flight ticket as well as certification by the air carrier that the flight ticket concerned was not used,
- (b) a document to evidence re-booking or the purchase of a new flight ticket, as well as certification of use thereof.

H) Legal Assistance and Legal Expenses Insurance

1. Insured event

- (1) If legal proceedings - or civil proceedings for damages - are initiated against the Insured abroad in relation to an offense or negligent crime committed in any of the capacities listed below at the location of perpetration during the period of the insurance:
- (a) user of a motor vehicle or bicycle, or any means of transport which are not classified as vehicles,
 - (b) pedestrian causing a traffic accident,
 - (c) person pursuing recreational and non-professional sports activities not qualified as hazardous sports.

2. Insurance Benefits

(1) The Insurance Company shall pay, in lieu of the Insured:

a) the bail and related costs as per the following:

- the bail or similar security deposit imposed on the Insured by competent authorities,
- duties, court costs, procedural charges,
- fees awarded by the court to witnesses and experts,
- if the Insured needs to travel from his/her place of residence to a location specified by the court in the summons, additional traffic costs incurred by the Insured during such travel. **The Insurance Company shall only pay the insurance benefit if such travel is organized or arranged for by the Insurance Company, or the Insurance Company gives prior written consent to the manner, date and costs of such travel,**
- reasonable translation costs of documents necessary for the conduct of the proceedings, **provided that such translation is arranged for by the Insurance Company, or the Insurance Company gives prior written consent to the production and costs of such translation.**

b) the fee of the attorney providing legal representation for the Insured against an invoice, with respect to normal and generally accepted attorney's fees at the location of the service provision.

(2) The Insurance Company shall procure that legal representation is provided. **In case of a legal representative assigned without the Insurance Company's consent, the Insurance Company shall not cover the fee of legal representation.**

(3) **If the bail paid by the Insurance Company is refunded by the competent authorities, the Insurance Company shall be entitled to receive the amount thereof.**

(4) **If intentionality is eventually determined in proceedings initiated against the Insured for charges of negligence, the payout made by the Insurance Company shall be refunded by the Insured.**

3. Conditions for the benefit payment on H) Legal Assistance and Legal Expenses Insurance and the documents required to be submitted - (in addition to the Documents Listed in Clause 11.2. of I. General Conditions):

(1) **The Insured is required to promptly report an insurance claim for a legal expenses benefit in writing to EUB-Assistance after the occurrence of the insured event.** The claim notification shall be accompanied by the whole documentation - generated until the date of notification - of the criminal or misdemeanor proceedings initiated against the Insured.

(2) **The benefit shall be subject to a prior consent of the Insurance Company.**

(3) The Insurance Company shall pay all costs incurred directly to the authorities or to the service provider concerned (against submission of an original invoice), or directly to the Insured if the invoice was settled earlier by the Insured as evidenced by the vouchers submitted.

(4) A further condition for benefit payment by the Insurance Company is that in the proceedings conducted with respect to the insured event, the Insured shall cooperate with the authorities, official bodies, his/her attorney-at-law, and the Insurance Company.

(5) If a civil lawsuit has been initiated in connection with the insured event, the following shall be submitted to the Insurance Company as a condition for benefit payment by the Insurance Company: the document to institute proceedings; the reference number of the action; in criminal or infraction proceedings, the resolution on the initiation of the proceedings served by the authorities or the documentary record of events drawn up by the authorities at the site of the event, as well as the name and address of the acting authority.

4. EXCLUSIONS applicable to “H) Legal Assistance and Legal Expenses Coverage (in addition to the exclusions listed in Clause 13 of I. General Conditions)

Insurance protection shall not extend to:

- (a) litigations for damages instituted by parties insured to the same insurance policy against each other,
- (b) loss occurrences caused illegally by an unlawful, or willful behavior or gross negligence of the insured,
- (c) legal proceedings initiated against the Insured for well-founded suspicion of an intentional infraction or crime, abandonment or failure to provide assistance by leaving the scene of an accident,
- (d) claims not enforceable by court and claims enforced before international or supranational courts (e.g. European Court of Human Rights).
- (e) pecuniary penalty or fine imposed against the Insured, or any other costs or expenses payable by the Insured,
- (f) damages imposed on the Insured on the basis of his/her liability obligation assumed in a contract or a unilateral statement if it is more stringent than the Insured's liability obligations set forth in legislation, or lawsuits for loss or damage caused by breach of contract,
- (g) legal proceedings are instituted against the Insured in relation to an offense or negligent crime committed as a driver of a vehicle, and the particular vehicle had no valid third party liability insurance as of the date of the offense or crime,

I) Liability Insurance

1. Insured event

(1) **If the Insured causes personal injury which requires emergency medical care or leads to the death to a third party while pursuing the activity specified in Subsection (2) in negligence** any time during the policy period, and the Insured is found liable as a tortfeasor **for property damage caused** in connection with the above and **for the medical costs incurred by the injured party** in connection with the personal injury.

(2) The insurance covers the following activities:

- (a) user of a bicycle, or any means of transport which are not classified as vehicles,**
- (b) pedestrian causing a traffic accident,**
- (c) non-professional sports not qualified as extreme sports**

2. Insurance Benefits

(1) The Insurance Company undertakes to perform the Insured's obligation of indemnification in respect of material damage in connection with the insured event, as well as the costs of medical attendance received by the injured party.

(2) Upon the occurrence of an insured event, the obligation of the Insurance Company to provide benefits shall be, at a maximum, the sum insured as specified in the insurance policy. This provision shall also apply to the tortfeasor insured's liability for the costs of legal representation and interest payment. The insurance covers procedural costs if such costs have incurred on the basis of instructions by or with the prior approval of the

Insurance Company. The Insurance Company is required to make advance costs payment upon the Insured's request.

No benefit payment by the insurance company shall extend to any obligation of default interest payment to the aggrieved party by reason of any delayed fulfillment of the obligation of claim notification.

(3) If the Insurance Company agrees to settle a lump-sum payment, such payment shall cover both property damage and the costs incurred with respect to personal injury.

(4) If neither administrative nor judicial proceedings are initiated with respect to the insured event, the Insurance Company shall reserve the right to cover the costs incurred only up to a limit of HUF 50 000. Benefit payment shall be subject to submission of the Insured's statement in acknowledgement of responsibility to the Insurance Company.

(5) An amicable settlement between the Insured and the injured party, as well as the Insured's statement acknowledging responsibility shall only be binding on the Insurance Company if it has been duly noted by the Insurance Company. The adjudication of the Insured shall only be binding on the Insurance Company, if the legal representation of the Insured was ensured by the Insurance Company or the Insurance Company approved the assignment of the legal representative chosen by the Insured.

(6) If the Insurance Company could settle the claim through amicable settlement with the injured party, or in any other manner, but the case cannot be closed because the Insured does not cooperate, the Insurance Company shall not bear any interest and other expenses which may arise in relation to the above.

(7) If the damage or loss was caused by several persons together, and thus the Insured bears joint and several liability with others or the party injured also contributed to the occurrence of loss or damage, the Insurance Company shall respond to claims only to the extent that the damage is imputable to the Insured. If the degree of culpability with respect to the tortfeasors' acts cannot be determined, the insurance company will pay the benefit in proportion of the respective contributions of the tortfeasors. If the proportion of the contributions cannot be determined, the insurance company will pay the insurance benefit as if the loss or damage would have been caused by the tortfeasors in equal share.

(8) The Insurance Company's claim for refund: the Insurance Company may claim a refund of any claims payment settled under this policy from the Insured if it is proven that any reason for relief or exclusion hereunder exists.

(9) In respect of the benefits specified in Chapter I Liability Insurance, the Insurance Company undertakes to pay, in respect of the same insured event, a total amount of up to HUF 7 500 000 in relation to all insured aggrieving parties contracted to the Insurance Company.

3. Documents required for the payment of benefits on I) Liability Insurance and J) Hotel and Camp Site Liability Coverage (in addition to the documents listed in Clause 11.2. of I. General Conditions):

(1) the Insured's statement in acknowledgment of responsibility, or a binding court decision on the Insured's liability for damages if a civil lawsuit has been initiated in relation to the insured event,

(2) a detailed medical opinion with respect to the bodily injury of the injured party,

(3) a statement by the Insured assuming or refusing liability;

(4) if a civil lawsuit has been initiated in connection with the insured event, the reference number of the action, the decision within (2) days of its receipt; in criminal or infraction proceedings, the resolution on the initiation of the proceedings served by the authorities or the documentary record of events drawn up by the authorities at the site of the event, as well as the name and address of the acting authority,

(5) if a claim for benefits is associated with tort incurred during vocational practice organized by an educational institution, a statement by the organizer educational institution on the circumstances of the incident and the accident records drawn up by the employer,

(6) records by the hotel or camp site on the place and date and time and amount of loss,

(7) receipt to certify payment of the accommodation fee, indicating the name of the client and the duration of stay,

(8) photo(s) of the object(s) damaged and evidence as required for establishing the amount of loss (invoices on the purchase of property items damaged, invoices on repairs or replacement thereof).

(9) receipt to certify deductible payment by the Insured.

J) Hotel and Camp Site Liability Coverage

1. Insured event

An insured event shall mean an obligation of indemnification to the operator of a hotel, apartment or camp site abroad for property damage caused by the Insured in respect of furnishings of the accommodation concerned and in respect of which the Insured is held liable pursuant to the law of the country concerned. Pursuant to the provisions set out herein, the Insured may demand payment of damages by the Insurance Company, provided that the accommodation concerned was operated in compliance with local requirements and was used by the Insured for accommodation purposes in return for fee payment.

2. Insurance Benefits

(1) If an insured event occurs and is reported in compliance with the provisions stipulated, the Insurance Company shall cover the Insured for his/her liability for damages payable to the operator of a hotel, apartment or camp site for property damage to furnishings of the accommodation concerned, as well as for costs related to loss adjustment and loss mitigation and the costs of any out-of-court or judicial proceedings, up to the limit amount specified in the Benefit table. In respect of the obligation of indemnification, **the Insured is required to pay deductibles corresponding to 10% of the total amount of indemnity, but at least HUF 10 000.**

(2) If neither administrative nor judicial proceedings are initiated with respect to the insured event, the Insurance Company shall reserve the right to cover the costs incurred only up to a limit of HUF 50 000. Benefit payment shall be subject to the submission of the Insured's statement in acknowledgment of responsibility to the Insurance Company.

(3) The provisions set out in 1) 2. (2) and (6)-(8) shall also apply to this benefit.

(4) In the case set out in paragraph (2), the insurance benefit shall be subject to the Insured's statement in acknowledgment of responsibility, or a binding court decision on the Insured's liability for damages if a civil lawsuit has been initiated in relation to the insured event.

(5) In respect of the benefits specified in Chapter J) Hotel and Camp Site Liability Coverage, the Insurance Company **undertakes to pay**, in respect of the same insured event, **a total amount of up to HUF 200 000** in relation to all insured aggrieving parties contracted to the Insurance Company.

3. EXCLUSIONS applicable to "J) Liability Insurance and K) Hotel and Camp Site Liability Coverage (in addition to the exclusions listed in Clause 13 of I. General Conditions).

The insurance will not cover:

(1) damages imposed on the Insured on the basis of his/her liability obligation assumed in a contract or a unilateral statement if it is more stringent than the liability obligations set forth in legislation.

(2) pecuniary penalties, fines, other penalty payments, and related representation costs incurred by the tortfeasor.

(3) damage or loss if caused by a crime committed by the Insured,

(4) the Insured's own loss and losses caused to the Insured's close relatives listed in Section 8:1 (2) of the Hungarian Civil Code,

(5) damage or loss resulting in pollution or hazards to the environment.

(6) damage or loss caused by an activity or conduct of the Insured, which otherwise requires official authorization or permit, and the Insured was engaged in such activity or conduct without such permit.

(7) damage or loss repeatedly caused by the Insured under the same tortuous circumstances, if the Insured did not eliminate tortuous circumstances despite the warning of the Insurance Company, although they could have been eliminated.

(8) damage or loss if the Insured was warned by a third party of the possibility of an insured event, and the insured event then occurred in the absence of the required actions.

(9) damage to or loss of any property rented, leased, lent or received in trust by the Insured.

(10) damage or loss caused by gradual release of or exposure to temperature, gases, fumes, liquids, humidity or non-atmospheric precipitation, as well as nuclear events and radioactive contamination.

(11) claims arising from losing property or the theft of property items.

(12) predicted future loss of income and opportunity in the event of damage to property and pure economic loss;

(13) claims filed on pure emotional damage, psychological, mental disorders or a detriment caused to the range of emotions, if the extent of the psychological damage does not qualify for a disability.

(14) claims arising from or in relation to a breach of a contract.

(15) damage or loss caused by the Policyholder or the Insured illegally, by wilful misconduct or gross negligence,

(16) with respect to the insured's legal representation costs and late payment interest, the insurance coverage is limited to the sum insured.

Customer Information and General Provisions Governing Insurance Policies

Thank you for placing confidence in Európai Utazási Biztosító Zrt. by completing an application to take out an insurance policy from us.

We kindly request you to carefully read the following information whereby we wish to introduce our company, and the company's organizational units dealing with customer complaints and notifications. You will be advised about the name and address of the financial authority supervising insurance companies in Hungary. You may learn how customers can submit complaints to the National Bank of Hungary and to the Financial Arbitration Board, according to the nature of such complaint, or how they may bring their case to court. You will find useful information on the statutory provision governing the protection and management of personal data.

You may read the list of organizations and bodies to whom, pursuant to Act LX of 2003 on Insurance Institutions and the Insurance Business (hereinafter the Insurance Act), the insurance company is allowed to disclose personal data of customers, which qualify as confidential data related to insurance. This document will cover the most important to-dos before signing an insurance application, including information on the concepts and practice of personal data management to allow you to make an informed legal statement about your intention to take out an insurance policy. You may also find useful information on the rules of taxation with respect to insurance policies, as well.

This Customer Information and General Provisions Governing Insurance Policies (hereinafter: Customer Information) also sets out general provisions applicable to all insurance policies taken out from the company.

In addition to the provisions set out in the Customer Information, the legal relationship concluded under the insurance policies taken out from the company shall also be subject to the general terms and conditions and special conditions (hereinafter jointly: policy conditions) - depending on the type of the insurance policy - while its contents shall also include the statements and declarations of the policyholder/insured, as well as the information disclosed in response to the questions specifically asked by the insurance company.

All matters not regulated in this Customer Information or in the policy conditions will be governed by the provisions of the Hungarian Civil Code and other effective Hungarian legislation.

I. Information about the Insurance Company

Európai Utazási Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság (European Travel Insurance Company Ltd.) commenced operations on the Hungarian insurance market on January 1 1997.

Registered Seat: H-1132 Budapest, Váci út 36–38.

Telephone: (36-1) 452-3580,

fax: (36-1) 452-3312.

Company Registration Number: 01-10-043228, at the Court of Registration of the Metropolitan Court of Budapest

The company's share capital: HUF 400 000 000

Primary business activity: non-life insurance.

Company form: company limited by shares

Company classification: private

The Company's shareholders:

Generali Biztosító Zrt. 61%

Europäische Reiseversicherung AG, München 26%

Europäische Reiseversicherung AG, Vienna 13%

II. Customer Service

If you have any questions or problems in connection with your insurance policy, you may contact our customer service where our staff will be ready to assist you with your inquires.

Customer Service – Contact Information

Telephone: (36-1) 452-3580

Fax: (36-1) 452-3312

E-mail: ugyfelszolgalat@eub.hu

Customer Service Address: H-1132 Budapest, Váci út 36–38.

For further information you may visit the company's website at www.eub.hu.

III. Handling Complaints

If you have any complaint about the conduct, operations or any omission on behalf of our insurance company, you may lodge your complaint either in **writing or verbally** to any of the company's contact points specified above in accordance with the following:

You may make a **verbal complaint** in person at any of our walk-in customer service offices, **from 8 to 16.00 hours from Monday to Wednesday and on Friday, and from 8.00 to 17.00 hours on Thursday.**

Verbal complaints by telephone can be lodged in the same periods as above – except for Thursdays, when between 8:00 and 20:00 hours.

You may find additional detailed information about the company's complaints management process and practices as well as about the method of keeping records of complaints at the company's website or in the complaints management policy made available to customers in our customer service offices. You are kindly reminded that the form titled 'Customer Complaint' is available at the Financial Supervision's website, which can also be used for lodging your complaint to the insurance company.

IV. Financial Supervision

The operation of the insurance company is supervised by the **National Bank of Hungary** (hereinafter: NBH or Financial Supervision)

Financial Supervision – Contact Information

Registered Seat: H-1054 Budapest, Szabadság tér 8-9.

Mailing Address: H-1534 Budapest BKKP PO Box: 777.

Central telephone number: (36-1) 4899-100

Central fax number: (36-1) 4899-102

Website: <http://felugyelet.mnb.hu>

Address of the Customer Service: H-1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Telephone number of the Customer Service: 36-40-203-776

Customer Service email address: ugyfelszolgalat@mnb.hu)

You are kindly reminded of the Financial Supervision's customer protection website (www.felugyelet.mnb.hu/fogyasztoknak), where you may find useful information and comparison tools.

IV.1. Our company is licensed to pursue activities which are supervised by the NBH. With respect to the supervised activities, the Financial Supervision shall, upon request or of its own motion, monitor compliance with:

- a) the provisions of the Insurance Act or the regulations adopted for its implementation laying down provisions as to business-to-consumer commercial practices in connection with the insurance company's activities for the pursuit of the supply of services, and
- b) the provisions of the Act on the Prohibition of Unfair Business-to-Consumer Commercial Practices,
- c) the provisions of Act on the Basic Requirements and Certain Restrictions of Commercial Advertising Activities; and
- d) and the provisions of the Act on Electronic Commerce and on Information Society Services [points a)-d) hereinafter jointly referred to collectively as consumer protection regulations)]; furthermore
- e) the provisions on meeting obligations in relation to consumer disputes of a financial nature, and - with the exception of the regulations pertaining to the conclusion, validity, legal aspects and termination of policies, and

cases of breach of contract and the related legal ramifications - shall take action in the event of any infringement of these provisions (hereinafter: consumer protection proceedings).

Consumer protection proceedings may be initiated at the Financial Supervision by consumers, as defined in the Hungarian Civil Code, after having lodged a complaint orally or in writing with the insurance company if the consumer did not receive a response, or the investigation of the complaint was not in compliance with the law, or another infringement of consumer rights, defined in the legislation referred to above, may be presumed from the response of the insurance company.

The Financial Supervision, however, has no power to act in legal disputes which relate to the conclusion, validity, legal aspects and termination of insurance policies, or to any cases of breach of contract and the related legal ramifications.

V. Financial Arbitration Board Proceedings, Mediation Proceedings, Litigation

The Financial Arbitration Board is a professionally independent body operated by the National Bank of Hungary. In order to settle financial consumer disputes arising from or in relation to the conclusion of the insurance policy or the payment of insurance benefits or proceeds out of court, the consumer may file a claim with the Financial Arbitration Board. The Financial Arbitration Board shall attempt to reach a conciliation agreement or, failing this, to adopt a decision in the case to enforce consumer rights simply, efficiently and practically and under the principle of cost-efficiency.

Initiation of arbitration proceedings is subject to a previous attempt by the customer to resolve the disputed matter through direct negotiations with the insurance company.

Financial Arbitration Board – Contact Information

Address: H-1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Mailing Address: H-1534 Budapest BKKP PO Box.: 172.

You may find further important information on the operations of the Financial Arbitration Board (including the Board's Rules of Procedure) at <https://felugyelet.mnb.hu/pbt>.

In addition to other non-litigious procedures providing an alternative to court proceedings to resolve conflicts and disputes, such as Financial Arbitration Proceedings, customers may, pursuant to Act LV of 2002 on Mediation, also initiate mediation proceedings.

Claims arising from insurance policy may be enforced directly through judicial procedures without referring them to the above alternative dispute resolution forums. Judicial procedures are governed by the provisions of Act III of 1952 on the Code of Civil Procedure.

VI. The Concept and Practice of Handling Confidential Insurance Information and Processing Personal Data

Confidential Insurance Information and Personal Data

'Confidential insurance information' shall comprise all of the data – other than classified information – in the possession of insurance companies, reinsurers, insurance intermediaries and insurance consultants that pertain to the personal particulars, financial standing and business affairs of customers (including injured parties) of insurance companies, reinsurers, insurance intermediaries and insurance consultants, and to the insurance policies that such customers have concluded with an insurance company or reinsurer.

Confidential insurance information shall, in particular, include:

- personal particulars of the insurance company's customers;
- insured properties and their value;
- sum insured;
- life, accident, illness or liability insurance policies;
- information related to medical conditions;
- the amount of the benefit paid out and its payment date;
- all material information, data and conditions related to the insurance policy, its conclusion and registration, as well as to the insurance benefits.

Personal data shall mean any data relating to the data subject, in particular the name and identification number of the data subject, and one or more factors specific to his physical, physiological, mental, economic, cultural or social identity as well as conclusions drawn from the data in regard to the data subject.

VI.1. Purposes of Data Processing

VI.1.1. Processing data for the purposes of keeping records of insurance policies and making benefit payouts

Please, note that the insurance company, as data controller, may process its customers' confidential insurance data only to the extent they relate to the conclusion and administration of insurance policies, and the payment of insurance benefits or proceeds.

The purposes of data processing can be no other than the conclusion, amendment and retention of insurance policies, or purposes necessary for the assessment of insurance claims arising under the insurance policies, or any other purpose specified in the Insurance Act. The insurance company's customers include policyholders, insured parties, beneficiaries, injured parties, and any other person entitled to receive insurance benefits from the insurance company; for the purposes of data protection regulations, 'customer' shall also mean any person who completes an application form to take out insurance. Please note that the insurance company processes data on the basis of voluntary consent which is deemed to be granted by concluding the insurance policy.

VI.1.2. Data processing related to data exchange between insurance companies

Please note that in order to protect the interest of the insurance pool, from January 1, 2015 the insurance company may request other insurance companies, while performing its obligations required by law or agreed in the insurance policy and under the authority of Section 161/A of the Insurance Act, taking effect on January 1, 2015, to disclose information to the extent specified in Section 161/A. (3)-(5) of the Insurance Act, which is processed by the requested insurance company for the purposes set out in Section 155 (1) of the Insurance Act, taking account of the specific features of insurance products, in order to deliver the services in compliance with the legal and contractual provisions and to prevent abuse of insurance policies. The request must include identification data for the person, property or property right specified therein, the type of information requested, and the purpose of the data request. Requesting or disclosing information in this manner shall not be a breach of the duty of confidentiality.

Within this context, Generali Biztosító Zrt. may request

- the information specifically defined in points a) to e) of Section 161/A. (3) of the Insurance Act in connection with the conclusion or performance of insurance policies taken out for the risks listed in Sections 1 and 2 of Part A) of Schedule 1 of the Insurance Act;
- The information specifically defined in points a) to e) of Section 161/A. (6) of the Insurance Act in connection with the conclusion or performance of insurance policies taken out for the risks listed in Sections 3., 6., 7., 8., 9., 14., 15., 16., 17., 18. and 19. of Part A) of Schedule 1 of the Insurance Act;
- and the information specifically defined in points a) to c) of Section 161/A. (5) of the Insurance Act in connection with the conclusion or performance of insurance policies taken out for the risks listed in Sections 13 of Part A) of Schedule 1 of the Insurance Act, subject to a prior consent of the injured party, from other insurance companies.

The insurance company approached by our company is required to disclose the information requested in compliance with the applicable legislation to our company by the due date specified in the request, or failing that, within fifteen days of receipt of the request.

Our company may use the information it has been disclosed pursuant to the request for ninety days following receipt. If the information obtained by our company pursuant to the request, is required for the enforcement of the company's legitimate interests, the above defined maximum data processing period will be extended until a binding decision is adopted in the proceedings opened to enforce such interests.

If the information obtained by our company pursuant to the request, is required for the enforcement of the company's legitimate interests, and no proceedings to enforce such interests are opened within one year following receipt of the information, the period available for the processing of the information will be one year from receipt thereof.

Our company is required to notify the customer of the information request, the extent of the data requested, as well as the disclosure of the requested information at least once during the insurance period; additionally, notification shall also be provided on the customer's request as set out in the act on informational self-determination and the freedom of information.

Our company will not establish a connection between the information received pursuant to the request, and other information not related to insurable or insured interests it is provided or it manages for purposes other than the above.

Liability for the correctness and accuracy of the information disclosed pursuant to a request shall lie with the disclosing insurance company.

VI.1.3. Data processing related to complaints lodged with the insurance company

The insurance company will process the personal data it obtains in relation to complaints to comply with the statutory requirements on complaints management set out in Section 167/B of the Insurance Act, and shall maintain records on the complaints received from customers, as well as the actions and measures taken for the handling and resolution of such complaints. The insurance company processes such data under the authority of the above Section of the Insurance Act.

VI.2. Duration of Data Processing

Pursuant to Section 155 of the Insurance Act, the insurance company is entitled to process personal data, including information directly relating to medical conditions throughout the whole duration of the insurance coverage and, unless otherwise provided for in the legislation, as long as any claim may be enforced in connection with the insurance. The insurance company shall be entitled to process personal data relating to any frustrated insurance policy as long as a claim can be enforced in connection with the frustration of the policy.

Pursuant to Section 167/B (4) of the Insurance Act, if a customer complaint is handled over the phone, the telephone conversation between the insurance company and the customer shall be recorded, and the recording shall be retained for one year.

Pursuant to Section 167/B (9) of the Insurance Act, the insurance company is required to retain the complaint and the related response for three years.

The insurance company is required to delete all data directly relating to the health of its existing or former customers or to any frustrated insurance policy if the data concerned is no longer required to be processed, or if the data subject has not given consent, or if there is no legal ground for processing such data.

VI.3. Legal Basis for Data Processing

In compliance with the provisions of Act CXII of 2011 On Informational Self-determination and the Freedom of Information (hereinafter: Information Act), we hereby inform you that the legal basis for data processing is set by Section 155 and Section 167/B of the Insurance Act, and with respect to data exchange between insurance companies, by Section 161/A of the Insurance Act starting from January 1, 2015. Pursuant to Act XLVII of 1997 on the Processing of Medical Data and Related Personal Data, the insurance company is authorized to process any data pertaining to the client's health only in possession of the data subject's express written consent.

Pursuant to the Information Act, personal data may also be processed if it is not possible to obtain the consent of the data subject or if the cost of doing so is excessively high and the personal data

- a) must be processed to fulfill legal obligations applicable to the data controller, or
- b) must be processed to enforce the rightful interests of the data controller or third parties and the enforcement of such interests is proportionate to the restrictions pertaining to the right to the protection of personal data.

Pursuant to the Information Act, if personal data was recorded with the consent of the data subject, the data controller may, unless otherwise required by law, also process the data recorded

- a) to comply with the relevant statutory obligations, or
- b) to enforce the rightful interest of the data controller or third party, if the enforcement of these interests is proportionate to restrictions pertaining to the protection of personal data

without having to obtain any additional consent, or even after the data subject withdraws his/her consent.

The insurance company may process data for purposes other than those specified in the foregoing only after obtaining the prior consent of the customer. The insurance company is required to inform the data subject of data processing practices at the time when such data is collected for a particular purpose.

VI.4. Persons and Entities Authorized to Obtain Knowledge of the Data

Please note that your data, to the extent specified by the company, may only be known by the company's duly authorized employees, contracted insurance intermediaries and third party data processing or outsourcing service providers who pursue data processing or outsourced activities for the company under separate contracts, only to the extent necessary for performing their duties. Customer data may be disclosed, furthermore, to individuals or organizations against which the insurance company's duty of confidentiality shall not apply in accordance with Clauses VI.6-VI.9.

Please be informed that Europ Assistance Kft. (H-1134 Budapest, Dévai u. 26–28.), as the contracted agent of Európai Utazási Biztosító Zrt., provides assistance services relating to insurance claim settlement under an outsourcing agreement. In this respect, our company may act under the authority referred to it by law and disclose data and information concerning insured events to Europ Assistance. Europ Assistance Kft. has all the necessary technical, security and organizational tools to prevent unauthorized access to and fraudulent use or any other abuse of the data transferred to it.

VI.5. Obligation to Keep Insurance Information Confidential

Unless otherwise stipulated by law, the owners, managers and employees of the insurance company, and all other persons who have access to confidential information related to insurance in any way or form during their activities in insurance-related matters shall be required to maintain professional confidentiality with no limit of time whatsoever.

Confidential insurance information may only be disclosed to a third party:

- under the express prior consent of the customer to whom they pertain or his/her legal representative, which consent shall precisely specify the range of confidential information that may be disclosed,
- if the duty of confidentiality does not apply, pursuant to the Insurance Act.

VI.6. The duty to retain insurance information in confidence does not apply in relation to:

- a) the Financial Supervision (HFSA) when acting in an official capacity,
- b) the investigating authorities and the public prosecutor's office, acting in a pending criminal procedure, as well as the experts appointed by them,
- c) the court of law in connection with criminal or civil cases as well as bankruptcy and liquidation proceedings, the experts appointed by the court, and the independent court bailiff acting in a case of judicial enforcement,
- d) the notaries public and the experts appointed by them in connection with probate cases,
- e) the tax authority in connection with tax matters where the insurance company is required by law to disclose specific information to the tax authority upon request and/or to disclose data concerning any payment made under an insurance policy that is subject to tax liability,
- f) the National Security Service when acting in an official capacity,
- g) the Hungarian Competition Authority when acting in an official capacity,
- h) the Children and Youth Services acting in an official capacity,
- i) the public health authority specified in Section 108 (2) of Act CLIV of 1997 on Health Care,
- j) the agencies authorized to use secret service means and to conduct covert investigations if the conditions set forth in specific other legislation are provided for;
- k) the providers of reinsurance and co-insurance (when insurance coverage is provided by several insurance companies jointly),
- l) the office maintaining central policy records with respect to data transfers as governed by the Insurance Act,
- m) the receiving insurance company with respect to insurance contracts conveyed under an insurance portfolio transfer,
- n) the body operating the Claims Security Account, and the Claims Security Fund, the National Office, the Correspondence Center, the Information Center, the Claims Organization and the claims agent, the claims representative with respect to the information required for the settlement and enforcement of compensation claims and to the transfer of such information between one another, and the party responsible for the claim if, by exercising his/her right to self-determination, he/she requires access to data of repairs of the other vehicle from a claims settlement report taken in connection with the road accident,
- o) the outsourcing service provider with respect to data supplied under outsourcing contracts,
- p) third-country insurance companies, insurance intermediaries and consultants in respect of their branch offices, if they are able to satisfy the requirements prescribed by Hungarian law in connection with the management of each datum and the country in which the third-country insurance company is established has legal regulations on data protection that conform to the requirements stipulated by Hungarian law,
- q) the Parliamentary Commissioner of fundamental rights when acting in an official capacity,
- r) the Authority for Data Protection and Freedom of Information when acting in an official capacity,

s) the insurance company with respect to information concerning a customer's individual claims history and no-claim discount classification from the records of the previous carrier in cases set forth in the Decree on the issuance of claim history certificates, the bonus-malus system (no claims bonus) and the classification of customers therein, upon receipt of a written request from an agency or person referred to in points a)-j), n), s) and t) indicating the name of the customer or the description of the insurance policy, the type of data requested and the purpose and grounds for requesting data. The bodies or persons referred to in points k)-m), and p)-r) are required to indicate only the type of data requested and the purpose and grounds for requesting it. An indication of the statutory provision granting authorization for requesting data shall be treated as verification of the purpose and legal grounds.

The duty to retain insurance information in confidence also applies to the employees of the authorities and organizations specified above.

VI.7. On the written request of investigating authorities, the National Security Service and the Public Prosecutor's Office, the insurance company is also required to promptly provide information if evidence is found substantiating that the insurance transaction may be related to

- a) drug abuse, abuse of new psychoactive substances, acts of terrorism, misuse of explosives and blasting agents, criminal misuse of firearms and ammunition, money laundering, organized crime or crime committed in participation in a criminal organization, as defined in Act IV of 1978, in force until June 30, 2013,
- b) drug trafficking, possession of drugs, incitement to the use of narcotics, or the promotion of illegal drug production, abuse of new psychoactive substances, acts of terrorism, failing to report terrorism, financing of terrorism, misuse of explosives and blasting agents, criminal misuse of firearms and ammunition, money laundering, organized crime or crime committed in participation in a criminal organization, as defined in the Criminal Code of Hungary.

The insurance company shall supply confidential information related to insurance in its records to investigating authorities on the basis of an official request made in connection with a specific case and marked "urgent" even if there is no public prosecutor's endorsement attached as stipulated by specific other legislation.

The duty to retain insurance information in confidence does not apply if the insurance company is required to comply with its reporting obligation imposed by the Act on the Implementation of Financial and Asset-related Restrictive Measures ordered by the European Union.

The duty to retain insurance information in confidence shall not apply furthermore if:

- a) a Hungarian law enforcement agency – acting in response to the written request of a foreign law enforcement agency pursuant to an international agreement – requests confidential insurance information from the insurance company in writing.
- b) an authority operating as a national financial intelligence unit – acting within its powers conferred under the Act on the Prevention and Combating of Money Laundering and Terrorist Financing or in response to the written request of a foreign financial intelligence unit – requests confidential insurance information from the insurance company in writing.

VI.8. The duty of confidentiality is not breached when the insurance company transfers information to a third-country insurance company or a third-country data processing agency (third-country data manager):

- a) if the customer of the insurance company (data subject) has given a prior written consent, or
- b) or – in the absence of the data subject's consent – if the data transfer is limited to the extent of information, purpose and legal basis defined in the legislation and the adequate level protection of the personal data is ensured in the third country in compliance with the provisions set out in Section 8 (2) of Act CXII of 2011 On Informational Self-determination and Freedom of Information.

When transferring confidential insurance data to another Member State, the provisions governing data transfer within the domestic territory shall be observed.

VI.9. The duty of confidentiality is not breached

- a) in the event of disclosure of summarized information from which the identity of customers or the specifics of their business cannot be identified,
- b) in respect of branch offices, in the event of data transfer to the supervisory authority of the country where the registered address (head office) of the foreign-registered enterprise is located, if such transfer is in compliance with the agreement between the Hungarian and the foreign supervisory authorities,

c) in the event of disclosure of information, other than personal data, to the minister in charge of the regulation of money, capital and insurance markets for legislative purposes or in connection with the completion of feasibility studies,

d) in the event of data disclosure to comply with the requirements set out in the chapter on consolidated supervision of the Insurance Act, and in the Act on the Supplementary Supervision of Regulated Entities which belong to financial conglomerates.

The insurance company may not refuse to disclose the data specified in the foregoing on the grounds of their duty to retain insurance information in confidence.

The insurance company may not inform the data subject if data is transferred or disclosed pursuant to points b) f) and j) of Section VI.6. or Section VI.7.

In the cases set out in points a)-s) of Section VI.6., in points a)-b) of Section VI.7., in Section VI.5., in Sections VI.8. and VI.9., and after January 1, 2015 in the cases set out in Section VI.1.2., the insurance company may disclose the personal data of customers to the organizations specified in the same sections.

VI.10. Rights related to Data Processing and their Enforcement

At the request of a natural person data subject, the insurance company is required to inform the data subject in writing, as soon as possible but no later than 30 days after the submission of the request, of the extent of the personal data managed by the insurance company or processed by an outsourced data processing agency authorized by or on behalf of the insurance company, the source of such data, the purpose, legal basis, and duration of data processing, the name and address of the data processing agency, as well as about its activities related to data processing, and – if the personal data of the data subject are transferred – about the legal basis and the recipient of such data transfer. Information is provided free of charge, if the individual requesting the information has not yet submitted a request for information in connection with the same scope of data in the same year.

The data subject may request that his/her personal data be corrected, and – except when it is provided for by law or – on the grounds of authorization of law, within the scope defined in that law – by or pursuant to a local government decree for a purpose based on public interest – that his/her personal data be blocked or deleted. The insurance company shall make the data corrections requested by a natural person data subject in its records.

In the cases specified in the Information Act, natural person data subjects may object to the processing of their personal data. The insurance company shall assess the objection lodged within the shortest possible time but no later than 15 days following its submission, and make a decision on the grounds of the objection and notify the natural person data subject of the decision in writing. If the data subject does not agree with the decision, or if the insurance company fails to meet the above deadline, the data subject shall be entitled to refer the case to court within 30 days of the communication of the decision or the last day of the deadline.

The data subject is entitled to request an investigation from the National Authority for Data Protection and Freedom of Information, on the grounds of infringement of law in connection with the processing of his/her personal data, or in the event of immediate threat to the above.

National Authority for Data Protection and Freedom of Information – Contact Information

Registered seat: H-1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.

Mailing Address: 1530 Budapest, PO Box 5.

Telephone: (+36 1) 391-1400

Fax: (+36 1) 391-1410

E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu

Web: www.naih.hu

The rights of a deceased person in terms of data processing may be exercised by the heir or by the person named as the beneficiary in the insurance policy.

VII. Refund of Value Added Tax

Please be advised that in the context of its obligation arising from insurance policies, the insurance company can only reimburse the value-added tax (VAT) imposed on the price of services required for restoring the conditions which existed before the occurrence of the loss or damage or for eliminating the effects of the loss or damage suffered, subject to VAT (purchase costs of materials, repair and restoration costs), where the amount of VAT is shown on the invoice, or where the amount of VAT can be calculated on the basis of the invoice, provided that the beneficiary is not refunded the VAT from general government budgets under the regulations to which it is subject.

VIII. Method of Premium Payment

The parties to the insurance policy may agree on any of the following methods of payment for settling the insurance premium:

- cash – the policyholder is obliged to pay the insurance premium in cash at the time of concluding the insurance policy, to the representative acting on behalf of the insurance company or directly to the cash office of the insurance company,
- online payment by banking card – the policyholder is obliged to pay the insurance premium by a banking card suitable for effecting online payment through the insurance company's online insurance application system at the time of concluding the insurance policy.

IX. Insurance Intermediary

Insurance policies may be sold by tied or independent insurance intermediaries.

Tied insurance intermediaries (agents) are engaged in selling insurance products as paid employees of insurance companies or in a self-employed capacity. Any loss or damage caused by the activities of tied insurance intermediaries shall be the liability of the insurance company.

Independent insurance intermediaries may be brokers who act in representation of the customer, or independent agents who are contracted with several insurance companies at the same time, and sell competitive products of such insurance companies.

Any loss or damage caused by violation of the rules of professional conduct by independent insurance intermediaries or their negligence in complying with such rules, shall be their sole liability. This liability shall apply to all persons acting in the name of (on behalf of) the independent insurance intermediary.

An insurance broker may receive insurance premiums as assigned by clients and if authorized to do so by the insurance company. An independent agent may receive insurance premiums if authorized to do so by the insurance company.

A representative acting on behalf of the insurance company may receive insurance premiums only in exchange for a certificate of receipt (hereinafter: receipt), in the maximum amount of HUF 250,000. Representatives of the insurance company are not authorized to receive insurance premiums in excess of the above limit.

Neither tied insurance intermediaries (agents) nor independent intermediaries will be involved in making benefit payments to customers on behalf of the insurance company.

X. Formal Requirements for and Conditions of Legal Efficacy of Legal Statements (Notifications, Reporting)

X.1. The parties to insurance policies are required to serve their legal statements in the form and manner provided for herein, and their legal statements shall only be valid if made in any of the following forms:

- the legal statement is signed and sent to the address of the insurance company in a postal mail,
- the legal statement is signed and faxed to the fax number indicated and disclosed by the insurance company,
- the legal statement is signed, scanned and sent as an email attachment to the email address indicated and disclosed by the insurance company,
- the legal statement is sent to the email address indicated and disclosed by the insurance company, provided that the person making the statement has given prior consent to electronic communication, and the statement is sent to the insurance company from the email address indicated in such consent,
- the signed legal statement is delivered at the customer service center of the insurance company in person or by a third person,
- the legal statement is made at the telephone number indicated and disclosed by the insurance company,
- the legal statement is made in the insurance company's online insurance application and claims notification system where it is registered and archived by the insurance company.

The insurance company may stipulate different declaration requirements for certain types of policies and legal statements, which shall be set out in the general terms and conditions or special conditions applicable to the insurance policy, or in the agreement specially made by and between the parties in this particular subject.

The provisions on the **manner and deadline of filing insurance claims** are set forth in the policy conditions applicable to the particular insurance policy.

X.2. Legal statements shall only be valid if they are brought to the attention of an organizational unit of the insurance company.

X.3. The insurance company and Europ Assistance undertake to maintain communication with the Insured or the person acting on behalf of the Insured in Hungarian or in English. In the case of disputes, statements made in Hungarian shall prevail.

X.4. **If the insurance company sends a legal statement in a registered mail requesting return receipt, it shall be considered served even if the mail is refused by the recipient, or if the mail is returned from the delivery address – as registered by the insurance company – with an endorsement ‘Addressee not at address’ or ‘Mail unclaimed’.** The legal statement is considered served if the mail’s delivery receipt is signed by the addressee or a representative thereof.

XI. Miscellaneous Provisions

XI.1. Under the insurance policy, the parties will not be bound by any prior business dealings or by any practice they have established between themselves. Furthermore, the parties shall not be bound by any practice considered generally applicable and widely known in the insurance industry by parties to similar policies.

XI.2. The agreement of the parties will include all conditions of the insurance policy, while all earlier agreements made by the parties and not set out in the written contract shall be null and void.

XII. Governing Law

Unless otherwise agreed by the parties or provided for in legal regulations, the insurance policy, the preliminary obligations for cooperation and information provision, as well as all claims arising under the insurance policy shall be governed by Hungarian law.

XIII. Provisions of the Customer Information which Substantially Differ from the Provisions of the Hungarian Civil Code

This Chapter does not contain the provisions of the Customer Information which – by way of derogation from earlier standard conditions applied by the insurance company – have been modified to comply with Act V of 2013 on the Civil Code (effective from March 15, 2014).

- By way of derogation from Section 6:63 of the Civil Code, under the insurance policy, the parties will not be bound by any prior business dealings or by any practice they have established between themselves. Furthermore, the parties shall not be bound by any practice considered generally applicable and widely known in the insurance industry by parties to similar policies.
- If the insurance company sends a legal statement in a registered mail requesting return receipt, it shall be considered served even if the mail is refused by the recipient, or if the mail is returned from the delivery address – as registered by the insurance company – with an endorsement ‘Addressee not at address’ or ‘Mail unclaimed’.

Looking forward to a successful cooperation:
Márk Lengyel, Zsuzsanna Csoknyainé Balázs

Effective from: July 1, 2014

COMPANY WORLD TRAVEL UTASBIZTOSÍTÁS
Általános és különös biztosítási feltételek
EUB2014-77CO

Jelen általános biztosítási feltételek (a továbbiakban: általános feltételek) és különös biztosítási feltételek (a továbbiakban: különös feltételek) - ellenkező megállapodás hiányában - az Európai Utazási Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársasággal (a Biztosítási Cégcsoportok Jegyzékében szereplő, Generali Csoporthoz tartozó Társaság, székhelye: 1132 Budapest, Váci út 36-38. a továbbiakban: Biztosító;.) a jelen általános és különös feltételekre hivatkozással kötött biztosítási szerződésekre (a továbbiakban: biztosítási szerződés) hatályosak. Jelen általános feltételekben, valamint a különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

A biztosítási szerződés részét képezi továbbá az Európai Utazási Biztosító Zrt. Ügyféléjtájékoztatója is.

Jelen szerződés nem minősül fogyasztói szerződésnek.

I. Általános Feltételek

1. Fogalmak

(1) Autó-motorsport:

- (a) bármely gépi erővel hajtott közlekedési eszköz (pl. motor vagy gépjármű) közúton kívül, vagy versenypályán történő használata,
- (b) bármely autó- vagy motorversenyen történő részvétel, vagy az arra történő felkészülés, edzés,
- (c) közúti forgalomban nem engedélyezett bármely jármű használata,
- (d) cross- vagy triálmotor használata,
- (e) bármely szervezett motoros- vagy autós kalandtúrán vagy túraversenyen történő részvétel (autós kalandtúrának minősül minden olyan nyilvánosan meghirdetett motoros- vagy autós túra, amelynek célja a szervezők által meghatározott földrajzi pont(ok) elérése).

(2) Baleset: Az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri és a biztosítás tartama alatt szakorvos által igazolt olyan anatómiai károsodást okoz, amely akut módon célirányos gyógyító beavatkozást indokol.

Nem minősül balesetnek:

- (a) a gyermekbénulás és a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok-, és/vagy agyvelőgyulladás,
- (b) a veszettség,
- (c) a tetanuszfertőzés,
- (d) az ember vagy állat vagy egyéb élőlény által terjesztett bármely fertőzés még abban az esetben sem, ha balesetszerű fizikális ok váltja ki,
- (e) a fagyás, kihűlés, kimerültség, a napszúrás, a megemelés és a hőguta,
- (f) a foglalkozási betegség (ártalom),
- (g) anatómiai képlet igazolt friss sérülésével nem járó, akut nyílt műtéti beavatkozást nem igénylő úgynevezett rándulásos balesetek,
- (h) porckorongsérv és egyéb sérvesedési megbetegedések,
- (i) ahol a friss baleseti eseménnyel közvetlen okozati összefüggésben anatómiai elváltozás a rendelkezésre álló orvosi iratok alapján nem állapítható meg.

(3) Biztosítási esemény: azon - a kockázatviselés kezdetéhez képest jövőbeni okkal okozati összefüggésben a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező – jelen feltétel adott fejezetében meghatározott események köre, melyek bekövetkezése esetén a Biztosító az adott biztosítási eseményt meghatározó fejezetében rögzített szolgáltatások teljesítését vállalja, feltéve, hogy a biztosítási feltételekben meghatározott, a Biztosító kockázatviselési kötelezettségét korlátozó valamely egyéb körülmény nem áll fenn (pl. kizárások, mentesülések esetei), és az adott esemény(ek) a biztosítási szerződés területi hatályán belül következtek be.

(4) Biztosítási időszak: a biztosítási kötvényen meghatározott időszak, amely azonos a biztosítás tartamával.

(5) Biztosítási nap: a Biztosító által vállalt kockázatviselés időtartamának egysége. Egy biztosítási nap egy naptári napnak felel meg.

(6) Biztosítási összeg: a Szolgáltatás-táblázatban és a II. Különös Feltételekben az adott szolgáltatás-típusra vonatkozóan meghatározott maximális összeg, amelyet a Biztosító biztosítási esemény bekövetkezése esetén – az I. 11. fejezetben meghatározott szabályok szerint - megfizetni vállal. A biztosító szolgáltatását kárbiztosítási szolgáltatásként (a biztosított kárának a szerződésben meghatározott módon és mértékben történő megtérítésével vagy a biztosított részére más szolgáltatás teljesítésével), vagy összegbiztosítási szolgáltatásként (a szerződésben meghatározott összeg megfizetésével) nyújtja.

(7) Biztosított személy életkora: A biztosítási szerződés szempontjából a kockázatviselés első napján vagy azt megelőzően betöltött életkor az irányadó.

(8) Biztosítási szerződés: az ajánlat, a kötvény és az abban meghatározott biztosítási feltételek együttesen. A feltételek és a kötvény eltérése esetén a kötvény tartalma irányadó.

(9) CompLine: a Biztosító elektronikus, web alapú nyilvántartási rendszere (Compline Utasbiztosítási Rendszer), amely a <http://www.eub.hu/login/login.php> címen érhető el, és amelyre a belépést a Biztosító a Szerződő részére megadott felhasználói azonosítóval és jelszóval teszi elérhetővé. A rendszer lehetővé teszi a Szerződő számára a jelen biztosítási szerződésre vonatkozó adatok nyomon követését és a szerződés-típusnak megfelelő adatok rögzítését és módosítását, a felületen feltüntetett útmutató szerint.

(10) Dologi kár: ha valamilyen tárgy megsérül, megsemmisül, vagy használhatatlanná válik.

(11) EUB-Assistance: a Biztosító szolgáltatási partnere, az Europ Assistance Magyarország Kft., aki a Biztosító telefonon keresztül éjjel-nappal elérhető segítségnyújtó szolgálatát (Tel.: +361 465 3666) is működteti.

(12) Elemi kár: jelen feltételek vonatkozásában elemi kárnak minősül: **villámcsapás, vihar, jégverés, sziklaomlás, kőomlás, földcsuszamlás, felhőszakadás, árvíz, földrengés**, melynek bekövetkezése az adott helyszínen az illetékes szakhatóság által dokumentált.

Villámcsapás: az a kár, amely: a biztosított vagyontárgyba közvetlenül becsapódó villám vagy gömbvillám pusztító ereje vagy hőhatása következtében keletkezik, valamint a biztosított elektromos gépekben, készülékekben és berendezésekben a villámcsapás miatti túlfeszültség vagy indukció által keletkezik.

Viharkár: az a kár, melyet a legalább 15 m/s sebességű szél nyomó-és/vagy szívó hatása a vagyontárgyban okoz ideértve a vihar által megbontott tetőn történő egyidejű beázás miatti károkat.

Jégverés: Jégszemek formájában lehulló csapadék által a biztosított vagyontárgyakban okozott törés, roncsolás, sérülés, valamint a jégverés által megbontott tetőn történő egyidejű beázás.

Sziklaomlás, kőomlás, földcsuszamlás: azok a károk, amelyeket a lehulló (elmozduló) szikladarabok, kőzetdarabok, illetve földtömeg a vagyontárgyakban okoznak, kivéve ha az esemény emberi beavatkozás, vagy valamely építmény tervezési, kivitelezési vagy karbantartási hibájának következménye.

Felhőszakadás: azok a károk, amelyeket a felhőszakadásból eredő, talajszinten áramló nagy mennyiségű vízfolyással, elöntéssel – ide értve az elvezetőrendszerek elégtelenné válása miatti elöntést is - a vagyontárgyakban okoz.

Árvíz: az állandó vagy időszakos jellegű természetes vagy mesterséges vízfolyások, tavak, víztárolók olyan kiáradása, amikor a víz árvíz ellen védett területet önt el, továbbá az árvízvédelmi töltések mentett oldalán a magas vízállás következtében fellépő buzárok és fakadóvizek vízhatása. Hullámtér: a folyók partélei és az árvízvédelmi töltések közötti terület. Nem mentett árterület: az árterületnek az a része, amely a folyómeder és a vele párhuzamosan épített közút, vasúti töltés vagy magaspárt, illetve települések belterületének határa között fekszik. Belvíz és talajvíz, vagy elöntés nélküli átnedvesedés, vagy felázás miatt, vagy a hullámtérben vagy a nem mentett árterületeken lévő lakóépületben keletkezett kár jelen feltételek értelmezésében nem minősül árvíznek.

Földrengés: az a kár, amelyet a kockázatviselés helyén az MSK-64 skála ötös fokozatát elérő földrengés okoz.

(13) Emberrablás (túszejtés): ha valaki a Biztosítottat személyi szabadságától - erőszakkal, illetve az élet vagy testi épség ellen irányuló közvetlen fenyegetéssel vagy védekezésre vagy akaratnyilvánításra képtelen állapotba helyezésével vagy ilyen állapotát kihasználva – megfoszt, és szabadon bocsátását valamely követelés teljesítésétől teszi függővé. Az **eltérítés** a Biztosított ellen elkövetett olyan emberrablás, amelyet az elkövető a Biztosított által jogszerűen utazási célra igénybevett menetrendszerű repülőgép, hajójárat vagy vonat jogellenes elfoglalásával vagy jogellenesen megszerzett irányításával követ el. Jelen szerződés vonatkozásában a Biztosított hozzátartozója által elkövetett cselekmény nem minősül emberrablásnak.

(14) Európai Egészségbiztosítási Kártya (továbbiakban: EEK): az Európai Unió tagállamainak állampolgárai részére rendszeresített – kártya formátumú – nyomtatvány (rövidítve pl. EEK/EHIC), amely az állampolgárság országán kívüli uniós államokban, továbbá a hatályos jogszabályokban meghatározott további országokban történő átmeneti tartózkodás során szükségessé váló egészségügyi ellátások igénylésére szolgál.

(15) Éves bérlet: olyan Biztosítási szerződés, amelynél a biztosítási időszak a biztosítási kötvényen a biztosítás kezdeteként megjelölt időponttól számított egy év, és ezen időszakon belül a Biztosító kockázatviselése egy adott külföldi utazás megkezdésének időpontjában kezdődik, és annak befejeződéséig, de legfeljebb a kezdő időponttól számítva a kötvényen „utazás hossza”-ként meghatározott számú napig tart. “Éves bérlet” típusú biztosítási szerződés a kockázatviselés első napján 70. életévét még nem töltött személyek részére köthető. A kockázatviselés kiterjed a téli sportok hobbi sportolónak történő – nem versenyszerű gyakorlására is.

(16) Extrém sport: autó-motorsport, búvárkodás légzőkészülékkel vagy légzőkészülék nélkül, sziklamászás, hegymászás, mesterséges fal-mászás, bármilyen jellegű expedíciós tevékenység, barlangászat, vadászat, vadvízi evezés és rafting, hótalpas túrázás, tengeri kajak, hydrospeed, motorcsónakkal vontatott "banán", motorcsónakkal vontatott „air-chair” és gumitömlő, jetski, vízisí, wakeboard, kitesurf, surf, windsurf, vitorlázás, mountain-bike, down-hill kerékpározás, hegyi roller, mountain-board, triál- vagy BMX kerékpár használata,

pályán kívüli sielés vagy snowboardozás, quad (három- vagy négykerekű motor) használata, bungee jumping, canyoning, bármilyen jellegű ejtő- és siklóernyő használata, base-jumping, paplanernyőzés, motoros szán használata, küzdősportok, motor nélküli légi járművel történő utazás (személyzet vagy utas minőségben egyaránt), motoros légi járművel történő utazás (személyzet vagy utas minőségben egyaránt) kivéve a személyszállításra vonatkozóan az előírt hatósági engedéllyel üzemelő menetrendszerinti légi járatokon utasként történő utazás, és menetrendben szereplő charter légi járaton történő utazás, lovaglás, fogathajtás, téli sportok, valamint minden egyéb jelentős balesetveszéllyel járó sporttevékenység gyakorlása.

(17) Fizikai munkavégzés: Olyan munkavégzés, amely jelentős fizikai erő kifejtését igényel illetve - pl. a munkavégzés helyszínéből vagy körülményeiből adódóan – a szellemi jellegű irodai munkavégzés kockázatát meghaladó balesetveszéllyel jár. Személygépjármű vezetése nem minősül fizikai munkavégzésnek.

(18) Fogyasztó: Fogyasztónak minősül a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

(19) Hegymászás: a hegyvidéken történő túrázás, ha annak során a Biztosított a kijelölt turistaútról letér vagy az útvonal gleccseren vezet át, vagy az útviszonyok speciális felszerelés használatát indokolják (pl. kötélbiztosítás, hágóvas, jégcsákány stb.). Hegymászásnak minősül továbbá a "Klettersteig" ("via Ferrata") típusú és egyéb mesterséges segédeszközökkel járhatóvá tett útvonalakon, valamint a 3.500 méter tengerszint feletti magasság fölött történő túrázás. Ha **egy adott útvonal bármely szakaszára teljesülnek** az előbb leírt feltételek (pl. az útvonal egy része „Klettersteig” /"via Ferrata" jellegű, vagy gleccseren vezet át), akkor **az adott útvonal egyéb szakaszain történő tartózkodás is hegymászásnak minősül.**

(20) Hiteles orvosi dokumentáció: A biztosítási esemény bekövetkezésének helyén működési engedéllyel rendelkező orvos (szükség esetén szakorvos) által kiállított orvosi szakvélemény.

(21) Hivatalos (üzleti) utazás: a magánszemély jövedelmének megszerzése és a Szerződő tevékenységével összefüggő feladat ellátása érdekében szükséges olyan külföldi utazás vagy kiküldetés, amelyen a Biztosított a Szerződő írásos megbízása alapján, a Szerződő képviselőjeként vesz részt..

(22) Hobbi sportoló: aki az adott sporttevékenységet nem versenyző sportolóként végzi.

(23) Hordozható számítógép: jelen szerződés vonatkozásában hordozható számítógépnek minősülnek: netbook, notebook, laptop, tablet pc, e-book olvasó.

(24) Írásbeli nyilatkozat: a felek között írásbelinek minősül az email útján megküldött nyilatkozat, amelynek közlésére a jognyilatkozatban foglalt tartalom változatlan visszaidézésére, a nyilatkozattevő személyének és a nyilatkozat megtétele időpontjának azonosítására alkalmas formában kerül sor (pl. a biztosítási szerződésben a Szerződő által kapcsolattartásra megjelölt e-mail címéről beérkező elektronikus levélben közölt nyilatkozatok vagy a kézírással aláírt nyilatkozat elektronikus – scannelt vagy faxolt - formája).

(25) Kizárás: A biztosító a kockázatviselésének köréből kizár az általános és különös feltételekben meghatározott eseményeket, amelyek jelen szerződési feltételek alapján nem minősülnek biztosítási eseménynek, azaz azokat nem fedezi jelen biztosítás.

(26) Kórház: Az egészségügyi ellátás országában illetékes hatóság és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak - még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg ellátást végeznek - a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, feltéve, hogy a Biztosított az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.

(27) Kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésben részesül az a személy, aki az éjszakát is a kórházban tölti. A kórházi fekvőbeteg-gyógykezelés a kórházi ápolás első napjával kezdődik és annak utolsó napjáig tart.

(28) Kötvény: a biztosító által a szerződő fél részére hozzáférhetővé tett írásbeli fedezetigazolás, amely tartalmazza a szerződés lényeges tartalmát, így különösen a szerződő felekre, a biztosítottak csatlakoztatásának módjára, a biztosítás tartamára és területi hatályára, díjára és az alkalmazott biztosítási feltételekre vonatkozó adatokat.

(29) Közeli hozzátartozó: Jelen feltételek alkalmazásában közeli hozzátartozó a házastárs, az élettárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér.

(30) Közlekedési baleset: A Biztosítottat ért, a bekövetkezés helyén illetékes rendőrség által jegyzőkönyvvel dokumentált, mozgó jármű haladásával, vagy megállásával összefüggésben bekövetkezett baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként, vagy utasaként szenved balesetet. A Biztosító eltérő fogalom-meghatározást alkalmaz az E) Poggyászbiztosítás vonatkozásában, amelyre az E) fejezetben meghatározottak irányadók.

Nem minősül közlekedési balesetnek:

(a) a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkezésében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre,

(b) a jármű utasát érő olyan baleset, amely nem a jármű, vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.

(31) Közlekedési költség: az a közlekedési többletköltség, amely a biztosítási eseménnyel összefüggésben rendkívüli kiadást jelent a Biztosított részére, így különösen ha egy adott tömegközlekedési eszközzel történő

utazás csak a viteldíj újbóli megfizetésével vagy az eredeti menetjegy - többletköltséggel járó - átíratásával lehetséges, illetve ha - személygépjárművel történő utazás esetén - egy eredetileg nem tervezett utazás vagy az eredeti útvonal meghosszabbodása az üzemanyagra és útdíjakra vonatkozóan többletköltséget eredményez. A Biztosító térítése a következő közlekedési módok valamelyikére vonatkozhat: menetrendszerű vonat (2. osztály) vagy buszjegy vagy turista-osztályra szóló repülőjegy, vagy ezek átíratási költségei, vagy személyautó üzemanyagköltsége (számla alapján, de max. 10 l/100 km) és az útdíj jellegű költségek (pl. autópálya-matrica kizárólag az adott rendkívüli utazás időtartamára - számla alapján).

Külföldről történő hazautazás esetén a Biztosító közlekedési többletköltségek térítését csak abban az esetben vállalja, ha a biztosított hazautazása a biztosítási szerződés időbeli hatályán belül személygépjárművel vagy valamely tömegközlekedési eszközzel igazolható módon megoldott lett volna, és ennek igénybe vétele kizárólag a biztosítási esemény bekövetkezése miatt nem lehetséges.

(32) Külföld: Lakóhely országán kívül minden más ország területe, a szerződés területi hatályán belül. A **külképviseltek területe a biztosítási szerződés vonatkozásában nem minősül a képviselt állam területének, hanem azon ország területének tekintendő, amelynek területén földrajzilag található.**

(33) Külföldi utazás: Olyan utazás, amely a lakóhely országának területéről indul, célállomása egyértelműen külföldi ország területe, és amely az adott külföldi országból a lakóhely országának területére történő hazautazással fejeződik be.

(34) Lakóhely országa: Magyarország, kivéve ha a kötvény ettől eltérően rendelkezik.

(35) Lejelentés: az a folyamat, melynek során a Szerződő a CompLine felületen rögzíti az általa megjelölt Biztosított személyeket név és születési dátum megadásával, illetve a biztosítani kívánt utazások időtartamát a kezdőnap és az utazás utolsó napjának megadásával. Kizárólag éves bérlet típusú szerződés vonatkozásában lejelentésnek az a folyamat minősül, melynek során a Szerződő által közölt adatok alapján a CompLine felületen a Biztosított személyek neve és születési dátuma rögzítésre kerül.

(36) Légikatasztrófa: ha menetrendszerű személyszállítást végző, az erre a tevékenységre hatóságilag előírt engedélyekkel rendelkező repülőgépen a Biztosított utas minőségben tartózkodik, és a légi jármű a felszállást követően lezuhan, illetve kényszerleszállást hajt végre.

(37) Orvos: Az adott gyógykezelés jellegéhez szükséges szaktudást igazoló humán orvosi diplomával rendelkező és az ellátás helyének hatósági előírásai szerint orvosnak minősülő személy, aki az adott típusú egészségügyi ellátás végzéséhez a szükséges – az ellátás helyén illetékes hatóság és/vagy szakmai felügyelet által kiállított – hatósági engedélyekkel rendelkezik és az ellátás helyén az orvosokra vonatkozó országos nyilvántartásban szerepel. A Biztosított – vagy azon személy, akinek az egészségi állapotával összefüggésben következik be a biztosítási esemény – hozzátartozója, vagy vele közös háztartásban élő személy a biztosítási feltételek szempontjából nem minősül orvosnak, abban az esetben sem, ha az előbbi feltételeknek megfelel.

(38) Orvosi ellátás: Az orvos által végzett egészségügyi ellátás.

(39) Orvosi szakvélemény: írásos orvosi dokumentáció, mely tartalmazza a diagnózist, az orvosi kezelés időpontját és részletes leírását, az elvégzett vizsgálatok leleteit (képalkotó vizsgálatok esetén azok leírását is), valamint az ellátó intézmények, orvosok egyértelmű megjelölését.

(40) Sorozatkár: A sorozatkárok egy biztosítási eseménynek minősülnek. Jelen szerződés alkalmazása szempontjából sorozatkár az, ha egyazon biztosított károkozó magatartásból több kártérítési kötelezettség származik és az ok (a biztosított magatartása) és az okozatok közötti összefüggés fennáll.

(41) Sürgősségi (orvosi) ellátás: az a hiteles orvosi szakvéleménnyel igazolt orvosi ellátás, amelyet az alábbi okok valamelyike miatt vesz igénybe az adott személy:

(a) Ha az azonnali orvosi ellátás elmaradása előreláthatóan az adott személy életét, illetve testi épségét veszélyeztetné, vagy az adott személy egészségében, illetve testi épségében helyrehozhatatlan károsodást okozna,

(b) Ha az adott személy betegségének tünetei (eszméletvesztés, vérzés, heveny fertőző megbetegedés, magas láz, hányás, stb.) alapján azonnali orvosi ellátásra szorul,

(c) Ha az adott személy a biztosítás hatálya alatt hirtelen bekövetkezett súlyos egészségkárosodása miatt azonnali orvosi ellátásra szorul,

(d) baleset folytán azonnali orvosi ellátásra szorul.

(42) Szellemi munkavégzés: jelentős fizikai erőfelfejtést nem igénylő munkavégzés irodai körülmények között vagy balesetveszély szempontjából azzal egyenértékű egyéb helyszínen. Termelő üzemben, építési helyszínen, erőműben vagy bányában történő, valamint egészségügyi munkavégzés, nem minősül irodai munkavégzésnek abban az esetben sem, amennyiben a végzett tevékenység jelentős fizikai erőfelfejtést nem igényel.

(43) Szerződés típusa: a biztosítási kötvényen meghatározott, a szerződés következő jellemzőit tartalmazó összesítés: a biztosított személy csatlakoztatásának módja, kockázatviselésre, az elszámolásra és a díjvisszatérítésre vonatkozó szabályok.

(44) Szolgáltatás-táblázat: a kötvény melléklete, amely az adott biztosítási szerződés vonatkozásában az egyes szolgáltatásokra meghatározott maximális biztosítási összegeket tartalmazza.

(45) Szolgáltatás típusa: a Szolgáltatás-táblázatban és a Különös feltételekben A), B), C), D), E), F), G), H), I), J) betűvel jelölt különböző szolgáltatás-csoportok egyike.

(46) Téli sportok: sí-, snowboard-, szánkó-, korcsolya-, motoros szán használata, hórafting.

(47) Terrorcselekmény: olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

(48) Területi hatály: az a földrajzilag meghatározott terület, amelyen belül bekövetkezett biztosítási eseményekre a Biztosító kockázatviselése kiterjed. A biztosítási szerződésre irányadó területi hatályt a kötvény tartalmazza. Jelen szerződés vonatkozásában a következő területi hatály kategóriák alkalmazhatóak:

- **Európa 1 területi hatály:** - a következő országok földrajzi Európához tartozó része: Albánia, Andorra, Ausztria, Belgium, Bosznia-Hercegovina, Bulgária, Csehország, Dánia, Egyesült Királyság, Észtország, Fehéroroszország, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Horvátország, Írország, Izland, Koszovó, Lengyelország, Lettország, Lichtenstein, Litvánia, Luxemburg, Macedónia, Málta, Moldávia, Monaco, Montenegró, Németország, Norvégia, Olaszország, Portugália, Románia, San Marino, Spanyolország, Svájc, Svédország, Szerbia, Szlovákia, Szlovénia, Ukrajna, Vatikán; továbbá Törökország teljes területe és Ciprus.

- **Világ 1 területi hatály:** az **Európa 1** területi hatály alá eső területek, valamint az ezen kívüli országok, kivéve a földrajzilag Észak-, Közép- és Dél-Amerikához tartozó államok, Ausztrália és Új-Zéland területe (A Világ 1 területi hatályba tartozik az Orosz Föderáció teljes területe is.)

- **Világ 2 területi hatály:** a Világ 1 területi hatály kiegészülve a földrajzilag Észak-, Közép- és Dél-Amerikához tartozó államok, valamint Ausztrália és Új-Zéland területével.

(49) Tevékenység: azok a biztosítási kötvényen a Biztosított személyekre vonatkozóan meghatározott tevékenységek, amelyekre a Biztosító kockázatviselése kiterjed a jelen feltételek 13. pontjában feltüntetett kizárásoktól eltérően.

(50) Utazások hossza: Az a leghosszabb folyamatos időtartam, amelyre a Biztosított személy egy adott külföldi utazása vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése kiterjed. (A külföldi utazás ezt meghaladó időszakára a Biztosító kockázatviselése abban az esetben sem terjed ki, amennyiben az több független lejelentés keretében kerül rögzítésre a CompLine-ban.)

(51) Versenyszerű sporttevékenység: versenyző sportoló által végzett sporttevékenység.

(52) Versenyző sportoló: aki egy adott sportágban a kockázatviselés időtartama alatt, vagy annak kezdetét megelőző két éven belül versenyen (pl. bajnokságon, meccsen) is indul, vagy az adott sportágban sportszervezetnek igazolt sportolóként nyilvántartott tagja.

2. A biztosítási szerződés alanyai (a Biztosító, a Szerződő, a Biztosított és a Kedvezményezett)

(1) **A Biztosító, az Európai Utazási Biztosító Zrt.**, amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a jogalap fennállása esetén a Szolgáltatás-táblázatban, valamint a különös feltételekben meghatározott szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.

(2) **Szerződő** az a jogi személy, aki a biztosítási szerződést megkötí és a biztosítási díjat megfizeti. A szerződő fél a szerződésről, a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról köteles a biztosítottat tájékoztatni.

(3) **Biztosított személy:** a Szerződő által a biztosítási kötvényen meghatározott szerződés típusnak megfelelően megjelölt – név és születési dátum alapján egyértelműen azonosítható - **legfeljebb 79 éves életkorú** természetes személy, feltéve, hogy **a lakóhely országában érvényes kötelező egészségbiztosítással rendelkezik vagy egészségügyi ellátásra jogosult.**

Kizárólag a következő esetekben a biztosítási szerződés Szerződője is Biztosítottnak minősül:

- az II. „D) Pogyásbiztosítás” vonatkozásában ha a Biztosított személy birtokában lévő útipoggyász egy része, vagy egésze a Szerződő tulajdonában áll,

(4) **A biztosító szolgáltatására jogosult:**

- kárbiztosítás esetén a biztosított, kivéve, ha a Szerződő valamely költséget előzetesen megfizetett és a Biztosító a biztosítási szerződés alapján ezen költségeket utóbb megtéríti, akkor az előzetesen megfizetett költség egészének vagy részének összegére a Szerződő jogosult.

- összegbiztosítás esetén a biztosított vagy a kedvezményezett.

Kizárólag a II. „C) Balesetbiztosítás” Baleseti halál szolgáltatása vonatkozásában a szerződő fél a kedvezményezettet a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki. Ha nem a biztosított a szerződő fél, mindezekhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A Biztosított életében esedékes Balesetbiztosítási szolgáltatások Kedvezményezettje a Biztosított, ha a szerződésben más Kedvezményezettet nem neveztek meg. A Biztosított halála esetén a Balesetbiztosítási szolgáltatások Kedvezményezettje a Biztosított örököse, ha a szerződésben más Kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a Kedvezményezett jelölése hatályát veszítette, illetve érvénytelen. A Kedvezményezett jelölésére vonatkozóan nyilatkozatot a CompLine rendszerben leírtak szerint, az ott elérhető Kedvezményezetti Nyilatkozat nyomtatvány hiánytalan kitöltésével lehet megtenni legkésőbb a kockázatviselés kezdetét megelőző napon.

3. A biztosítási szerződés létrejötte (a biztosítási szerződés megkötése)

A Szerződő a Biztosító CompLine rendszer ajánlatkérő felületén igényelhet biztosítási fedezetet a Biztosítótól. Az ajánlatkérő felület teljeskörű kitöltése esetén a Biztosító a kért biztosítási fedezetre ajánlatot tesz a Szerződő részére, amely tartalmazza a biztosítási szerződés jellemzőit és a biztosítási díjat. A biztosítási szerződés a Biztosító ajánlatának a Szerződő által történő írásbeli elfogadásával jön létre. Ha a Szerződő – az ajánlaton megadott érvényességi határidőn belül – nyilatkozik arról, hogy az ajánlatot elfogadja; és a biztosítási díj beérkezett a biztosítóhoz, akkor a Biztosító – a díj beérkezését követő legfeljebb 2 munkanapon belül – a létrejött szerződésről kötvényt állít ki.

A Szerződő kérheti a Biztosító ajánlatának módosítását, de a Biztosító nem köteles ajánlatát a Szerződő kérésének megfelelően módosítani. A Biztosító a Szerződő módosítási kérelmének beérkezésétől számított 15 napon belül köteles írásban nyilatkozni a módosítási kérelem elutasításáról vagy elfogadásáról. A Szerződő módosítási kérelmének megfelelő tartalmú kötvény kiállítás helyettesíti a Biztosító által tett elfogadó nyilatkozatot. Ha a Szerződő az ajánlatra az ajánlaton szereplő érvényességi határidőn belül írásban nem válaszol a Biztosító felé, akkor a biztosítási szerződés nem jön létre.

4. A kockázatviselés

(1) A biztosító kockázatviselése az egyes Biztosítottak vonatkozásában a **kötvényen a biztosítási időszakon belül – a Szerződés típusa szerint** - meghatározott időpontban kezdődik meg, és az ott meghatározott időpontig, de legfeljebb a kötvényen **utazás hosszaként** megadott számú napig tart. A kockázatviselés kezdete nem lehet későbbi a kötvény lejáratánál.

A Biztosított halála esetén az adott személyre vonatkozó kockázatviselés megszűnik az elhalálozás időpontjában.

(2) „**Vészhelyzet védelem**”: a biztosító szolgáltatása a **kockázatviselés meghosszabbítása** egy külföldi utazás vonatkozásában a biztosítási kötvényen meghatározott kockázatviselés időtartamához képest további egy nappal (de ezen belül legfeljebb a lakóhely országának területére történő megérkezés időpontjáig), ha a Biztosított hazautazása bizonyíthatóan – a biztosítási szerződés tartamának utolsó két napja alatt bekövetkező – alább felsorolt-okok valamelyike miatt váratlanul meghosszabbodik:

- (a) az a gépjármű, amellyel a biztosított utazik, közlekedési balesetet szenved,
- (b) rendkívüli időjárási körülmények vagy természeti katasztrófa miatt a hazautazás útvonalán az illetékes hatóság váratlanul útlezárást, légügyi zárlatot, vagy hajózási tilalmat rendel el,
- (c) a hazaútra igénybe vett menetrendszerű légitársaság – amelynek a menetrend szerinti érkezési időpontja a magyarországi célállomáson a biztosítási szerződés időbeli hatályán belül van – késése, vagy a járat törlése miatt az érkezési időpont a szerződés időbeli hatályán kívülre tolódik,
- (d) a hazautazás útvonalán a közlekedést bizonyíthatóan akadályozó sztrájk, amellyel összefüggésben az – eredetileg a biztosítási szerződés időbeli hatályán belül történő - hazautazás a szerződés kötvényen meghatározott időbeli hatályán kívülre tolódik.

A kockázatviselés fentiek szerinti meghosszabbítására a Biztosított kizárólag abban az esetben jogosult, ha a hazautazást a kockázatviselésnek a biztosítási szerződésben eredetileg meghatározott tartama alatt megkezdte, majd a késleltető okok elhárulását követően a hazautazás haladéktalanul megtörtént.

5. A szerződés illetve a kockázatviselés megszűnésének esetei

A biztosítási szerződés és a kockázatviselés megszűnik díjvisszatérítés esetén abban az időpontban, amikortól kezdődő időtartamra vonatkozóan a Biztosító visszafizeti a díjat.

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a biztosítási kötvényen meghatározott lejáratú időpontban, de a Biztosító kockázatviselése továbbra is fennáll a szerződés érvényességi tartamán belül történt lejelentések vonatkozásában a lejelentésben adott személyre vonatkozóan meghatározott kockázatviselési időtartam végéig,
- ha a Szerződő jogutód nélkül megszűnik, akkor a jogutód nélküli megszűnés időpontjában.

A Feleket megilleti az azonnali hatályú felmondás joga a biztosítási szerződés rendelkezéseinek bármely fél általi súlyos megszegése, illetve valamely jogszabály által előírt kötelezettség súlyos megsértése esetén.

6. A biztosítás területi hatálya

(1) A biztosítási szerződés hatálya **külföldre, a biztosítási kötvényen megjelölt területi hatályon belül** elhelyezkedő földrajzi területekre terjed ki.

(2) Kizárólag a Biztosított külföldi utazása alatt bekövetkező **közlekedési baleset** vonatkozásában a lakóhely országának területén bekövetkező eseményekre is kiterjed a Biztosító kockázatviselése a következő szolgáltatások vonatkozásában:

- II. C) Balesetbiztosítás,
- II. D) Poggyászbiztosítás részben: közlekedési balesettel összefüggésben vállalt szolgáltatások.

(3) **A biztosítási szerződés területi hatálya nem terjed ki az olyan országok vagy térségek területére, amelyek a kockázatviselés első napján vagy a Biztosított által az adott országba/területre történő beutazás napján a Magyarország Külügyminisztériuma által nem javasolt utazási célországok és térségek között szerepelnek** (lásd <http://konzuliszolgalat.kormany.hu/utazasra-nem-javasolt-tersegek>). Amennyiben a minősítés kihirdetésének időpontjában a Biztosított már az adott területen tartózkodik, akkor a Biztosító kockázatviselése a kihirdetés időpontját követő legfeljebb 30. napon megszűnik, kivéve, ha a minősítést időközben feloldják, vagy a Biztosító és a Szerződő írásban ettől eltérően állapodik meg.

(4) A biztosítási szerződés területi hatálya **nem terjed ki az Antarktisz területére.**

7. A Szerződő kötelezettségei

(1) Tájékoztatási kötelezettség

(a) A Szerződő köteles a biztosítottat a biztosítási szerződés biztosítottak személyét érintő részéről, különösen a biztosítottra vonatkozó szolgáltatásokról, valamint a Biztosító kockázatviselésének időbeni és területi hatályáról tájékoztatni.

(b) A Szerződő köteles a biztosítottakat tájékoztatni a biztosítási feltételekben illetve az ügyféltájékoztatásban foglaltakról, és felhívni a biztosítottak figyelmét azokra a szolgáltatásokra, amelyekre vonatkozóan nem a Biztosított, hanem a Szerződő a jogosult.

(c) A Szerződő köteles a biztosítási szerződésben megadott adatok változása esetén a változásról a Biztosítót haladéktalanul írásban értesíteni, különös tekintettel a biztosító kockázatviselését közvetlenül befolyásoló adatok változására.

(2) Együttműködési kötelezettség

A Szerződő köteles a Biztosítóval és a Biztosítottal együttműködni a biztosítási esemény bejelentése és a szolgáltatási igény elintézése során.

8. A Biztosított kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettsége

(1) A Biztosított köteles bármely tevékenységének végzése során az általában elvárható magatartást tanúsítani.

(2) Baleset bekövetkezésekor vagy betegség tüneteinek jelentkezésekor legkésőbb 1 napon belül orvosi segítséget kell igénybe vennie, és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell. Az orvosi kezelés során – az orvosi javallat figyelembevételével mellett – a Biztosítóval együttműködve kell eljárni.

Életveszélyes állapot esetén a bekövetkezés helyén általánosan használt egészségügyi segélyhívó telefonszámon kell azonnali segítséget kérni a helyi sürgősségi ellátást koordináló központtól.

(3) A Biztosított köteles az utazási területre vonatkozóan az ÁNTSZ által előírt egészségügyi megelőző intézkedéseket megtenni, így pl. a szükséges védőoltásokat, megelőzést szolgáló gyógyszereket a megfelelő időpontban és adagolás szerint bizonyítható módon igénybe venni. A Biztosító kérésére köteles pl. az oltási könyv, a gyógyszer kiváltására vonatkozó bizonylat illetve egyéb dokumentum. másolatát benyújtani igazolásként.

(4) Kármegelőzést szolgáló tevékenységek költségének megtérítését a biztosító nem vállalja.

9. A biztosítási díj

9.1. A biztosítási díj megállapítása

A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének ellenértéke. A biztosítási díj mértékét és a díjfizetésre vonatkozó rendelkezéseket a biztosítási kötvény tartalmazza.

10. A Biztosító szolgáltatása

(1) A Biztosító a biztosítási szerződés alapján a biztosítási esemény bekövetkezését és bejelentését követően, a jogalap fennállása esetén teljesíti a II. Különös feltételekben meghatározott szolgáltatásokat.

(2) A Biztosító a szolgáltatásokat egy Biztosított személyre vonatkozóan egy adott külföldi utazás időtartama alatt összesen legfeljebb a biztosítási szerződésben meghatározott termékre vonatkozóan a Szolgáltatástáblázatban és a II. Különös Feltételekben megadott maximális szolgáltatási összeghatárig nyújtja.

(3) Éves bérlet típusú termékek esetén az egy éves biztosítási időszak alatt a II. különös feltételek "D) Pogyászbiztosítás", az "E) Pogyáskésedelem", „F) Járatkésés”, „G) Közlekedési baleset miatt légijárat-lekésés” valamint az „J) Szállodai- és kemping felelősségbiztosítás” szolgáltatásokra vonatkozóan szolgáltatás-típusonként legfeljebb két biztosítási eseményre szolgáltat a Biztosító,

(4) A felső összeghatár nélküli és a H) Jogvédelmi segítségnyújtás és biztosítás és az I) Felelősségbiztosítás szolgáltatásokat a Biztosított egy külföldi utazásra vonatkozó kockázatviselés tartamán belül legfeljebb egy biztosítási eseményre vonatkozóan veheti igénybe.

(5) Jelen biztosítási szerződés különös feltételei további szolgáltatási összeghatárokat is tartalmazhatnak!

(6) Ha a Szolgáltatás-táblázatban meghatározott szolgáltatás mellett nincs feltüntetve konkrét szolgáltatási összeg, „limit nélkül” vagy „szolgáltatás” megjelölés, akkor a Biztosító ezt a szolgáltatást az adott szerződés vonatkozásában nem vállalja.

(7) Egy biztosítási eseménnyel összefüggésben a Biztosító bármilyen jogcímen fennálló szerződéses kötelezettségének felső határa összesen legfeljebb 300 millió forint, függetlenül az adott esemény által érintett szerződések és személyek számától, és az egyes szerződésekben Biztosítottanként, illetve eseményenként meghatározott szolgáltatási összegektől.

(8) A kapcsolattartás nyelve

A Biztosító és az EUB-Assistance a **Biztosítottal illetve a Biztosított megbízásában eljáró személlyel** történő kapcsolattartást **magyar vagy angol** nyelven vállalja. **Vitás esetben a magyar nyelven tett nyilatkozatok az irányadóak.**

(9) A Biztosító az EUR devizanemben meghatározott szolgáltatási összeghatárral rendelkező szolgáltatásnál a kifizetést banki átutalás útján EUR-ban teljesíti. A biztosítási összeg forintban történő postai utalását a Biztosító kizárólag magyarországi címre vállalja. Forintban történő kifizetés esetén a biztosító az EUR összeg átszámítását a Magyar Nemzeti Bank által a kifizetés napján meghatározott aktuális EUR-HUF árfolyamon végzi.

11. A Biztosító teljesítésének feltételei

11.1. Biztosítási esemény bejelentése, együttműködési és tájékoztatási kötelezettség

(1) A biztosítási esemény bekövetkezését a Szerződőnek vagy a Biztosítottnak a lehető legrövidebb időn – de legfeljebb 12 órán – belül az EUB-Assistance felé be kell jelentenie.

(2) A Biztosító – a közvetlen életveszély megszüntetéséhez szükséges orvosi beavatkozásokra vonatkozó szolgáltatások kivételével – csak abban az esetben vállalja a szolgáltatások teljesítését, ha a biztosítási esemény bekövetkezésének bejelentése a fentiek szerint megtörtént, a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges dokumentumokat az EUB-Assistance-hoz eljuttatják és az EUB-Assistance a szolgáltatások igénybevételét engedélyezi.

(3) Kivétel az (1) és (2) bekezdésben leírtak alól: „D) Poggyászbiztosítás”, az „E) Poggyászkésedelem (külföldön)”, a „F) Járatkésés külföldön és hazaérkezéskor” és a „G) Közlekedési baleset miatti légijárat-lekésés” fejezetekben leírt szolgáltatásoknál a biztosítási eseményt legkésőbb annak bekövetkezését követő 30 napon belül kell bejelenteni a Biztosító Ügyfélszolgálati irodája felé (1132 Budapest, Váci út 36-38., E-mail: karrendezes@eub.hu, tel.: (1) 452-35-80, fax: (1) 452-33-12, aktuális nyomtatványok letölthetők, valamint online kárbejelentési felület elérhető: www.eub.hu) a feltételekben a teljesítés feltételeként előírt dokumentumok benyújtásával.

(4) A Biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Biztosított magatartása miatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenül válnak alábbiak szerint:

(a) a biztosítási esemény bekövetkezését a fentiek szerint nem jelenti be,

(b) a szolgáltatási igény elbírálásához és a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges felvilágosítást nem adja meg, a szükséges információk beszerzésében nem működik közre, illetve a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé,

(c) bejelentése során az általuk tett nyilatkozatok és a hivatalos dokumentumok illetve a Biztosító rendelkezésére álló egyéb információk tartalma eltér egymástól,

(d) a Biztosító felé valótlan adatokat közöl.

(5) Ha a Szerződő vagy a Biztosított által a Biztosító felé tett nyilatkozatok indokolatlanul eltérnek egymástól, vagy az eltérés ésszerű illetve tényszerű indoka nem igazolt, úgy a Biztosító a korábban tett nyilatkozatot fogadja el valósnak.

11.2. A teljesítéshez szükséges dokumentumok

Az iratok Biztosító részére való eljuttatásának kötelezettsége a Szerződőt, a Biztosítottat vagy a Kedvezményezettet (a továbbiakban: ügyfél) terheli.

A szolgáltatási igény előterjesztésekor az alábbiakban felsorolt iratokat, valamint - szolgáltatás típusától függően - a II. Különös feltételek részben az egyes szolgáltatásokra vonatkozóan meghatározott iratokat kell késelem nélkül benyújtani:

(1) a szerződés/kötvény-számot, és – amennyiben a Biztosító azt külön kéri – a biztosítási kötvényt, a kötvényen meghatározott, a biztosítási fedezet igazolására alkalmas dokumentumokat és a hivatalos utazásra (kiküldetésre) vonatkozóan a Szerződő által a Biztosított nevére szólóan kiállított írásos megbízás,

(2) más biztosítónál azonos biztosítási érdekre megkötött és a biztosítási esemény napján is hatályos biztosítási szerződésre vonatkozó kötvényt, vagy más igazoló dokumentumot,

(3) a Biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul, és a valóságnak megfelelően kitöltött és a Biztosított illetve a Kedvezményezett vagy meghatalmazottja által aláírt szolgáltatási igénybejelentőt,

- (4) a külföldi utazással kapcsolatos összes utazási dokumentumot (teljes útvonalra szóló menetjegyek /repülő-, busz-, vonat- és hajójegy/, beszállókártyák, tankolási számlák, autópálya-matricák és kapu/alagút használati díjak számlái és azok megfizetését igazoló bizonylatok), útlevelet és vízummásolatot, szállásfoglalás visszaigazolását, hazaszállítás esetén útvonalleírást,
- (5) TAJ-kártya másolatát illetve az OEP írásbeli igazolását az érvényes társadalombiztosítási fedezetről, személyi igazolványt és lakcímkártyát, jogosítványt és forgalmi engedélyt,
- (6) baleseti jegyzőkönyvet, valamint munkahelyi baleset esetén a munkabaleseti jegyzőkönyvet,
- (7) közlekedési baleset vagy azzal összefüggő esemény esetén az illetékes hatóság által kiállított részletes helyszíni jegyzőkönyvet és a vizsgálatot lezáró határozatot,
- (8) a véralkoholszint megállapítására vonatkozó rendőrségi vagy orvosi szakvéleményt,
- (9) ha a szolgáltatási igény vonatkozásában nem a jogosult kíván eljárni, akkor az erre vonatkozó eredeti meghatalmazást,
- (10) ÁNTSZ által előírt védőoltások beadását igazoló oltási bizonyítványt,
- (11) a hatályos jogszabályok szerint engedélyköteles-, vagy valamilyen szakképzettséghez kötött tevékenység végzése során bekövetkező baleset esetén az előírt tevékenységi engedélyt vagy/és szakképzettséget hitelesen igazoló dokumentumot,
- (12) „Vészhelyzet védelem” szolgáltatás keretében a kockázatviselés díjmentes meghosszabbításának feltétele az alábbi dokumentumok benyújtása:
- a közlekedési balesetre vonatkozó rendőrségi jegyzőkönyv,
 - az illetékes hatóság igazolása vagy nyilvános közleménye az útlezárásra, légügyi- vagy hajózási zárlatra és annak okára vonatkozóan,
 - légitársaság kérésére vagy törlésére vonatkozóan a Biztosított nevére szóló repülőjegy, valamint az érintett légitársaság igazolása a késés tényére és időtartamára vonatkozóan,
 - sztrájk esetén az érintett vállalkozás, és az illetékes hatóság igazolása a sztrájk jellegére, időtartamára és arra vonatkozóan, hogy a sztrájk a Biztosított által megjelölt útvonalon és időpontban a közlekedést bizonyíthatóan akadályozta,
 - a Biztosított köteles meghatározni a hazautazás előtti utolsó tartózkodás helyét, ahonnan a hazautazás történt, és a hazautazás tervezett útvonalát, valamint az esemény pontos helyét és bekövetkezésének időpontját,
 - a Biztosító kérheti továbbá a tartózkodás helyének igazolására az ott igénybe vett szállásra vonatkozó számlát, és az útvonal igazolására az utazásra vonatkozóan történt üzemanyagszámla- és úthasználati díjra vonatkozó számlákat, vagy pedig az érvényes menetjegyet illetve a menetjegy-módosítás igazolását.

11.3. A Biztosító teljesítésének esedékessége

(1) A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az annak **elbírálásához szükséges valamennyi okmány beérkezését követő 15 munkanapon belül** – amennyiben a jogalap fennáll – teljesíti, vagy annak elutasításáról – indoklással együtt – írásban tájékoztatást küld.

(2) Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

(3) **A Biztosító nem vállal felelősséget azokért a károkért, amelyeket valamely szolgáltatásának késedelmes teljesítésével okozott, ha a késés a Biztosító illetve megbízottjai érdekkörén kívül álló eseményekre vezethető vissza (vis major jellegű események).**

(4) A Biztosító csak a helyi adottságok függvényében tudja vállalni a szolgáltatások megszervezését, és nem vállal felelősséget a helyi adottságokból (pl. ellátási színvonalból) adódó szolgáltatási hiányosságokért, illetve késedelmes teljesítésért.

12. A Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól

(1) A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt **jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással**

- (a) a Szerződő, illetve a Biztosított vagy velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk vagy vezető beosztást betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk okozta,
- (b) a Szerződő vagy a Biztosított valamely kármegelőzési és/vagy kárenyhítési kötelezettségének nem tett eleget.

(2) **Súlyos gondatlanságnak minősül:**

- (a) ha a biztosítási eseményt a Biztosított szenvedélybetegsége, vagy gyógyszer-, alkohol-, drog túladagolás okozta,
- (b) a Biztosítottnak a biztosítási esemény bekövetkezése idején fennálló alkoholos állapota,

- (c) a Biztosított által kábítószer-, kábító hatású anyag-, illetve gyógyszer-fogyasztása, kivéve, ha azokat a kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,
- (d) ha egy adott közlekedési baleset bekövetkezésekor a Biztosított legalább két, az adott országban a baleset időpontjában hatályos közlekedésrendészeti jogszabályt megszeg,
- (e) II. F) Poggyáskésedelem (külföldön) szolgáltatás vonatkozásában, ha a poggyász késedelmes kiszolgáltatása a Biztosított vagy hozzátartozója hibájából következik be,
- (f) érvényes forgalmi engedéllyel nem rendelkező gépjármű vezetése, vagy olyan gépjármű vezetése, amelyhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel a Biztosított nem rendelkezik,
- (g) ha a sporttevékenység folytatása során a Biztosított a szükséges védőfelszereléseket nem használta vagy az adott sportágra vonatkozóan általánosan elfogadott szabályokat nem tartotta be,
- (h) ha a Biztosított nem tartotta be az általa végzett tevékenységre vonatkozó – a tevékenység végzésének helye szerint illetékes - hatóság vagy az adott létesítmény üzemeltetőjének előírásait, valamint munkavégzés esetén az adott munkakörre vonatkozó szakmai szabályokat és baleset-megelőzési előírásokat,

(3) Balesetbiztosítás esetén a Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a Biztosított halálát a biztosítási összegre jogosult szándékos magatartása okozta.

13. Kizárások

(1) Nem fedezi a biztosítás azon eseményeket, amelyek oka egészben vagy részben:

- (a) kóros elmeállapot,
- (b) ionizáló sugárzás,

- (c) nukleáris energia,
- (d) háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény (kivéve az II. A) 2.2.(4) pontban és a B) 7. pontban szereplő szolgáltatások vonatkozásában), munkahelyi rendbontás, határvillongások, felkelés,
- (e) a Biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete.
- (f) gyógyszer-, alkohol- vagy drog-elvonás.

(2) Nem fedezi a biztosítás az alábbi tevékenységek végzése közben bekövetkező eseményeket, valamint azokat az eseményeket, melyek oka egészben vagy részben az alábbi tevékenységek folytatása:

- (a) bármely olyan sportágban folytatott sporttevékenység, amely sportágban a Biztosított versenyző sportolónak minősül, kivéve, ha a kötvény ettől eltérően rendelkezik,
- (b) fizikai munkavégzés, kivéve, ha a kötvény ettől eltérően rendelkezik,
- (c) bármely fegyver használata,
- (d) extrém sportok gyakorlása, kivéve, ha a kötvény ettől eltérően rendelkezik.

(3) Nem fedezi a biztosítás:

- (a) a következményi károkat,
- (b) a sérelemdíjat,
- (c) azokat a költségeket, amelyek a Szerződő vagy a Biztosított jelen biztosítási szerződésből eredő kötelezettségeinek késedelmes teljesítése miatt keletkeznek.
- (4) Nem fedezi a biztosítás továbbá a II. Különös feltételekben leírt szolgáltatás-típusok vonatkozásában az ott leírt eseteket.
- (5) Nem fedezi a biztosítás a kármegelőzést szolgáló intézkedések költségeit.

14. A panaszok bejelentése, panaszforum

(1) Véleménykülönbség fennállása esetén az erről szóló bejelentést, illetve a szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben), a Biztosítónál lehet bejelenteni.

Az ügyfélszolgálat címe: 1132 Budapest, Váci út 36-38. Telefon: (+36) 1 452 3580, Fax: (+36) 1 452 3312, e-mail: ugyfelszolgalat@eub.hu

(2) A Biztosító köteles a panaszokat, bejelentéseket kivizsgálni, és vizsgálata eredményéről a panaszosnak - a levél Biztosítóhoz való beérkezését követő - **30 napon belül írásban tájékoztatást adni.**

(3) Telefonon történő panaszkezelés esetén a Biztosító és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a Biztosító hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt egy évig megőrzi. Az ügyfél – egy éven belül - a hangfelvételt kérése esetén visszahallgathatja, továbbá kérés esetén térítésmentesen rendelkezésre bocsátja a hangfelvételtől készített hitelesített jegyzőkönyvet.

(4) A Biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha az ügyfél a panasz kezelésével nem ért egyet, a Biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja. Telefonon közölt szóbeli panasz esetén a Biztosító az ügyfél részére a panaszról felvett jegyzőkönyvet a panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott állásponttal (válasszal) együtt megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a Biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, majd fentiek szerint jár el.

(5) A Biztosító a panaszt és az arra adott választ három évig őrzi meg.

(6) A Biztosító felügyeleti szervét, annak elérhetőségét, illetve az eredménytelen panaszkezelés miatt igénybe vehető jogorvoslati lehetőségeket az Ügyféltájékoztató tartalmazza.

15. Elévülési idő

(1) A biztosítási szerződésből eredő igények 2 év elteltével évülnek el.

(2) Az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik:

- a biztosítási esemény bejelentésének elmaradása esetén a biztosítási esemény bekövetkezésekor,
- a biztosítási esemény bejelentése esetén az utolsó iratnak a biztosítóhoz történt beérkezését követő 15. napot követő napon,
- a biztosítási esemény bejelentése esetén, ha a biztosító által igényelt iratcsatolás vagy információszolgáltatás elmarad, a biztosító által ennek teljesítésére meghatározott határnapot követő napon, határidő hiányában a felhívást tartalmazó levél keltétől számított 30. napot követő napon,
- egyéb esetben a követelés esedékessé válásának napján.

16. A Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi általános szerződési feltételektől eltérő szabályok

Tisztelt Ügyfeleink figyelmét külön is felhívjuk a jelen általános utasbiztosítási feltételek azon szabályaira, melyek a hatályos Polgári Törvénykönyv rendelkezéseitől vagy a korábbi általános szerződési feltételtől eltérnek. A nyomtatékos figyelemfelhívás érdekében ezen rendelkezéseket jelen pontban összefoglaltuk.

Jelen pont nem tartalmazza az általános feltételek azon – korábbi általános szerződési feltételtől eltérő - rendelkezéseit, melyek módosítása a 2014. március 15-én hatályba lépett, a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvénynek történő megfelelés érdekében történt.

(1) A szerződés létrejöttére vonatkozó szabályok I. 3. pontban.

(2) A biztosító által fedezett biztosítási események száma az 10.(3) és (4) pontok szerint meghatározott.

(3) Az elévülési idő 2 év

(4) A H) Jogvédelmi segítségnyújtás és biztosítás és az I) Felelősségbiztosítás, valamint a J) Szállodai- és kemping- felelősségbiztosítás szolgáltatás esetén:

- A biztosítási fedezet nem terjed ki a sérelemdíjra.
- A biztosító az eljárási költségeket – így különösen jogi képviselő költsége, illetékek, szakértő díja - és a kamatokat a biztosítási összeg keretei között, legfeljebb annak mértékéig téríti.

(5) A díjvisszatérítésre vonatkozó szabályok a kötvény szerint.

II. Különös Feltételek

A) Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás

1. Biztosítási esemény

(1) A Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt külföldön bekövetkező olyan megbetegedése vagy balesete, amely miatt a Biztosított indokoltan külföldön sürgősségi orvosi ellátásban részesül, továbbá a Biztosított ezzel összefüggésben külföldön bekövetkező halála.

(2) A biztosítási esemény időpontja a baleset bekövetkezésének időpontja, megbetegedés esetén a tünetek jelentkezésének időpontja, vagy az egészségkárosodás észlelésének időpontja.

2. Az egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás szolgáltatásai

2.1. Orvosi és mentési költségek térítése

(1) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén **a külföldi sürgősségi ellátás és az ehhez kapcsolódó mentés alábbi költségeinek** megtérítését vállalja:

- (a) orvosi vizsgálat, orvosi gyógykezelés,
- (b) névre szóló orvosi rendelvényre történt gyógyszervásárlás,
- (c) orvoshoz vagy kórházba történő - mentőszolgálat által végzett – betegszállítás (beleértve az indokolt hegyi, vízi illetve helikopteres mentés költségeit is),

(d) **kórházi gyógykezelés** (fekvőbeteg-ellátás), melyre vonatkozóan a Biztosító egy adott külföldi utazás időtartama alatt történt biztosítási események vonatkozásában összesen **legfeljebb 30 napra** vonatkozóan vállal szolgáltatást, függetlenül a biztosítási események számától. **Ha egy külföldi utazás időtartamára a Biztosítóval több biztosítási szerződés jött létre, akkor a fenti korlátozás valamennyi szerződésre együttesen a teljes külföldi utazás időtartamára érvényes, függetlenül a biztosítási szerződések és biztosítási események számától, feltéve, hogy jelen korlátozás az érintett szerződéseknek is része.**

(e) laborvizsgálatok,

(f) intenzív ellátás,

(g) az általános orvosi gyakorlat szerint halaszthatatlan műtét,

(h) mankók, térd- és könyökrögző, kompressziós harisnya orvosi rendelvényre történő vásárlása,

(i) sürgősségi terhességi vagy szülészeti ellátás **legfeljebb a terhesség 24. hetének végéig,**

(j) **sürgősségi fogászati ellátás és nem baleseti eredetű szájszészeti ellátás** költségeit (közvetlen fájdalomcsökkentő kezelés, beleértve az orvos által rendelt gyógyszerek költségét is) összesen legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban a sürgősségi fogászati ellátásra megadott összeghatárig, (foggyökérkezelés költségét kizárólag abban az esetben, ha az egy ideiglenes tömés elkészítéséhez szükséges),

(k) baleseti eredetű szájszészeti ellátás,

(l) **kórházi napi térítés**

Kórházi napi térítés teljesítését a Biztosító a külföldön történt kórházi fekvőbeteg-ellátás azon időszakára vonatkozóan vállalja, amelyre vonatkozóan a **Biztosított írásban lemond a kórházi fekvőbeteg ellátás költségeire (pl. kórházi elhelyezés, kórházban történt orvosi ellátás, műtét költségei) vonatkozó szolgáltatási igényéről az alábbiak szerint:**

Lemondó nyilatkozat típusa:	Biztosító által vállalt szolgáltatás:
1.) A kórházi költségekre vonatkozóan a Biztosítóval szemben szolgáltatási igénnyel egyáltalán nem kíván élni (mert pl. azokat másik biztosítása alapján veszi igénybe), vagy	1.) Ebben az esetben a napi térítési összeget meg kell szorozni azon napok számával, amikor a Biztosított kórházi fekvőbeteg ellátásban részesült, és amelyekre vonatkozóan a Biztosítóval szembeni szolgáltatási igényéről fentiek szerint lemondott,
2) Az érvényes EEK bemutatása mellett fizetendő önrészesedés összegét meghaladóan a Biztosítóval szemben a kórházi költségekre vonatkozóan további igénnyel nem kíván élni (mert az ezt meghaladó költségeket számára az érvényes EEK kártyája fedezi).	2.) Ebben az esetben a napi térítési összeg 80 %-át meg kell szorozni azon napok számával, amikor a Biztosított kórházi fekvőbeteg ellátásban részesült, és amelyekre vonatkozóan a Biztosítóval szembeni szolgáltatási igényéről fentiek szerint lemondott.

A Biztosító a szolgáltatást összesen legfeljebb a (d) pontban meghatározott maximális időtartamra és feltételek szerint nyújtja. A Biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az adott kórházi ellátásra vonatkozóan a Biztosító által vállalt kórházi ellátási költségek (pl. az EEK-önrészesedésként fizetendő összeg) és a kórházi napi térítés együttesen ne haladják meg az ugyanazon ellátásra vonatkozóan az - EEK elfogadása nélkül felmerülő - kórházi ellátás költségének teljes összegét.

A Biztosító a kórházi napi térítés kifizetését legkorábban azt követően vállalja, hogy a Biztosított fentiek szerinti eredeti írásbeli nyilatkozata hozzá beérkezett, valamint a térítési összeg megállapításához minden egyéb szükséges információ rendelkezésre áll (pl. 2) esetben az ellátó egyértelmű nyilatkozata az önrész és a teljes költség értékére vonatkozóan).

(2) A Biztosító csak abban az esetben vállalja a – biztosítási eseményenként – 150 EUR-t meghaladó összegű szolgáltatások teljesítését, ha a biztosítási esemény bekövetkezését a lehető legrövidebb időn belül (de legfeljebb 12 órán belül) az EUB-Assistance-nál telefonon bejelentik, a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges dokumentumokat (pl. diagnózis, a tervezett egészségügyi ellátás jellege és az ellátás várható költsége) az EUB-Assistance-hoz eljuttatják (pl. faxon keresztül), és az EUB-Assistance:

(a) a szolgáltatások igénybevételét engedélyezi és

(b) a szolgáltató által meghatározott szolgáltatási díjat előzetesen jóváhagyja, arra írásban fizetési garanciát vállal.

Ha ezen (a) és (b) feltételek **együttesen nem teljesülnek**, a Biztosító a **felmerült költségek megtérítését legfeljebb 150 EUR összeghatárig vállalja, kivéve**, ha a Biztosított beszállítása az ellátó egészségügyi intézménybe **közvetlen életveszély elhárítása érdekében** történt, a helyi általánosan használt egészségügyi segélyhívó telefonszámon történő bejelentés alapján központilag kirendelt mentőszolgálat által, a szokásos helyi eljárásrend szerint kiválasztott egészségügyi intézménybe. **Utóbbi esetben a Biztosító azoknak a szolgáltatásoknak a megtérítését nem vállalja, amelyeket a Biztosított az életveszélyes állapot megszűnése után az EUB-Assistance előzetes jóváhagyása nélkül vesz igénybe.**

(3) A Biztosító által történő engedélyezés valamint az előzetes jóváhagyás megadásának feltétele, hogy a Biztosított az (4) és (5) pontban leírt feltételeknek megfelelő szolgáltatást vegye igénybe.

(4) A Biztosító kizárólag az ellátás helye szerinti országban illetékes hatóság és szakmai felügyelet által elismert, a végzett tevékenység nyújtására vonatkozóan az előírt hatósági és szakmai engedélyekkel rendelkező szolgáltató(k) által nyújtott ellátások költségeit (valamint az ilyen szolgáltatók által rendelt gyógyszer illetve gyógyászati segédeszköz költségeit) téríti meg.

(5) A Biztosító az indokolt és a szolgáltatás igénybevételének helyén szokásos – orvosválasztás nélküli - általános (alap)ellátás költségeit téríti, a szolgáltatás igénybevételének helyén érvényes átlagos egészségügyi szolgáltatói díjszabások figyelembevételével. **A Biztosító nem vállalja a sürgősségi ellátás keretében orvosilag nem indokolt, kizárólag a beteg saját kérésére nyújtott szolgáltatások - pl. választott orvos vagy emelt szintű kórházi hotelszolgáltatás - megtérítését.**

(6) A Biztosítónak jogában áll a már megkezdett egészségügyi ellátás folytatását a Biztosító által megjelölt másik intézményben megszervezni, ha a Biztosított egészségügyi állapotát ez nem veszélyezteti.

(7) A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a külföldi orvosi kezelés költségeit csak addig az időpontig vállalja, amíg a Biztosított egészségi állapota lehetővé teszi a lakóhely országának területére történő szállítást vagy hazautazását.

(8) A Biztosító nem vállalja azoknak a többletköltségeknek a megtérítését, amelyek annak következtében merültek fel, hogy - bár a Biztosított gyógykezelésének a lakóhely országában történő továbbfolytatása orvosilag megengedett lett volna - a Biztosított döntése vagy együttműködésének hiánya miatt nem történt meg a hazautazása vagy hazaszállítása.

2.2. Hazaszállítás megszervezése, a felmerült többletköltségek térítése

(1) A Biztosító az alábbi esetekben vállalja a Biztosított lakóhely országa területére történő hazaszállításának vagy hazautazásának megszervezését, és az emiatt felmerülő közlekedési többletköltségek, valamint az orvosilag indokolt kísérőszemélyzet költségének megtérítését:

(a) ha a Biztosított külföldön folyamatosan sürgősségi ellátás alatt áll, de állapota alapján orvosilag (az orvos írásos szakvéleménye alapján) megengedett a lakóhely országa területére történő szállítása, és a Biztosító a sürgősségi orvosi ellátás további külföldi folytatása helyett a beteg vagy sérült Biztosított hazaszállítása mellett dönt,

(b) ha a Biztosított – bár sürgősségi ellátása már befejeződött – a biztosítási esemény következtében a kezelőorvos szakvéleménye szerint nem képes az eredetileg tervezett hazautazási módot igénybe venni, és állapota alapján orvosilag megengedett a lakóhely országa területére történő szállítása illetve hazautazása. A Biztosító nem köteles a szolgáltatást a kockázatviselés tartamának utolsó napja előtt nyújtani.

(2) A hazaszállítás vagy hazautazás időpontját és módját a Biztosító a kezelést végző orvossal, egészségügyi intézménnyel történt előzetes egyeztetést követően határozza meg.

(3) A lakóhely országa területén a hazaszállítás a további egészségügyi ellátást végző intézménybe vagy a Biztosított lakhelyére történik. Ha a biztosított a további egészségügyi ellátást végző intézmény tekintetében speciális igénnyel kíván élni (pl. mert nem a hatályos jogszabályok illetve a szokásos orvosi gyakorlat alapján kiválasztott kórházba szeretne kerülni), akkor köteles a szállítás megkezdése előtt legalább egy nappal jelezni azt az EUB-Assistance felé és eljuttatni felé az adott intézmény által kiállított befogadó nyilatkozatot.

(4) Ha a biztosítási szerződés területi hatályán belül **előzmény nélkül bekövetkező terrorcselekmény a Biztosított személynek baleseti sérülést okoz**, a Biztosító vállalja a baleseti sérüléssel összefüggésben orvosilag szükségessé váló **hazaszállítás költségeit, az adott eseménnyel összefüggésben érintett összes Biztosított személyre vonatkozóan összesen legfeljebb 30 millió Forint összeghatárig.**

(5) Ha orvosi vagy ápolói kíséret nem indokolt, de a Biztosított 14 év alatti, a fentiek szerinti hazaszállításhoz szükség esetén a Biztosító felnőtt kíséretet biztosít.

(6) A Biztosító nem köteles szolgáltatást nyújtani, ha a Biztosított hazautazása az eredetileg tervezett módon nem a kockázatviselés tartama alatt történt volna, és a Biztosított hazautazása emiatt nem megoldott.

(7) **A Biztosító nem vállalja a hazaszállítás költségeinek megtérítését, ha a hazaszállítás nem az EUB-Assistance szervezésében történt.**

2.3. Egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatások

(1) Az előzetes telefonértesítést követően a Biztosító a Biztosított kérése alapján mindent megtesz annak érdekében, hogy a Biztosított tartózkodási helyére a lehető legrövidebb időn belül orvost küldjön vagy az általa közölt címen orvoshoz irányítsa a Biztosítottat, megszervezze a Biztosított további sürgősségi egészségügyi ellátását, és – ha ezt a szolgáltató lehetővé teszi - a felmerülő költségeket közvetlenül a szolgáltató felé egyenlítsé ki.

A Biztosító fogorvosi ellátásra vonatkozóan egészségügyi ellátás-szervezést és az ellátó felé történő közvetlen költségtérítést nem vállal.

(2) A Biztosító a sürgősségi ellátás időtartama alatt folyamatos kapcsolatot tart az ellátó orvossal, egészségügyi intézménnyel.

(3) A Biztosító vállalja, hogy az egészségügyi ellátás tartama alatt napi rendszerességgel telefonon tájékoztat egy a Biztosított által megjelölt személyt a Biztosított állapotáról.

2.4. Telefon-, taxi- és tolmácsköltségek betegség vagy baleset miatt

A Biztosító megtéríti a biztosítási esemény következtében külföldön felmerült **alábbi költségeket** legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban szereplő összeghatárokig:

- (1) az orvoshoz vagy kórházba utazás költségeit, ha az személyautóval, tömegközlekedési eszközzel vagy – indokolt esetben – taxival történik,
- (2) a biztosítási esemény miatt felmerült telefon- vagy faxköltségeket,
- (3) az egészségügyi ellátókkal szükséges kommunikáció érdekében indokoltan igénybe vett szakképzett tolmács munkadíját.

2.5. Holttest hazaszállításának megszervezése, a felmerült költségek térítése

(1) A Biztosított – biztosítási eseménnyel összefüggésben - külföldön bekövetkező halála esetén a Biztosító intézkedik a holttest lakóhely országa területére történő hazaszállításáról, és ennek költségeit kifizeti.

(2) A Biztosító nem vállalja a holttest-hazaszállítás költségeinek megtérítését, ha a holttest-hazaszállítás nem az EUB-Assistance szervezésében történt.

3. Az „A) Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás” szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok (az I. Általános feltételek 11.2. pontban felsorolt dokumentumokon felül):

- (1) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, annak bekövetkezésétől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi szakvélemény,
- (2) a Biztosító kérése alapján a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó előzményi adatok,
- (3) a felmerült költségek (pl. külföldi orvosi ellátás, gyógyszer, telefon, szállás, közlekedési költség, tolmács stb.) névre szóló, eredeti számlái,
- (4) a Biztosító kérése alapján a hazautazást követően a lakóhely országában, a káreseménnyel összefüggésben keletkezett orvosi szakvélemények,
- (5) mentési jegyzőkönyv,
- (6) EEK vagy az OEP által kiállított EEK-helyettesítő nyomtatvány,
- (7) táppénzes igazolás és a lakóhely országában ellátást nyújtó kórház igazolása a kórházi fekvőbeteg ellátásról (zárójelentés),
- (8) holttest hazaszállítása szolgáltatás esetén szükséges továbbá a következő dokumentumok benyújtása:
 - a halál okát igazoló hatósági vagy orvosi bizonyítvány,
 - a halál okát megállapító halottvizsgálati bizonyítvány, boncolási jegyzőkönyv és a halál körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratok,
 - temetői befogadó nyilatkozat,
 - a halál tényét igazoló okirat (halotti anyakönyvi kivonat),
 - születési és házassági anyakönyvi kivonat - amennyiben a helyi hatóságok ezt előírják.

4. Kizárások az A) Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás, B) További utazási segítségnyújtás, esetén (az I. Általános feltételek 13. pontban felsorolt kizárásokon felül):

- (1) Ha a szerződés egészségi kockázat elbírálás (egészségi nyilatkozat vagy orvosi vizsgálat) nélkül jött létre, a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a megbetegedésekre, balesetekre:
 - (a) amelyek oka egészben vagy részben a kockázatviselés kezdete előtt fennálló egészségi állapot (pl. betegség, panasz, tünet),
 - (b) melyekkel a Biztosított a kockázatviselés kezdetét megelőző egy éven belül orvosi kezelés alatt állt, vagy ez orvosi szempontból szükséges lett volna, függetlenül a betegség diagnosztizálásának időpontjától,
 - (c) amelyek összefüggésben állnak a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodásával.
- (2) A kockázatviselés nem terjed ki továbbá:
 - (a) pszichiátriai és pszichés megbetegedésekre,
 - (b) kontrollvizsgálatra, utókezelésre,
 - (c) közeli hozzátartozó által nyújtott kezelésre, ápolásra,
 - (d) fizioterápiás kezelésre, akupunktúrára, természetgyógyász által nyújtott kezelésre, gyógytornára,
 - (e) védőoltásra, rutin, illetve szűrővizsgálatokra,
 - (f) szexuális úton terjedő betegségekre, szerzett immunhiányos betegségekre (pl. AIDS), illetve ezzel összefüggő betegségekre,
 - (g) kontaktlencsével, szemüveggel kapcsolatos költségekre,
 - (h) terhes-gondozásra, terhességi rutinvizsgálatokra,
 - (i) csecsemőgondozásra, gyermekgondozásra,

(j) definitív fogászati ellátásra, állkapocs-ortopédiai ellátásra (baleset kivételével), fogszabályozásra, parodontológiai kezelésekre, fogkő-eltávolításra, fogpótlásra, fogkoronára (kivéve eltört korona ideiglenes javítása), protézis és híd készítésére illetve javítására (kivéve eltört híd ideiglenes javítására),
 (k) a lakóhely országának területére történt hazaérkezés időpontja után felmerült költségekre,
 (l) a sürgősségi ellátás keretében orvosilag nem indokolt, kizárólag a beteg saját kérésére nyújtott szolgáltatások - pl. választott orvos vagy emelt szintű kórházi hotelszolgáltatás – megtérítésére.

(2) Elemi kárral összefüggő szolgáltatás vonatkozásában:

A Biztosító nem vállal szolgáltatást, ha:

a) az elemi kár bekövetkezése már a külföldre utazás kezdő időpontjában ismert vagy valószínűsíthető, vagy olyan korábbi időpontban ismert vagy valószínűsíthető, amikor a hazaút még költségmentesen módosítható (pl. árvízi előrejelzés),

b) az olyan károkra vonatkozóan, amelyek az ingatlant valamely korábban ért rongálódással összefüggésben érik (pl. előzőleg már megrongálódott épület vagy épületrész további sérülése).

B) További utazási segítségnyújtás

(1) Jelen fejezet vonatkozásában:

(a) **közlekedési költség:** a biztosítási eseménnyel összefüggésben felmerült közlekedési többletköltség, amely a Biztosító döntése szerint a következők valamelyike lehet: személygépjármű üzemanyagköltsége vagy vonat II. oszt., vagy menetrendszerinti buszjegy, vagy turistaosztályú repülőjegy.

(b) **szállás-költség:** a szállodai elhelyezés számlával igazolt, a biztosítási eseménnyel összefüggésben felmerült többletköltségei, összesen legfeljebb 7 éjszakára.

(2) **Közlekedési költségekre vonatkozóan Biztosító kizárólag az EUB-Assistance szervezésében vagy előzetes jóváhagyásával igénybe vett szolgáltatások költségeinek megtérítését vállalja!**

BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY	A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA
A Biztosító a következő események bekövetkezése esetén vállalja a szolgáltatások teljesítését:	A Biztosító szolgáltatása a következő költségek megtérítésére terjed ki:
2. HELYETTES UTAZÁSI KÖLTSÉGEI	
Külföldi üzleti utazása időtartama alatt Biztosítottal történt, az A)1. vagy a B)5. pontban meghatározott biztosítási esemény, amely miatt a Biztosított az üzleti út hivatalos célját nem tudja teljesíteni és a Szerződő ezzel összefüggésben a Biztosított helyetteseként – a kockázatviselési időtartama alatt - egy másik személy külföldi üzleti utazását rendeli el.	A Szerződő által helyettesként megjelölt személy külföldi utazására vonatkozó közlekedési- és szállás-költségek.
2. BETEGSÉG VAGY BALESET MIATT ELHÚZÓDÓ UTAZÁS TÖBBLETKÖLTSÉGEI	
Biztosítottat érintő A)1. pont szerinti biztosítási esemény, amellyel összefüggésben a külföldi orvosi ellátást követően - az ellátó orvos szakvéleménye szerint - a Biztosított egészségi állapota miatt a lakóhely országába történő hazautazás időpontja a tervezettnél későbbre toódik, feltéve, hogy a hazautazás eredetileg legkésőbb a biztosítás időbeli hatályának utolsó napján megtörtént volna.	(a) a Biztosított szállás-költsége, (b) a Biztosítottal együtt külföldön tartózkodó egy - a Biztosított által megjelölt – személy : - szállás-költsége, - Biztosítottal egy napon történő hazautazásának közlekedési költsége.
3. UTASTÁRS SZÁLLÁSKÖLTSÉGE A BIZTOSÍTOTT KÓRHÁZI TARTÓZKODÁSA ALATT	
Biztosítottat érintő A)1. pont szerinti biztosítási esemény, mellyel összefüggésben a Biztosított külföldön sürgősségi kórházi ellátásban részesül.	Szállás-költség a Biztosítottal együtt külföldön tartózkodó egy – a Biztosított által megjelölt – személy részére, ha az eredetileg lefoglalt szállása a kórházi ellátás helyszínétől 20 km-nél távolabb van, vagy a a Biztosított 18 éven aluli
4. BETEGLÁTOGATÁS	
Biztosítottat érintő A)1. pont szerinti biztosítási esemény, ha a Biztosított állapota életveszélyes, vagy 10 napnál hosszabb ideig kell kórházban maradnia. Szülői kíséret nélkül utazó, 16 évnél fiatalabb Biztosított esetén: ha a Biztosított állapota életveszélyes, vagy 2 napnál hosszabb ideig kell kórházban maradnia.	A Biztosított egy közeli hozzátartozója vagy gondviselője részére a beteglátogatás közlekedési és szállás-költsége.
5. IDŐ ELŐTTI HAZAUTAZÁS OTTHONI HOZZÁTARTOZÓ BETEGSÉGE VAGY HALÁLA VAGY	

LAKHELYET ÉRINTŐ ELEMI KÁR MIATT

A Biztosított külföldi utazásának kezdetét követően – a biztosítás kockázatviselési időtartama alatt:

- a Biztosított közeli hozzátartozója vagy házastársának illetve élettársának közeli hozzátartozója a lakóhely országa területén meghal, vagy életveszélyes állapotba kerül, feltéve, hogy a kockázatviselés hátralévő tartama még legalább 2 nap, vagy
- a biztosított állandó lakhelyeként szolgáló lakóház vagy lakás valamely – a biztosítás kockázatviselési időtartama alatt – váratlanul bekövetkező elemi kárral összefüggésben veszélybe kerül, vagy elemi kár következtében olyan mértékben megsérül, amely miatt (kármegelőzési vagy kárenyhítési tevékenység folytatása céljából) a biztosított személy jelenléte a külföldi utazásról tervezett visszautazás napját – illetve a biztosítás lejáratát - megelőzően legalább kettő nappal korábbi hazautazását indokoltá teszi.

A biztosítás csak rendeltetésszerűen használatba vett épületekre terjed ki. Építés, bővítés, átépítés alatt álló épületek, épületrészek elemi kárai nem minősülnek biztosítási eseménynek.

A Biztosítottnak a lakóhely országába történő idő előtti hazautazásának közlekedési költségei. (Tájékoztatás: a Biztosító a szolgáltatása a külföldre történő visszautazás költségeire nem terjed ki.)

6. PÉNZSEGÉLY-KÖZVETÍTÉS

Ha a Biztosított külföldön, önhibáján kívül sürgős anyagi segítségre szorul.

A Biztosított megbízottja által a Biztosítóhoz befizetett összeg eljuttatása a külföldön lévő Biztosítotthoz. A befizetett összeg igényelt valutában történő átváltása a Biztosító által megjelölt bank megfelelő valuta eladási árfolyamán történik. Az átutalás tranzakciós költségei a Biztosítottat terhelik.

7. TELEFONOS ORVOSI TANÁCSADÁS MAGYAR NYELVEN (24 ÓRÁBAN)

Ha a Biztosított külföldön egészségi állapotának hirtelen rosszabbodásával összefüggésben egészségügyi tájékoztatásra tart igényt, vagy – a biztosítási időszakon belül – a külföldi utazást megelőzően a tervezett utazásra vonatkozóan egészségügyi információkra van szüksége.

Az EUB-Assistance felé tett telefonos bejelentés alapján a Biztosító szervezésében egy – Magyarországon elismert orvosi diplomával rendelkező - orvos lehetőség szerint azonnal, de legfeljebb a bejelentéstől számított 2 órán belül magyar nyelven telefonos orvosi szaktanácsadást nyújt a Biztosított részére.

Figyelem ! Az orvosi tanácsadás nem helyettesíti a helyszíni orvosi ellátást, a telefonos orvosi tanácsadás alapján a konzultációt végző orvos nem vállal felelősséget a beteg ellátásáért, az egészségi állapotában beállt változásokért!

8. EMBERRABLÁS

Ha a Biztosítottat emberrablás (túszejtés) vagy eltérítés áldozataként az elkövetők legalább 24 órán keresztül fogva tartják.

A Biztosító vállalja a fogvatartás időtartamának megfelelő napi biztosítási összeg kifizetését. Jelen feltételek vonatkozásában 24 órás folyamatos fogva tartás minősül egy napnak.

9. SOFŐR-KÜLDÉS A BIZTOSÍTOTT BETEGSÉGE VAGY BALESETE ESETÉN

Ha a Biztosítottat érintő A) 1. pont szerinti biztosítási esemény következtében a külföldi ellátó orvos szakvéleménye alapján nem megengedett számára a gépjárművezetés az eredetileg tervezett hazautazási időpontban, és emiatt üzemképes személygépkocsijával hazautazni nem tud, valamint a Biztosítottal együtt külföldön tartózkodó útítársak az üzemképes személygépkocsit hazavezetni nem tudják.

(1) A Biztosító vállalja egy a Biztosított által a személygépkocsi vezetésére kijelölt személynek a Biztosított lakóhelye szerinti ország területéről a Biztosított tartózkodási helyére való kiutazásának megszervezését, és annak közlekedési többletköltségeit.

(2) A Biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy a szolgáltatási igényt az orvosi döntést követően a lehető legkorábban, de legkésőbb a kórházi tartózkodás utolsó napján – az orvosi szakvélemény egyidejű eljuttatásával – az EUB-Assistance felé bejelentsék. A Biztosító a szolgáltatást nem köteles a biztosítási időtartam utolsó napja előtt nyújtani.

(3) A Biztosító a szolgáltatást kizárólag a földrajzi értelemben vett Európa területén nyújtja, kivéve a volt Szovjetunió utódállamainak területét, melyre vonatkozóan szolgáltatást nem vállal.

10. B) További utazási segítségnyújtás esetén a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok (az I. Általános feltételek 11.2. pontban és az A) 3. pontban felsorolt dokumentumokon felül):

(1) utazási költségekre vonatkozó igény esetén – a szolgáltatás teljesítését megelőzően - el kell juttatni az EUB-Assistance-hoz az eredetileg tervezett hazautazásra szóló menetjegyet, utazási szerződést, vagy – saját gépjárművel történő utazás esetén – annak forgalmi engedélyét, és a vezető jogosítványát,

(2) a "Sofőr küldés a Biztosított betegsége vagy balesete esetén" szolgáltatás esetén a szolgáltatást megelőzően el kell juttatni a Biztosított gépjárművezetésre való alkalmatlanságát igazoló – a külföldi ellátó orvos által kiállított - szakvéleményt, és a gépjármű forgalmi engedélyének és a Biztosított jogosítványának másolatát,

(3) szállásköltségekre vonatkozó igény esetén az eredetileg foglalt szállásra vonatkozó számlát.

(4) lakhelyet érintő elemi kárral összefüggő szolgáltatás esetén továbbá:

- tömegközlekedési eszközzel történő utazás esetén: a személyszállító cég igazolása vagy az érvényes szerződési feltételek arra vonatkozóan, hogy az adott jegy milyen feltételekkel módosítható,

- az ingatlan érintő kárra vonatkozóan a kárfelemérést végző biztosító jegyzőkönyve, vagy az önkormányzat igazolása, mely tartalmazza az ingatlan címét, a kár pontos időpontját, okát és mértékét,

- az illetékes szakhatóság igazolása az elemi kár bekövetkezésének helyéről, időpontjáról és mértékéről.

(5) „Emberrablás” szolgáltatás esetén továbbá:

- az esemény helye szerint illetékes hatóság által kiállított jegyzőkönyv az emberrablás tényére és körülményeire vonatkozóan (időpont, időtartam, helyszín és az áldozatok személyének egyértelmű azonosítása).

11. A „B) További utazási segítségnyújtás” fejezetre vonatkozó Kizárások az A) 4. részben találhatóak!

C) Balesetbiztosítás

1. Baleseti eredetű halálra vonatkozó biztosítás

1.1. Biztosítási esemény

Olyan baleset, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követően, a balesettel okozati összefüggésben álló okból egy éven belül elhalálozik, feltéve, hogy a baleset miatt a Biztosított a balesetet követően a baleset helyszínén haladéktalanul sürgősségi orvosi ellátásban részesült. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

1.2. A Biztosító szolgáltatása

(1) A Biztosító a biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére.

(2) Ha a Biztosított elhalálozását megelőzően a Biztosító ugyanazon biztosítási eseményből következően baleseti maradandó egészségkárosodásra vonatkozó (rokkantsági) szolgáltatást is teljesített, akkor a baleseti eredetű halálra vonatkozó biztosítás szolgáltatási összegéből **a már kifizetett rokkantsági szolgáltatás összege levonásra kerül.**

2. Légikatasztrófa biztosítás

2.1. Biztosítási esemény

Az a légikatasztrófa során bekövetkező baleset, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követően, a balesettel okozati összefüggésben álló okból egy éven belül elhalálozik.

2.2. A Biztosító szolgáltatása

A Biztosító a „Légikatasztrófa biztosításra” vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére (a baleseti halálra vonatkozóan meghatározott szolgáltatási összegben felül).

3. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás

3.1. Biztosítási esemény

(1) Az a baleset, amelynek következtében a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 2 éven belül, de legfeljebb két év elteltével 25 %-ot elérő vagy meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodást szenved, feltéve, hogy a baleset a külföldi szakorvos által is igazolt olyan anatómiai károsodást okozott, amely a baleset helyszínén sürgősségi gyógyító beavatkozást indokolt.

(2) Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan állandósult testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza. A maradandó egészségkárosodás mértékének alapját a baleset alkalmával elszenvedett anatómiai károsodáshoz társult maradandó funkciócsökkenés határozza meg.

(3) Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A maradandó egészségkárosodás mértékének meghatározására a végállapot kialakulását követően a rendelkezésre álló orvosi iratok alapján és – ha ennek elvégzése orvosilag indokolt - személyes orvosi vizsgálatot követően kerül sor a MABISZ balesetbiztosítási orvosszakértői útmutatója irányelveinek figyelembe vételével.

(4) A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi, stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

(5) A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a baleset időpontja.

3.2. A Biztosító szolgáltatása

(1) A Biztosító a szolgáltatását akkor teljesíti, amikor a 3.1 pont szerinti maradandó egészségkárosodás mértéke véglegesnek tekinthető. Ha az egészségkárosodás mértéke folyamatosan változik, a Biztosító legkésőbb a baleset bekövetkezésének időpontját követő 2 év elteltével állapítja meg a szolgáltatás mértékét, az időtartam utolsó napján fennálló állapot szerint.

(2) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási összegből a maradandó egészségkárosodás %-os mértékének megfelelően arányos összegű szolgáltatást nyújt.

(3) A térítés mértékét (az egészségkárosodás fokát) a Biztosító orvosszakértője állapítja meg a MABISZ balesetbiztosítási orvosszakértői útmutatójának és az adott eset összes körülményének figyelembe vételével.

(4) Ha a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítása érdekében a Biztosító orvosa indokoltnak tartja, személyes orvosi vizsgálatot végezhet, illetve egyéb szükséges vizsgálatokat (pl. röntgen, ultrahang) írhat elő a Biztosított részére. A Biztosító orvosa által végzett személyes vizsgálat, illetve az általa előírt vizsgálatok költségei a Biztosítót terhelik, a Biztosító vállalja továbbá a Biztosított lakhelyéről a vizsgálat helyszínére történő utazás közlekedési költségeinek megtérítését névre szóló számla alapján. A Biztosító által meghatározásra kerülő maradandó egészségkárosodás fokának mértéke más szakértői testületek határozatától

független. A munkaképesség-csökkenés, a sporttevékenység abbahagyása, az esztétikai, illetve szociális szempontok önmagukban nem képezik szolgáltatás jogalapját.

(5) Ha a Biztosított a Biztosító orvosa által megállapított elsőfokú döntést a maradandó egészségkárosodás mértékére vonatkozóan nem fogadja el, akkor újabb szakvizsgálat céljából háromtagú orvosi bizottságot kell létrehozni. Az orvosi bizottság egyik tagját a Biztosított, másik tagját a Biztosító, a – baleseti sebészeti orvosszakértői jogosítvánnyal rendelkező - elnököt pedig a két fél együttes megállapodása alapján jelölik ki. Az orvosi bizottság működésével kapcsolatos költségeket az a fél viseli, akinek a terhére a döntés születik.

(6) Ha a baleset előtt már meglévő betegségek, vagy fogyatékoságok közrehatottak a maradandó egészségkárosodás mértékében, a Biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékével csökkenti.

(7) Ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül vagy az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, a Biztosító nem nyújt baleseti egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatást.

4. A „C) „Balesetbiztosítás”-ra vonatkozóan a teljesítéshez szükséges dokumentumok (az I. Általános feltételek 11.2. pontban felsorolt dokumentumokon felül):

(1) Baleseti eredetű halálra vonatkozó biztosítás esetén

(a) a halottvizsgálati bizonyítvány,

(b) Biztosított halotti anyakönyvi kivonatának hiteles másolata,

(c) a baleset bekövetkezésétől a Biztosított haláláig történt külföldi és magyarországi orvosi kezelésekre vonatkozó összes orvosi szakvélemény fénymásolatát, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges következő iratot: kezelőorvos szakvéleménye, vagy ha készült, a kórbonctani lelet,

(d) a Kedvezményezett jogosultságát igazoló okirat (jogerős hagyatékátadó végzés vagy annak olyan kivonatos másolata illetve kiadmánya, amely egyértelműen tartalmazza az örökös(ök) megjelölését, és a közjegyző adatait, illetve öröklési bizonyítvány) eredeti példányát vagy hiteles másolatát.

(2) Légikatasztrófa biztosítás esetén továbbá: a légitársaság igazolását arra vonatkozólag, hogy a légikatasztrófa bekövetkezésének időpontjában a Biztosított utas minőségben a repülőgépen tartózkodott, valamint az illetékes hatóság igazolását arra vonatkozólag, hogy a légitársaság a felszállást követően lezuhant, illetve kényszerleszállást hajtott végre, és a Biztosított ennek következtében balesetet szenvedett.

(3) Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás:

(1) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, annak bekövetkezésétől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi szakvélemény,

(2) a Biztosító kérése alapján a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó előzményi adatok.

5. KIZÁRÁSOK „C) Balesetbiztosítás” esetén (az I. Általános feltételek 13. pontban felsorolt kizárásokon felül):

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás esetén a kockázatviselés nem terjed ki:

(1) a porckorongsérvre, és egyéb sérvesedési megbetegedésekre,

(2) a rándulások kórismével jelölt sérülésekre,

(3) a szövődmény nélkül gyógyult ízületi csőtűkrözés utáni állapotokra,

(4) az olyan balesetekre, ahol a friss baleseti eseménnyel közvetlen okozati összefüggésben anatómiai elváltozás a rendelkezésre álló orvosi szakvélemény alapján nem állapítható meg,

(5) a baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek vonatkozásában a korábbi károsodás mértékéig.

D) Poggyászbiztosítás

1. Fogalmak

(1) útipoggyásznak minősülnek:

(a) a Biztosított **tulajdonát képező** dolgok, amelyeket a Biztosított saját személyes használat céljából visz magával az utazásra. A Szerződő tulajdonát képező, de a Biztosított személy használatában vagy megőrzésében lévő dolgok is útipoggyásznak minősülnek.

Ha egy dolog több biztosított közös tulajdonát képezi, akkor a Biztosító szolgáltatása az adott dolog vonatkozásában biztosítottanként a tulajdonrész arányában jár, az alkalmazandó szolgáltatási összeghatárok pedig a tulajdonrész arálynak megfelelően csökkennek.

(b) a következő **útiokmányok:** a Biztosított útlevele, személyi igazolványa, lakcímkártyája, jogosítványa, és annak a gépjárműnek a forgalmi engedélye, amelyet a Biztosított az utazás során jogszerűen vezet. Jelen feltételek szempontjából az útiokmányban található vízum nem képezi az útiokmány részét,

(c) a Biztosított nevére szóló bankkártya,

(d) készpénz, valamint a Biztosított vagy a Szerződő nevére szóló bankkártya vagy menetjegy (kivéve amennyiben a menetjegy nem nevesített),

Az D) Poggyászbiztosítás fejezet 5.(1) pontja tartalmazza azon tárgyak felsorolását, melyek a biztosítási feltételek vonatkozásában nem minősülnek útipoggyásznak.

- (2) **közlekedési baleset:** a Poggyászbiztosítás fejezetben található szolgáltatások vonatkozásában közlekedési balesetnek minősül az az esemény:
- (a) amelynek során az a jármű, amellyel a biztosított utazik, másik járművel vagy valamely dologgal ütközik, és ennek következtében a biztosítottat szállító jármű megsérül, feltéve, hogy a baleset körülményeit, a jármű sérülésének tényét és a keletkezett kár mértékét az esemény helyén illetékes rendőrség írásban igazolja,
 - (b) amelynek során a biztosítottat gyalogként valamely jármű elüti, és a baleset körülményeit és a keletkezett kárt az esemény helyén illetékes rendőrség írásban igazolja,
- (3) **sporteszköz, sportfelszerelés:** bármely olyan dolog, amely jellemzően valamely sporttevékenység folytatásához szükséges. Jelen feltételek alkalmazásában sporteszköznek – és nem járműnek vagy közlekedési eszköznek – minősülnek a következő dolgok: kajak, kenu, kerékpár, surf, bármilyen motoros meghajtású és vitorla nélküli evezős csónak (bármely motoros meghajtású csónak vagy vitorlás hajó járműnek minősül), horgászfelszerelés, görkorcsolya, roller, túrabot. Bármely egyéb **közlekedési eszköz, valamint a fegyverek nem minősülnek sporteszköznek**, abban az esetben sem, ha azokat valamely sporttevékenység keretében használják.
- (4) **használt érték:** az adott dolog szokásos funkciójára vonatkozóan átlagos használatot feltételezve a dolog életkora alapján meghatározott használt érték, melynek összege nem haladhatja meg a beszerzési árat.
- (5) **tartozék:** nem alkatrész, de egy másik dolog rendeltetésszerű használatához vagy épségben tartásához szükséges vagy annak valamely funkcióját egészíti ki, függetlenül attól, hogy a fődologgal együtt vagy attól függetlenül forgalmazzák.
- (6) **piperecikkek:** kozmetikai, tisztálkodási, és testápolási célra használt dolgok és anyagok, ide értve az ilyen célt szolgáló műszaki cikkeket, és ezek tartozékait is (pl. borotva, hajszárító, elektromos fogkefe stb.).
- (7) **gépjármű csomagtere:** a gépjármű (pl. autó, busz) szilárd burkolatú, zárszerkezettel ellátott és lezárt utastere vagy csomagtartója, továbbá tetőcsomagtartó doboza, valamint motorkerékpár csomagtartó doboza.
- (8) **hordozható számítógép:** netbook, notebook, laptop, tablet pc, e-book olvasó.
- (9) **személyes felügyelet:** az útipoggyász a Biztosított (vagy kiskorú biztosított esetén valamely nagykorú hozzátartozója) közvetlen közelében, általa jól látható és elérhető helyen úgy van elhelyezve, hogy harmadik személy nem tudja azt fizikai erőszakkal vagy fenyegetéssel alkalmazása nélkül elvenni.
- (10) **örizetlenül hagyás:** ha az útipoggyász nincs személyes felügyelet alatt elhelyezve.
- (11) **műszaki cikk:** Fényképezőgép, video- vagy digitális kamera, mobiltelefon, GPS, CD-, DVD-, vagy MP3 lejátszó, óra, számítógép, valamint bármely elektromossággal (pl. elemmel) vagy gépi meghajtással működő eszköz.
- (12) **számla:** az adott dolog újkori beszerzési értékét és tulajdonosát egyértelműen meghatározó, névre szóló, a hatályos jogszabályoknak megfelelő számviteli bizonylat.

2. Biztosítási esemény

Poggyászbiztosítás vonatkozásában biztosítási eseménynek minősül:

- (1) ha a Biztosított útipoggyásza vagy útiokmányai **megsérülnek, vagy megsemmisülnek** a következő okokkal összefüggésben:
- (a) a külföldön bekövetkező baleset, melynek következtében elszenvedett fizikai sérülések miatt a Biztosított a baleset helyszínén igazoltan azonnali sürgősségi orvosi ellátásban részesül,
 - (b) közlekedési baleset,
 - (c) szakhatóság által igazolt elemi kár
- (2) ha a Biztosított útipoggyászeit vagy útiokmányait **külföldön jogtalanul eltulajdonítják és ezt az illetékes külföldi rendőrség jegyzőkönyve igazolja,**
- (3) ha egy menetrendszerű légi, közúti, vasúti vagy vízi **személyszállítást végző cég**, melynek járművén a Biztosított érvényes menetjeggyel utazik, az utazás tartamára a Biztosított **névére szólóan és az adott cég utazási feltételeinek megfelelően átvett útipoggyászt:**
- (a) **nem, vagy csak hiányosan szolgáltatja vissza** (a sérülés nem minősül biztosítási eseménynek).,
 - (b) légitársaság kezelésében lévő útipoggyászt **a légitársaság sérülten szolgáltatja vissza**

Személyszállító cég kezelésében bekövetkező poggyász-eltűnés, -hiány vagy -sérülés, kizárólag akkor minősül biztosítási eseménynek, ha a személyszállító cég a kár bekövetkezésének tényét, és mértékét hitelt érdemlően igazolja és a károkozásért a felelősségét írásban elismeri valamint a hatályos jogszabályok szerinti kártérítési összeget megtéríti vagy a kárt előzőek szerint igazolja, de kifejezetten nem ismeri el a károkozásért a felelősségét. A biztosítási esemény időpontja a menetjegy vagy utazási szerződés szerinti érkezési időpont.

3. A Biztosító szolgáltatása

3.1. Általános szabályok

Az Általános szabályokban meghatározott térítési feltételek és korlátozások a Poggyászbiztosítás fejezetben leírt összes szolgáltatásra érvényesek.

- (1) A Biztosító megtéríti a biztosítási esemény következtében **sérült, megsemmisült, vagy eltulajdonított útipoggyász** biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes használt értékét a Szolgáltatás-táblázatban **D) Poggyászbiztosítás vonatkozásában meghatározott biztosítási összegben belül vagyontárgyanként legfeljebb** a Szolgáltatás-táblázatban **tárgyankénti limitként megadott összeghatárig, készpénz, bankkártya és menetjegy** vonatkozásában pedig összesen legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban a **„pénz, menetjegyek, bankkártya eltulajdonítása miatti pénzügyi veszteség megtérítése” szolgáltatásra meghatározott összeghatárig**. Ha a sérült dolog javítható, a Biztosító a javítás költségeit téríti a fenti korlátozások figyelembe vételével.
A Szolgáltatás-táblázatban a Poggyászbiztosítás részen belül meghatározott speciális szolgáltatások vonatkozásában – a fenti korlátozások figyelembe vétele mellett – legfeljebb az adott szolgáltatás-típusra meghatározott biztosítási összeg az irányadó, de a Biztosító a speciális szolgáltatás-típusokra vonatkozóan együttesen **legfeljebb a Poggyászbiztosításra összesen meghatározott biztosítási összeg teljesítését vállalja**.
- (2) **Ha az útipoggyász beszerzési értéke és a beszerzés időpontja** az újkori beszerzést igazoló, a Biztosított nevére vagy a nem természetes személy Szerződő vagy Díjfizető **névére szóló eredeti számlával nem igazolt**, a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy az általa – **az azonos alapfunkciót ellátó átlagos minőségű dolog átlagos magyarországi egyéves használt értékének alapján** – **meghatározott összeget vegye figyelembe a térítés megállapításakor. A használt érték összegét a Biztosító jogosult meghatározni.**
- (3) **A tárgy és tartozékai, illetve a páros vagy készletben lévő vagyontárgyak egy dolognak minősülnek**, és ezekre vonatkozóan a Biztosító szolgáltatása legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban tárgyankénti limitként megadott összeghatárig terjed páronként, készletenként illetve a tárgyra és tartozékaira összesen. Kizárólag tartozékokat érintő biztosítási esemény esetén a Biztosító szolgáltatása az összes tartozékra együttesen legfeljebb a tárgyankénti limitig terjed.

3.2. Speciális térítési szabályok és szolgáltatás-korlátozások

(1) **A személyszállító cég** (pl. légitársaság, hajó- vagy busztársaság) **kezelésében eltűnt, hiányos vagy károsodott útipoggyászra vonatkozó szolgáltatás a következők szerint kerül meghatározásra:**

- (a) ha a szállítást végző személyszállító cég (pl. légitársaság, busztársaság) a károkozásra vonatkozó felelősségét írásban elismerte, és a hatályos jogszabályok és az utazási szerződés/feltételek szerinti kártérítési összeget a Biztosított részére igazoltan megtérítette, akkor a Biztosító szolgáltatása a **személyszállító vállalat által meg nem térített** teljes útipoggyász-kárra kiterjed a jelen biztosítási feltételekben szereplő kizárások, korlátozások és biztosítási összegek figyelembe vétele mellett,
- (b) ha a személyszállító cég a kártérítés összegét nem a poggyász tételes tartalma és az adott tárgyak értéke szerint, hanem a poggyász tömege alapján állapítja meg, akkor a Biztosító legfeljebb a biztosítási összeg 50 %-áig vállal kifizetést.
- (c) ha a személyszállító cég a kár bekövetkezésének tényét, és mértékét hitelt érdemlően igazolja, de kifejezetten nem ismeri el a károkozásért a felelősségét és kártérítést nem vállal, akkor a Biztosítottat 50 % önrészesedés terheli (a biztosítási szerződés térítési feltételei alapján a Biztosító által megállapított teljes kárösszegre vonatkozóan), és a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége összesen legfeljebb a biztosítási összeg 50 %-áig terjedhet,
- (d) ha az útipoggyász légitársaság kezelésében tűnt el, és az adott poggyász késedelmes megérkezésére vonatkozóan a Biztosító ugyanazon légiútra vonatkozóan a különös feltételek E) Poggyászkésedelem része alapján szolgáltatást teljesített, akkor a Poggyászbiztosítás” szolgáltatás összegéből a Poggyászkésedelem címen fizetett összeg levonásra kerül.

(2) **Lakókocsiból és lakóautóból** eltulajdonított útipoggyászra vonatkozóan a biztosító kockázatviselése kizárólag abban az esetben terjed ki, ha a biztosítási esemény bekövetkezésekor a lakókocsit illetve a lakóautót a helyi hatóság által engedélyezett, őrzött kempingben igazoltan szállás céljára használják.

(3) **Útiokmányokra, készpénzre, menetjegyre, bankkártyára vonatkozó szolgáltatás**

Biztosítási esemény következtében **eltulajdonított útiokmányok, készpénz, menetjegy vagy bankkártya esetén** a biztosító megtéríti:

(a) **útiokmányokra** vonatkozóan a biztosítási esemény bekövetkezését követő legfeljebb 30 napon belül a hazatérési engedély kiállításának konzulátusi költségét, valamint az útiokmányok pótlásának jogszabály által előírt költségeit biztosítási eseményenként legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban **„útiokmányok pótlására vonatkozó költségtérítés”**-ként meghatározott összegig.

(b) a Szolgáltatás-táblázatban **„útiokmányok pótlásával kapcsolatos utazási költségre”** meghatározott biztosítási összegig a Biztosító megtéríti a külföldön az útiokmányok pótlása illetve a hazatérési engedély

beszerzése céljából a biztosítási esemény helyétől az adott országban illetékes **magyar külképviseleti szerv hivataláig történő utazás közlekedési többletköltségeit.**

(c) a Szolgáltatás-táblázatban legfeljebb összesen a „**pénz, menetjegyek, bankkártya eltulajdonítása miatti pénzügyi veszteség megtérítése**” összegig:

- a Biztosított vagy/és a Szerződő nevére szóló bankkártyára vonatkozóan a bankkártya letiltásának és pótlásának – a kibocsátó bank által meghatározott mértékű – költségeit
- a bankkártya harmadik személy által történő jogellenes felhasználásával – más módon meg nem térülő – közvetlen pénzügyi veszteséget,
- a jogellenesen eltulajdonított készpénzt,
- a menetjegyek – a korábbival azonos célállomás elérése céljából történő – pótlását.

- (4) **Gépjármű csomagteréből eltulajdonított** útipoggyászokra vonatkozóan a biztosító szolgáltatása legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban a Poggyászbiztosításra vonatkozóan meghatározott **biztosítási összeg 50 %-áig** terjed,
- (5) **Dioptriás szemüveg vagy kontaktlencse sérülése, megsemmisülése, vagy eltulajdonítása** esetén a Biztosító a dioptriás szemüveg vagy kontaktlencse számlával igazolt pótlását, vagy javítását téríti meg legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban tárgyankénti limitként megadott összeg 50 %-áig. A szolgáltatás feltétele, hogy a javítás vagy pótlás legkésőbb a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 30 napon belül megtörténjen.
- (6) **Piperecikkekre** (pl. kozmetikumok, tisztálkodási szerek és eszközök) vonatkozóan a Biztosító összesen legfeljebb **a biztosítási összeg 10 %-áig** vállal szolgáltatást.
- (7) **Strandon** vagy egyéb fürdőhelyen történő poggyász-eltulajdonítás esetén a Biztosító legfeljebb **a biztosítási összeg 10 %-áig** vállal szolgáltatást.
- (8) **Adathordozókra** vonatkozó szolgáltatás: az adathordozók a lejátszó készülék tartozékának minősülnek. Az azonos funkciójú adathordozók együttesen - darabszámuktól függetlenül - a Biztosító térítése szempontjából abban az esetben is legfeljebb egy tárgynak minősülnek, amikor a lejátszóra nem terjed ki a szolgáltatási igény.
- (9) **Hordozható számítógépekre valamint mobiltelefonra** vonatkozóan a Biztosító szolgáltatása összesen legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban „hordozható számítógépekre és mobiltelefonra” meghatározott összeghatárig terjed ki, tárgyankénti limit figyelembe vétele nélkül. A biztosító kockázatviselése kizárólag olyan hordozható számítógépekre vagy mobiltelefonra vonatkozik, amelyek **beszerzése a Biztosított vagy Szerződő nevére szóló eredeti számlával igazolt,**

3.3. A Biztosított kármegelőzési kötelezettségei

A külföldi utazás során a Biztosított az alábbi kármegelőzési kötelezettségeknek köteles eleget tenni:

- (1) Ha poggyászt tartalmaz, a járművet őrzött parkolóban kell elhelyezni, vagy a poggyászt a járműből ki kell venni, és őrzött helyen kell tárolni,
- (2) a poggyászt csak az elkerülhetetlenül szükséges ideig szabad a járműben tartani (zárt és nem belátható helyen és módon, különös tekintettel az utastértől elkülönült csomagtartóval nem rendelkező járművekre),
- (3) okmányokat, bankkártyát és műszaki cikkeket, órát nem szabad a járműben, valamint személyszállító cég kezelésébe adott útipoggyászban hagyni,
- (4) ha a jármű riasztóval van felszerelve, azt be kell kapcsolni,
- (5) a poggyászt a szálláshelyre történő megérkezés után a lehető leggyorsabban el kell helyezni a szálláson, ruhatárban, vagy csomagmegőrzőben.

3.4. A Biztosított kárenyhítési kötelezettségei

A bekövetkezett poggyászkár felfedezése után a Biztosított köteles:

- (1) a lehető legrövidebb időn belül a bűncselekmény elkövetésének vagy a baleset bekövetkezésének tényét és körülményeit az elkövetés helye szerint illetékes külföldi rendőrségnél, vagy az esemény helye szerint illetékes egyéb hatóságnál valamint – ha menetrendszerű járművön történt a biztosítási esemény - a közlekedési vállalatnál - ha a szálloda vagy kemping illetékességi körében történt a biztosítási esemény – a szállodánál vagy kempingnél bejelenteni, feljelentést tenni, és helyszíni szemlét és névre szóló részletes jegyzőkönyvet kérni.
- (2) a feljelentésben minden lényeges adatot rögzíteni kell, így különösen az esemény részletes leírását (időpont, helyszín, egyéb lényeges körülmények), a kár tételes felsorolását (vagyontárgyak tételes listája, azok értékének feltüntetésével együtt), a lopás, rablás, baleset, elemi kár során bekövetkezett fizikai sérüléseket (pl. ablak, ajtó betörése, felfeszítése, egyéb sérülések),
- (3) légitársaság vagy valamely közlekedési vállalat illetve fuvarozó kezelésében eltűnt vagy megsérült poggyászra vonatkozóan az adott társaság által a kárrendezés illetve kártérítés feltételeként előírt - pl. a bejelentés időpontjára, módjára, vagy helyére vonatkozó - előírásokat betartani.

4. A „D) Poggyászbiztosítás” szolgáltatások teljesítéséhez benyújtandó dokumentumok (az I. Általános feltételek 12.2. pontban felsorolt dokumentumokon felül):

- (1) bármely lopás vagy rablás esetén az esemény helyét, idejét és leírását, a károsultak nevét, és személyi adatait, valamint az eltulajdonított, elrabolt tárgyak részletes megjelölését és értékét feltüntető, az illetékes külföldi rendőrség által kiállított jegyzőkönyvet,
- (2) szálloda vagy kemping területén történt lopás, vagy rablás esetén a rendőrségi jegyzőkönyvön kívül a szálloda vagy kemping üzemeltetője által készített jegyzőkönyvet is,
- (3) személyszállító vállalat által ki nem szolgáltatott vagy sérült útipoggyász esetén: a Biztosított nevére szóló menetjegyet, a beszállókartát (légipoggyász-károk esetén), a személyszállító vállalat által a poggyász átvételekor a Biztosított nevére szólóan kiállított poggyász-feladóvevényt, a hiányzó vagy sérült poggyásról a személyszállító cég felé tett bejelentést (amely tartalmazza az eltűnt vagy sérült dolgok tételes felsorolását és azok értékét), a poggyász-hiányról illetve sérülésről a csomag-kiadás szokásos helyén (pl. légipoggyász-károk esetén az érkezési repülőtéren) rögzített bejelentést, valamint a személyszállító vállalat által – az adott feladóvevényen szereplő poggyász eltűnéséért vagy sérüléséért vállalt - felelősség elismerésére vonatkozó jegyzőkönyvet, melynek tartalmaznia kell a károsult személy nevét, személyi adatait, azt, hogy a térítés meghatározása az eltűnt dolgok értéke vagy tömege alapján történt, és a személyszállító cég által fizetett kártérítés összegét, illetve ha a poggyász eltűnéséért vagy sérüléséért a személyszállító vállalat a felelősségét nem ismeri el és kártérítést nem vállal, akkor az erről szóló írásbeli nyilatkozatot, valamint a személyszállító vállalat által a kár bekövetkezésének tényét és mértékét hitelt érdemlően igazoló, dokumentumot,
- (4) a vagyontárgy újkori beszerzésének időpontját és értékét igazoló – a Biztosított nevére szóló – eredeti számlát, ha az rendelkezésre áll. A hordozható számítógépekre vonatkozó térítés feltétele a Biztosított vagy a Szerződő nevére szóló újkori beszerzést igazoló eredeti számla benyújtása a Biztosító felé. (A biztosítási szerződés vonatkozásában az adásvételi szerződés nem helyettesíti a névre szóló eredeti számlát.)
- (5) ha a Biztosító egy adott hordozható számítógépre vonatkozóan – akár rész-értékben is – térítést nyújtott, az adott dologra vonatkozóan benyújtott eredeti számlát nem köteles visszaszolgáltatni. (ha a számla jogi személy, vagy jogi személyiséggel nem rendelkező gazdálkodó szervezet nevére van kiállítva, akkor a Biztosító – a Biztosított írásos kérése alapján - vállalja a számla visszaküldését).
- (6) útiokmányok pótlására vonatkozóan a felmerült költségeket igazoló, a Biztosított nevére szóló, eredeti számlát,
- (7) az „útiokmányok pótlásával kapcsolatos utazási költségek” szolgáltatásra vonatkozóan az eredeti menetjegyet és számlát,
- (8) elemi kárra vonatkozóan a szakhatóság (illetékességtől függően pl. meteorológiai intézet, rendőrség, tűzoltóság) igazolását az elemi kár bekövetkezéséről, valamint - ha a kár kemping területén történt - a kemping üzemeltetője által kiállított, a kár időpontját, mértékét és jellegét, a károsult dolgok felsorolását, valamint a károsult személyeket pontosan leíró jegyzőkönyvet,
- (9) a bankkártya-pótlás költségének megállapításához a megfelelő bankszámla-kivonat azon tételeit, amelyen a letiltás és pótlás költsége szerepel,
- (10) bankkártya jogellenes felhasználásával okozott pénzügyi veszteség esetén a kártyát kibocsátó bank igazolását a jogellenes felhasználással összefüggésben a Biztosított által közvetlenül elszenvedett – máshonnan meg nem térülő - pénzügyi veszteség mértékéről,
- (11) menetjegy pótlása esetén az eredeti menetjegy megvásárlását igazoló pénzügyi bizonylatot, és a pótlásként megvásárolt menetjegyet és a kifizetését igazoló pénzügyi bizonylatot,
- (12) készpénz esetében a Biztosított nyilatkozatát az eltulajdonított készpénz összegére, valutánemére és tulajdonosára vonatkozóan,
- (13) sérült útipoggyászra vonatkozó igény esetén a sérült dolog eredeti beszerzésére vonatkozó számlát, a javításra vonatkozó számlát, ha a sérült dolog nem javítható, az erre vonatkozó szakértői jegyzőkönyvet, valamint sérült dioptriás szemüveg esetén az újrapótlásra vonatkozó számlát,

5. Kizárások a D) Poggyászbiztosítás esetén (az I. Általános feltételek 13. pontban felsorolt kizárásokon felül.)

(1) Jelen biztosítási feltételek vonatkozásában **nem minősülnek útipoggyásznak (nem biztosított dolgok):**

- (a) ékszerek, nemesfémek, drágakövek, féldrágakövek, vagy ezeket alkotórészként, illetve alapanyagként tartalmazó vagyontárgyak,
- (b) a „pénz, menetjegyek, bankkártya eltulajdonítása miatti pénzügyi veszteség megtérítése” szolgáltatás keretén belül vállalt szolgáltatásokon kívül bármely egyéb esetben készpénz vagy készpénzt helyettesítő fizetőeszköz használatával, illetve takaréketkönyv, vagy bármilyen értékpapír alapján érvényesíthető pénzkövetelések,

- (c) szolgáltatás igénybevételére jogosító utalványok, kártyák (pl. síbérlet, mobiltelefon feltöltő kártya, belépőjegyek),
- (d) okmányok (az 1.(1) (b) pontban felsorolt útiokmányok kivételével),
- (e) nemes szőrme, művészeti tárgyak, azonos funkciójú tárgyakkól álló gyűjtemények, művészeti gyűjtemények,
- (f) bármely jármű, vagy szállítóeszköz illetve ezek alkatrészei, tartozékai vagy felszerelési tárgyai (pl. autótetőcsomagtartó, tetőbox, utánfutó, autórádió,-magnó,-CD lejátszó, motoros csomagtároló doboz),
- (g) sporteszközök,
- (h) fegyver és lőszer, hangszerek, bútorok, műfog, műfogsor, fogszabályzó,
- (i) bármilyen jellegű és méretű számítástechnikai eszköz (pl. laptop, notebook, palmtop, e-book olvasó stb.) és tartozékai, kivéve a hordozható számítógépek és mobiltelefonok a Szolgáltatás-táblázatban „hordozható számítógépek és mobiltelefon”-ra vonatkozóan meghatározott biztosítási összegig,
- (j) kulcs, elektromos távirányító,
- (k) élelmiszerek, italok, dohányárúk és dohányzáshoz kapcsolódó eszközök (pl. pipa, szivarvágó, öngyújtó stb.),
- (l) áruminták,
- (m) kereskedelmi mennyiségben, illetve a Biztosított személyi szükségleteit meghaladó mennyiségben szállított dolgok,
- (n) gépjárműben, gépjármű tetőcsomagtartó dobozában vagy motorkerékpár csomagtartó dobozában hagyott útiokmányok, bank- és hitelkártya, bármely műszaki cikk és tartozékai,
- (o) személyszállító cég (pl. légitársaság, hajó- vagy busztársaság) megőrzésébe átadott útiokmányok, bank- és hitelkártya, bármely műszaki cikk és tartozékai, szemüveg, napszemüveg, kontaktlencse.

(2) Nem téríti meg a Biztosító:

- (a) az útipoggyász elvesztése, elhagyása, elejtése, vagy – kivéve lezárt lakóépületben vagy gépjármű csomagterében hagyott dolgok esetén – őrizetlenül hagyása miatt bekövetkező károkat,
- (b) a poggyász sérülést, ha annak tényét – légipoggyász esetén – a repülőtéri poggyászkezelő cég jegyzőkönyve nem igazolja,
- (c) gépjármű csomagterében vagy lakóépületben hagyott dolgok eltulajdonítása esetén, ha az erőszakos behatolás egyértelműen nem dokumentált,
- (d) a helyi idő szerint este 20 és reggel 8 óra között a gépjárműben hagyott dolgok eltulajdonításával okozott kárt,
- (e) sátorozás közben bekövetkező lopás vagy rablás miatti kárt, ha a sátorozás nem az erre hatóságilag kijelölt helyen történik,
- (f) adathordozók kárai esetén az adatvesztés kárait,
- (g) az útipoggyász vagy útiokmány vízbe esése illetve átnedvesedése miatt bekövetkező károkat (függetlenül a vízbeesés, vagy átnedvesedés körülményeitől), kivéve közlekedési baleset és árvíz esetén,
- (h) a hatóság által történő lefoglalás, elkobzás, rongálás vagy a vagyontárgyak megsemmisítésének kárait,
- (i) a vagyontárgyak szállításával, károsodásával összefüggő következményi károkat és közvetett veszteségeket,
- (j) a vagyontárgyak sajátos természetéből eredő károkat,
- (k) a vagyontárgyak konstrukciós, gyártási, anyag- és hasonló rejtett hibáira visszavezethető károkat,
- (l) vízum pótlásának költségeit,
- (m) valamely jármű vagy tartozékainak meghibásodásából eredő károkat,
- (n) a járművön valamely külső rögzítő szerkezet alkalmazásával (pl. kerékpár-tartó, tetőcsomagtartó stb.) szállított dolgokban bekövetkező károkat, és tetőcsomagtartó doboz kinyílásából vagy sérüléséből adódó károkat, kivéve a közlekedési baleset során bekövetkező poggyász-sérülést vagy -megsemmisülést, ha a szállítás a hatályos közlekedésrendészeti szabályoknak megfelelően történt, valamint a lezárt tetőcsomagtartó doboz feltörésével (zárszerkezet erőszakos megrongálásával történő felnyitás) okozott lopáskárokat,
- (o) a szükséges csomagolás hiányából, vagy hiányosságából, valamint – ha azt maga a Szerződő/Biztosított vagy hozzátartozója végezte – a szállított dolgok helytelen berakodásból vagy elhelyezéséből adódó károkat,
- (p) lakóautóban vagy lakókocsiban tárolt poggyászra vonatkozó károkat, kivéve ha a kár akkor következett be, amikor a lakókocsit vagy a lakóautót a helyi hatóság által engedélyezett, őrzött kempingben igazoltan szállás céljára használták.

E) Poggyászkésedelem (külföldön)

1. Biztosítási esemény

(1) Ha a Biztosított a légitársaságnál saját nevére szólóan szabályszerűen feladott útipoggyásza külföldön az adott légijárat megérkezését követően az elvárható időn belül nem érkezik meg a külföldi utazás célállomására,

és a poggyász hiányát a megérkezést követően - az utazási feltételekben foglalt szabályoknak megfelelően, de - legfeljebb 2 órán belül a fuvarozó légitársaság képviselőjének írásban bejelentik.

(2) Jelen feltételek értelmezésében a poggyász az elvárható időn belül nem érkezik meg abban az esetben, ha a Biztosított azt a célállomásra történő megérkezése után - önhibáján kívül - az utazási feltételekben (utazási szerződésben) meghatározott kiszolgáltatási időpontot követő négy órán belül nem kapja meg, és ennek tényét a légitársaság jegyzőkönyv kiállításával tanúsítja. (Az átszállási pont nem minősül célállomásnak.)

2. A Biztosító szolgáltatása

(1) A Biztosító vállalja, hogy a járat érkezési időpontja és a poggyász tényleges átvétele közti időtartamban, poggyász eltűnése esetén pedig a járat érkezését követő 48 órán – de legfeljebb a biztosítás időbeli hatályán - belül a Biztosított részére külföldön szükségessé vált sürgősségi vásárlások (tisztálkodás, ruhanemű) értékének valamint a légitársaság által a biztosítási esemény miatt térített összegnek a különbözetét megtéríti a poggyázkésés időtartamától függően legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban megadott összeghatárig, egy légiutazásra vonatkozóan egy Biztosított személy részére legfeljebb egyszeresen, az érintett csomagok számától függetlenül.

(2) **Egy adott csomagra vonatkozóan a Biztosító legfeljebb egyszeresen vállalja a biztosítási összeg kifizetését, függetlenül a csomag feladójaként megjelölt személyek számától. Egy adott csomagra vonatkozóan az a Biztosított jogosult szolgáltatásra, akinek a jogos igénye először érkezik be a Biztosítóhoz. Ha egy csomagra vonatkozóan egyidejűleg érkezik be több jogos szolgáltatási igény, akkor a Biztosító az egyes Biztosítottak felé legfeljebb a szolgáltatási összeg arányosan csökkentett részét fizeti ki.**

(3) A Biztosító a szolgáltatást a Biztosított hazaérkezését követően utólag nyújtja, az esemény helyszínén történő kifizetést nem vállal.

3. A teljesítés feltételeinek leírása az F) 3. pontban található!

F) Járatkésés külföldön és hazaérkezéskor

1.a) Biztosítási esemény: ha egy menetrendszerű légi járat valamely külföldi repülőtérrel legalább 4 óra, vagy azt meghaladó időtartamú késéssel indul, és az üzemeltető légitársaság írásban igazolja a késés tényét és időtartamát, valamint azt, hogy a Biztosított – érvényes menetjeggyel utasként - a késett légi járatral utazott. **Jelen feltételek alkalmazásában a járatörlés nem minősül járatkésésnek.**

1.b) Szolgáltatás: a Biztosító megtéríti a fentiek szerinti külföldi légi járat-késés időtartama alatt igénybe vett sürgősségi vásárlások (élelmiszer, tisztálkodószerek) számlával igazolt összegének valamint a légitársaság által a járatkésés miatt a Biztosítottnak esetlegesen térített összegnek a különbözetét.

2. a) Biztosítási esemény: ha egy menetrendszerű légi járat a lakóhely országa területén lévő repülőtérre a menetrend szerinti érkezési időponthoz képest legalább 2 óra, vagy azt meghaladó időtartamú késéssel érkezik meg **és** emiatt a Biztosított lakhelyére történő továbbutazása az eredetileg tervezett módon nem lehetséges (pl. tömegközlekedés hiánya, vagy vonat-, busz lekésése miatt), feltéve, hogy a légitársaság írásban igazolja a késés tényét és időtartamát, valamint azt, hogy a Biztosított – érvényes menetjeggyel utasként - a késett légi járatral utazott **és** a lakhelyre történő eredeti továbbutazási módra vonatkozóan egyértelmű információ áll rendelkezésre.

2. b) Szolgáltatás: a Biztosító megtéríti az alábbi, a Biztosított személyére vonatkozóan a késés miatt felmerült, - számlával igazolt - indokolt alábbi többletköltségek valamint a légitársaság által a járatkésés miatt a Biztosított részére térített összegnek a különbözetét:

- lakhelyre történő utazási költségeket (pl. taxi),

– ha a hazautazás a késés miatt az érkezés napján már nem oldható meg, akkor egy éjszakára vonatkozó szálloda-költséget.

3. A teljesítés feltételei E) Poggyázkésedelem (külföldön) és F) Járatkésés külföldön és hazaérkezéskor szolgáltatás esetén (az I. Általános feltételek 11.2. pontban felsorolt dokumentumokon felül):

(a) a biztosított nevére kiállított, teljes útvonalra szóló repülőjegy, poggyászcímke, beszállókártya,

(b) a fuvarozó légitársaság által a Biztosított nevére szólóan és a Biztosított nevére feladott útipoggyászra vonatkozóan kiadott írásos jegyzőkönyv a Biztosított poggyászának késedelmes kiszolgáltatásáról, annak időpontjáról, járatkésés esetén pedig annak tényéről, illetve mindkét esetben a késés időtartamáról, valamint a légitársaság nyilatkozata a Biztosított felé nyújtott kártérítés összegéről, vagy arról, hogy nem vállal kártérítésre vonatkozó térítést,

(c) a késés miatt szükségessé vált dolgok vásárlására vonatkozó eredeti bizonylatok. A vásárlásról szóló bizonylat elfogadásának feltétele, hogy azon azonosítható módon szerepeljen a vásárolt dolog, annak értéke és a vásárlás időpontja. A Biztosító legfeljebb a biztosítási összeg 20 %-ának megfelelő összeghatárig a vásárlások tételes igazolása nélkül is vállal térítést a szolgáltatási igényben felsorolt vásárolt dolgokra vonatkozóan.

G) Közlekedési baleset miatt légijárat-lekésés

1. Biztosítási esemény

Ha az a jármű, amellyel a Biztosított a menetrendszerű légijárat indulását megelőző 12 órán belül utazik, rendőrségi jegyzőkönyvvel dokumentált közlekedési balesetet szenved, és a Biztosított emiatt igazoltan lekési a légijáratot, amelyre érvényes menetjeggyel rendelkezett.

2. A Biztosító szolgáltatása

A Biztosító megtéríti a Biztosított részére történő repülőjegy módosítási költségeit, vagy – ha a módosítás nem lehetséges – 24 órán belül ugyanazon célállomásra történő utazáshoz repülőjegy vagy más közlekedési eszközre szóló menetjegy vásárlásának költségeit.

3. G) Közlekedési baleset miatt légijárat-lekésés szolgáltatás teljesítéséhez benyújtandó dokumentumok (az I. Általános feltételek 11.2. pontban felsorolt dokumentumokon felül)

(a) a repülőjegy azonosítására (útirány, időpont, légitársaság) alkalmas dokumentumot, valamint a repülőjegy árának megfizetését igazoló bizonylatot, és a fuvarozó légitársaság igazolását arra vonatkozóan, hogy az adott repülőjegyet nem vették igénybe,

(b) az átiratás vagy új repülőjegy vásárlását igazoló bizonylatot, valamint az igénybevétel igazolását.

H) Jogvédelmi segítségnyújtás és biztosítás

1. Biztosítási esemény

(1) Ha a biztosítás hatálya alatt külföldön a Biztosítottal szemben az általa – az alábbiakban felsorolt minőségekben – gondatlanul elkövetett szabálysértés vagy bűncselekmény miatt az elkövetés helyén eljárás vagy az okozott károk megtérítésére vonatkozóan polgári per indul:

(a) gépjármű, vagy kerékpár, vagy járműnek nem minősülő közlekedési és szállítási eszközök használója,

(b) közúti balesetet előidéző gyalogos,

(c) extrém sportnak nem minősülő hobbi és amatőr sporttevékenységet folytató személy.

2. A Biztosító szolgáltatása

(1) A Biztosító a Biztosított helyett megfizeti:

a) az óvadékot és a felmerülő költségeket, az alábbiak szerint:

- a Biztosított terhére az illetékes hatóság által megállapított óvadékot vagy más hasonló biztosítékot,

- illetéket, perköltséget, eljárási költséget,

- a bíróság által a tanúk és a szakértők számára megítélt díjazást,

- ha a Biztosítottnak a bíróság idézése alapján az állandó lakhelyéről a bíróság által megjelölt helyre kell utaznia, akkor a Biztosított ezzel összefüggésben felmerülő közlekedési többletköltségeit. **A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy az utazás a Biztosító szervezésében történjen, vagy az utazás módját, időpontját és költségeit a Biztosító előzetesen írásban jóváhagyja,**

- az eljárás lefolytatásához szükséges dokumentumok indokolt fordítási költségeit, **feltéve, hogy a fordítás a Biztosító szervezésében történt, vagy annak elvégzését és költségeit a Biztosító előzetesen írásban jóváhagyta.**

b) a Biztosított jogi képviseletét ellátó ügyvéd számlával igazolt munkadíját a szolgáltatás igénybevételének helyén szokásos általános ügyvédi díjszabás figyelembevételével.

(2) A Biztosító gondoskodik a jogi képviseletről. **A Biztosító hozzájárulása nélkül megbízott jogi képviselő esetén a Biztosító a jogi képviselet díját nem téríti meg.**

(3) **Ha a Biztosító által megfizetett óvadékot az illetékes hatóság visszatéríti, annak összegére a Biztosító jogosult.**

(4) **Ha a Biztosított ellen gondatlan elkövetés miatt indult eljárásban utóbb a szándékos elkövetést állapítják meg, a biztosító által nyújtott szolgáltatást a biztosított köteles visszatéríteni.**

3. A „H) Jogvédelmi segítségnyújtás és biztosítás” szolgáltatás teljesítésének feltételei és a benyújtandó dokumentumok (az I. Általános feltételek 11.2. pontban felsorolt dokumentumokon felül):

(1) **A jogvédelmi szolgáltatásra vonatkozó igényt a Biztosított köteles a biztosítási esemény bekövetkezését követően haladéktalanul az EUB-Assistance felé bejelenteni.** A bejelentéshez csatolni kell a Biztosított ellen indított büntető vagy szabálysértési eljárásról a bejelentésig keletkezett dokumentumokat.

(2) **A szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosító előzetes hozzájárulása szükséges.**

(3) A felmerült költségeket a Biztosító közvetlenül fizeti az adott hatóságnak, illetve a szolgáltatónak az eredeti számla alapján, illetve közvetlenül a Biztosítottnak, ha az a számlát a benyújtott bizonylatok alapján igazoltan előzetesen kifizette.

(4) A biztosító teljesítésének feltétele továbbá, hogy a biztosítási eseménnyel kapcsolatos eljárás során a Biztosított együttműködjön a hatóságokkal, a hivatalos szervekkel, ügyvédjével és a Biztosítóval.

(5) Ha a biztosítási eseménnyel kapcsolatban polgári per indult, a teljesítés feltételeként a Biztosítóhoz be kell nyújtani: az eljárást megindító dokumentumot, az eljárás számát, szabálysértés vagy büntetőeljárás esetén a hatóság által kiadott igazolást az eljárás megindításáról, illetve a hatóság által a károkozás helyszínén felvett jegyzőkönyvet, illetve az illetékes hatóság nevét, címét.

4. KIZÁRÁSOK a H) Jogvédelmi segítségnyújtás és biztosítás esetén (az I. Általános feltételek 13. pontban felsorolt kizárásokon felül.)

Nem terjed ki a biztosítási védelem:

(a) az ugyanazon biztosítási szerződésben biztosított személyeknek egymással szemben indított kártérítési pereire;

(b) olyan káresemények esetén, melyeket a szerződő vagy a biztosított jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozott;

(c) a Biztosított ellen szándékosan elkövetett szabálysértés vagy bűncselekmény, cserbenhagyás, segítségnyújtás elmulasztásának alapos gyanúja miatt indul az eljárás,

(d) bírósági úton nem érvényesíthető követelések, illetve nemzetközi vagy nemzetek feletti bíróságok (pl. Emberi Jogok Európai Bírósága) előtt érvényesített igények tekintetében.

(e) a Biztosított terhére megállapított pénzbüntetésre, bírságra vagy a Biztosítottat terhelő egyéb költségekre, kiadásokra,

(f) a Biztosított jogszabályban meghatározott felelősségénél szigorúbb, szerződésben vagy egyoldalú nyilatkozatban vállalt helyállási kötelezettsége, vagy szerződésszegéssel okozott kár kapcsán indított perekre

(g) a Biztosított ellen gépjármű használójaként elkövetett szabálysértés vagy gondatlan bűncselekmény miatt indult eljárás és az adott gépjármű az elkövetés időpontjában nem rendelkezett érvényes felelősségbiztosítással,

I) Felelősségbiztosítás

1. Biztosítási esemény

(1) Ha a Biztosított a biztosítás tartama alatt, a (2) bekezdésben meghatározott tevékenységével harmadik személynek külföldön gondatlanul sürgősségi ellátást igénylő vagy halált okozó személyi sérülést okoz, és a Biztosítottat, mint károkozót az ezzel összefüggésben okozott dologi kárra illetve a személyi sérüléssel összefüggésben a károsult személy orvosi ellátásának költségeire vonatkozóan kártérítési kötelezettség terheli.

(2) A kockázatviselés az alábbi tevékenységekre terjed ki:

(a) kerékpár, és járműnek nem minősülő közlekedési és szállítási eszközök használója,

(b) közúti balesetet előidéző gyalogos,

(c) extrém sportnak nem minősülő amatőr sporttevékenység.

2. A Biztosító szolgáltatása

(1) A Biztosító vállalja a biztosítási eseménnyel összefüggésben felmerülő dologi károkra, illetve a károsult személy orvosi ellátásának költségeire vonatkozóan a Biztosítottat terhelő kártérítési kötelezettség teljesítését.

(2) A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító szolgáltatási kötelezettségének felső határa a szerződésben meghatározott biztosítási összeg. Ezen rendelkezés a károkozó biztosítottat terhelő jogi képviselési költségekre és kamat fizetési kötelezettségre is irányadó. A biztosítás kiterjed az eljárási költségekre, ha e költségek a biztosító útmutatásai alapján vagy előzetes jóváhagyásával merültek fel. A biztosított kérésére a biztosítónak a költségeket meg kell előlegeznie.

Nem terjed ki a biztosító szolgáltatása a kárbejelentési kötelezettség késedelmes teljesítése miatt a károsult felé fennálló késedelmi kamat fizetési kötelezettségre.

(3) Ha a Biztosító megállapodás alapján átalányösszeget fizet, akkor ez vonatkozik a dologi károkra és személyi sérülésekkel összefüggésben felmerült költségekre is.

(4) Ha a biztosítási eseménnyel kapcsolatban sem hatósági, sem bírósági eljárás nem indult, a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a felmerült költségeket legfeljebb 50 000 Ft összeghatárig vállalja. A szolgáltatás feltétele a Biztosított felelősségét elismerő nyilatkozatának benyújtása a Biztosító felé.

(5) A Biztosított és a károsult egyezsége, a Biztosított felelősséget elismerő nyilatkozata a Biztosítóval szemben csak akkor hatályos, ha azt a Biztosító tudomásul vette, bírósági marasztalása pedig csak akkor, ha a Biztosító gondoskodott a Biztosított jogi képviseléről vagy a Biztosított által választott jogi képviselő megbízásához hozzájárult.

(6) Ha a Biztosító a károsulttal történő megegyezéssel, vagy egyéb módon a kárt rendezni tudná, azonban az ügy lezárása a **Biztosított együttműködésének hiánya miatt meghiúsul, az ezzel összefüggésben keletkező kamatterhet illetve egyéb költségeket a Biztosító nem viseli.**

(7) Ha több személy közösen okoz kárt, és így a Biztosított felelőssége mással egyetemleges, vagy a kár bekövetkeztében a károsult is közrehatott, a Biztosító helytállási kötelezettsége csak a Biztosított felróható magatartásának mértékéig terjed. Ha a károkozók magatartása felróhatóságának arányát nem lehet megállapítani, akkor a biztosító a károkozók közrehatása arányában teljesít. Ha a közrehatás arányát nem lehet megállapítani, akkor a biztosító úgy teljesít, mintha a kárt a károkozók egyenlő arányban okozták volna.

(8) **A Biztosító visszatérítési igénye: a Biztosító a jelen szerződés alapján kifizetett kártérítési összeg megtérítését követelheti a Biztosítottól, ha bebizonyosodik, hogy a jelen szerződésre vonatkozó valamely mentesülési vagy kizárási ok fennáll.**

(9) A I) Felelősségbiztosítás fejezetben meghatározott szolgáltatások vonatkozásában egy biztosítási eseménnyel összefüggésben a biztosító **az összes vele szerződésben álló biztosított károkozó személy vonatkozásában összesen legfeljebb 7.500.000 forint kifizetését vállalja.**

3. I) Felelősségbiztosítás és J) Szállodai- és kemping felelősségbiztosítás szolgáltatásokra vonatkozóan a teljesítéshez benyújtandó dokumentumok (az I. Általános feltételek 11.2. pontban felsorolt dokumentumokon felül):

(1) a Biztosított felelősséget elismerő nyilatkozata, vagy ha a biztosítási eseménnyel kapcsolatban polgári per indult, a Biztosított kártérítési kötelezettségét megállapító jogerős bírósági határozat,

(2) a károsult testi sérülésére vonatkozó részletes orvosi szakvélemény,

(3) a Biztosított felelősségének elismerésére vagy elutasítására vonatkozó nyilatkozata,

(4) ha a biztosítási eseménnyel kapcsolatban polgári per indult, az eljárást megindító dokumentum, az eljárás száma, a hozott határozat annak kézhez vételétől számított 2 napon belül, szabálysértés vagy büntetőeljárás esetén a hatóság által kiadott igazolás az eljárás megindításáról, illetve a hatóság által a károkozás helyszínén felvett jegyzőkönyv, illetve az illetékes hatóság neve, címe,

(5) ha a szolgáltatási igény oktatási intézmény által szervezett szakmai gyakorlat keretében történt károkozással áll összefüggésben, a szervező oktatási intézmény nyilatkozata az eset körülményeire vonatkozóan, valamint a munkáltató által készített munkabaleseti jegyzőkönyv,

(6) a szállodának vagy a kempingnek a kár mértékére, bekövetkezésének helyére, időpontjára vonatkozó jegyzőkönyve,

(7) a szálláshely díjának megfizetését igazoló bizonylat, amelyen szerepel az igénybevevő neve és az igénybevétel időtartama,

(8) a sérült tárgy(ak) fényképe, és a kár értékének megállapításához szükséges bizonylatok (sérült dolgok beszerzési számlája, ezekre vonatkozó javítási vagy újra-beszerzési számla),

(9) a biztosítottat terhelő önrészesedés megfizetését igazoló bizonylat.

J) Szállodai- és kemping felelősségbiztosítás

3. Biztosítási esemény

Biztosítási esemény a Biztosított által okozott dologi kár miatti kártérítési kötelezettség bekövetkezése, amely külföldi szálloda, apartman, vagy kemping üzemeltetőjével szemben az adott szálláshely berendezését érintően áll fenn és amelyért az adott ország joga szerint a Biztosított tartozik helytállni. A Biztosított e szerződésben foglaltak alapján a kártérítés Biztosító által történő megfizetését követelheti, feltéve, hogy a károkozás időpontjában az adott szálláshely a helyi előírásoknak megfelelően üzemelt, és a Biztosított a szálláshelyet díjfizetés ellenében szállás céljára vette igénybe.

4. A Biztosító szolgáltatása

(1) A biztosítási esemény bekövetkezése és előírtak szerinti bejelentése esetén a Biztosító vállalja a Biztosítottat terhelő azon kártérítési kötelezettség teljesítését, melyet a Biztosítottal szemben a biztosítási szerződés hatálya alatt a szálloda, apartman, vagy kemping üzemeltetőjének a szálláshely berendezését érintő dologi kár miatt támasztanak, valamint a kár enyhítésével és megállapításával kapcsolatos költségek, továbbá a peren kívüli vagy bírósági eljárás költségeinek megtérítését legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban rögzített összeghatárig. A kártérítési kötelezettség tekintetében **a Biztosítottat a teljes kárösszeg arányában 10 %-os mértékű, de legalább 10.000 Ft önrész terheli.**

(2) **Ha a biztosítási eseménnyel kapcsolatban sem hatósági, sem bírósági eljárás nem indult, a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a felmerült költségeket legfeljebb 50 000 Ft összeghatárig vállalja. A szolgáltatás feltétele a Biztosított felelősségét elismerő nyilatkozatának benyújtása a Biztosító felé.**

(3) Az I) 2. (2) és (6)-(8) bekezdésekben foglaltak jelen szolgáltatásra is érvényesek.

(4) A Biztosító szolgáltatásának feltétele (2) bekezdés esetén a Biztosított felelősséget elismerő nyilatkozata, vagy ha a biztosítási eseménnyel kapcsolatban polgári per indult, a Biztosított kártérítési kötelezettségét megállapító jogerős bírósági határozat.

(5) A „J) Szállodai- és kemping felelősségbiztosítás” fejezetben meghatározott szolgáltatások vonatkozásában egy biztosítási eseménnyel összefüggésben a biztosító az összes vele szerződésben álló biztosított károkozó személy vonatkozásában összesen **legfeljebb 200.000 forint kifizetését vállalja.**

3. KIZÁRÁSOK J) Felelősségbiztosítás és K) Szállodai- és kemping felelősségbiztosítás esetén (az I. Általános feltételek 13. pontban felsorolt kizárásokon felül).

Nem téríti meg a Biztosító:

(1) azt a kárt, amely a Biztosított jogszabályban meghatározott felelősségénél szigorúbb, szerződésben vagy egyoldalú nyilatkozatban vállalt helytállási kötelezettségén alapul,

(2) bírságot, pénzbüntetést, egyéb büntető jellegű költségeket, valamint a károkozó ezzel kapcsolatos képviseleti költségeit,

(3) azt a kárt, amit a Biztosított bűncselekmény elkövetésével okoz,

(4) a biztosított saját kárát és a biztosított Ptk. 8:1.§ 2) pontjában felsorolt hozzátartozóinak okozott károkat,

(5) a környezetszennyezést, vagy környezeti ártalmakat okozó károkat.

(6) azt a kárt, amelyet a Biztosított olyan tevékenységével okozott, amely hatósági engedélyhez kötött, és a Biztosított ezt a tevékenységet ilyen engedély nélkül folytatta,

(7) ha a Biztosított azonos károkozó körülményekkel visszatérően okozott kárt, s a Biztosító felhívása ellenére a károkozás körülményeit nem szüntette meg, bár az megszüntethető lett volna,

(8) a kárt, ha a Biztosítottat harmadik személy a káresemény bekövetkezésének a lehetőségére figyelmeztette, s a káresemény ezután a szükséges intézkedés hiányában következett be,

(9) a Biztosított által bérelt, haszonbérelt, kölcsönzött vagy megőrzésre átvett dolgokban bekövetkezett károkat,

(10) a hőmérséklet, gázok, gőzök, folyadékok, nedvesség, vagy nem atmoszférikus csapadékok fokozatos kibocsátása vagy behatása által, valamint nukleáris események, és radioaktív fertőzés által okozott károkat.

(11) dolgok elveszéséből, elvesztéséből, eltulajdonításából adódó károkat,

(12) dologi és tisztán vagyoni károk esetében az elmaradt vagyoni előnyt;

(13) kizárólag lelki sérülés, pszichikai, mentális zavar vagy az érzélemvilág hátrányos megváltozása alapján előterjesztett kárigényeket, amennyiben a lelki sérülés mértéke nem éri el az egészségkárosodás szintjét

(14) a szerződésszegésből adódó károkat

(15) azt a kárt, amit a szerződő vagy a biztosított jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozott,

(16) a fedezet a biztosítási összeg felül nem terjed ki a károkozó biztosított jogi képviseleti költségeire és kamataira.

Ügyfélértékelő és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések

Köszönjük bizalmát, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával az Európai Utazási Biztosító Zrt. társasághoz fordult.

Kérjük, szíveskedjék figyelmesen elolvasni alábbi tájékoztatónkat, amelyben bemutatjuk társaságunk főbb adatait, tájékoztatjuk a fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó szervezeti egységeinkről, felügyeleti szervünk megnevezéséről és székhelyéről, az ügyfélpanaszoknak – azok jellege szerint – a Magyar Nemzeti Bankhoz és a Pénzügyi Békéltető Testülethez való előterjesztésének a lehetőségéről, a bírói út igénybevételeéről, valamint megismertetjük az adatvédelem és adatkezelés legfontosabb szabályaival.

Felsoroljuk továbbá azokat a szervezeteket, amelyek részére társaságunk az ügyfelek – biztosítási titkot képező – adatait a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban: Bit.) alapján kiadhatja. Külön kitérünk a biztosítási ajánlat aláírása előtt szükséges leglényegesebb tudnivalókra, közöttük a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati ismeretekre, amelyek birtokában a szerződéskötési szándékát kifejező jognyilatkozatát megfontoltan teheti meg. Megjelöljük a biztosítási szerződésre vonatkozó adózással kapcsolatos szabályokat is.

Jelen Ügyfélértékelő és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések (a továbbiakban: Ügyfélértékelő) a fentiekben túl tartalmazza a létrejött biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezéseket is.

Az Ügyfélértékelőben foglalt rendelkezéseken túl a biztosítási szerződéssel létrejövő jogviszony tartalmát képezik továbbá – a biztosítási szerződés típusától függően – a biztosításra vonatkozó általános és különös szerződési feltételek (a továbbiakban együtt: biztosítási feltételek), valamint a szerződő/biztosított nyilatkozatai, és a biztosító által feltett kérdésekre adott válaszai.

A jelen Ügyfélértékelőben valamint a biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

V. A Biztosítóra vonatkozó tájékoztató adatok

Az Európai Utazási Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság 1997. január 1-jén kezdte meg működését a magyar biztosítási piacon.

Székhelye: 1132 Budapest, Váci út 36–38.

Telefon: (36-1) 452-3580,

fax: (36-1) 452-3312.

Cégjegyzékszám: 01-10-043228, Fővárosi Törvényszék Cégbírósága

A társaság alaptőkéje: 400 000 000 Ft

Fő tevékenységi köre: nem-életbiztosítás

A társaság cégformája: részvénytársaság

Működési módja: zártkörű

A társaság tulajdonosai:

Generali Biztosító Zrt. 61%

Europäische Reiseversicherung AG, München 26%

Europäische Reiseversicherung AG, Bécs 13%

VI. Ügyfélszolgálat

A biztosítási szerződésével kapcsolatos kérdésével, problémájával, kérjük, forduljon bizalommal ügyfélszolgálati irodánkhoz, akik készséggel állnak az Ön rendelkezésére.

Az Ügyfélszolgálat elérhetőségei

Telefonszám: (1) 452-3580

Fax: (1) 452-3312

E-mail: ugyfelszolgalat@eub.hu

Ügyfélszolgálat címe: 1132 Budapest, Váci út 36–38.

További információhoz juthat a www.eub.hu címen is.

VII. Panaszügyintézés

Amennyiben Önnek bármilyen kifogása van biztosító társaságunk magatartásával, tevékenységével, vagy mulasztásával kapcsolatban, panaszát a fenti elérhetőségeken **szóban** és **írásban** egyaránt előterjeszheti az alábbiak szerint:

Szóbeli panaszát személyesen a személyes ügyfélfogadásra nyitva álló ügyfélszolgálati irodánkban **hétfőtől szerdáig, valamint pénteken 8 órától 16 óráig, csütörtökön 8.00-17:00 óra között teheti meg.**

A telefonon közölt szóbeli panasz megtételére – csütörtöki nap kivételével, amikor 8:00-20:00 óra között - ugyancsak a fenti időpontokban **biztosítunk lehetőséget.**

Társaságunk panaszkezelési eljárásával, a panaszkezelés módjával és a panaszkezelési nyilvántartás vezetésével kapcsolatos további részletes információkat talál honlapunkon, illetőleg az ügyfélszolgálati irodáinknál kihelyezett panaszkezelési szabályzatban. Felhívjuk figyelmét, hogy a felügyelet honlapján megtalálható a „Fogyasztói panasz” elnevezésű formanyomtatvány, amelynek felhasználásával szintén benyújthatja a panaszát a Biztosítóhoz.

VIII. Felügyeleti Hatóság

A biztosító felügyeleti szerve a **Magyar Nemzeti Bank** (a továbbiakban: MNB vagy Felügyelet).

A Felügyelet elérhetőségei

Székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 8-9.

Levelezési cím: H-1534 Budapest BKKP Postafiók: 777.

Központi telefon: (36-1) 4899-100

Központi fax: (36-1) 4899-102

Webcím: <http://felugyelet.mnb.hu>

Ügyfélszolgálat címe: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Ügyfélszolgálat telefonszáma: 06-40-203-776

Ügyfélszolgálat elektronikus levelezési címe: ugyfelszolgalat@mnb.hu)

Felhívjuk a figyelmét a Felügyelet fogyasztóvédelmi honlapjára (www.felugyelet.mnb.hu/fogyasztoknak), az ott elérhető tájékoztatókra és összehasonlítást segítő alkalmazásokra.

IV.1. Társaságunk az MNB által felügyelt tevékenység folytatására jogosult szervezet, amely tevékenységünk vonatkozásában a Felügyelet – kérelemre vagy hivatalból indított eljárás keretében - ellenőrzi

a) a biztosító által nyújtott szolgáltatást igénybe vevő fogyasztóval szemben tanúsítandó magatartásra vonatkozó kötelezettséget megállapító, a Bit-ben vagy az annak felhatalmazása alapján kiadott jogszabályban előírt rendelkezések, valamint

b) a fogyasztókkal szembeni tisztességtelen kereskedelmi gyakorlat tilalmáról szóló törvény rendelkezéseinek,

c) a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló törvény rendelkezéseinek, továbbá

d) az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló törvény rendelkezéseinek [az a)-d) pont a továbbiakban együtt: fogyasztóvédelmi rendelkezések], továbbá

e) a pénzügyi fogyasztói jogvitával kapcsolatos kötelezettség betartását, és - ide nem értve a szerződés létrejöttének, érvényességének, joghatásainak és megszűnésének, továbbá a szerződésszegésnek és annak joghatásainak megállapítását - eljár e rendelkezések megsértése esetén (a továbbiakban: fogyasztóvédelmi eljárás).

Fogyasztóvédelmi eljárást a Felügyeletnél a Polgári Törvénykönyvről szóló törvény szerinti fogyasztónak minősülő személy kezdeményezhet, abban az esetben, ha a biztosítónál panaszát már korábban előterjesztette, azonban a panaszára nem kapott választ, vagy a panasz kivizsgálása nem jogszerűen történt, vagy a biztosító válaszából egyéb, a fentiekben meghatározott jogszabályokban előírt fogyasztói jogot sértő körülményt vélelmez.

A biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és joghatásaival kapcsolatos jogvitákban a Felügyeletnek nincs hatásköre eljárási.

V. A Pénzügyi Békéltető Testület eljárása, a közvetítői eljárás és a bírói út igénybevétele

A Pénzügyi Békéltető Testület az MNB által működtetett szakmailag független testület. A biztosítási szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatos esetleges pénzügyi fogyasztói jogviták bírósági eljáráson kívüli rendezése érdekében a fogyasztó írásban benyújtott kérelmet terjeszthet elő a Pénzügyi Békéltető Testületnél. A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség létrehozását kísérli meg, ennek eredménytelensége esetén az ügyben döntést hoz a fogyasztói jogok egyszerű, gyors, hatékony és költségkímélő érvényesítésének biztosítása érdekében.

A Testület eljárása megindításának feltétele, hogy azt megelőzően a fogyasztó a biztosítóval közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését.

A Pénzügyi Békéltető Testület elérhetőségei

Címe: 1013 Budapest, Krisztina, krt. 39.

Levelezési címe: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172.

A Pénzügyi Békéltető Testület működésével kapcsolatos egyéb lényeges információk (így a Testület eljárási szabályzata) megtalálhatóak a <https://felugyelet.mnb.hu/pbt> honlapon.

A permegelőző, konfliktuskezelő, vitarendezési eljárások közül – a Pénzügyi Békéltető Testületi eljáráson kívül – közvetítői eljárás is kezdeményezhető, a közvetítői tevékenységről szóló 2002. évi LV. törvény alapján.

A biztosítási szerződésből eredő igények a fentiekben megjelölt alternatív vitarendezési módok mellőzésével bírói úton is érvényesíthetőek. A bíróság eljárására a Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény rendelkezései irányadóak.

VI. A biztosítási titokra, valamint a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók.

A biztosítási titok és a személyes adat

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

Biztosítási titkot képeznek az alábbi adatok:

- a biztosító ügyfelének személyi adatai;
- a biztosított vagyontárgy és annak értéke;
- a biztosítási összeg;
- élet-, baleset-, betegség- és felelősségbiztosítási szerződés esetén az egészségi állapottal összefüggő adatok;
- a kifizetett biztosítási összeg mértéke és a kifizetés ideje;
- a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tény és körülmény.

Személyes adat valamennyi, az érintettel kapcsolatba hozható adat - különösen az érintett neve, azonosító jele, valamint egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző ismeret -, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés.

VI.1. Az adatkezelés célja

VI.1.1. A biztosítási szerződés nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatások teljesítésével összefüggő adatkezelés

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító, mint adatkezelő az ügyfeleinek azon biztosítási 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 a biztosítási törvényben meghatározott egyéb cél lehet. A biztosító ügyfelének minősül a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító szolgáltatására jogosult más személy; az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában ügyfél az is, aki a szerződésre ajánlatot tesz. A Biztosító adatkezelése a biztosítási szerződés megkötésével magadottnak tekintett önkéntes hozzájáruláson alapul.

VI.1.2. A biztosítók közötti adatcserével összefüggő adatkezelés

Tájékoztatjuk, hogy a biztosított veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében Társaságunk - a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából - a 2015. év január hó 1. napjától kezdődően hatályba lépő Bit.161/A. §-ában biztosított felhatalmazása alapján, 2015. január 1. napjától kezdődően jogosult megkereséssel fordulni más biztosítóhoz az e biztosító által a Bit. 155. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével kezelt - a Bit.161/A. § (3)-(5) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában. A megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.

Társaságunk ennek keretében,

- a Bit. 1. számú melléklet A) rész 1. és 2. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó biztosítási szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a Bit. 161/A. § (3) bek a-e) pontjaiban felsorolt adatokat;

- A Bit. 1. számú melléklet A) rész 3., 6., 7., 8., 9., 14., 15., 16., 17., 18., és 19. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a Bit. 161/A. § (4) bek a-e) pontjaiban felsorolt adatokat;
- továbbá a Bit. 1. számú melléklet A) rész 13. pontjában meghatározott ágazathoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a Bit.161/A § (5) bek. a)-c) pontjaiban felsorolt adatokat kérheti más biztosítótól.

A társaságunk által megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni társaságunknak.

Társaságunk a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti. Ha a megkeresés eredményeként a társaságunk tudomására jutott adat társaságunk jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés fentebb meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.

Ha a megkeresés eredményeként társaságunk tudomására jutott adat társaságunk jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

Társaságunk az e célból végzett megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

Társaságunk a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a fenti céltól eltérő célból nem kapcsolja össze.

A megkeresésben megjelölt adatok helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

VI.1.3. A biztosítóhoz érkezett panaszokkal összefüggő adatkezelés

A biztosító a panaszügyintézés során tudomására jutott személyes adatokat a Bit.167/B.§. panaszkezelésre vonatkozó rendelkezéseinek való megfelelés érdekében kezeli, és az ügyfelek panaszairól, valamint az azok rendezését, megoldását szolgáló intézkedésekről nyilvántartást vezet. A Biztosító adatkezelése a Bit. fenti rendelkezésén alapul.

VI.2. Az adatkezelés időtartama

A Bit. 155.§-a értelmében, a biztosító a személyes adatokat- ideértve az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő adatokat is- a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint – eltérő jogszabályi rendelkezés hiányában - azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

A Bit. 167/B.§ (4) bekezdése értelmében, telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító a közötte és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt egy évig megőrzi.

A Bit. 167/B.§ (9) bekezdése értelmében biztosító a panaszt és az arra adott választ három évig őrzi meg.

A biztosító 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.

VI.3. Az adatkezelés jogalapja

Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvényben (a továbbiakban: Infotv.) foglaltaknak megfelelően tájékoztatjuk, hogy a fentebb hivatkozott adatkezelések jogalapja a Bit.155.§- a és a Bit.167/B §-a, illetve a biztosítók közötti adatcsere tekintetében, 2015. január 1. napjától kezdődően a Bit. 161/A §-a. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

Az Infotv. értelmében személyes adat kezelhető akkor is, ha az érintett hozzájárulásának beszerzése lehetetlen vagy aránytalan költséggel járna, és a személyes adat kezelése

- a) az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése céljából szükséges, vagy

b) az adatkezelő vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítése céljából szükséges, és ezen érdek érvényesítése a személyes adatok védelméhez fűződő jog korlátozásával arányban áll.

Az Infotv. értelmében, ha a személyes adat felvételére az érintett hozzájárulásával került sor, az adatkezelő a felvett adatokat törvény eltérő rendelkezésének hiányában

a) a rá vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése céljából, vagy

b) az adatkezelő vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítése céljából, ha ezen érdek érvényesítése a személyes adatok védelméhez fűződő jog korlátozásával arányban áll

további külön hozzájárulás nélkül, valamint az érintett hozzájárulásának visszavonását követően is kezelheti.

A fentebb felsorolt adatkezelésektől eltérő céllal a biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet adatkezelést. Ezen adatkezelésekről a biztosító az adatoknak a cél szerinti felvételekor ad az érintetteknek tájékoztatást.

VI.4. Az adatok megismerésére jogosultak köre

Tájékoztatjuk, hogy adatait kizárólag társaságunknak a megfelelő hozzáférési jogosultságokkal rendelkező munkavállalói, megbízott biztosításközvetítői, illetve a társaságunk részére külön szerződés alapján adatfeldolgozási-vagy kiszervezett tevékenységet végző személyek, szervezetek ismerhetik meg, a társaságunk által meghatározott terjedelemben és a tevékenységük végzéséhez szükséges mértékben. Az adatokat jogosultak megismerni továbbá mindazon személyek vagy szervezetek is, akikkel szemben társaságunknak a biztosítási titok megtartásának a kötelezettsége a VI.6-VI.9. pontok értelmében nem áll fenn.

Tájékoztatjuk továbbá arról, hogy biztosítótársaságunk részére, kiszervezés keretében a Europ Assistance Kft. (1134 Budapest, Dévai u. 26–28.), mint az Európai Utazási Biztosító Zrt. megbízottja végez kárrendezési tevékenységgel kapcsolatos segítségnyújtó szolgáltatást. Ezzel összefüggésben társaságunk törvényi felhatalmazás alapján a káreseménnyel kapcsolatos adatokat és információkat adhat át a Europ Assistance-nak. A Europ Assistance Kft. rendelkezik mindazon technikai, biztonsági és szervezési eszközökkel, amelyek az átadott adatokhoz való jogosulatlan hozzáférést, az adatok jogosulatlan felhasználását, továbbá az azokkal való bármilyen visszaélést kizárják.

VI.5. A biztosítási titok megtartására vonatkozó rendelkezések

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

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- a Bit alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

VI.6. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,

b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,

c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,

d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,

e) az adóhatósággal abban az esetben, 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.

f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,

g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,

h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,

j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,

- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) a biztosítási törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel,
- m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a 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 alapvető jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben, ha az a)-j), n), s) és t) 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)-m) és p)-r) 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 biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fentebb meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

VI.7. A biztosító a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

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

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

- A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn továbbá abban az esetben sem, ha
- a) a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.

VI.8. 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:

- a) ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- b) ha - az adatalany hozzájárulásának hiányában - az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

VI.9. 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 pénz-, tőke- és biztosítási piac szabályozásáért felelős miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.
- d) a biztosítási törvény összevont alapú felügyeletre vonatkozó fejezetében és a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

Fentiekben meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

A biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a VI.6 pont b) f) és j) pontjai, illetve a VI.7 pont alapján végzett adattovábbításokról.

A biztosító a VI.6 pont a)-s) pontjaiban, a VI.7 pont a)-b) pontjaiban, továbbá a VI.5 pontban, a VI.8 pontban, a VI.9. pontban, valamint 2015. január 1-jétől kezdődően a VI.1.2. pontban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

VI.10. Az adatkezelésekkel kapcsolatos jogok és érvényesítésük

Az érintett természetes személy kérelmére - a kérelem benyújtásától számított legrövidebb idő alatt, legfeljebb azonban 30 napon belül- a biztosító írásban tájékoztatást ad az érintett részére a kezelt, illetve a társaságunk által- vagy rendelkezése szerint megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott személyes adatairól, azok forrásáról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevééről, címéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, továbbá - az érintett személyes adatainak továbbítása esetén - az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről. A tájékoztatás ingyenes, ha a tájékoztatást kérő a folyó évben azonos adatkörre vonatkozóan tájékoztatási kérelmet az érintett természetes személy még nem nyújtott be.

Az érintett természetes személy kérheti személyes adatainak helyesbítését, továbbá – törvény vagy - törvény felhatalmazása alapján, az abban meghatározott körben - helyi önkormányzat rendelete közérdeken alapuló célból elrendelt adatkezelések kivételével– adatainak a zárolását és törlését. Társaságunk az érintett természetes személy által kezdeményezett adathelyesbítéseket a nyilvántartásaiban átvezeti.

Az érintett természetes személy az Infotv-ben meghatározott esetekben tiltakozhat személyes adatainak a kezelése ellen. A tiltakozást társaságunk annak benyújtásától számított legrövidebb időn belül, de legfeljebb 15 napon belül megvizsgálja, annak megalapozottsága kérdésében döntést hoz, és döntéséről az érintett természetes személyt írásban tájékoztatja. Amennyiben az érintett a döntéssel nem ért egyet, illetve a társaságunk a fenti határidőt elmulasztja, úgy a döntés közzétételéről, illetve a határidő utolsó napjától számított 30 napon belül jogosult bírósághoz fordulni.

Amennyiben az érintett bármikor úgy ítéli meg, hogy személyes adatai kezelésével kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fennáll, úgy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult bejelentést tenni.

A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság elérhetőségei

Székhely: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.
Levelezési cím: 1530 Budapest, Pf.: 5.
Telefon: (+36 1) 391-1400
Telefax: (+36 1) 391-1410
E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu
Web: www.naih.hu

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

VII. Az Általános Forgalmi Adó megtérítése

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a biztosító a biztosítási szerződésből eredő kötelezettségével összefüggésben, a károsító eseményt megelőző állapot visszaállításához vagy a bekövetkezett kár következményeinek megszüntetéséhez szükséges, általános forgalmi adó (áfa) köteles szolgáltatás ellenértéke (anyag-, javítási, illetve helyreállítási költség) után az áfa összegének megfelelő összeg megtérítésére csak olyan számla alapján vállalhat kötelezettséget, illetve térítheti meg azt az arra jogosultnak, amelyen feltüntetik az áfa összegét, vagy amelyből annak összege kiszámítható, feltéve, hogy a jogosultnak az áfa összege jogszabály alapján az állami költségvetésből nem térül meg.

VIII. A díjfizetés módja

A felek a biztosítási díj megfizetésének módjára vonatkozóan az alábbi fizetési módokon történő fizetésben állapodhatnak meg:

- készpénz – A szerződő a biztosítási díjat a biztosítási szerződés megkötésekor készpénzben a biztosító képviselője részére, vagy közvetlenül a biztosító pénztárába köteles befizetni,
- online bankkártyás fizetés – a szerződő a biztosítási díjat online fizetésre alkalmas bankkártyával a biztosítási szerződés megkötésekor a biztosító online szerződéskötő rendszerén keresztül fizeti meg.

IX. A biztosításközvetítő

A biztosítási szerződés közvetítője lehet függő vagy független biztosításközvetítő.

A függő biztosításközvetítő (ügynök) a biztosítási szerződést a biztosítóval fennálló munkaviszonya vagy a biztosító megbízása alapján közvetíti. A függő biztosításközvetítő közvetítői tevékenysége során esetlegesen okozott károkért a biztosító felelős.

Független biztosításközvetítő az alkuusz, aki az ügyfél megbízásából jár el, és a többes ügynök, aki egyidejűleg több biztosítóval fennálló jogviszonya alapján a biztosító egymással versengő termékeit közvetíti.

A független biztosításközvetítő a biztosításközvetítői tevékenysége során a biztosítási szakmai szabályok megszegésével vagy elmulasztásával esetlegesen okozott károkért önállóan felel. Ez a felelőssége kiterjed a nevében (képviselésében) eljáró személyek tevékenységére is.

A biztosítási alkuusz a biztosító ez irányú hozzájárulása esetén, az ügyfél megbízásából jogosult biztosítási díj átvételére. A többes ügynök a biztosító ez irányú meghatalmazása esetén jogosult a biztosítási díj átvételére.

A biztosító képviselője átvételi elismervény (nyugta) ellenében jogosult biztosítási díj átvételére, melynek mértékét a biztosító 250.000 Ft-ban korlátozza. Ezt meghaladó mértékű biztosítási díj átvételére a biztosító képviselője nem jogosult.

A biztosító megbízásából eljáró függő biztosításközvetítő (ügynök) és többes biztosításközvetítő a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében nem jogosult közreműködni.

X. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) alaki követelményei és hatályosságának feltételei

X.1. A biztosítási szerződés alanyai szerződéses nyilatkozataikat az alábbiakban meghatározott módon és formában tehetik meg, azok csak ilyen alakban érvényesek:

- a biztosító címére megküldött és aláírt postai levél,
- a biztosító által megjelölt és közzétett faxeszámra elküldött és aláírással ellátott faxküldemény,
- a biztosító által megjelölt és közzétett elektronikus levelezési címre megküldött szkennelt és aláírással ellátott okirat,
- a biztosító által megjelölt és közzétett elektronikus levelezési címre megküldött nyilatkozat, amennyiben a nyilatkozatot tevő ügyfél az elektronikus kommunikációhoz előzetesen hozzájárulását adta, és a nyilatkozatot a hozzájárulás során közölt elektronikus levelezési címről továbbítja a biztosító felé,
- a biztosító ügyfélszolgálatán személyesen vagy más által leadott, aláírt okirat,
- a biztosító által megjelölt és közzétett telefonszámon megtett nyilatkozat,
- a biztosító által működtetett internetes szerződéskötő és kárbejelentő rendszerben megtett és a biztosító által rögzített, archivált nyilatkozat formájában.

A nyilatkozattételi lehetőséget a biztosító egyes szerződések és nyilatkozattípusok esetében fentiekől eltérően határozhatja meg, melyre vonatkozó rendelkezéseket a szerződésre vonatkozó általános, vagy különös szerződési feltételek, vagy a felek között külön e tárgyban létrejött megállapodás tartalmazza.

A biztosítási esemény bejelentésére és határidejére vonatkozó rendelkezéseket a biztosítási szerződésre vonatkozó biztosítási feltételek tartalmazzák.

X.2. A jognyilatkozat csak akkor hatályos, ha az a biztosító valamelyik szervezeti egységének tudomására jut.

X.3. A Biztosító és a Europ Assistance a Biztosítottal illetve a Biztosított megbízásában eljáró személlyel történő kapcsolattartást magyar vagy angol nyelven vállalja. Vitás esetben a magyar nyelven tett nyilatkozatok az irányadóak.

X.4. **Postai úton tértivevénnyel történő közlés esetében kézbesítettnek kell tekinteni a biztosító által küldött jognyilatkozatot, ha annak átvételét a címzett megtagadta, vagy ha a küldemény a címzett – biztosító által nyilvántartott– címéről „ismeretlen helyre költözött” vagy ”nem kereste” jelzéssel érkezik vissza.** Kézbesítettnek kell tekinteni továbbá a nyilatkozatot akkor is, ha annak átvételét a címzett vagy annak képviselője aláírásával elismerte.

XI. Egyéb rendelkezések

XI.1. Nem válik a biztosítási szerződés tartalmává a Felek esetleges korábbi szerződéses/üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.

XI.2. A felek között létrejött megállapodás a biztosítási szerződés valamennyi feltételét tartalmazza, az írásbeli szerződésbe nem foglalt korábbi megállapodások hatályukat veszítik.

XII. Irányadó jog

A biztosítási szerződésre, az azt megelőző együttműködési és tájékoztatási kötelezettségre, valamint a biztosítási szerződéssel kapcsolatos valamennyi követelésre - amennyiben a felek másként nem állapodnak meg, vagy jogszabály eltérően nem rendelkezik, a magyar jog szabályai az irányadóak.

XIII. Jelen Ügyféltájékoztatónak a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseitől lényegesen eltérő rendelkezései

Jelen fejezet nem tartalmazza az Ügyféltájékoztató azon – a biztosító által alkalmazott korábbi általános feltételektől eltérő – rendelkezéseit, melyek módosítására a 2014. március 15-én hatályba lépett, a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvénynek történő megfelelés érdekében került sor.

- A Ptk. 6:63. §.-ában foglaltaktól eltérően nem válik a biztosítási szerződés tartalmává a Felek esetleges korábbi szerződéses/üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.
- Postai úton tértivevénnyel történő közlés esetében kézbesítettnek kell tekinteni a biztosító által küldött jognyilatkozatot, ha annak átvételét a címzett megtagadta, vagy ha a küldemény a címzett – biztosító által nyilvántartott– címéről „ismeretlen helyre költözött” vagy ”nem kereste” jelzéssel érkezik vissza.

A sikeres együttműködés reményében:

Lengyel Márk, Csoknyainé Balázs Zsuzsanna

Hatályos: 2014. július 1-től