

EUB-Segítségnyújtás – éjjel-nappal • ☎ + 361 465 3666 • EUB-Assistance – 24 hour service

This company is a member of Generali Group in the ISVAP Register of Insurance Groups

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.

GENERAL AND SPECIFIC TERMS AND CONDITIONS EUB2014-34WH

These general insurance terms and conditions (hereinafter as "General Terms and Conditions") and Specific Terms and conditions (hereinafter as "Specific Terms and Conditions") apply to the insurance contracts concluded with Európai Utazási Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság (a company listed in the Register of Travel Insurance Groups and a member of the Generali Group whose registered seat is at 1132 Budapest, Váci út 36-38., hereinafter as "Insurer") with reference to these General Terms and Conditions and Specific Terms and Conditions, unless agreed otherwise.

Matters not covered in these General terms and conditions and Specific terms and conditions are governed by the provisions of Act V of 2013 on the Civil Code and the laws of Hungary in force from time to time.

The Client Information of Európai Utazási Biztosító Zrt. is a part of the insurance contract.

This contract is considered as a consumer contract.

I. GENERAL CONDITIONS

1 DEFINITIONS

- (1) Competing sportsman:** means an Insured Person who is engaged in sporting activities other than as a professional sportsman if he also enters competitions (e.g., tournament, match), regardless of the nature of competition, or is a registered member of a sport organization.
- (2) Professional sportsman:** means an Insured Person who is engaged in sporting activities within the framework of employment or other relationship established with a sports organisation or as a private entrepreneur for the purpose of income earning, and is holding a professional sportsman's licence obtained according to the conditions of the sports association or sports federation.
- (3) Hobby sportsman:** means an Insured Person who is engaged in sporting activities other than as a professional sportsman or an amateur sportsman and does not enter competitive sports activities at all and is not a member of a sport organization.
- (4) Auto and motor sports:** means
- using any power-driven vehicles (e.g. motorcycle or motor vehicle) outside public roads or on the race track,
 - participation in any car or motorcycle race, or preparation or training for the same,
 - use of any vehicle unauthorized for use in public road traffic,
 - use of cross of trial motorcycle,
 - participation in any car or motorcycle adventure trip or rally (car adventure tour also means any publicly announced car or motorcycle tour aimed at reaching the geographical point(s) defined by the organisers.)
- (5) Accident:** means any sudden, one-time physical and/or chemical impact which affects the Insured Person independent of his will during the period of coverage and causes such anatomical damage, as certified by a medical practitioner, which justifies acute targeted therapeutic intervention.
- The following are not considered an accident:**
- meningitis and/or cephalitis caused by polio or tick bite,
 - rabies,
 - tetanus,
 - any infection spread by humans, animals or any other living things, even if caused by any accident-like physical cause,
 - frostbite, hypothermia, exhaustion, sunstroke, elevation or heat stroke,
 - any occupational disease (trauma);
 - so-called sprain accidents which do not cause fresh injury, as proven by anatomical formation, and do not necessitate acute open surgical intervention,
 - herniated disc and other hernial diseases,
- (i) where anatomical deformation in a causal relationship with a recent accident cannot be determined from the available medical records.
- (6) Insured Incident** means the scope of events occurring during the period of coverage in a causal relationship with any reason which is subsequent to the start of coverage, upon the occurrence of which the Insurer agrees to provide the serviced defined in the given chapter of these Terms and Conditions provided that none of the other circumstances limiting the coverage obligation of the Insurer, as specified in the insurance terms and conditions, prevail (e.g. exclusions, exemptions) and the incident(s) occur within the territorial scope of the insurance contract.
- (7) Insurance period:** means the period specified in the insurance policy, which is identical with the term of the insurance.
- (8) Sum insured:** Means the maximum amount defined for the given type of service in the Summary of Cover and II Specific Terms and Conditions, which the Insurer undertakes to pay upon the occurrence of the Insured Incident. The Insurer provides its service as indemnity coverage service (by paying the damage of the Insured Person in the manner and amount defined in the contract or providing any other service to the Insured Person) or as a fixed-sum coverage service (by paying the amount determined in the contract).
- (9) Insurance contract:** means the policy and the insurance terms and conditions defined therein jointly.
- (10) Damage to property:** Means if an item is damaged, destroyed or rendered useless.
- (11) EUB-Assistance: assistance service of the Insurer which can be contacted over the telephone around the clock. Tel: +361 465 3666**
- (12) Europe:** means the parts of the following countries being part of the geographical Europe: Albania, Andorra, Austria, Belgium, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Czech Republic, Denmark, United Kingdom, Finland, France, Greece, Netherlands, Croatia, Ireland, Iceland, Kosovo, Poland, Liechtenstein, Luxembourg, Macedonia, Malta, Monaco, Montenegro, Germany, Norway, Italy, Portugal, Romania, San Marino, Spain (including the Canary Islands), Switzerland, Sweden, Serbia, Slovakia, Slovenia, Vatican City.
- (13) Extreme Sport:** means auto and motor sports, diving with or without breathing, mountaineering, hill-climbing, climbing of artificial walls, any kind of expedition activity, potholing, hunting, wild water kayaking and rafting, snowshoeing, marine kayak, hydrospeed, speedboat towed "banana", "air-chair" and tube, jet ski, water-ski, wakeboard, kitesurf, surf, windsurf, sailing, mountain-bike, down-hill biking, mountain roller, mountain board, use of trial or BMX bike, out-of-track skiing or snowboarding, quad (three- or four-wheeled motorbike), bungee jumping, canyoning, use of all kinds of parachutes and gliders, base-jumping, parasailing, use of snow-mobile, combat sports, travel by aircraft without engine (either as staff or passenger), travel by aircraft with engine (either as staff or passenger) except for travelling as passenger on scheduled flights operated with official licence for air transportation and travelling on scheduled charter flights, horse-riding, winter sports, as well as the exercise of any other sporting activities which carry significant accident risk.
- (14) Manual work:** means work which requires significant physical effort or carries an accident risk substantially exceeding the risk of non-manual work in an office, e.g. owing to the location or circumstances of the work. Driving a passenger vehicle is not considered as manual work. **Driving trucks or buses is not considered as professional manual work, either, except in the case of the Európa Kártya product.**
- (15) Consumer:** means any natural person acting for purposes which are outside his trade, business or profession.
- (16) Hill-climbing:** means hiking in the mountains if the Insured Person leaves the designated tourist path or the path is leading through a glacier, or the use of special equipment is justified by the road conditions (e.g. safety rope, crampons, ice axe, etc.). Hill-climbing also includes "Klettersteig" ("via Ferrata") type and other hiking on routes made passable by means of artificial aids as

well as hiking above 3,500 meters above sea level. If **the above conditions apply to any section of a particular route** (e.g. a section of the route is of "Klettersteig" / "Via Ferrata" type or leads through a glacier), then **staying in all other sections of the route is also considered as hill-climbing.**

- (17) **Certified medical documentation:** means medical opinion issued by a medical practitioner (if necessary, specialist) licensed at the location of the occurrence of the insurance incident.
- (18) **Exclusion:** The Insurer excludes from the coverage events defined in the general and specific terms and conditions which are not considered as Insured Incidents under these insurance terms and conditions, i.e. they are not covered by this insurance.
- (19) **Hospital:** means an institution providing licensed inpatient care which is recognised by the competent authority and professional supervision of the country in which the attendance is provided, and which is under permanent medical control and supervision. The following are not considered as a hospital for the purposes of this insurance even if they are engaged in hospital inpatient care: wards providing this type of service described above of nursing homes, rehabilitation centres, spas, health resorts, alcohol and drug rehab institutions or hospital provided that the Insured Person received service corresponding to the type of the ward.
- (20) **Hospital inpatient treatment** is given to the person who spends the night in the hospital. Hospital inpatient treatment begins on the first day of hospitalization and ends on the last day thereof.
- (21) **Policy:** means the written certificate of coverage made available by the Insurer to the Contracting Party, which includes the essential contents of the contract, including, but not limited to, the policyholders, the duration and territorial scope of the insurance, the insurance premium and data concerning the applied insurance terms and conditions. Where the contract is made electronically, the policy is carrying an advanced electronic signature.
- (22) **Immediate relatives:** For the purposes of these Terms and Conditions, immediate relatives are the spouses, civil partner, next of kin, adoptive, step and foster children, adoptive, step and foster parents, and siblings.
- (23) **Traffic accident:** Accident suffered by the Insured Person in connection with the progress or stopping of a moving vehicle documented by minutes taken by the police department competent at the place of occurrence if the Insured Person suffered the accident as a pedestrian or driver or passenger of the vehicle.

The following are not considered as a traffic accident:

- (a) accident suffered by a pedestrian which was caused by other than any moving vehicle,
- (b) accident suffered as a passenger in a vehicle which was caused by other than the progress or stopping of his vehicle or another vehicle.

- (24) **Transportation costs:** means any additional transportation costs incurred by the Insured Person as extraordinary expense in connection with the Insured Incident including, particularly, if travelling by certain vehicle of mass transportation is possible only if the fare is paid once again or the original ticket is transferred and it causes extra costs or, in the case of travelling by passenger car, if any unplanned trip or the extension of the original route leads to extra costs in terms of fuel and tolls. Payment by the Insurer may apply to one of the following modes of transportation: scheduled train (2nd class) or bus ticket or flight on economy class, or the transfer costs thereof, or the fuel cost of the passenger car (based on invoice and max. 10 l/100km) and toll-like expenses (e.g. motorway sticker only for the duration of the given unplanned trip and based on invoice).

In case of return travel to the country of permanent residence, the Insurer undertakes to pay the extra transportation costs only if returning home by the Insured Person could have been arranged by passenger car or any means of public transport within the term of the insurance contract but it was impossible solely because of the occurrence of the Insured Incident.

- (25) **Country of permanent residence:** where the permanent residence of the insured is, verified by the competent local authority
- (26) **Online contracting system:** means any electronic contracting applications used or approved by the Insurer which are suitable for concluding travel insurance by electronic means. The insurance contract made by using the online contracting system is a written contract, of which the Insurer issues an insurance policy, and makes it and the insurance terms and conditions concerning the contract available to the Policyholder.
- (27) **Medical practitioner:** means a person holding human medical diploma certifying expertise required for the nature of the particular treatment who qualifies as medical practitioner according to the official requirements of the location where the service is provided, who is holding the official licences, issued by the authority and/or professional supervision competent for the

location where the service is provided, required to provide the particular type of healthcare service and is listed in the national register of medical practitioners at the location where the service is provided. For the purposes of the insurance Terms and Conditions, a relative of or any person living in the same household with the Insured Person or any person in connection with whose state of health the Insured Incident occurred is not considered a medical practitioner even if he meets the above criteria.

- (28) **Medical attendance:** means healthcare attendance provided by a medical practitioner.
- (29) **Medical opinion:** means a written medical documentation which includes the diagnosis, the date and detailed descriptions of the medical treatment, the findings of the tests made (for imaging tests, their description) as well as a clear indication of the institutions and medical practitioners providing the medical service.
- (30) **Successive damages:** Successive damages are considered as a single Insured Incident. For the purposes of this contract, successive damages mean, where more than one liability for damages arises from one conduct of the Insured Person which causes the damages provided there is a causal relationship between the reason (conduct of the Insured Person) and the effects.
- (31) **Emergency (medical) care:** means the medical care confirmed by a certified medical opinion, which is used by the person concerned for one of the following reasons:
- (a) if the lack of immediate medical care is expected to jeopardise a person's life or physical safety, or cause irreparable damage to the health or physical well-being of a person,
- (b) if a person needs immediate medical attention based on the symptoms of the person's disease (examination, bleeding, acute infectious disease, high fever, vomiting, etc.),
- (c) if a person needs immediate medical attention owing to a serious health impairment, which occurred during the term of the insurance,
- (d) if a person needs immediate medical attention as a result of an accident.
- (32) **Summary of Cover:** means section 10.(6) of I General Terms and Conditions, which contains, for each product, the maximum amount of the sum insured in respect of each service.
- (33) **Type of service:** means one of the various group of services marked with the characters A), B) and C) in the Summary of cover and the Specific terms and conditions.
- (34) **Winter sports:** means skiing, snowboarding, sledding, ice skating, use of snowmobile and snowrafting.
- (35) **Terrorist activity:** means any violent act, act threatening with violence or act dangerous to human life or tangible or intangible property or the infrastructure, which takes a stand in favour any political, religious, ideological or ethnic goal or is directed at or is capable of influencing any government or filling the society or any part thereof with fear.

2. SUBJECTS OF INSURANCE CONTRACTS (INSURER, THE POLICYHOLDER, INSURED PERSON AND BENEFICIARY)

- (1) Insurer means Európai Utazási Biztosító Zrt., who bears the insurance risk against the payment of insurance premium and undertakes to provide the services defined in the Summary of cover and the Specific Terms and Conditions provided that the legal basis prevails.
- (2) **Policyholder** means the party who enters into the insurance contract and pays the insurance premium. **If the Policyholder and the Insured Person are different persons, the Policyholder must inform the Insured Person of the contract, the declarations addressed to it and any changes concerning the contract until the occurrence of the Insured Incident.**
- (3) **Insured Person** means the natural person in respect of whom the contract is concluded for incidents in connection with health status and activities of such person during the trip, provided that the person is a not Hungarian citizen, his/her country of permanent residence is not in Hungary and and such person **has a valid statutory health insurance or complete private health insurance in his country of permanent residence or is entitled to healthcare attendance in any other way.**
- (4) **The person entitled to the service of the Insurer is the Insured Person.**

3. FORMATION OF INSURANCE CONTRACTS (CONCLUSION OF INSURANCE CONTRACTS)

- (1) **The Insurer considers valid only offers submitted to it via the online contracting system.**
- (2) An insurance contract is concluded by the Insurer's acceptance of the Policyholder's offer and is certified by the insurance policy.
- (3) The insurance premium is payable at the conclusion of the contract.

4. COVERAGE

- (1) The coverage provided by the Insurer starts at the time specified in the insurance contract as the beginning of the insurance provided that the total amount of the insurance premium has been previously paid to the cash-desk or credited to the account of the Insurer (or its agent or representative) in a provable manner, and ends on until the expiration date indicated in the contract but not more than 180 days.
- (2) the earliest starting date of the coverage is the 0th hour of the day after the conclusion of the insurance contract and the payment of the insurance premium (according to section (1))

5. CASES OF THE TERMINATION OF THE CONTRACT AND THE COVERAGE

The contract and, thus, the coverage of the Insurer terminate in the following cases:

- (a) upon the expiry specified in the insurance contract,
- (b) upon the death of the Insured Person,
- (c) in case of premium refund, at the time, which is the start of the period in respect of which the Insurer refunds the premium.

6 RESTRICTIONS DEPENDING ON THE AGE OF THE INSURED PERSON

- (1) **For the purposes of the insurance contract, the age reached on or before the first day of cover applies.**
- (2) **For ages between 70 and 80, the cover of the Insurer extends only for maximum 30 days of continuous stay in Hungary – or in the case of Welcome to Hungary & Europe product, stay in Europe – and 100% "age surcharge" is added to the insurance premium.**
- (3) **If the Insured Person has turned 80, insurance contract for such person may not be concluded.**

7. GEOGRAPHICAL SCOPE OF THE INSURANCE

- (1) **The scope of the insurance contract**
 - (a) **is Hungary in respect of Welcome to Hungary – Basic / Top products.**
 - (b) **is Hungary and Europe (I.1.(12)) in respect of Welcome to Hungary & Europe product**
- (2) **The scope of cover of the insurance contract does not include:**
 - **the country of citizenship of the Insured**
 - **the country of permanent residence of the Insured**
- (3) **The geographical scope of insurance contracts does not extend to the territories of countries or regions which, on the first day of the cover or the date of entering the given country/territory, are on the list of target countries or regions which are not recommended for travel by the Ministry of Foreign Affairs of Hungary** (see at <http://konzulizsolgalat.kormany.hu/utazasra-nem-javasolt-tersegek>).

8. DAMAGE PREVENTION AND MITIGATION OBLIGATIONS OF THE INSURED PERSON

- (1) When carrying out and activities, the Insured Person must act in the generally expectable manner.
- (2) In case of an accident or occurrence of symptoms of illness, he must seek medical assistance within 1 day at the latest and continue the medical treatment until the end of the healing process. The Insured Person must act in cooperation with the Insurer throughout the medical treatment, taking into account the medical indications.
In critical cases, assistance must be requested from the local emergency coordinating centre by calling the medical emergency number commonly used in the place of occurrence.
- (3) The Insured Person must take the medical preventive measures required by the competent local authority for the territory of the travel and, in doing so, take the required vaccinations and preventive medications in proper time and dosage and in a provable manner. At the request of the Insurer, the Insured Person must submit as evidence, e.g. the photocopy of the vaccination book, certificate of buying the medication or other document.
- (4) The Insurer does not refund the costs of activities aimed at preventing damage.

9. INSURANCE PREMIUM

9.1. Calculation of the Insurance Premium

The insurance premium is the consideration of the cover provided by the Insurer. The amount of the insurance premium is included in the insurance contract. The insurance premium is calculated by taking into account the schedule of tariffs of the Insurer in force at the time of the conclusion of the contract, the age of the Insured Person, the insurance period and the services and geographical scope of the insurance.

9.2. Payment of the Insurance Premium

- (1) The insurance contract is made with one-time premium payment. The premium must be paid at the conclusion of the contract.
- (2) The Policyholder fulfils his obligation to pay the insurance premium when the insurance premium is paid to the cash-desk or credited to the account of the Insurer or its representative (agent).
- (3) The discounted premium named as **"Group discount"** is available to not less than 10 persons who travel together for the same period and purchase the same insurance product and, in this case, the insurance contract may be concluded for staying up to 30 days continuously.
- (4) **"Sport Plusz" surcharge:** In return for the payment of the Sport Plusz surcharge, corresponding to 50% of the premium Welcome to Hungary – Top and Welcome to Hungary & Europe products, and **up to 80 years of age**, the Insurer also provides cover during the exercise of the following **extreme sports activities as a hobby sportsman** (in a non-competitive manner): artificial wall climbing, rafting, whitewater rafting, canyoning, hydrospeed, mountain bike (except for downhill), use of trial and BMX bikes, diving with or without breathing apparatus up to 40 meters water depth, jet skiing, water skiing, use of wakeboard, motor boat towed parachute (parasailing), motor boat towed "banana", "air-chair" and rubber tube, hunting, use of snowmobile, use of quad (three- or four-wheeled motorbike), kitesurf, surf, windsurf, sailing, marine kayaking (up to 1 km from the shore at most), horseback riding and winter sports. For insured up to 70 years of age paying the "Sport Plusz" surcharge, the insurance company provides cover for sports exercised **in a competitive manner however only for those sports which are not listed among extreme sports, excluding winter sports.**

9.3. Refund of Premium

The Policyholder may claim a premium refund in the following cases:

- (1) The Insurer undertakes to refund **the total amount of the insurance premium** if all of the following conditions are met:
 - the Policyholder submits its written claim for premium refund to the organisational unit of the Insurer or its agent where the insurance contract was concluded **no later than on the day before the start of cover**,
 - the Policyholder simultaneously delivers to the given organisational unit all original and duplicate copies of the insurance policy in full or, in case of online contracting, it can be concluded beyond doubt that the insurance contract was concluded.
- (2) The Insurer also undertakes to refund **a part** of the insurance premium from the 4th day of coverage at the earliest.

An insurance contract concluded with respect to more than one Insured Persons may not be partially terminated with respect to certain Insured Person(s) (the premium cannot be divided), and the Insurer undertakes premium refund only for all Insured Persons jointly on condition that the above conditions are met for all affected persons. In this case, the coverage of the Insurer terminates with respect of all Insured Person(s) named in the contract.

10. SERVICE PROVIDED BY THE INSURER

- (1) On the basis of the insurance contract, the Insurance Company provides the services defined in II Specific terms and conditions if the event insured has occurred and been notified provided that the legal basis exists.

- (2) **The Insurer provides services in respect of an Insured Person and one given travel only in respect of one Insured Incident at most based on each Type of service. The amount of the insurance service extends up to the maximum service ceilings defined in the Summary of cover (see paragraph (6)) and II Specific terms and conditions.**
- (3) **The Insured Person may use services without an upper limit only once within the entire duration of the given travel. If more than one insurance contract is concluded with the Insurer for the duration of one trip, the above limitation applies jointly to all contracts and the entire duration of the trip, regardless of the number of insurance contracts and Insured Incidents, provided that this limitation of a condition of the contracts involved as well.**
- (4) **The Specific Terms and conditions of this insurance contract provide for additional service ceilings as well!**

- (5) If no specific service amount or the mark "without limit" or "service" is indicated next to certain service defined in the Summary of cover, then the Insurer does not undertake the given service with respect to that given insurance product.

- (6) **Summary of Cover** (page 4.)

- (7) **The ceiling of any and all contractual obligations of the Insurer in relation to an Insured Incident under any legal title is maximum 300**

Summary of Cover	Welcome to Hungary - Basic	Welcome to Hungary - Top	Welcome to Hungary & Europe
Service limits (EUR, unless stated otherwise)			
Name of insurance product:			
A) Healthcare assistance and insurance (indemnity coverage)			
Refund of medical and rescue expenses, total:	2 000	30 000	60 000
Including:			
– helicopter rescue	1 500	10 000	15 000
– transportation using ambulance	500	5 000	10 000
– hyperbaric chamber treatment (in case of Sport Plusz supplement)	–	2 500	5 000
– emergency dental care	100	100	200
* without prior notification, the service of the insurance company is limited to EUR 150 (see II.2.1(2))			
Arranging repatriation, refund of extra expenses incurred (transportation by air ambulance if medically justified)	4 000	30 000	60 000
Healthcare assistance services:	24-hour assistance in English and Hungarian		
Arranging repatriation of the dead body, refund of expenses incurred	4 000	30 000	60 000
B) Additional travel assistance (indemnity coverage)			
Change of the time of return travel to home due to illness or accident			
– costs of accommodation for the Insured Person, total (max. 7 nights)	–	200	400
– costs of accommodation for the travel mate, total (max. 7 nights)	–	200	400
– reimbursement of the extra travel costs of the travel mate incurred owing to his return travel to home at the same time as the Insured Person:	–	1 000	2 000
Accommodation costs of travel mate - during the hospitalization of the Insured Person, total (max. 7 nights)	–	200	400
Visiting the sick: – transportation costs	–	1 000	2 000
– accommodation costs (max. 7 nights)	–	200	400
Repatriation of child to home (including reasonable accommodation of max. EUR 200)	–	1 000	2 000
C) Legal assistance and insurance (indemnity coverage)			
a) payment of bail and the costs incurred	–	2 000	4 000
b) attorney fees	–	2 000	4 000

Remark: Premium of the legal assistance cover as a percentage of the total premium: Welcome to Hungary – Top: 0.4%, Welcome to Hungary & Europe 0.7%

million Forints in total, regardless of the number of contracts and persons affected by the given incident and the service amounts specified in the individual contracts for each Insured Person or incident.

(8) Language of Communication

The Insurer and EUB-Assistance undertake to communicate **with the Insured Person or the person acting on behalf of the Insured Person in the Hungarian or English languages**. In case of any dispute the declarations made in the Hungarian language prevail.

(9) The insurer can organise the services only depending on the local conditions, and does not accept responsibility for service failures or late performance caused by the local conditions (e.g. level of attendance).

(10) The Insurer undertakes to pay the insurance sum in EUR via bank transfer where the service limits are specified in EUR. The Insurer undertakes to pay the insurance sum in HUF via postal transfer exclusively to a Hungarian address. In case of a payment in HUF the EUR amount shall be converted by the Insurer at the EUR-HUF exchange rate specified by the Hungarian National Bank on the day of the payment.

11. TERMS AND CONDITIONS OF THE INSURER'S SERVICE

11.1. Reporting Insurance Incidents. Obligation to Cooperate and Inform

(1) The Policyholder or the Insured Person must report the occurrence of an Insured Incident to EUB-Assistance as soon as possible and within 12 hours at the latest.

(2) Except for services related to the elimination of immediate life-threatening medical interventions, the Insurer undertakes to provide the services only if the Insured Incident was reported as described above, the documents required to evaluate the service claim are submitted to EUB-Assistance and EUB-Assistance approves the provision of the services.

(3) The obligation of the Insurer does not occur if the investigation of conditions significant from the perspective of the Insurer's obligation is rendered impossible by the conduct of the Policyholder or the Insured Person as follows:

(a) they do not report the occurrence of the Insured Incident as described above,

(b) they do not provide the information necessary to evaluate the service claim and provide the services or does not assist in obtaining the required information or does not allow verification of the content of information,

(c) when the report is made, the contents of the declarations they make differ from the contents of official documents and other information at the disposal of the Insurer,
(d) they submit untrue data to the Insurer.

(4) If the declarations of the Policyholder respectively the Insured Person given to the Insurer unreasonably differ, or the reasonable or factual cause of the difference is not justified, the Insurer will accept the declaration made earlier as real.

11.2. Documents Required to Provide The Service

The obligation to submit documents to the Insurer burdens the Policyholder or the Insured Person (hereinafter the "client").

When submitting a service claim, the documents listed below and, depending on the type of service, the documents specified for each service in section II Specific Terms and Conditions must be presented without delay:

- (1) the insurance policy, and any insurance policy or other supporting document concerning any insurance contract concluded with any other insurer for the same insurance interest which is effective on the date of the Insured Incident,
- (2) service claim form made available by the Insurer and fully and truthfully filled out and signed by the Insured Person and/or the Beneficiary or his proxy,
- (3) in case of organised tours, the minutes taken by the representative of the travel agency on the occurrence of the Insured Incident and the circumstances thereof respectively,
- (4) all travel documents related to the trip (tickets for the entire trip (air, bus, train and boat tickets), boarding passes, fuel bills, highway stickers and bills on the gate /tunnel use and certificates supporting their payment), passport and photocopy of visa, confirmation of booking of accommodation and, in case of repatriation, description of the route,
- (5) photocopy of the written proof issued by the healthcare organization providing the cover of health insurance for the Insured in the country of permanent residence, personal identification document and address card or any other document verifying the permanent address, driver's licence and registration certificate and, in case of organised tour, the photocopy of the travel contract,
- (6) accident report and documents necessary to clarify the concrete circumstances of the accident,
- (7) in the event of a traffic accident or incident related to traffic accident, the detailed on-site protocol issued by the competent authority and the decision closing the investigation,
- (8) police or medical report determining the blood alcohol level,
- (9) if a person other than the entitled person is acting in respect of the service claim, the original power of attorney to that end,
- (10) vaccination certificate issued by the competent local authority in proof of the required vaccination,
- (11) in case of service claim concerning hunting, the license for carrying arms.

11.3. Due Date of the Insurer's Service

(1) The Insurer provides the service claim reported to **it within 15 business days of the receipt of all documents required for the evaluation thereof** unless the special terms and conditions provide otherwise.

- (2) In the event that the documents requested by the Insurer are not submitted or are submitted repeatedly incomplete, the Insurer may refuse to provide the service or evaluate it on the basis of available documents.
- (3) The Insurer is not liable for any damage caused by any delay in the provisions of any services if the delay is attributable to any event beyond the control of the Insurer or its agents (force majeure type events).

12. RELEASE OF THE INSURER FROM PROVIDING THE SERVICE

- (1) The Insurer is released from providing the service if it can prove that
- (a) the Insured Incident was caused unlawfully, intentionally or through gross negligence by the Policyholder or the Insured Person or their relatives living in the same household, or member authorised for management or employee filling any job defined in the General terms and conditions, or member or agent,
- (b) in the case the Policyholder or the Insured Person failed to comply with any loss prevention and/or mitigation obligation.
- (2) The following are considered as gross negligence:
- (a) if the Insured Incident was caused by the addiction of the Insured Person, or overdosing of medication, alcohol or drug,
- (b) if the Insured Person was under the influence of alcohol at the time of the occurrence of the Insured Incident,
- (c) by the Insured Person used drugs, narcotic substances or medication, unless they have been applied based on and in accordance with the medical practitioner's directions,
- (d) if, upon the occurrence of a traffic accident, the insured Person violated at least two road traffic regulations in force in the given country at the time of the accident,
- (e) driving of a vehicle which does not have a valid vehicle registration or requires a valid driver's license which the Insured Person is not holding,
- (f) if the Insured Person did not use the necessary protective equipment while doing the sports activities or did not comply with the generally accepted rules of the given sport,
- (g) if the Insured Person did not comply with the regulations of the authority competent for the place where the activity was conducted or the operator of the given facility regarding the activities carried out by the Insured Person or, in case of working, the professional rules and accident prevention regulations for the given work.

13. EXCLUSIONS

- (1) The insurance does not cover incidents which are caused, whether in whole or in part, by:
- (a) abnormal state of mind,
- (b) ionizing radiation,
- (c) nuclear energy,
- (d) war, acts of war, hostile acts of foreign powers, riots, coup or coup attempt against the government, insurrection, civil war, revolution, rebellion, protest march, strike, acts of terrorism (except as described in section II A) 2.2. (4)), occupational disorder, border conflicts, revolt,
- (e) suicide or attempted suicide of the Insured Person,
- (f) withdrawal of medication, alcohol or drug.
- (2) The insurance does not cover, either, incidents which occur while exercising the following activities or incidents caused, whether in whole or in part, by exercising the following activities:
- (a) any participation in a sport competition or any sport activities exercised in any branch of sport where the Insured Person qualifies as a professional or competing sportsman,
- (b) manual work,
- (c) use of any weapon, except for hunting in case of the Sport Extra surcharge or the Air Holiday products provided that the hunting weapon is used lawfully in accordance with Hungarian law,
- (d) the exercise of extreme sports, with the exception of Télisport, Tengerpárt and Air Holiday type or any annual pass type products as well as against the payment of the Sport Extra surcharge and to the extend defined there.
- (3) The insurance does not cover:
- (a) consequential damages,
- (b) restitution,

- (c) costs incurred as a result of the late performance of any obligation of the Policyholder or the Insured Person under this insurance contract.
- (4) The insurance does not cover, either, the incidents described in respect of the types of services set out in II Specific Terms and Conditions.
- (5) The insurance does not cover, either, the costs of loss prevention measures.

14. NOTIFICATION OF COMPLAINTS AND COMPLAINTS FORUM

(1) In case of disagreement, the notice concerning the same and any complaints concerning the contract may be submitted to the Insurer either orally (in person or by telephone) or in writing (by means of documents delivered personally or through somebody else or by mail, fax or e-mail).

Customer care address: 1132 Budapest, Váci út 36-38. Telephone: (+36) 1 452 3580, Fax: (+36) 1 452 3312, e-mail: ugyfelszolgalat@eub.hu

(2) The Insurer must investigate the complaints and reports and inform the complainant of the result in writing within 30 days of the receipt of the mail by the Insurer.

Where the complaint is processed by telephone, the Insurer will record the telephone communications between the Insurer and the client and keep the audio recording for one year. The client may listen to the audio recording within one year upon request and, if requested, the Insurer makes the certified minutes prepared based on the audio recording available to the client free of charge.

(4) The Insurer investigates oral complaints promptly and remedies them as necessary. If the client does not agree with the handling of his complaint, the Insurer takes minutes of the complaint and its position related to it, and gives one copy thereof to the client if the complaint was communicated personally. If an oral complaint is reported by telephone, the Insurer sends the minutes of the complaint together with the detailed and justified position (answers) of the Insurer concerning the complaint to the client. In other respects, it acts in accordance with the provisions on written complaints. If a complaint cannot be investigated immediately, the Insurer takes minutes of the complaint and acts in accordance with the above.

(5) The Insurer retains the complaint and the response given thereto for three years.

(6) The supervisory body of the Insurer, its contact data and the remedies available in case of unsuccessful complain management are set out in the Advice to Clients.

15. LIMITATION PERIOD

(1) The claims arising from insurance contracts expire after the lapse of two years.

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

- in the absence of notification of the Insured Incident, upon the occurrence of the Insured Incident,
- in case the Insured Incident is notified, on the 15th day after the receipt of the document by the Insurer.
- in case the Insured Incident is notified, but any documents or information required by the Insurer is not provided, on the date following the deadline determined by the Insurer for supplying the same or, lacking such deadline, on the day following the 30th day calculated from the date of the letter including the request,
- in all other cases, on the date the claim falls due.

16. RULES DEPARTING FROM THE CIVIL CODE AND THE PREVIOUS GENERAL TERMS AND CONDITIONS

We specifically draw our customers' attention to the rules of these General travel insurance terms and conditions which differ from the provisions of the Civil Code in force or the previous general terms and conditions. In order to emphasize this, we summarized these provisions in this section.

This section does not include the provisions of the general terms and conditions departing from the previous general terms and conditions which were amended in order to ensure compliance with Act V of 2013 on the Civil Code which entered into force on 15 March 2014.

(1) Rules on the partial termination of contract: according to section 9.3.(2).

(2) The limitation period is two years.

(3) The means of Insurer's fulfillment according to section 10.(10).

II. SPECIFIC TERMS AND CONDITIONS

A) HEALTHCARE ASSISTANCE AND INSURANCE

1. INSURED INCIDENT

(1) Illness or accident of the Insured Person occurring during the term and within the geographical scope of the insurance, owing to which the Insured Person reasonably receives emergency medical care, and the death of the Insured Person caused in this respect abroad.

(2) The time of the Insured Incident is the time of the occurrence of the accident, respectively, in case of illness, the time when the symptoms appear or the time when the health damage is detected.

(3) If the cover provided by the given insurance product includes diving, then an accident occurring during diving is considered an Insured Incident only if the Insured Person was, at the time of the dive, holding a diver's certification officially recognised by the world association of the sport (World Federation) or the Hungarian Diving Association of the scuba diving or was taking part at a course recognised by such organisations course in order to obtain a diver's certification and was engaged in underwater activities in a verifiable manner, or if the health impairment related to the diving activities occurred no later than 24 hours after the dive and the Insured Person sought medical advice without delay.

2. SERVICES OF THE MEDICAL ASSISTANCE AND INSURANCE

2.1. Reimbursement of medical expenses

(1) If the Insured Incident occurs, the Insurer undertakes to reimburse **the following costs of emergency medical assistance and the rescue occurred within the geographical scope of the insurance:**

- (a) medical examination and medical treatment,
- (b) purchase of medicine for prescription made out in the name of the holder,
- (c) transportation of patient to a doctor or hospital by ambulance (including the costs of reasonable mountain, marine and helicopter rescue),
- (d) hospital care** (inpatient care), in respect of which the Insurer undertakes to provide the service for a period **not exceeding 30 days in total for Insured Incidents which occur during the insurance period**, irrespective of the number of Insured Incidents. **If more than one insurance contract is concluded with the Insurer for the duration of one trip, the above limitation applies jointly to all contracts and the entire duration of the trip, regardless of the number of insurance contracts and Insured Incidents, provided that this limitation of a condition of the contracts involved as well.**
- (e) laboratory tests,
- (f) intensive care,
- (g) emergency operation according to general medical practice,
- (h) buying of crutches, knee- and elbow-pads or compression stockings for medical prescription,
- (i) emergency pregnancy or obstetric care **up to the end of the 24th week of pregnancy at latest,**
- (j) reimbursement of the costs of **emergency dental care and oral care for reasons other than an accident** (direct pain relief treatment, including the cost of medicines prescribed by the doctor) up to the ceiling specified in the Summary of Cover for emergency dental treatments (the cost of root treatment only in cases where necessary to make a temporary filling),
- (k) oral surgery service owing to an accident,

(2) The Insurer undertakes to pay services of value exceeding EUR 150 per insured incident only of the occurrence of the Insured Incident is reported to EUB-Assistance by telephone as soon as possible (and within 12 hours at the latest) and all documents necessary to evaluate the service claim (e.g. diagnosis, nature of the intended healthcare treatment and expected costs of the treatment) are submitted to EUB-Assistance (e.g. via fax), and EUB-Assistance:

- (a) authorizes the use of the services, and**
- (b) approve the service charge determined by the service provider in advance and undertakes payment guarantee therefor in writing.**

If the conditions (a) and (b) **are not met simultaneously**, the Insurer undertakes to reimburse the costs incurred up to a ceiling of EUR 150 except if the Insured Person was taken to the healthcare institution **in order to avert an immediate threat to life** by the centrally dispatched ambulance service, based on calling the healthcare emergency number generally used at the location, to the healthcare institution selected according to standard local procedures. **In the latter case, the Insurer does not undertake to reimburse the services used by the Insured Person after the ceasing the life-threatening condition without prior approval from EUB-Assistance.**

- (3) Approval and prior authorisation by the Insurer are subject to that the Insured Person using the service fulfilling the conditions described in sections (4) and (5).
- (4) The Insurer reimburses the costs of treatments provided by service provider(s) recognised by the competent authority and professional supervision in the

country where the treatment is provided and holding the required authority and professional licences (and the costs of the medicines and medical devices prescribed by such service providers).

- (5) The Insurer reimburses the costs of the general (primary) care customary at the place where the service is used, without patient eligibility, taking into account the current average healthcare service tariffs at the place where the service is used. **The Insurer does not undertake to reimburse the costs of services which are not medically justified in case of emergency treatment, but are provided only at the patient's request, e.g. chosen medical practitioner or advanced hotel service at the hospital.**
- (6) The Insurer is entitled to organise continuation of an already commenced healthcare treatment at another institution designated by the Insurer provided that it does not jeopardise the state of health of the Insured Person.
- (7) The Insurer reserves the right to undertake the cost of medical treatment only until the medical condition of the Insured Person allows transportation or return travel to home to the territory of the country of permanent residence.

(8) The insurer does not undertake reimbursing the additional costs which occur because the return travel or repatriation to home in the territory of the country of permanent residence did not take place owing to the decision or lack of cooperation of the Insured Person although the continuation of the medical treatment of the Insured Person in the country of residence would have been medically accepted.

2.2. Arranging repatriation, refund of extra expenses incurred

(1) The Insurer undertakes to organize the repatriation or return travel to the territory of the country of permanent residence of the Insured Person and reimburse the additional extra transportation costs and the costs of medically justified escort crew in the following cases:

- (a) if the Insured Person receives continuous emergency treatment, but, based on his condition, he can be transported to the territory of the country of permanent residence from the medical point of view (on the basis of the written opinion of the medical practitioner) and the Insurer decides to repatriate the sick or injured Insured Person instead of continuing his emergency medical treatment locally,
- (b) if the Insured Person, although his emergency treatment has been completed, is unable to use the originally planned means of travel home owing to the Insured Incident on the basis of the opinion of the attending medical practitioner and his repatriation or return travel to the territory of the country of permanent residence is medically allowed on the basis of his condition. The Insurer is not obliged to provide the service before the last day for the duration of the cover.
- (2) The time and manner of repatriation or return travel to home is determined by the Insurer following prior arrangement with the attending medical practitioner or healthcare institution.
- (3) In the territory of the country of permanent residence, the repatriation is either to the institute providing the continued healthcare service or to the permanent residence of the Insured Person. If the Insured Person has any special claim towards the institution providing the continued medical treatment (for example, because he does not want to be taken to the hospital selected on the basis of existing legislation and customary medical practice), then he must give notice thereof EUB-Assistance at least one day prior to the start of transportation and submit to EUB-Assistance the statement issued by the given institution on hosting the Insured Person.
- (4) If a **terrorism act which took place in the geographical scope of the insurance contract without a history caused accidental injury to the Insured Person, the Insurer assumes the costs of repatriation which become medically necessary in relation to the accidental injury up to the ceiling of 30 million Forints for all Insured Persons affected by the given incident.**
- (5) If medical or nursing escort is not justified, but the Insured Person is under 14 years of age, the Insurer provides an adult escort for the transportation home as above, if necessary.

(6) The Insurer is not obliged to provide service if the return travel to home of the Insured Person in the originally planned manner would not have taken place during the duration of cover and the return travel to home of the Insured Person is not resolved for that reason.

(7) The Insurer does not undertake to reimburse the costs of repatriation if the transportation is not arranged by EUB-Assistance.

2.3. Healthcare assistance services

- (1) Following prior telephone notification, the Insurer uses every effort at the request of the Insured Person to send a medical practitioner to the place

where the Insured Person is staying or to guide the Insured Person to a medical practitioner at the address provided by him as soon as possible, organise the continued emergency medical treatment of the Insured Person and, where the service provider allows, pay the costs incurred directly to the service provider.

The Insurer does not undertake to organise healthcare treatment for dental treatment or reimburse the costs directly to the service provider.

- (2) The Insurer will continuously communicate with the attending medical practitioner or medical institution throughout the duration of the emergency treatment.
- (3) The Insurer undertakes to inform one person designated by the Insured Person of the condition of the Insured Person once a day during the term of the medical treatment.

2.4. Reimbursement of other expenses incurred as a result of accident or illness

The Insurer will reimburse **the following costs** incurred abroad as a result of an Insured Incident **up to the ceiling of EUR 100 maximum:**

- (a) the costs of travelling to the medical practitioner or hospital if by passenger car, public means of transport or, where appropriate, taxi,
- (b) telephone or fax costs insured owing to the Insured Incident up to the ceiling EUR 50.

2.5. Arranging repatriation of the dead body, refund of expenses incurred

- (1) In case of the death of the Insured Person within the scope of cover of the insurance contract in connection with the Insured Incident, the Insurer will arrange for the repatriation of the dead body to the territory of the country of residence, and pay the costs thereof.

(2) The Insurer does not undertake to reimburse the costs of the repatriation of the dead body if the transportation was not arranged by EUB-Assistance.

3. Documents required to provide the "A) Medical assistance and insurance" service (in addition to the documents listed in section 11.2 of I General Terms and Conditions):

- (a) all medical reports concerning the Insured Incident which was made from the occurrence thereof to the notification of the service claim,
- (b) at request of the Insurer, history data on the health status of the Insured Person,
- (c) original invoices of the costs incurred (e.g. foreign medical care, medication, telephone, accommodation, etc.), made out in his name,
- (d) at the request of the Insurer, medical reports prepared in relation to the damage event in the country of permanent residence after returning home,
- (e) rescue report,
- (f) for diving accidents: diving protocol and, in proof of the diver qualification of the Insured Person, official document recognised by the World Diving Association or Hungarian Diving Association, and the protocol taken by the training company if the accident happened during training,
- (g) for the repatriation of dead body service, it is also necessary to submit the following documents:
 - official or medical certificate in proof of cause of death,
 - necropsy certificate establishing the cause of death, autopsy report and other documents necessary to clarify the circumstances of the death,
 - declaration of acceptance of the cemetery,
 - document certifying the fact of death (death certificate),
 - birth and marriage certificate - if required by the local authorities.

4. Exclusions for the A) Medical Assistance and Insurance and B) Extended Travel Assistance services (in addition to the exclusions listed in section 13. of I General Terms and Conditions):

- (1) **If the contract was made without any health risk assessment (health declaration or medical examination), the cover provided by the Insurer does not cover any diseases and accidents**
- (a) **the reason of which is medical condition existing prior to the start of the coverage, whether in whole or in part (e.g. disease, complaint, and symptom),**
 - (b) **in respect of which the Insured Person was under medical treatment within one year prior to the start of the coverage, or it would have been medically necessary, regardless of the date on which the disease was diagnosed,**
 - (c) **which are related to any irreversible health damage of the**

Insured Person established before the start of cover provided by the Insurer.

- (2) **The cover provided by the Insurer does not extend, either, to the following:**
- (a) **psychiatric and psychological disorders,**
 - (b) **control examinations and aftercare,**
 - (c) **treatment or care provided by an immediate relative,**
 - (d) **physiotherapy treatment, acupuncture, therapy given by a natural healer and physiotherapy,**
 - (e) **vaccinations, routine or screening tests,**
 - (f) **sexually transmitted diseases, acquired immune deficiency diseases (e.g. AIDS) and related diseases,**
 - (g) **costs concerning contact lenses and glasses,**
 - (h) **antenatal care, routine pregnancy testing,**
 - (i) **infant care, child care,**
 - (j) **definitive dental care, jaw-orthopaedic care (excluding accidents), orthodontics, periodontal treatment, plaque removal, denture, artificial crown (excluding temporary repair of broken crown), making and repair of prosthesis and bridges (excluding temporary repair of broken bridge),**
 - (k) **costs incurred after returning home to the territory of the country of permanent residence,**
 - (i) **reimbursement of the costs of services which are not medically justified in case of emergency treatment, but are provided only at the patient's request, e.g. chosen medical practitioner or advanced hotel service at the hospital.**

B) EXTENDED TRAVEL ASSISTANCE

(1) For the purposes of this chapter:

- (a) **transportation cost: means any extra transportation costs incurred in relation to the Insured Incident which,** according to the decision of the Insurer, can be one of the following: fuel cost of passenger car, 2nd class train ticket, or ticket for scheduled bus line or economy class air ticket;
- (b) **accommodation cost: means the extra costs of hotel accommodation related to the Insured Incident and justified with invoice, for a total of not more than 7 nights.**

(2) In respect of transportation costs, the Insurer undertakes to reimburse only the costs of services organised by or used with the prior approval of EUB-Assistance.

INSURED INCIDENT	SERVICE PROVIDED BY THE INSURER
The Insurer undertakes to provide the services in the event of the occurrence of the following incidents:	The service provided by the Insurer extends to the reimbursement of the following costs:
1. CHANGE OF THE TIME OF RETURN TRAVEL TO HOME DUE TO ILLNESS OR ACCIDENT	
Insured Incident under section A)1 affecting the Insured Person, in relation to which the return travel to the country of permanent residence is delayed following the foreign medical treatment owing to the medical condition of the Insured Person according to the opinion of the attending medical practitioner, provided that the return travel to home would have originally taken place not later than the last day of the duration of the insurance.	(a) costs of accommodation of the Insured Person, (b) for one person designated by the Insured Person staying together with the Insured Person on the spot: - costs of accommodation, - transportation costs of travelling home together with the Insured Person on the same day.
2. ACCOMMODATION COSTS OF TRAVEL MATE DURING THE HOSPITALISATION OF THE INSURED PERSON	
Insured Incident as per section A)1 affecting the Insured Person within the scope of cover of the insurance contract, in relation to which the Insured Person received emergency hospital care abroad.	Costs of accommodation for one person designated by the Insured Person staying together with the Insured Person on the spot if his originally booked accommodation is more than 20 km away from the place of hospital treatment, or the Insured Person under 18 years of age.

INSURED INCIDENT	SERVICE PROVIDED BY THE INSURER
The Insurer undertakes to provide the services in the event of the occurrence of the following incidents:	The service provided by the Insurer extends to the reimbursement of the following costs:
3. VISITING THE SICK	
Insured Incident as per section A)1 affecting the Insured Person, if the condition of the Insured Person is life-threatening if he is required to stay in hospital for more than 10 days. For Insured Persons under 16 years of age who travel without parental accompaniment: the condition of the Insured Person is life-threatening if he is required to stay in hospital for more than 2 days.	Transportation and accommodation costs of visiting the sick of one immediate relative of the Insured Person.
4. REPATRIATION OF CHILD	
Insured Incident as per section A)1 affecting the Insured Person, in relation to which the Insured Person received emergency hospital care within the scope of cover of the insurance contract and, as a result, his immediate relative under 16 years of age who is travelling with him remains unattended.	Transportation costs of the child(ren) less than 16 years of age and the person escorting them home to the country of residence of the Insured Person.

5. Documents required to provide the service in case of the B) Extended travel assistance services (in addition to the documents listed in section 11.2 of the I General Terms and Conditions and section A) 3.):

- (1) for claims concerning travel costs, the ticket and travel contract for the originally planned travel home or, in the case of travel with own vehicle, the vehicle registration certificate and the driver's licence must be submitted to EUB-Assistance before the service is provided,
- (2) for claim concerning accommodation costs, the invoice for the originally booked accommodation.

6. The Exclusions concerning the "B) Extended travel assistance" chapter are included in section A) 4.

C) LEGAL ASSISTANCE AND LEGAL EXPENSES INSURANCE

1. INSURED INCIDENT

If, during the insurance period, within the geographical scope of the insurance a procedure is initiated at the place of perpetration or a civil action for paying the damages caused is initiated against the Insured Person for committing a misdemeanour or criminal act negligently.

2. SERVICE PROVIDED BY THE INSURER

- (1) The Insurer will pay in the place of the Insured Person:
 - (a) **the bail and costs incurred, as follows:**
 - the bail or other similar security defined by the competent authority against the Insured Person,
 - duties, legal costs and costs of proceedings,
 - fees awarded by the court to the witnesses and experts,
 - if the Insured Person is required under the summons of the court to travel from his permanent residence to the place defined by the court, the additional transport costs incurred by the Insured Person in this context.
- Using the service is subject to that the travel is organised by the Insurer or that the Insurer approves the method, time and costs of the travel in writing in advance,**

– the justified cost of the translation of documents necessary to conduct the procedure **provided that the translation is organised by the insurer or the Insurer approved the translation and the costs thereof in writing in advance.**

- (b) **fees of the law firm representing the Insured Person, proven with invoice, also taking into account the attorney fees generally charged at the place the service is provided.**
- (2) The Insurer will arrange for legal representation. **The Insurer will not reimburse legal fees if the legal representative is mandated without the approval of the Insurer.**
- (3) **The Insurer is eligible for the amount of the bail if the competent authority refunds the bail paid by the Insurer.**
- (4) **If, in a procedure initiated against the Insured Person on grounds of negligent committal, deliberateness is subsequently determined, the Insured Person must refund the service provided by the Insurer.**

- 3. Conditions of the provision of the "C) Legal assistance and legal expenses insurance" and documents to be submitted** (in addition to the documents listed in section 11.2 of I General Terms and Conditions):
- (1) **The Insured Person must notify his claim for the legal assistance service to EUB-Assistance immediately after the occurrence of the Insured Incident.** The notification must be accompanied by the documents made in the criminal or petty offence proceedings against the Insured Person until the notification.
 - (2) **The use of the service requires prior consent of the Insurer.**
 - (3) The costs incurred will be paid by the Insurer directly to the relevant authority or service provider against original invoice, or directly to the Insured Person if the Insured Person previously paid the invoice in a provable manner on the basis of the documents submitted.
 - (4) The service of the Insurer is also subject to that the Insured Person cooperates with the authorities, the official bodies, his attorney and the Insurer in the procedure related to the Insured Incident.
 - (5) If a civil action is initiated in relation to the Insured Incident, the following must be submitted as a condition of the service: the document opening the procedure, the number of the procedure and, in case of misdemeanour or criminal procedure, certificate of the authority on the opening of the procedure and the minutes taken by the authority at the place of the damage, and the name and address of the competent authority.

4. EXCLUSIONS of the C) Legal assistance and legal expenses insurance (in addition to the exclusions listed in section 13 of I General Terms and Conditions)

The insurance coverage does not extend to:

- (a) damage claims of Insured Persons insured under the same insurance contract brought against each other;
- (b) damages caused by the Policyholder or the Insured Person unlawfully by any intentional or grossly negligent conduct;
- (c) if any procedure is opened against the Insured Person on the basis of the well-founded suspicion of any misdemeanour or crime committed intentionally, hit-and-run or failure to provide assistance,
- (d) claims which may not be enforced in court or claims enforced before international or supranational courts (e.g. European Court of Human Rights),
- (e) fines or penalties awarded imposed against the Insured Person or costs and expenses imposed on the Insured Person,
- (f) the liability of the Insured Person undertaken by contract or unilateral declaration which exceeds the liability set forth by law, or claims brought on grounds of damages caused by breach of contract,
- (g) procedure opened against the Insured Person owing to the committal of misdemeanour or negligent crime committed as the user of a vehicle, and the vehicle did not have valid third party liability insurance at the time of the committal,

Európai Utazási Biztosító Zrt.

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 todos 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.

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: 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 Insurance Ltd. 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

Address of the Customer Service: 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 8.00 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 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-1525 Budapest BKKP PO Box: 172.

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

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 data of the insurance company's customers;
- insured properties and their value;
- sum insured;
- in the case of life, accident, illness or liability insurance, data related to medical and health 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 in 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, request other insurance companies 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, our company 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 Sections 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 to monitor competition in the insurance industry, insurance mediation, and insurance consultancy including insurance companies, insurance intermediaries and insurance consultants, Hungarian agencies of independent insurance intermediaries and consultants and the trade organizations of these,

h) 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 disclosed 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) and r) 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 Act CLXXX of 2007 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)

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 general terms and conditions and special conditions applicable to the particular insurance policy.

XI.1. Legal statements shall only be valid if they are brought to the attention of an organizational unit of the insurance company.

XI.2. 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.

XI.3. 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 shall also be considered served if the mail's delivery receipt is signed by the addressee or a representative thereof.

XII. Miscellaneous Provisions

XII.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.

XII.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.

XIII. 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.

XIV. 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.

Looking forward to a successful cooperation:
Márk Lengyel, László Molnár

Effective from: March 15, 2014

A társaság az ISVAP által vezetett Biztosítói Csoportok Nyilvántartásába bejegyzett Generali Csoporthoz tartozik.

ÁLTALÁNOS ÉS KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK EUB2014-34WH

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. Ügyféltájékoztatója is.

Jelen szerződés fogyasztói szerződésnek minősül.

I. ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK

1. FOGALMAK

(1) Versenyző sportoló: aki egy adott sportágban a kockázatviselés kezdetét megelőző két éven belül versenyen (pl. bajnokságon, meccsen) is indult (függetlenül a verseny jellegétől), vagy az adott sportágban sportszervezetnek sportolóként nyilvántartott tagja.

(2) Hivatásos sportoló: olyan versenyző sportoló, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá egyéni vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik a sportági szakszövetség, illetőleg a sportszövetség feltételei szerint megszerzett hivatásos sportolói engedéllyel.

(3) Hobbi sportoló: aki sporttevékenységét nem hivatásos vagy versenyző sportolótól végzi, versenyszerű sporttevékenységet (függetlenül a verseny jellegétől) egyáltalán nem folytat, és sportszervezetnek nem tagja. (4) 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).

(5) 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.

(6) Biztosítási esemény: azon – a kockázatviselés kezdetéhez képest jövőbeni okkal okozati összefüggésben a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező – események köre, melyek bekövetkezése esetén a Biztosító jelen feltétel adott fejezetében meghatározott 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.

(7) Biztosítási időszak: a biztosítási kötvényen megjelölt időszak, amely azonos a biztosítás tartamával.

(8) Biztosítási összeg: a Szolgáltatás-táblázatban és a II. Különös Feltételekben az adott szolgáltatás-típusra vonatkozóan meghatározott maximális összeg, amelyet a Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén 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.

(9) Biztosítási szerződés: a kötvény és az abban meghatározott biztosítási feltételek együttesen.

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

(11) EUB-Assistance: a Biztosító telefonon keresztül éjjel-nappal elérhető segítségnyújtó szolgálata. Tel.: +361 465 3666.

(12) Európa – a következő országok földrajzi Európához tartozó része: Albánia, Andorra, Ausztria, Belgium, Bosznia-Hercegovina, Bulgária, Csehország, Dánia, Egyesült Királyság, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Horvátország, Írország, Izland, Koszovó, Lengyelország, Lichtenstein, Luxemburg, Macedónia, Málta, Monaco, Montenegró, Németország, Norvégia, Olaszország, Portugália, Románia, San Marino, Spanyolország (Kanári-szigetek is), Svájc, Svédország, Szerbia, Szlovákia, Szlovénia, Vatikán; Ciprus, Törökország.

(13) 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 négykerekes motor) használata, bungee jumping, canyoning, bármilyen jellegű ejtő- és siklóernyő használata, base-jumping, paplanernyőzés, motoros szán használata, küzdősportok, motor nélküli léggépjárművel történő utazás (személyzet vagy utas minőségben egyaránt), motoros léggépjárművel történő utazás (személyzet vagy utas minőségben egyaránt) kivéve a személyszállításra vonatkozóan az előírt hatósági engedéllyel üzemelő menetrendszerű léggépjáratokon utasként történő utazás, és menetrendben szereplő charter léggépjáraton történő utazás, lovaglás, téli sportok, valamint minden egyéb jelentős balesetveszéllyel járó sporttevékenység gyakorlása.

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

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

(16) 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.**

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

(18) 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.

(19) 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.

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

(21) Kötvény: a biztosító által a szerződő fél részére hozzáférhetővé tett írásbeli fedezetigazolás, amely tartalmazza a szerződés lényeges tartalmát, így különösen a szerződő felekre, a biztosítás tartamára és területi hatályára, díjára és az alkalmazott biztosítási feltételekre vonatkozó adatokat. Elektronikus úton létrejött szerződés esetén a kötvény fokozott biztonságú elektronikus aláírással van ellátva.

(22) 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.

(23) 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 gyalogként, jármű vezetőjeként, vagy utasaként szenved balesetet.

Nem minősül közlekedési balesetnek:

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

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

(24) 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 – átiratásával 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 átiratási 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).

Állandó lakóhely országába 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.

(25) Állandó lakóhely: ahol az illetékes helyi hatóság által igazoltan a Biztosított állandó lakóhelye van.

(26) Online szerződéskötő rendszer: a biztosító használatában álló, vagy általa jóváhagyott elektronikus szerződéskötő alkalmazások, amelyek alkalmasak az utasbiztosítási szerződés megkötésére. Az online szerződéskötő rendszer használatával létrejött biztosítási szerződés írásbeli szerződés, arról a biztosító kötvényt állít ki és azt a szerződésre vonatkozó biztosítási feltételekkel együtt a szerződő fél részére hozzáférhetővé teszi.

(27) Orvos: Az adott gyógykezelés jellegéhez szükséges szakutadást 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 engedéllyel 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.

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

(29) 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.

(30) 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.

(31) 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.

(32) Szolgáltatás-táblázat: az I. Általános Feltételek 10.(6) pontja, amely természetesen az egyes szolgáltatásokra vonatkozóan meghatározott maximális biztosítási összegeket tartalmazza.

(33) Szolgáltatás típus: a Szolgáltatás-táblázatban és a Különös feltételekben A), B) és C betűvel jelölt különböző szolgáltatás-csoportok egyike.

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

(35) 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.

2. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI (A BIZTOSÍTÓ, A SZERZŐDŐ ÉS A BIZTOSÍTOTT)

(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 fél, aki a biztosítási szerződést megkötöti és a biztosítási díjat megfizeti. Ha a szerződő és a biztosított különböző személy, akkor a biztosítási esemény bekövetkezéséig a szerződő fél a szerződésről, a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni

(3) **Biztosított** lehet az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, és az utazása során végzett tevékenységeivel kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön, feltéve, hogy az adott személy **nem magyar állampolgár, az állandó lakóhelye nem Magyarország területén van, és az állandó lakóhelye szerinti országban érvényes kötelező egészségbiztosítással vagy teljeskörű magán- egészségbiztosítással rendelkezik vagy az egészségügyi ellátásra egyéb jogon jogosult.**

(4) **A biztosító szolgáltatására a biztosított jogosult.**

3. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE (A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MEGKÖTÉSE)

(1) **A Biztosító kizárólag online szerződéskötő rendszeren keresztül hozzá beérkezett ajánlatokat tekinti érvényesnek.**

(2) A biztosítási szerződés a Szerződő ajánlatának Biztosító által történő elfogadásával jön létre, melyet a biztosítási kötvény tanúsít.

(3) A biztosítás díja a szerződés létrejöttkor esedékes.

4. A KOCKÁZATVISELÉS

(1) A biztosító kockázatviselése a biztosítási szerződésben a biztosítás kezdeteként megjelölt időpontban kezdődik meg, feltéve, hogy a biztosítási díj teljes összege ezt megelőzően a Biztosító (vagy megbízottja, illetve képviselője) pénztárába bizonyíthatóan befizetésre került vagy számlájára beérkezett, és a szerződésben megjelölt lejáratú ideig, de legfeljebb 180 napig tart.

(2) **A kockázatviselés legkorábban a szerződés megkötését és a díj (1) pont szerinti befizetését követő napon 0. órakor kezdődik meg.**

5. A SZERZŐDÉS ILLETVE A KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŰNÉSÉNEK ESETEI

A szerződés és ezzel a biztosító kockázatviselése megszűnik a következő esetekben:

(a) a biztosítási szerződésben meghatározott lejáratú időpontban,

(b) a Biztosított halála esetén,

(c) díjvisszatérítés esetén abban az időpontban, amikortól kezdődő időtartamra vonatkozóan a Biztosító visszafizeti a díjat.

6. A BIZTOSÍTOTT ÉLETKORÁTÓL FÜGGŐ KORLÁTOZÁSOK

- (1) **A biztosítási szerződés szempontjából a kockázatviselés első napján vagy azt megelőzően betöltött életkor az irányadó.**
- (2) **70-80 év közötti életkor esetén a Biztosító kockázatviselése összesen legfeljebb 30 napos folyamatos magyarországi – illetve Welcome to Hungary&Europe termék esetén Európa területén történő – tartózkodás időtartamára terjed ki, és a biztosítási díj 100 %-os mértékű „életkor-pótdíj”-jal egészül ki.**
- (3) **Ha a Biztosított a 80. életévét betöltötte, biztosítási szerződés részére nem köthető.**

7. A BIZTOSÍTÁS TERÜLETI HATÁLYA

- (1) A biztosítási szerződés hatálya
 - a) **„WELCOME TO HUNGARY Basic / Top” termék esetén kizárólag Magyarország területére,**
 - b) **„Welcome to Hungary & Europe” termék esetén Magyarországon kívül Európa (I.1.(12)) területére is kiterjed.**
- (2) **A biztosítási szerződés területi hatálya nem terjed ki olyan országok területére, amelyeknek:**
 - a Biztosított állampolgára, vagy
 - amelynek területén a Biztosított állandó lakóhelye található.
- (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 célszágok és térségek között szerepelnek (lásd <http://konzuliszolgalat.kormany.hu/utazasra-nem-javasolt-tersegek>).**

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 kezelést – az orvosi javallat figyelembevételével – a Biztosítóval együttműködve kell eljáráni. 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 illetékes hatóságok 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 a biztosítási szerződés tartalmazza. A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító – a szerződés megkötésének időpontjában – érvényes díjszabása alapján, a Biztosított életkorának, a biztosítás tartamának és szolgáltatásainak, valamint területi hatályának a figyelembe vételével történik.

9.2. A biztosítási díj fizetése

- (1) A biztosítási szerződés egyszeri díjú. A díjat a szerződés létrejöttékor kell megfizetni.
- (2) A Szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díj a Biztosító vagy képviselője (megbízottja) pénztárába befizetésre kerül, vagy a számlájára beérkezik.
- (3) A **„Csoportos kedvezmény”** – ként meghatározott kedvezményes díj legfeljebb 10 fő azonos időtartamra együtt utazó, azonos biztosítási terméket igénylő személy részére vehető igénybe, és ebben az esetben legfeljebb 30 napos folyamatos tartózkodásra köthető biztosítási szerződés.
- (4) **„Sport Plusz” pótdíj: Welcome to Hungary – Top és Welcome to Hungary & Europe termékre vonatkozóan legfeljebb 80 éves korig** a mindenkori díj 50 %-ának megfelelő Sport Plusz pótdíj megfizetése esetén a Biztosító az alábbi **extrém sporttevékenységek hobbi sportolóként** való (nem versenyszerű) folytatása során is kockázatot visel: mesterséges fal-mászás, rafting, vadvízi evezés, canyoning, hydrospeed, mountain-bike (kivéve downhill),

triál- és BMX-kerékpár használata, búvárkodás légzőkészülékkel vagy anélkül 40 méteres vízmélységig, jetski, vízisi, wakeboard használata, motorcsónakkal vontatott ejtőernyő (parasailing), motorcsónakkal vontatott „banán”, „air-chair” és gumitömlő, vadászat, motoros szán használata, quad (három- vagy négykerekű motor) használata, kitesurf, surf, windsurf, vitorlázás, tengeri kajak (a parttól legfeljebb 1 km-es távolságig), lovaglás, téli sportok, sziklamászás és hegymászás és hótalpas túrázás.

70. évüket még be nem töltött Biztosítottakra vonatkozóan a Biztosító „Sport Plusz” pótdíj megfizetése ellenében **versenyszerű sporttevékenységre** is vállalja a kockázatviselést **azokra a sportágakra, amelyek nem tartoznak az extrém sportok közé, valamint téli sportokra.**

9.3. Díjvisszatérítés

A Szerződő díjvisszatérítési igénnyel élhet az alábbi esetekben:

- (1) A Biztosító a biztosítási díj **teljes összegű** visszatérítését abban az esetben vállalja, ha az alábbi feltételek együttesen teljesülnek:
 - a Szerződő a díjvisszatérítésre vonatkozó írásbeli igényét a Biztosító vagy megbízottja azon szervezeti egységénél, ahol a biztosítási szerződést megkötötték, **legkésőbb a kockázatviselés kezdete előtti napon** írásban bejelenti,
 - a Szerződő az adott szervezeti egység részére egyidejűleg hiánytalanul átadja a biztosítási kötvény összes – eredeti és másolati – példányát, illetve online kötés esetén minden kétséget kizáróan megállapítható, hogy a biztosítási szerződés létrejött.
- (2) **A Biztosító részleges díjvisszatérítést legkorábban a kockázatviselés 4. napjától kezdődően a lejáratig terjedő időszakra vonatkozóan vállal. Több biztosítottra vonatkozóan létrejött biztosítási szerződés egyes biztosítottak vonatkozásában részlegesen nem szüntethető meg (azaz a díj nem bontható), a Biztosító díjvisszatérítést kizárólag az összes biztosítottal együttesen vállal, ha a fenti feltételek minden érintett személyre vonatkozóan fennállnak. Ebben az esetben a Biztosító kockázatviselése valamennyi, a szerződésben megnevezett Biztosított vonatkozásában megszűnik.**

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 egy Biztosított személyre egy adott utazás vonatkozásában Szolgáltatás-típusonként legfeljebb egy biztosítási eseményre vonatkozóan nyújt szolgáltatást. A biztosítási szolgáltatás összege legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban (lásd (6) bekezdés) és a II. Különös Feltételekben megadott maximális szolgáltatási összeghatárokig terjedhet.

(3) A felső összeghatár nélküli szolgáltatásokat a Biztosított egy adott utazás teljes időtartamán belül összesen egy alkalommal veheti igénybe. Ha egy utazás időtartamára a Biztosítóval több biztosítási szerződés jött létre, akkor a fenti korlátozás valamennyi szerződésre együttesen érvényes a teljes utazás időtartamára, függetlenül a biztosítási szerződések és biztosítási események számától, feltéve, hogy jelen korlátozás az érintett szerződéseknek is része.

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

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

(6) **Szolgáltatás-táblázat** (lásd 17. oldal)

(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 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.

Wellcome to Hungary – Basic	Wellcome to Hungary – Top	Wellcome to Hungary & Europe	
Wellcome to Hungary – Basic			
Wellcome to Hungary – Top			
Wellcome to Hungary & Europe			
Szolgáltatási összeghatárok (EUR- ettől eltérő esetben külön jelölve) Biztosítási termék neve:			
A) Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás (kárbiztosítás)			
Orvosi és mentési költségek térítése összesen*: Ezen belül: – mentőhelikopteres mentés – mentőautóval történő szállítás – hiperbár-kamrás kezelés (Sport Plusz kiegészítő esetén) – sürgősségi fogászati ellátás *Előzetes bejelentés nélkül a Biztosító szolgáltatása legfeljebb EUR 150 összeghatárig terjed (lásd II.2.1.(2) pont szerint)	2 000 1 500 500 – 100	30 000 10 000 5 000 2 500 100	60 000 15 000 10 000 5 000 200
Hazaszállítás megszervezése, a felmerült többletköltségek térítése (mentőrepülőgépes szállítás is orvosilag indokolt esetben)	4 000	30 000	60 000
Egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatások:	24 órás segítségnyújtó szolgálat (angol és magyar nyelven)		
Holttest hazaszállításának megszervezése, a felmerült költségek térítése	4 000	30 000	60 000
B) További utazási segítségnyújtás (kárbiztosítás)			
Hazautazás időpontjának változása betegség vagy baleset miatt – Biztosított részére szállásköltség összesen (max. 7 éj) – utastárs részére szállásköltség összesen (max. 7 éj) – utastársnak a Biztosítóval egyidőben történő hazautazása miatt felmerülő közlekedési többletköltségek térítése:	– – –	200 200 1 000	400 400 2 000
Utastárs szállásköltsége – a Biztosított kórházi ellátása alatt össz. (max. 7 éj)	–	200	400
Beteglátogatás: – közlekedési költségek – szállásköltség összesen (max. 7 éj)	–	1 000 200	2 000 400
Gyermek hazaszállítása (ezen belül indokolt szállás-költség max. EUR 200)	–	1 000	2 000
C) Jogvédelmi segítségnyújtás és biztosítás (kárbiztosítás)			
a) óvadék és a felmerülő költségek megfizetése	–	2 000	4 000
b) ügyvéd munkadíja	–	2 000	4 000

Megjegyzés: A jogvédelmi biztosítási fedezet díja a teljes díj arányában: Wellcome to Hungary – Top .0,4 %, Wellcome to Hungary & Europe 0,7%

(10) A Biztosító az EUR devizanemben meghatározott szolgáltatási összeghatárral rendelkező szolgáltatásnál a kifizetést banki átutalás útján EUR-ban teljesíti. A Biztosító kizárólag magyarországi címre vállalja a biztosítási összeg forintban történő postai utalását. 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 tájékoztatói 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) 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.

(4) 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, vagy a Biztosítottat (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 késelelem nélkül benyújtani:

- (1) a biztosítási kötvényt, továbbá más biztosítónál azonos biztosítási érdekre megkötött és a biztosítási esemény napján is hatályos biztosítási szerződésre vonatkozó kötvényt, vagy más igazoló dokumentumot,
- (2) a Biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul, és a valóságnak megfelelően kitöltött és a biztosított vagy meghatalmazottja által aláírt szolgáltatási igénybejelentőt,
- (3) szervezett társasutazás esetén az utazási iroda képviselőjének jegyzőkönyvét a biztosítási esemény bekövetkezésére és annak körülményeire vonatkozóan,
- (4) az utazással kapcsolatos összes utazási dokumentumot (teljes útvonalra szóló menetjegyek /repülő-, busz-, vonat- és hajójegy/, beszállókétyűk, tankolási számlák, autópálya-matricák és kapu/alagút használati díjak számlái és azok megfizetését igazoló bizonylatok), útlevelet és vízummásolatot, szállásfoglalás visszaigazolását, hazaszállítás esetén útvonalleírást,
- (5) a Biztosított állandó lakóhelyének országában a Biztosítottra vonatkozóan egészségbiztosítási fedezetet nyújtó cég írásbeli igazolását az érvényes biztosítási fedezetről, személyi azonosításra alkalmas okmányt és lacímkarttyát vagy egyéb, az állandó lakóhelyet igazoló okmányt, jogosítványt és forgalmi engedélyt, valamint szervezett társasutazás esetén utazási szerződés másolatát,
- (6) baleseti jegyzőkönyvet, illetve a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratokat,
- (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) illetékes hatóság által előírt védőoltások beadását igazoló oltási bizonyítványt,
- (11) vadászattal kapcsolatos szolgáltatási igény esetén fegyverviselési engedélyt,

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** teljesíti, kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek.

- (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).

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 az általános szerződési feltételben meghatározott munkakört 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) érvényes forgalmi engedéllyel nem rendelkező gépjármű vezetése, vagy olyan gépjármű vezetése, amelyhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel a Biztosított nem rendelkezik,
 - (f) ha a sporttevékenység folytatása során a Biztosított a szükséges védőfelszereléseket nem használta vagy az adott sportágra vonatkozóan általánosan elfogadott szabályokat nem tartotta be,
 - (g) 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,

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) pont szerint), munkahelyi rendbontás, határviilonások, 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 sportversenyen történő részvétel vagy olyan sportágban folytatott sporttevékenység, amely sportágban a Biztosított hivatásos vagy versenyző sportolónak minősül,
 - (b) fizikai munkavégzés,
 - (c) bármely fegyver használata, kivéve Sport Plusz pótdíj megfizetése esetén a vadászat, ha a vadászfegyvert a magyar jogszabályok szerint jogszerűen használják,
 - (d) extrém sportok gyakorlása, kivéve Sport Plusz pótdíj megfizetése esetén az ott meghatározott körben.
- (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, PANASZFÓRUM

- (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 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 Ügyfélértájékoztató 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 nyomatékos 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 megfelelő érdeklődésében történt.

- (1) A részleges szerződés megszűnés szabályai a 9.3.(2) pont szerint.
- (2) Az elévülési idő 2 év
- (3) A biztosító teljesítésének módja a 10.(10) pont szerint.

II. KÜLÖNÖS FELTÉTELEK

A) EGÉSZSÉGÜGYI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ÉS BIZTOSÍTÁS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- (1) **A Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt és területi hatályán belül bekövetkező olyan megbetegedése vagy balesete, amely miatt a Biztosított indokoltan sürgősségi orvosi ellátásban részesül, továbbá a Biztosított ezzel összefüggésben bekövetkező halála.**
- (2) A biztosítási esemény időpontja a baleset bekövetkezésének időpontja, megbetegedés esetén a tünetek jelentkezésének időpontja, vagy az egészségkárosodás észlelésének időpontja.

- (3) Ha adott biztosítási termék kockázatviselése bűvárkodásra kiterjed, akkor **a bűvárkodás során bekövetkező baleset** kizárólag abban az esetben minősül biztosítási eseménynek, ha a Biztosított a merüléskor rendelkezett a sportág nemzetközi szövetsége (Búvár Világszövetség) vagy a Magyar Búvár Szakszövetség által hivatalosan elismert búvár-minősítéssel, vagy az ezen szervezetek által elismert tanfolyamon, búvár-minősítés megszerzése céljából vett részt, és igazolható módon folytatott víz alatti tevékenységet, valamint a búvár-tevékenységgel összefüggésbe hozható egészség-romlás a merülést követő legkésőbb 24 órán belül lépett fel, és a Biztosított ezzel haladéktalanul orvoshoz fordult.

2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ÉS BIZTOSÍTÁS SZOLGÁLTATÁSAI

2.1. Orvosi költségek térítése

(1) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a **biztosítási szerződés területi hatályán belül történt 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 a biztosítási időszak tartama alatt történt biztosítási események vonatkozásában összesen **legfeljebb 30 nappal** vonatkozóan vállal szolgáltatást, függetlenül a biztosítási események számától. **Ha egy utazás időtartamára a Biztosítóval több biztosítási szerződés jött létre, akkor a fenti korlátozás valamennyi szerződésre együttesen a teljes 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 könyökrögzítő, 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 szájsebészeti ellátás** költségeit (közvetlen fájdalomcsökkentő kezelés, beleértve az orvos által rendelt gyógyszerek költségét is) összesen legfeljebb a Szolgáltatástáblázatban a sürgősségi fogászati ellátásra megadott összeghatárig, (foggyökérkezelés költségét kizárólag abban az esetben, ha az egy ideiglenes tömés elkészítéséhez szükséges),
- (k) baleseti eredetű szájsebészeti ellátás

(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 az orvosi kezelés költségeit csak addig az időpontig vállalja, amíg a Biztosított egészségi állapota lehetővé teszi az állandó lakóhely szerinti ország területére történő szállítását vagy hazautazását.

(8) A Biztosító nem vállalja azoknak a többletköltségeknek a megtérítését, amelyek annak következtében merültek fel, hogy – bár a Biztosított gyógykezelésének az állandó lakóhelye szerinti országban 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 állandó lakóhelye szerinti ország területére történő hazaszállításának vagy hazautazásának megszervezését, és az emiatt felmerülő közlekedési többletköltségek, valamint az orvosilag indokolt kísérőszemélyzet költségeinek **megtérítését:**

- (a) ha a Biztosított folyamatosan sürgősségi ellátás alatt áll, de állapota alapján orvosilag (az orvos írásos szakvéleménye alapján) megengedett az állandó lakóhely szerinti ország területére történő szállítása, és a Biztosító a sürgősségi orvosi ellátás további helyszíni 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 az állandó lakóhely szerinti ország 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) Az állandó lakóhely szerinti ország területén a hazaszállítás a további egészségügyi ellátást végző intézménybe vagy a Biztosított állandó lakóhelyére 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 szállítást 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 kísérőt 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 egyenlítsse ki.

A Biztosító fogorvosi ellátásra vonatkozóan egészségügyi ellátásszervezést 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. Baleset vagy betegség miatt felmerülő egyéb költségek megtérítése

A Biztosító megtéríti a biztosítási esemény következtében felmerült alábbi költségeket összesen legfeljebb EUR 100 összeghatárig:

- (a) az orvoshoz vagy kórházba utazás költségeit, ha az személyautóval, tömegközlekedési eszközzel vagy – indokolt esetben – taxival történik,
- (b) a biztosítási esemény miatt felmerült telefon- vagy faxköltségeket legfeljebb EUR 50 összeghatárig.

2.5. Holttest hazaszállításának megszervezése, a felmerült költségek térítése

- (1) A Biztosított – biztosítási eseménnyel összefüggésben – a biztosítás területi hatályán belül bekövetkező halála esetén a Biztosító intézkedik a holttest lakóhely szerinti ország 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):

- (a) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, annak bekövetkezésétől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi szakvélemény,
- (b) a Biztosító kérése alapján a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó előzményi adatok,
- (c) a felmerült költségek (pl. orvosi ellátás, gyógyszer, telefon, szállás stb.) névre szóló, eredeti számlái,
- (d) a Biztosító kérése alapján a hazautazást követően az állandó lakóhely országában, a káreseménnyel összefüggésben keletkezett orvosi szakvélemények,
- (e) mentési jegyzőkönyv,
- (f) bűvárbaleset esetén: a merülési jegyzőkönyv, és a biztosított bűvárminősítésének igazolására a Bűvár Világszövetség, ill. a Magyar Bűvár Szakszövetség által elfogadott hivatalos dokumentum, és – ha oktatás közben történt a baleset – az oktatást végző cég jegyzőkönyve,
- (g) 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) terhesgondozásra, 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) az állandó 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.

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:
1. HAZAUTAZÁS IDŐPONTJÁNAK VÁLTOZÁSA BETEGSÉG VAGY BALESET MIATT	
Biztosítottat érintő A)1. pont szerinti biztosítási esemény, amellyel összefüggésben az orvosi ellátást követően - az ellátó orvos szakvéleménye szerint - a Biztosított egészségi állapota miatt az állandó lakóhely országába történő hazautazás időpontja a tervezettnél későbbre tolik, feltéve, hogy a hazautazás eredetileg legkésőbb a biztosítás időbeli hatályának utolsó napján megtörtént volna.	(a) a Biztosított szállás-költsége, (b) a Biztosítottal együtt a helyszínen tartózkodó egy - a Biztosított által megjelölt - személy : – szállás-költsége, – Biztosítottal egy napon történő hazautazásának közlekedési költsége.
2. UTASTÁRS SZÁLLÁSKÖLTSÉGE A BIZTOSÍTOTT KÓRHÁZI TARTÓZKODÁSA ALATT	
Biztosítottat érintő A)1. pont szerinti biztosítási esemény, mellyel összefüggésben a Biztosított a biztosítási szerződés területi hatályán belül sürgősségi kórházi ellátásban részesül.	Szállás-költség a Biztosítottal együtt a helyszínen 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
3. 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.
4. GYERMEK HAZASZÁLLÍTÁSA	
Biztosítottat érintő A)1. pont szerinti biztosítási esemény, mellyel összefüggésben a Biztosított a biztosítási szerződés területi hatályán belül sürgősségi kórházi ellátásban részesül, és ennek következtében a vele együtt utazó 16 éven aluli közeli hozzátartozója felügyelet nélkül marad.	A 16 éven aluli gyermek(ek), és az ő(ke)t a Biztosított lakóhelyének országába hazakísérő személy közlekedési költségei.

5. „B) További utazási segítségnyújtás” szolgáltatások esetén a teljesítéshez 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) szállásköltségekre vonatkozó igény esetén az eredetileg foglalt szállásra vonatkozó számlát.

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

C) JOGVÉDELMI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ÉS BIZTOSÍTÁS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Ha a biztosítás tartama alatt a biztosítási szerződés területi hatályán belül a Biztosítottal szemben az általa gondatlanul elkövetett szabálysértés vagy bűncselekmény miatt az elkövetés helyén eljárás vagy az okozott károk megtérítésére vonatkozóan polgári per indul.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

(1) A Biztosító a Biztosított helyett megfizeti:

(a) az óvadékat és a felmerülő költségeket, az alábbiak szerint:

- a Biztosított terhére az illetékes hatóság által megállapított óvadékat vagy más hasonló biztosítéket,
- illetéket, perköltséget, eljárási költséget,
- a bíróság által a tanúk és a szakértők számára megítélt díjazást,
- ha a Biztosítottnak a bíróság idézése alapján az állandó lakóhelyéről 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 óvadékat 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 „C) 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 indul, 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 C) 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) ha a Biztosított ellen szándékosan elkövetett szabálysértés vagy bűncselekmény, továbbá cserbenhagyás, vagy 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 helytállási 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,

Európai Utazási Biztosító Zrt.

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 igénybevételéről, valamint megismertetjük az adatvédelem és adatkezelés legfontosabb szabályaival.

Felsoroljuk továbbá azokat a szervezeteket, amelyek részére társaságunk az ügyfelek – biztosítási titkot képező – adatait a biztosítókra és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban: Bit.) alapján kiadhatja. Külön kitérünk a biztosítási ajánlat aláírása előtt szükséges leglényegesebb tudnivalókra, köztük 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.

Jelen Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések (a továbbiakban: Ügyféltájékoztató) a fentiekben túl tartalmazza a létrejött biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezéseket is.

Az Ügyféltájékoztatóban foglalt rendelkezéseken túl a biztosítási szerződéssel létrejövő jogviszony tartalmát képezik továbbá – a biztosítási szerződés típusától függően – a biztosításra vonatkozó általános és különös szerződési feltételek (továbbiakban biztosítási feltételek), valamint a szerződő/biztosított nyilatkozatai, és a biztosító által feltett kérdésekre adott válaszai.

A jelen Ügyféltájékoztatóban és a biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

I. 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%

A társaság az ISVAP által vezetett Biztosítói Csoportok Nyilvántartásába bejegyzett Generali Csoporthoz tartozik.

II. 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. (bejárta a Csanády u. felől)

További információhoz juthat a www.eub.hu címen is.

III. Panaszügyintézés

Amennyiben Önnek bármilyen kifogása van biztosító társaságunk magatartásával, tevékenységével, vagy mulasztásával kapcsolatban, panaszát a fenti elérhetőségeken **szóban** és **írásban** egyaránt előterjesztheti az alábbiak szerint:

Szóbeli panaszát személyesen a személyes ügyfélfogadásra nyitva álló ügyfélszolgálati irodánkban, **hétfőtől szerdáig illetve pénteken 8 órától 16 óráig, csütörtökön 8 órától 17 óráig 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 irodánkban kihelyezett panaszkezelési szabályzatban. Felhívjuk figyelmét, hogy a felügyelet honlapján megtalálható a „Fogyasztói panasz” elnevezésű formanyomtatvány, amelynek felhasználásával szintén benyújthatja a panaszát a Biztosítóhoz.

IV. 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 – ellenőrizi

- 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 eljárni.

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 kíséri meg, ennek eredménytelensége ese-

tén 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 érvényesíthetők. 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 szaknácádó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaknácádó 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 minősülő 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 megíúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

A Bit. 167/B.§ (4) bekezdése értelmében, telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító a közzé 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 bárminemű 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 titokkör 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 nyilatkoztatási kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,

g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti 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 titkoszolgálati 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 káresemény igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adata 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, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben 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, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben 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 üggyel 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 közlésétől, 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 alkusz, 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 alkusz 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

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 faxszámra elküldött és aláírással ellátott faxküldemény,
– a biztosító által megjelölt és közzétett elektronikus levelezési címre megküldött skennelt 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 fentiektől 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 általános és különös szerződési feltételek tartalmazzák.

XI.1. A jognyilatkozat csak akkor hatályos, ha az a biztosító valamelyik szervezeti egységének tudomására jut.

XI.2. A Biztosító és a Europ Assistance a Biztosítótól illetve a Biztosított megbízásában eljáró személlyel történő kapcsolattartást magyar vagy angol nyelven vállalja. Vitás esetben a magyar nyelven tett nyilatkozatok az irányadóak.

XI.3. **Postai úton** tértivevényel 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.

XII. Egyéb rendelkezések

XII.1. Nem válik a biztosítási szerződés tartalmává a Felek esetleges korábbi szerződéses/üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzlet-

ágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.

XII.2. A felek között létrejött megállapodás a biztosítási szerződés valamennyi feltételét tartalmazza, az írásbeli szerződésbe nem foglalt korábbi megállapodások hatályukat veszítik.

XIII. 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.

XIV. 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.

A sikeres együttműködés reményében:

Lengyel Márk, Molnár László

Hatályos: 2014. március 15-től