

INSURANCE POLICY CONDITIONS from May 15, 2017 until repealed

TRAVEL INSURANCE ((EUB2017-01U1)
CANCELLATION INSURANCE (EUB2017-01ST)
Customer Information

page 5
page 42
page 52

Present General terms and conditions and Specific terms and conditions have been prepared in both Hungarian and English language. In case of differences the Hungarian text shall be applicable.

TRAVEL INSURANCE EUB2017-01U1

The Company belongs to the Generali Group, which is listed in the Insurance Groups Register by IVASS under registration number 26.

PART I TABLE OF BENEFITS

Product types (marked with the respective letter):	Insurance Product and Protection Level				
	Protection Level 1	Protection Level 2	Protection Level 3	Protection Level 4	Protection Level 5
K - Classic Products	TOP EXTRA	TOP	NÍVÓ	-	-
T - Seaside Products	TENGERPART EXTRA	TENGERPART TOP	TENGERPART NÍVÓ	-	-
R - Air Travel Products	AIR & CRUISE EXTRA	AIR & CRUISE TOP	AIR NÍVÓ EURÓPA ÉVES BÉRLET AIR & HOTEL	-	-
S - Winter Sports Products	SÍ-EXTRA	SÍ-PROFI	SÍ-SZTÁR	-	-
J – Junior Products	-	-	-	EURO 30	WORLD 30
F - Products covering Physical Work	-	-	MESTER MESTER EEK ÉVES BÉRLET	-	PRAKTIKUM 30
A) Emergency Medical Assistance and Insurance (indemnity coverage)	Sums insured (HUF, unless otherwise indicated) Benefits marked with a letter are only paid out under the product marked with the same letter Benefits not marked with any letter are paid out under all products of the respective protection level.				

Medical and rescue costs – total (If the conditions set out in Section A) 2.1.(2) are not met, the Insurance Company will only reimburse costs up to € 150):	125 000 000	75 000 000	30 000 000	5 000 000	50 000 000
Including:					
– ambulance helicopter rescue	20 000 000	10 000 000	5 000 000	2 500 000	5 000 000
– mountain and water rescue	10 000 000	5 000 000	2 500 000	1 500 000	1 500 000
– patient transport by ambulance	10 000 000	5 000 000	2 500 000	1 500 000	1 500 000
– hyperbaric oxygen therapy	(T) (R) 10 000 000	(T) (R) 4 000 000	(T) (R) 2 000 000	-	-
– helicopter rescue to an overland medical facility	(R) 10 000 000	(R) 5 000 000	-	-	-
– emergency dental treatment	€ 500	€ 400	€ 300	€ 200	€ 200
– hospitalization daily allowance for the insured if hospital costs are recovered under EHIC or any other insurance plan (HUF / hospitalization night)	25.000	15.000	10.000	10 000	10.000
– costs incurred due to a sudden deterioration of a well-managed chronic illness (in EEK countries, only costs which are not otherwise covered under a valid European Health Insurance Card)	10 000 000	5 000 000	Under Mester EEK product: - 2 500 000	-	-
Arrangement of repatriation, reimbursement of additional costs	no limit	no limit	no limit	no limit	no limit
Emergency medical assistance services:	24-hour assistance in Hungarian				
Arrangement of the repatriation of remains and associated expenses	no limit	no limit	no limit	no limit	no limit
B) Additional Travel Assistance (indemnity coverage)					
Rescheduling the trip home due to illness or accident				-	
– accommodation costs for the Insured (up to 7 nights)	€ 500	€ 300	€ 150		€ 200
– accommodation costs for a travel companion (up to 7 nights)	€ 500	€ 300	€ 150		€ 200
– travel expenses arising in relation to the travel companion's return home together with the Insured:	500 000	200 000	100 000		200 000
Accommodation costs of a travel companion during the insured's hospitalization (up to 7 nights)	€ 500	€ 300	€ 150	-	€ 200
Patient visit: – travel costs	1 000 000	400 000	200 000	200 000	400,000
– total accommodation costs (up to 7 nights)	€ 500	€ 300	€ 150	€ 150	€ 200
Repatriation of a child (including reasonably incurred accommodation costs up to EUR 100/person/night)	1 000 000	400 000	200 000	200 000	
Curtailed due to a relative's illness or death in the home country	500 000	200 000	100 000	-	200 000
Translation services in the event of illness, accident or vehicle breakdown	30 000	15 000	-	-	-
Search and rescue due to weather conditions (with deductibles of 10% but minimum € 100)	(T)(R)(S) 2 000 000	(T)(R)(S) 1 000 000	(T)(S) 500 000	-	-
Forwarding financial aid	800 000	200 000	100 000	-	-
Information in the event travel documents are lost	Service	Service	Service	Service	Service
Home protection – trip curtailment benefit	500 000	200 000	100 000	-	-
Medical advice on the phone in Hungarian	24-hour service	24-hour service	24-hour service	24-hour service	24-hour service
Assistance with trip continuance or return home if the ship cruise is interrupted due to overland medical treatment	(R) 500 000	(R) 200 000	-	-	-
Refund of the price of the ski pass in the event of the insured's illness or accident	(S) 100 000	(S) 50 000	(S) 15 000	-	-

Information on roadside assistance companies	Service	Service	Service	-	-
Driver service in the event of the insured's illness or accident	300 000	100 000	50 000	-	-
Pet Insurance in the event of an accident	30.000	15 000	-	-	-
C) Accident Insurance (fixed sum coverage)					
Accidental death coverage	4 000 000	3 000 000	1 500 000 (S) további 500 000	-	-
Air Crash Coverage (in addition to the accidental death benefit)	(R) 4 000 000	(R) 3 000 000	(R) 500 000	-	-
Accidental permanent physical impairment coverage (disability to an extent of 100%)	8 000 000	3 000 000	1 500 000	-	-
Hospitalization with daily allowance (accidents) (HUF / hospitalization night)	2 000	1 000	-	-	-
D) Baggage Insurance (indemnity coverage)					
Total of benefits payable in relation to unlawful appropriation, traffic accidents, vehicle fire, damage by natural forces, and severe personal injuries, of which:	400 000	300 000	200 000	150 000	200 000
– coverage of mobile telephones and portable computers - total	300 000	100 000	50 000	-	-
– replacement costs of travel documents	no limit	15 000	5.000	5.000	5.000
– foreign travel costs and consulate fees associated with the replacement of travel documents	50 000	25 000	10.000	-	-
– replacement costs of bank cards	20.000	10.000	5.000		
Confirmed loss of or damage to baggage while handled by a cruise line or airline, including:	(R) 500 000	(R) 350 000	(R)(F) 225 000	-	(R)(F) 50 000
- coverage for portable computers and camera, if they cannot be taken on board pursuant to legislation	(R) 100 000	(R) 50 000	(R) 25 000		(R) 50 000
- repair or replacement of damaged baggage	(R) 50 000	(R) 25 000	(R) 10 000		-
Limits applicable to any insured event:					
– single article limit	100 000	80 000	50 000	25 000	25 000
– baggage limit	200 000	140 000	70 000	50 000	50 000
– total winter sports equipment coverage	(S) 400 000	(S) 300 000	(S) 150 000	-	-
– total sports equipment coverage	(T) (R) 200 000	(T) (R) 150 000	(T) (R) 100 000	-	-
– total work equipment coverage	-	-	(F) 100 000	-	(F) 100 000
E) Baggage Delayed (on outward trip) (indemnity coverage)					
– baggage delayed for 6-12 hours	(R) 10 000	-	-	-	-
– baggage delayed for more than 12 but less than 24 hours	(R) 40 000	(R) 10 000	-	-	-
– baggage delayed for more than 24 hours	(R) 80 000	(R) 50 000	(R) 10 000	-	-
F) Flight Delay Abroad and on the Return Home (over 4 hours) (indemnity coverage)					
Flight delay – abroad	(R) 40 000	(R) 20 000	-	-	-
Flight delay – return home	(R) 20 000	(R) 5 000	-	-	-
G) Air Assistance – checked-in baggage loss and flight delay (indemnity coverage)					
- administration costs to recover damages from airlines (up to 20% of the amount recovered)	(R) 40 000	(R) 25 000	(R) 5 000	-	-

- advance payment of damages payable by airlines in respect of benefits payable on E) Delayed Baggage, F) Flight Delay and D) Luggage lost or damaged while being handled by an airline	E), F), D) up to the limits	E), F), D) up to the limits	E), F), D) up to the limits	-	-
- advice via telephone about claims related to air travel	0-24 hour service	0-24 hour service	0-24 hour service	-	-
H) Missed Flight due to a Road Traffic Accident or a Delay of Land Public Transportation (indemnity coverage)					
- costs of rebooking or repurchasing an airplane ticket	(R) 100 000	(R) 25 000	-	-	-
I) Liability insurance and legal expenses (indemnity coverage)					
Reimbursement of the costs of property damage arising from personal injuries and associated medical expenses, Reimbursement of the costs of legal proceedings and attorney's fee	8 000 000	2 000 000	500 000	500 000	2 000 000
– with the exception of winter sports products, where altogether	(S) 9 000 000	(S) 5 000 000	(S) 2 500 000	-	
– of which professional liability coverage	-	-	-	-	(F) 1 000 000
J) Hotel and Camp Site Liability Coverage (indemnity coverage)		-	-		
– recovery of damages (with 10% deductibles)	50 000 (T) (R) additional 100 000	(T) (R) 60 000	(T) 40 000	-	-

Auto Extra Add-on Benefits and Covered Services	Auto Extra Motor Vehicle Roadside Assistance
K) Motor Vehicle Roadside Assistance (indemnity coverage)	Sums insured (HUF, unless otherwise indicated)
Towing to a repair facility or on-site assistance	€ 250
Vehicle storage	€ 100
Communication with the repair facility (Important! Repair costs are not included in the coverage.)	Service
Transportation home by a roadside assistance service provider in the event of a <u>road accident</u> (deductibles: HUF 25 000):	500 000
Transportation home by a roadside assistance service provider in the event of a <u>mechanical failure</u> (deductibles: HUF 25 000):	350 000
Benefits related to the passengers of the vehicle (jointly for all passengers): arrangements for vehicle passengers' trip continuation, reimbursement of accommodation costs, return trip for vehicle repaired, reimbursement of travel expenses, rented car provision	€ 700 Including the following, per person insured travelling in the vehicle, up to € 100
Telephone and fax costs	15 000

Benefit Table – Part (b)	TOP EXTRA	TOP	NÍVÓ
Sport Extra Add-on benefits and services	Sums Insured (HUF)		
A) Emergency Medical Assistance and Insurance (indemnity coverage)			
Hyperbaric oxygen therapy abroad	10 000 000	3 000 000	2 000 000
Hyperbaric oxygen therapy in the home country	500 000	300 000	200 000
B) Additional Travel Assistance (indemnity coverage)			
Search and rescue expenses	2 000 000	1 000 000	500 000
D) Baggage Insurance (indemnity coverage)			
– of which sports equipment coverage	200 000	150 000	100 000
Competitive Sport Coverage up to 70 years of age, as per Clause 4.1.1.(3)(a)	Service	Service	Service
Medical treatment in the home country, in accordance with II. A) Clause 3	Service	Service	Service

Part II CONTENTS - TRAVEL INSURANCE – EUB2017-01U1

Part I Table of Benefits	page 1
Part II Contents	page 5
Part III Terms and Definitions	page 5
Part IV General and Special Conditions	page 9
IV/I General Conditions	page 9
IV/II Special Conditions	page 19

Part III Terms and Definitions

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

Accident does not include: meningoencephalitis and/or encephalitis developed as a consequence of poliomyelitis or tick bites rabies, tetanus infection, any infection transmitted by humans, or animals or other living organisms even when developed as a result of an accidental physical cause, congelation, hypothermia, sunstroke, overstrain caused by lifting, and heat apoplexy, occupational disease (harm), sprains or strains, not resulting in any new injury as evidenced to anatomical structures and not requiring open surgery in their acute phase, disc herniation, and other diseases with herniation, where anatomic changes in direct causality with the current accident cannot be confirmed on the basis of the medical documentation available. In respect of the **Pet Insurance** coverage **poisoning does not qualify as an accident.**

(2) Insured event: events, specifically listed in the special conditions and causally linked to a future cause relative to the commencement of the insurance coverage, which occur during the coverage period and upon the occurrence of which the Insurance Company shall pay the benefits.

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

(4) Sum insured: the upper limit (threshold) of the benefit payout by the insurance company upon the occurrence of an insured event.

(5) Insurance policy: the confirmation of coverage as well as the policy conditions referred to therein, jointly.

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

(7) EEK: (12) European Health Insurance Card.

(8) EEK Countries: countries where health care may be received by holders of an EEK (EHIC) Card pursuant to current legislations.

(9) EUB-Assistance: the Insurance Company's assistance partner used in the course of performing obligations arising out of this insurance policy is Europ Assistance Magyarország Kft. (1134 Budapest, Dévai u. 26-28.), who operates the 24-hour Assistance Direct Line (Tel.: +361 465 3666, or Tel.: +361 236 7536 in respect of the Auto Extra product).

(10) Natural disaster: lightning, storm, hailstorm, rock-fall, stone-fall, avalanche, landslide, rainstorm, flood, earthquake, the occurrence of which must be documented by the competent professional authorities on the spot.

(11) Annual Multi Trip: Insurance policy where the period of insurance is one year from the date specified as the commencement of insurance coverage in the confirmation of coverage, and within such period the coverage shall commence at the time of starting a given trip abroad and shall last until completion thereof or for a period of up to 30 days, or - only in respect of the Európa Éves Bérlet insurance product - for 15 days. The insurance also covers **winter sports** if pursued by recreational athletes— other than at competitions.

(12) Physical work: Work requiring considerable physical exertion and/or involving an accident hazard - e.g. by reason of the location or circumstances of work - which exceeds the risks of intellectual office work. Driving a bus or a truck under 3.5 tons of gross vehicle weight shall not be deemed as physical work (while loading or unloading a vehicle does qualify as physical work).

(13) Cruise line: a company lawfully selling cruise services in a package (hereinafter: ship cruise) including the provision of hospitality (hotel), catering and entertainment services on a ship, with a passenger capacity of at least 100 persons, operated by the company.

(14) Official medical documentation: a medical document issued by a physician who is licensed to practice medicine at the place where the insured event has occurred, which contains the diagnosis, the date and detailed description of the medical treatment, findings of any test performed (including descriptions of imaging tests), as well as a clear specification of the treating medical facilities and physicians.

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

(16) Exclusion: the insurance company excludes certain events, specifically listed in the policy conditions, from the insurance coverage and as such these events are not insured events, so no insurance benefit is paid on them.

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

(18) Confirmation of coverage: a confirmation of coverage in any form made available by the Insurance Company to the Policyholder, which includes the essential content of the policy, in particular the data of the contracting parties, the coverage period and geographical limit of the insurance, the insurance premium and the insurance conditions applied.

(19) Road traffic accident: An accident suffered by the Insured, recorded by the police department competent at the location of occurrence, as a consequence of the motion or stop of a vehicle, provided that the Insured was involved in the accident as a pedestrian, or the driver of or a passenger in a vehicle.

Traffic accident does not include:

(a) pedestrian accidents in which no moving vehicles were involved,

(b) vehicle passenger accidents, where the accident did not occur as a consequence of the motion or stop of the vehicle or of another vehicle.

(20) Transportation costs: unplanned transportation or travel costs incurred in relation with the insured event, which may be the price of maximum 10l/km of fuel in respect of motor vehicles and road use charge, and/or the usual cost or fares of public transport.

In case of a return trip home from abroad, the Insurance Company shall only undertake to reimburse travel expenses if the Insured's travel home could have been feasible, as evidenced, within the policy period, and it was only made impossible because of the occurrence of the insured event.

(21) Foreign country or abroad: the territory of all countries other than the home country and Hungary. For the purposes of this insurance policy, the territory of a foreign representation shall not be deemed as the territory of the state represented, but it shall be deemed as the territory of the country where it is geographically located.

(22) Trip abroad: a trip departing from the territory of the home country to a destination which is in the territory of a foreign country, and which is completed by a return trip home to the territory of the home country.

(23) Residence: the Insured person's registered permanent home address or – where it is not obligatory to have one's permanent address registered under existing legislation – the address where the Insured permanently lives.

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

(25) Online insurance sales system: electronic sales applications used or approved by the Insurance Company, suitable for concluding insurance policies. An insurance policy concluded by using an online contracting system is a written contract, in respect of which the Insurance Company shall issue a confirmation of coverage and shall make it available to the Policyholder together with the insurance terms and conditions applicable to such policy.

(26) Terms related to medical care:

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

(b) Emergency medical services (EMS): emergency medical treatment – or in respect of Pet Insurance, emergency veterinary care – (together with the necessary diagnostic tests) which cannot be delayed according to the general rules of the medical profession, which is required for any one of the following reasons:

- (i) the absence of immediate medical attention would probably endanger the life or health of the person or pet, or may cause permanent and irreversible damage to their health,
- (ii) the symptoms of the illness (loss of consciousness, hemorrhage, acute infections, high body temperature, vomiting, etc.) justify immediate medical attention,
- (iii) severe damage to health during the covered period requires immediate medical attention,
- (iiii) immediate medical attention is required due to an unforeseen accident during the covered period,

(c) Regular medical checkup: any form of standard medical examination prescribed according to best medical practice in relation to a condition diagnosed earlier which is not the result of a deterioration of the condition and for the purpose of providing urgent or immediate medical care, but for checking and controlling the patient's status.

(d) Well-managed chronic illness: For the purposes of these conditions, well-managed chronic illness may be any of **the following diseases, with the exception of tumors**, which exists at the time when the coverage takes effect, **provided that all the following conditions are jointly met:**

- (i) **no adverse reaction has developed** in connection with the given disease,
- (ii) the Insured **has been regularly seeing a doctor** about the known disease since its diagnosis, and **has attended the scheduled medical check-ups**,
- (iii) **in the year before** the coverage took effect, **no medical treatment was required** in connection with the illness (e.g.: new therapy, modified treatment plan) **other than the regular medical check-ups**,
- (iiii) **in the year before** the coverage took effect, the Insured experienced **no symptoms and no complaints in connection with the illness** which **would have required further tests or treatments** according to the best medical practice,
- (iiiii) **according to the opinion of the treating physician** – issued no later than one week before the trip – **the Insured is not travelling against medical advice, based on his/her medical conditions.**

Diseases:

- diabetes
- hypertension
- chronic heart disease without heart failure
- endocrine disorders without hormone imbalance
- chronic renal conditions not requiring dialysis
- reflux disease
- prostate diseases without urine blockage.

(27) Terms related to sports activities:

(a) Auto-motor sports:

- the use of motorized vehicles (e.g. motorcycle or automobile) off public roads or on racing circuits,
- the participation in any car- or motorcycle racing including preparations and trainings (whether as a competitor, organizer or assistance staff)

- the use of any vehicle which is not licensed for public traffic,
- the use of crossmotors or trial motorcycles,
- the participation in any form of organized adventure travel whether motorcycle touring or driving adventure tours (adventure tours shall include any publicly announced motorcycle or automobile tour with the objective to reach geographic destinations specified by the organizers).

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

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

(d) Expedition activity means any travel with inherent risks higher than average travel risks, whether based on the location or the nature of the activity, in particular travelling outside the 100km radius of any populated area or public road which is suitable for automobile traffic at the time of the trip, with the exception of travelling in a ship or sailboat operated by a cruise line.

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

(f) Winter sports: skiing, snowboarding, sledding, on marked ski runs or paths (piste) or in a fun park, ice skating, snowmobiling, snowrafting.

(g) Competing athlete, competitive sport: a person who participates in competitions (e.g.: championships, matches) in the particular sport during the coverage period or participated in such competitions within two years of the commencement of the insurance coverage, or who is a registered athlete at a sports association. **Competitive sport** means sports activities pursued by competing athletes.

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

(29) Benefit table (see Part I): sets out the maximum amount of benefits that may be claimed under certain insurance coverage per product.

(30) Benefit type: one of the groups of services indicated by capital letters in the Part I. Benefit Table and in Part IV/II Special Conditions. (e.g.: A) Emergency Medical Assistance and Insurance).

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

PART IV GENERAL AND SPECIAL CONDITIONS

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

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

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

This insurance policy qualifies as a consumer contract.

PART IV/I GENERAL CONDITIONS

1. PARTIES TO THE INSURANCE POLICY

- 1.1 Insurance Company is Európai Utazási Biztosító Zrt** which provides coverage, in consideration of the payment of insurance premium, for the insured risk and undertakes the obligation to deliver insurance services (pay out insurance benefits) as set forth in the Special Conditions.
- 1.2. Policyholder** is the party that takes out the insurance policy and pays the insurance premium. If the policyholder and the insured are different persons, the policyholder is required to inform the insured of the insurance policy, of all legal statements he/she is delivered as well as of any modifications of the insurance policy, until an insured event occurs. **The insurance policy may only be taken out validly by a Policyholder who has a registered home address or – if the policyholder is a legal entity – a registered business address in Hungary.**
- 1.3. Insured** may be any natural person whose life, health, activities during a trip abroad, travel baggage and motor vehicle are covered under the insurance policy with respect to specific insured events. In respect of the Baggage Insurance benefit payment, if the Policyholder is not a natural person and the baggage is owned by the Policyholder, the Policyholder shall be the Insured under the Baggage Insurance.
- 1.4. Limitations related to the Insured's age**
- (1) For the purposes of this insurance policy, the age completed as of the first day of the insurance coverage or before shall be applicable.
 - (2) **For ages between 70-80 years, the insurance shall cover up to the first 30 days of a given trip abroad, and the insurance premium shall be supplemented by a 100% "overage additional premium".**
 - (3) **The products „Air & Hotel”, „Top Extra”, „Air & Cruise Extra”, „SÍ-Extra” and „Tengerpart Extra” may not be taken out to cover persons who are 70 years of age or older.**
 - (4) **If the Insured has turned 80 years of age, only the Nívó product may be taken out with respect to such person, and the insurance shall only cover up to the first 15 days of one given trip abroad, and only within Europe. In this case, the insurance company will apply a 150% "overage additional premium".**
 - (5) **‘Euro 30’ and ‘Praktikum 30’ and ‘World 30’ products may only be taken out to cover persons who are 14-30 years of age.**
 - (6) **„Mester” and „Mester EEK éves bérlet” may only be taken out to cover persons between 16 and 69 years of age.**
- 1.5. Parties entitled to the insurance benefit**
- (1) The insurance benefit will be paid to the Insured, or if the Insured dies, to his/her heir.
 - (2) The insurance benefit of the Accident Insurance will be paid out to the Beneficiary. The beneficiary may be designated by the Policyholder in a written notice addressed and delivered to the insurance company. Unless the policyholder is the Insured, the Insured's written consent is required for the above. Unless another Beneficiary is designated in the insurance policy, the Beneficiary of all Accident Insurance benefits due in the life of the Insured shall be the Insured himself/herself. If the Insured dies, the Beneficiary shall be the legal heir of the Insured in respect of Accident Insurance benefits, unless a different Beneficiary is designated in the policy, or if the designation of the Beneficiary is repealed or invalid.

2. CONCLUSION OF THE INSURANCE POLICY (TAKING OUT THE INSURANCE)

- 2.1.** The insurance policy shall be concluded when the Policyholder's application is accepted by the Insurance Company, attested by the confirmation of coverage delivered by the Insurance Company. **Only applications received through the online insurance sales system shall be deemed valid.**
- 2.2. The travel insurance policy shall be validly concluded if the Insured**
- a) **has a registered home address (residence) in the European Union, Switzerland, Norway, the parts of the United Kingdom in geographical Europe, or in Serbia, and has statutory health insurance or is otherwise eligible to health care in his/her home country.** If the Insured is not residing in Hungary or a country neighboring Hungary, the coverage period applicable to such an insured may not be longer than 30 days;
 - b) **is staying in the home country or in Hungary at the time when the insurance policy is concluded.**
- 2.3. If the Insured is abroad**, an insurance policy may only be validly concluded if all of the following conditions are jointly met:
- (a) at the time when the new policy is concluded the Insured has a **valid insurance policy** with the Insurance Company, which was taken out before the commencement of the foreign trip, and has been uninterruptedly **in force since the first day of the trip**,
 - (b) the new policy may only be taken out for a **period that is continuous** with that of the precedence policy and is the **same product**,

(c) the **aggregate duration** of the two policies **may not exceed the maximum duration applicable to the particular insured and product** stipulated in the policy conditions of the original policy.

In a case other than that provided for in the foregoing, the prior written consent of the Insurance Company's customer service office is required for validly taking out the insurance policy. (E-mail: ugyfelszolgalat@eub.hu, Tel: 36-1-452-3580, Fax: 36-1-452-3312, H-1132 Budapest, Váci út 36-38..) Request for such authorization must be received by the Insurance Company at least **2 working days prior to the commencement of the insurance** applied for.

3. GEOGRAPHICAL LIMIT OF THE INSURANCE COVERAGE

3.1. The geographical coverage of the insurance policy applies to **the residence and Hungary, as well as the foreign country** specified in the insurance policy (confirmation of coverage), or Europe if not specifically indicated.

Only in respect of **road traffic accidents** which occur after the Insured commenced his/her trip abroad, the insurance also covers events **within the territory of the home country and Hungary**, in respect of the following benefits:

- Under Accident Insurance: Accidental Death, Accidental Disability;
- Under Baggage Insurance: benefits undertaken in connection with traffic accidents.

3.2. For the purposes of these policy conditions, the following geographical categories will be applied:

(1) **Europe** - the regions of following countries **within geographical Europe**, as well as the territories outside geographical Europe specifically indicated next to the country's name: Albania, Andorra, Austria, Belgium, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Czech Republic, Denmark, United Kingdom Estonia, Belarus, Finland, France, Greece, the Netherlands, Croatia, Ireland, Iceland, Kosovo, Poland, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Macedonia, Malta, Moldova, Monaco, Montenegro, Germany, Norway, Italy, Portugal (including Madeira and the Azores), Romania, San Marino, Spain (including the Canary Islands), Switzerland, Sweden, Serbia, Slovakia, Slovenia, the Ukraine, Vatican City; and the whole territory of the following countries: Cyprus, Egypt, Morocco, Turkey, Tunisia, Israel.

(2) **Worldwide-1:** Europe and the **territories of countries outside Europe, except for the territory of countries geographically pertaining to North, Central and South America, Australia and New Zealand**. (Note: the territory of the Russian Federation is also included in the Worldwide 1 category.),

(3) **Worldwide-2: any territory of the World, with the exception of the Antarctic.**

(4) **Products which may be taken out with a geographical limit:**

- EEK Countries only: Mester EEK éves bérlet
- Europe only: Euro 30, Praktikum 30, Sí-Sztár, Sí-Profi, Sí-Extra, Air & Hotel and Európa Éves Bérlet
- Europe or Worldwide-1 only: Nívó, Mester, Tengerpart Nívó and Air Nívó
- Worldwide-2 only: World 30.

3.3. Premium surcharges applicable to geographical categories, as a percentage of the premium applicable to Europe. **a) Worldwide-1: 50% b) Worldwide-2: 100%**

3.4. The geographical coverage of 'Autó Extra' Add-on will include Europe, with the exception of the following countries and geographical regions: Albania, Belarus, Iceland, Kosovo, Moldova, the Canary Islands, Madeira, the Azores, Cyprus, Egypt, Morocco, Tunisia, Israel, and the territories of Turkey outside geographical Europe.

3.5. The insurance coverage shall not apply to the territory of countries or regions which are included in the list of target countries and regions for travel not recommended by the Ministry of Foreign Affairs of Hungary issued as of the first day of the insurance coverage or as of the day when the Insured enters the particular country or region.

4. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES

4.1 Obligations of the Policyholder and the Insured

4.1.1. Payment of the insurance premium

(1) The insurance premium is received in consideration of the insurance coverage offered by the Insurance Company. This insurance policy may be taken out with a single premium payment. The amount of the premium is set out in the insurance policy, and the Policyholder is required to pay it in full at the time when the insurance policy is concluded. The Policyholder has fulfilled his/her obligation to pay the insurance premium as of the day when the insurance premium is paid to the Insurance Company or its representative (agent) in a verifiable manner.

(2) The Insurance Company may grant a premium discount from the insurance premium as follows: No discount may be offered on Junior, Physical Work, and Annual Multi Trip type of products, on the Air & Hotel product or on the Auto Extra Add-on.

(a) 'Child Discount' – a premium discount of 50%. Such premium discount is available for children under the age of 18 as at the first day of coverage.

(b) 'Family Discount' – available in the form of a discounted premium for maximum three children who are under 18 as of the first day of the insurance coverage, and for maximum 2 persons of legal age accompanying the children who are under 70 as of the first day of the insurance coverage. The 'Family Discount' is available for insurance policies taken out on trips abroad for up to 30 consecutive days. The premium may not be divided into premiums per persons.

c) In respect of the Child Discount and the Family Discount, all Insured Persons under 18 shall be entitled to only 50% of the sums insured except for the benefits under II. "A) Emergency Medical Assistance and Insurance".

(d) 'Group Discount' – available in the form of a discounted premium for at least 10 persons traveling for the same period and applying for the same insurance product, and the insurance policies may be taken out on foreign trips for up to 30 consecutive days.

(e) Annual Multi Trip: the insurance company applies an insurance premium reduced by a *term discount*, so with regard to the term discount, the term of the annual multi trip product is a fixed one year.

(f) If the geographical coverage applies to Croatia-Slovenia, a premium discount is 10%, on the understanding that this discount be only be applied to the Nívó, Top, Top Extra, Tengerpart Nívó, Tengerpart Top and Tengerpart Extra insurance products. If the Insured has accommodation booked – or on a return trip – accommodation occupied, the insurance coverage will also apply to the territory of Serbia and Bosnia and Herzegovina for the period of the outward and backward trip, that is within the first 24 hours of the coverage period or during the last calendar day of the coverage.

Under any one insurance policy, only one type of discount may be applied with respect to the same insured person, which means that discounts may not be compounded, save for the case of the geographical coverage discount offered in respect of Croatia and Slovenia.

(3) Premium Surcharge and Premiums of Add-ons:

(a) 'Sport Extra Premium Surcharge: In respect of Classic and Air Travel products, the insurance also covers (non-competitive) participation in the following hazardous sports as recreational athletes, up to 80 years of age in return for the payment of an additional premium for the Sport Extra add-on, corresponding to 50% of the premium currently in effect:

- in **geographical Europe**, with the exception of post-soviet states, the insurance coverage applies to: rock climbing, mountaineering, indoor climbing, rafting, snow shoe trekking, white water rafting, canyoning, riverboarding (hydrospeed), mountain biking (except downhill), trials of BMX biking,
- in the whole area of the **Mediterranean Sea**: sailing (with the exception of single-handed sailing).
- **subject to the geographical limit of the insurance**, the insurance coverage everywhere applies to: free diving or scuba diving to a depth of 40 metres, jet skiing, waterskiing, wake boarding, paragliding/parasailing over water when attached to a speedboat, banana boats and other inflatable boats towed by a speedboat, hunting, zip lining, (three or four-wheeled) quad biking, sailing – with the exception of single-handed sailing – on coastal waters (up to 12 sea miles from the coast), horse riding and carriage driving, winter sports (in fun parks, as well), karate, judo, taekwondo, capoeira, kendo, aikido, and the following sports on coastal waters up to 1 km from the coast: kitesurfing, surfing, windsurfing, sea kayaking.

In respect of insured persons under the age of 70, the policyholder may pay a premium surcharge on the 'Sport Extra' Add-on to include coverage for the participation in competitive events in sports, with the exception of auto or motor sports (including quad riding), as well as other extreme (hazardous) sports which are excluded from coverage even if the Sport Extra surcharge is paid.

In consideration of the payment of additional premium for the Sport Extra add-on, **the following benefits/services are also covered under the insurance:**

- the insurance covers **sports equipment** up to the limit specified in the Table of Benefits,
- covers medical care in the home country pursuant to Section 3 of Chapter II. A),
- covers the search and rescue of the insured, in accordance with Clause 7 of Chapter II. B)

(b) premium for the 'Auto Extra' Add-on: if the premium of the Auto Extra Add-on is paid, the Insurance Company will also cover the services listed in Chapter "K) Motor Vehicle Roadside Assistance – Auto Extra'.

4.1.2. Notification of an insured event

(1) The occurrence of an insured event shall be notified by the Policyholder or the Insured to EUB-Assistance as soon as possible, but no later than within 12 hours. **With the exception of benefits for medical treatment required to eliminate direct threats to life, the Insurance Company shall only pay the insurance benefits if the occurrence of the insured event is notified as set out above, and the documents required for the assessment of the insurance claim are submitted to EUB-Assistance, and EUB-Assistance approves the use of services.**

(2) Insured events specified in Chapters "D) Baggage Insurance", "E) Delayed Baggage (abroad)", "F) Flight Delay Abroad and on the Return Home", and "H) Missed Flight due to a Road Traffic Accident or a Delay of Land Public Transportation", the notification shall be made to the Customer Service of the Insurance Company (H-1132 Budapest, Váci út 36-38., E-mail: karrendezes@eub.hu, tel.: (1) 452-35-80, fax: (1) 452-33-12) within 30 days from the date of occurrence, accompanied by the documents prescribed in the conditions as a precondition for the payment of a benefit (documents may be downloaded and the **claim may be notified online** at: **www.eub.hu**).

(3) **The Insurance Company will not be required to pay out the insurance benefits if the Policyholder and/or the Insured fails to notify the insured event to EUB-Assistance or to the Insurance Company within the prescribed deadline, or they fail to provide the required information, or they fail to allow for checking the content of the information provided, and as a result material conditions or circumstances necessary for the assessment of the claim may not be revealed.**

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

4.1.3. Submitting documents required for benefit payout

(1) When notifying an insurance claim to the Insurance Company, the documents listed herein, as well as other documents set forth in the special conditions – depending on the type of the benefit – must be submitted therewith so that the Insurance Company may assess whether or not the claim is grounded, and may determine the amount of the benefit payout:

- (a) the confirmation of coverage, as well as any other certificates of coverage or other document to provide evidence for an insurance policy taken out from another insurance company for the same insurable interest and in force on the day of the insured event,
- (b) a truthfully and accurately completed insurance claim notification form supplied by the Insurance Company and signed by the insured and/or the beneficiary or his/her authorized representative,
- (c) in the case of package holidays, records drawn up by the travel agency on the occurrence and circumstances of the insured event; in case of a trip or vocational practice organized by an educational institution, a certificate issued by the representative of the organizer educational institution to verify that such trip / vocational practice was organized by such institution and the records on the circumstances of the insured event,
- (d) all the travel documents related to the trip abroad (tickets for the entire route /air, coach, train and boat tickets/, boarding cards, refuel invoices, invoices of motorway badges and gate / tunnel use as well as vouchers to evidence payment thereof, in the case of a package holiday, a copy of the travel contract), passport and a copy of the visa, confirmation of booked accommodation, as well as the route description in case of transport home,
- (e) a copy of the Social Security (TAJ) Card, or a certificate issued by the National Health Insurance Administration (OEP) or a similar agency of the valid social insurance coverage, personal ID card and certificate of residence, (or other document in proof of the home address), driver's licence and vehicle registration card,
- (f) in the event of an accident, a copy of the accident & injury report,
- (g) in the case of a traffic accident or in an event in connection therewith, a detailed on-site report issued by the competent authorities, and the resolution closing the investigation,
- (h) the police or medical report on the blood alcohol level,
- (i) if the beneficiary requests a third party to act on his/her behalf with respect to the insurance claim, the original power of attorney executed for that purpose,
- (j) vaccination certificate evidencing that the insured has received the compulsory vaccinations prescribed by the national public health and medical officers service,
- (k) in case of a claim for benefits relating to hunting, the firearms license,
- (l) when the '+1 day' service is used:
 - in the case of a traffic accident, a detailed police report,
 - certification or public announcement by the competent authority on the road closure, airspace closure or prohibition of navigation and the related reasons,
 - in respect of a flight delay or cancellation, the flight ticket issued to the name of the Insured, and certification by the airline concerned on the fact and duration of such delay,
 - in the case of a strike, certification by the business concerned and by the competent authority on the nature and duration of such strike and on the fact that such strike blocked traffic, as evidenced, along the route and at the time specified by the Insured,
 - the Insured shall be required to specify the location of the last place of stay before his/her return home where the return trip home was started from, the planned route of the return trip home, as well as the precise location and date and time of the occurrence,

– in addition, the Insurance Company may request the invoice of the accommodation used in order to certify the location of stay, and in order to certify the route of travel, the refuel invoices, the road toll invoices of the trip or the valid travel ticket or certification of travel ticket modification.

4.1.4. The Insured's obligation to prevent and mitigate loss or damage

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

(2) When an accident occurs or the symptoms of a disease appear, the Insured shall seek medical help within one (1) day, and shall continue to receive medical treatment until the end of the healing procedure. During the medical treatment the Insured shall cooperate with the Insurance Company while also observing the physician's instructions. In critical conditions the Insured shall use the standard local emergency telephone number to promptly call medical help from the local emergency coordination unit.

(3) The Insured shall be obligated to take health-related preventive measures as prescribed by the National Public Health and Medical Officer Service (ÁNTSZ) in respect of the area of travel, including any required protective vaccination, preventive medication, administered as necessary and at the appropriate time(s) as evidenced. If the Insurance Company so requests, the Insured is obliged to present a copy of the vaccination certificate, a receipt on the redemption of a prescription, or any other document as proof.

(4) The loss prevention and damage control measures prescribed in respect of the particular insurance benefits/services are set forth in the special conditions.

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

4.2. Obligations of the Insurance Company

4.2.1. Insurance coverage

(1) The Insurance Company undertakes to provide insurance coverage in respect of certain insured events in consideration of the payment of the insurance premium.

(2) The insurance coverage will commence on the inception date and will terminate on the maturity date of the policy specified on the confirmation of coverage, on the understanding that the policy term may not be longer than 365 days. The insurance coverage will only take effect if the whole amount of the insurance premium is verifiably paid to the Insurance Company (or its representative or agent) at the time when the insurance policy is concluded.

(3) If the day specified on the confirmation of coverage as the commencement of coverage is the date of premium payment and:

(a) the exact time (hours and minutes) of premium payment is not indicated in the confirmation of coverage, the insurance coverage shall commence no earlier than at 00:00 a.m. on the day after the insurance premium is paid,

(b) the insurance coverage shall commence immediately after premium payment only in respect of traffic accidents; in respect of other types of events, it shall commence no earlier than 3 hours after the time of commencement specified in the confirmation of coverage.

(4) In respect of 'Euro 30', 'Praktikum 30' and 'World 30' products, the minimum period of coverage is 20 days, save for the case when a 'Euro30' and 'Praktikum 30' product is taken out for at least 10 insured persons, in which case, the required minimum coverage period shall be 3 days.

(5) In respect of the 'Air & Hotel' product, the maximum period of coverage applicable to the travel insurance benefit shall be 10 days.

(6) The commencement of the insurance coverage may not be later than the 365th day after taking out the insurance policy.

(7) **'+1 day bonus'** (insurance policies taken out for at least 3 days): the insurance coverage shall be extended by one more day compared to original expiration date – but as a maximum until the time of arrival in the territory of the home country – if the Insured unexpectedly fails to return home on the original expiration date for any of the reasons below taking place during the last two days of the insurance policy term, and such reasons may be duly evidenced:

(a) the vehicle which the Insured intends to use to travel home suffers a road accident,

(b) the route to return home is unexpectedly blocked by way of road closure, airspace closure or prohibition of navigation by the competent authority due to extreme weather conditions or natural disasters,

(c) the estimated time of arrival is postponed beyond the policy term due to a delay or cancellation of the scheduled flight for the return trip home – whose scheduled time of arrival at the point of destination in the home country would otherwise be within the insurance policy term,

(d) traffic is demonstrably blocked along the route to return home and as a result the return trip home – originally within the coverage period – is postponed beyond the coverage period.

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

4.2.2. The Insurance Company's obligation to pay the insurance benefits

(1) The Insurance Company will deliver the insurance benefits or services specified in the special conditions, unless the underlying event is excluded from the insurance coverage. The Insurance Company shall provide benefits as indemnity coverage (by indemnifying the Insured in the manner and to the extent specified in the insurance policy, or by providing other benefits to the Insured), or as fixed sum coverage (by payment of the amount specified in the policy).

(2) The Insurance Company shall pay benefits on the insurance products specified in the insurance policy up to the limits set forth in Part I. **Table of Benefits** and in Part IV/II Special Conditions with respect to any one Insured **throughout the whole period of the insurance**. The Special Conditions may set out additional sums insured, as well.

In respect of a Baggage Insurance benefit claim, the sums insured specified in the Benefit Table and the special conditions in respect of their own insured properties, shall be jointly applied to the Policyholder, if not a natural person, and the Insured.

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

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

(5) If the insured sum applicable to an insurance benefit is specified in EUR, the insurance company will make the payout by means of a wire transfer in EUR. Any such sum insured is undertaken to be remitted in HUF by post only to an address within Hungary. In case of payment in HUF, the EUR amount shall be converted at the EUR-HUF exchange rate currently determined for the date of payment by the National Bank of Hungary.

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

(7) In respect of indemnity coverage, if the same insurable interest is insured by multiple Insurance Companies independent of each other (multiple coverage), the Insured may file an insurance claim to one or several of such companies. If the Insured files a claim to the Insurance Company, the benefit payment performed by the Insurance Company will be subject to the conditions of this insurance as well as the limits set out in the Benefit Table, reserving the Insurance Company's right to claim for compensation against other insurers seeking proportionate benefit payout. **When filing an insurance claim, the Insured is required to notify the existence of multiple policies, the enforcement of the claim and any payouts up to date.**

4.2.3. Definitions of benefits provided under special insurance products

(1) SEASIDE PRODUCTS (TENGERPART NÍVÓ, TENGERPART TOP, TENGERPART EXTRA): in respect of the product Tengerpart Nívó, the Insurance Company undertakes to provide benefits included in the Nívó product; in respect of Tengerpart Top, those included in the Top product; and in respect of Tengerpart Extra, those included in the Extra product, as well as to provide the following supplementary benefits:

(a) The insurance also covers non-competitive sports activities in any of the following sports: free diving or scuba diving to a depth of 40 metres, rides on banana boats, other inflatable boats towed by a speedboat, waterskiing, wakeboard, jet skiing, quad riding, parasailing over water when attached to a speedboat, sailing in the whole area of the Mediterranean Sea and coastal waters of other areas (up to 12 sea miles from the coast), as well as the following sports on coastal waters up to 1 km from the coast: kitesurfing, surfing, windsurfing, sea kayaking. The insurance does not cover single-handed (solo) sailing.

(b) The insurance also covers diving, surfing, kitesurfing, windsurfing, waterskiing and sea kayaking and fishing equipment, as well as sailing clothes as stipulated in Chapter II. D) Baggage Insurance,

(c) "Hotel and Camp Site Liability Coverage" up to the sum insured included in the Benefit table,

(d) "Beach Theft Coverage Plus" as stipulated in Chapter II. D) Baggage Insurance,

(e) Hyperbaric oxygen therapy abroad, in accordance with the conditions set out in Chapter II. A),

(f) Emergency medical care and hyperbaric oxygen therapy after return home to Hungary: the Insurance Company undertakes to provide the benefits specified in Clause II. A) 3. with respect to the following branches of sports: diving to a maximum depth of 40 metres, water skiing, single-handed and open sea sailing, jetski.

(2) AIR TRAVEL PRODUCTS:

- (a) AIR & CRUISE TOP, AIR & CRUISE EXTRA:** in respect of the Air & Cruise Top product, the Insurance Company provides benefits included in the Seaside Top product; in respect of the Air & Cruise Extra product, those included in the Seaside Extra product; and undertakes to deliver the following benefits and services subject to the conditions set out in Chapters II. A), D), E), F), G) and H):
- baggage insurance covering the loss of or damage to baggage while handled by an airline or a cruise line (baggage damage and delayed baggage),
 - flight delay abroad and on the return home,
 - missed flight due to a road traffic accident or a delay of land public transportation,
 - air crash coverage,
 - Air Assistance Service
 - the insurance also covers recreational – non-competitive – hunting,
 - in the event of a ship cruise, helicopter rescue to an overland medical facility,
 - assistance with trip continuance or return home if the boat ride is interrupted due to medical treatment on land
 - only under Air&Cruise Top and Air&Cruise Extra annual multi trip policies, the insurance coverage also applies to driving and loading a truck.
- (b) AIR NÍVÓ:** in additions to the benefits of Tengerpart Nívó, the insurance also pays out the following benefits in accordance with Chapters II. D), E), G):
- baggage insurance covering the loss of or damage to baggage while handled by an airline or a cruise line (baggage damage and delayed baggage),
 - air crash coverage,
 - Air Assistance Service
- (3) PRAKTIKUM 30:** the Insurance Company undertakes to provide benefits included in the 'World 30' product, and also provides coverage for **physical work** performed in the framework of **vocational practice verifiably organized by an educational institution**, and in accordance with the terms and conditions set out in Chapter II. I) Liability Insurance and Legal Expenses, this coverage also applies to work performed during vocational practice.
- (4) MESTER:** the Insurance Company shall provide benefits included in the 'Nívó' product; nevertheless the insurance also covers events related to the **physical work** (e.g.: driving a truck or a bus) performed by the Insured person, **except for the following activities:**
- work performed higher than 10 m above ground level or underground,
 - work performed on board any aircraft,
 - work performed in relation to any nuclear energy and / or highly toxic substances,
 - activities associated with acrobatism, strongmen's feats, and wild beast care or control,
 - security, law enforcement, fire and disaster management or military tasks as well as any activities accompanied with the use or possession of weapons,
 - work performed in connection with the extraction of and search for raw materials,
 - work performed outside the 200 km area of any residential areas.
- (5) WINTER SPORTS PRODUCTS (SÍ-SZTÁR, SÍ-PROFI, SÍ-EXTRA):** the insurance **also covers winter sports activities other than at competitions (including fun parks)**. The Insurance Company undertakes to provide benefits included in the **Nívó product in respect of Skiing-Star, those included in the Top product in respect of Skiing-Professional, and those included in Top Extra in respect of Skiing-Extra**, as well as to provide the following supplementary benefits up to the limit amounts specified in the Benefit table and as provided in the applicable chapter of II. Special Conditions: (a) the insurance also covers winter sports equipment,
- (b) reimbursement of the price of a ski pass not used because of an accident or an illness involving hospitalization,
 - (c) liability insurance benefits in respect of personal injuries caused to third parties during winter sports.
- (6) EURÓPA ÉVES BÉRLET:** An Annual Multi Trip type of travel insurance product, in respect of which:
- (a) insurance coverage is provided within the period of insurance, for up to 15 days from the start of a given trip abroad,
 - (b) the Insurance Company applies restrictions based on the number of insured events as set out in Clause I.4.2.5.(2),
 - (c) the insurance does not cover the following events if they occur in relation to driving trucks – over 3.5 tons of gross vehicle weight – and buses or loading and unloading trucks.
- (7) AUTO EXTRA:** an add-on insurance product offering motor vehicle roadside assistance; it may only be added to a validly concluded travel insurance policy taken out on the particular person(s). A detailed description of the insurance benefits and covered services is set out in the Benefit Table and in Chapter J) of these policy conditions.
- (8) AIR & HOTEL:** Travel, trip cancellation and trip interruption insurance, which offers the services and benefits of the **AIR NÍVÓ** travel insurance product, as well as the benefits set out in Clause 4.2.3 (5) of Policy Conditions EUB2017-01ST.

(9) MESTER EEK ANNUAL MULTI TRIP INSURANCE: An Annual Multi Trip type of insurance product available for persons between the ages of 16 and 69, which also provides coverage for physical work within the meaning set out in the **Mester** product (refer to Clause (4)). The insurance **coverage will only be provided if the Insured has a valid European Health Insurance Card (EHIC or EEK) issued to the Insured's name, throughout the whole duration of the insured period.** In respect of benefit payment under the 'Nívó' product, the **insurance only covers costs which are not otherwise reimbursed under the EEK.**

The Insured is required to present a valid EHIC issued to his/her name to the service provider in the event when rescue or medical services are provided, and to receive services to the debit of the EHIC when such services are partly or wholly covered under the EHIC. The Insurance Company shall not be obliged to cover loss or damage if the Insured fails to meet this obligation.

The insurance coverage is provided for a **maximum of 60 days from the start of a given trip abroad** within the period of insurance. **The geographical coverage of the product only applies to EEK countries.**

4.2.4. Due date of the insurance payout

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

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

4.2.5. Benefit and liability limitations

(1) When a **Child discount or a Family discount** is used, the sums insured specified in the Benefit table and in the special conditions in respect of Insured parties below 18 years of age will be reduced by 50%, with the exception of the sums insured applicable to Medical Assistance and Insurance.

(2) The insurance pays out on **maximum two insured events within any one period of insurance:**

- in respect of 'Air & Cruise Top' and 'Air & Cruise Extra', Annual Multi Trip products, by benefit types in respect of the benefits described under Chapters D), E) F), H) and J).
- in aggregate for all benefits payable under the insurance policy in respect of the 'Europa' Multi Trip product.

If benefits are claimed in respect of several insured events within the same period of insurance, the Insurance Company shall pay the benefits on the first two insured events reported, in the order that the respective insurance claims are received.

(3) Benefits without a maximum limit as well as those governed by "I) Liability Insurance and Legal expenses may be claimed by the Insured only for one insured event within the period of insurance.

(4) The insurance does not cover any loss or damage caused by a third party (e.g.: hospital, car repair facility, authority, court) which is independent of the Insurance Company, EUB Assistance or any other agent acting on their behalf, in connection with the insured event.

5. CASES WHEN THE INSURANCE COMPANY IS RELIEVED FROM BENEFIT PAYMENT

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

(1) by the Policyholder, or by the Insured, or any relatives thereof living in the same household with them, by any company member authorized for business management, or by any of their executive officers, or employees holding an executive position,

(2) by the Policyholder or the Insured failing to comply with their obligation to prevent and/or mitigate loss and damage.

5.2. Cases of gross negligence shall include the following in particular:

(1) the Insured's addiction or overdose of medications, alcohol or drugs,

(g) the Insured's alcohol intoxication at the time when the event occurred, or if the Insured was under the influence of drugs or other stupefying agents, or pharmaceuticals, save for the case of pharmaceuticals if administered as prescribed by the treating physician.

(3) the Insured has committed at least two traffic offenses violating the traffic regulations effective in the particular country at the time of the occurrence of a traffic accident,

(4) driving a motor vehicle which did not have a valid certificate of registration, or driving a motor vehicle which the Insured did not have a valid driving licence for,

- (5) events which have occurred in relation to the Insured's participation in any sports activities without using necessary protective equipment or without complying with the generally accepted rules applicable to the specific sports activity,
- (6) events which have occurred in relation to the Insured's failure to comply with the rules prescribed in respect of the activity he/she participated in, by the authorities with competence at the place of the activity or by the operator of the given facilities or by a service provider in the service contract; and in the case of work, his/her failure to observe the rules of the profession and the health and safety requirements prescribed in respect of the job concerned.

5.3. In case of 'C) Accident Insurance', the Insurance Company shall be relieved from benefit payment if the Insured's death was caused by the willful conduct of a party entitled to such benefit.

6. EXCLUSIONS

6.1. The insurance does not cover events caused in whole or in part by: mental abnormality, ionizing radiation, nuclear energy, war, combat operations, hostile actions of foreign forces, civil disorders, coup d'état or attempted coup d'état, riots, civil war, revolution, rebellion, demonstrations, processions, labor acts, terrorist acts (except in respect of the benefit specified in Clause 2.7 of II. A), work misbehavior, border conflicts, insurrection, the Insured's suicide or attempted suicide, withdrawal of medicine, alcohol or drugs, or the insured's alcohol intoxication.

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

- (1) sports activities pursued in any branch of sports where the Insured is qualified as a registered competing athlete (except as in the conditions of Sport Extra Add-on),
- (2) physical work,
- (3) use of any weapon, except for hunting in the case of the Sports Extra Add-on or Air Travel products, provided that the hunting weapon is used legally under Hungarian legal regulations,
- (4) practicing hazardous sports, except when a Winter Sports, Seaside or Air Travel insurance or any annual multi trip policy is taken out, and the premium surcharge on the 'Sport Extra' Add-on is paid.

6.3. The insurance does not cover:

- (1) consequential losses,
- (2) non-material damage, compensation, or legal consequences of the infringement of personality rights under the laws of the country where the event took place,
- (3) costs incurred as a result of the late performance of obligations arising from this insurance policy by the Policyholder or the Insured,
- (4) costs arising from implementing loss prevention measures.

6.4. In respect of certain benefit types, the Insurance Company may apply further exclusions which are set out in the special conditions.

7. TERMINATION OF THE POLICY AND THE INSURANCE COVERAGE, REFUNDING THE PREMIUM

7.1. The insurance policy, and at the same time the insurance coverage will terminate in the following cases:

- (1) at the maturity date specified in the insurance policy,
- (2) if the Insured dies,
- (3) if the Policyholder cancels the insurance policy with immediate effect, as at the beginning of the period in respect of which the Insurance Company will refund the premium.

7.2. The Policyholder is entitled to cancel the insurance policy with immediate effect in the form a **premium refund claim**, in accordance with the following:

7.2.1 The Insurance Company agrees to refund the total amount of the insurance premium, if the Policyholder files a written claim for a premium refund to the business unit of the Insurance Company or of its agent from which the insurance has been taken out, no later than on the day before the commencement of the insurance coverage, and it can be definitely established that the insurance policy has been concluded.

7.2.2 For a partial premium refund, all of the following conditions must be met:

- the Policyholder files a written claim for a premium refund to the business unit of the Insurance Company or of its agent where the insurance policy has been taken out before the expiry of the insurance coverage,
- the Insured (parties) submit(s) a written statement that no insured event has occurred during the term of the insurance policy and that they do not intend to submit a claim for benefits pursuant to the insurance policy concerned, and it can be definitely established that the insurance policy has been concluded.

(1) When a partial premium refund is applied for, the **amount reimbursed** by the Insurance Company shall be the **pro-rata insurance premium** due from the day following the date of submission of the claim for premium refund to the policy expiry date, **unless the insurance premium is uniformly applicable to a particular timespan. In such a case, the insurance company will refund the premium applicable for the whole period ending as at the date of submitting a claim for premium refund and reduced by the timespan premium valid as at the date of the submission. The following timespans are applied to the particular products:**

Insurance Product	Timespan	Daily Premium
Air Travel Products	Day 1-3	From day 4 (in addition to the timespan premium)
Euro 30, Praktikum 30, World 30	Day 1-20	From day 21 (in addition to the timespan premium)

Insurance Product	Timespan				
Auto Extra	Day 1-3	Day 4-5	Day 6-10	Day 11-17	Day 18-31

(2) In respect of Annual Multi Trip products no term discount may be paid on periods shorter than one (1) year, so the refundable premium (not taking the term discount into account) will be determined as described below:

- Refundable premium on Air & Cruise Top and Extra Annual Multi Trip products: the insurance company will determine the insurance premium on the basis of individual daily premium used for the number of calendar days of the period elapsed until the date when a premium refund claim is submitted in respect of the particular product – and valid as of the date when the policy is taken out – calculated by World 2 surcharge (hereinafter: premium used up). The insurance company will refund the difference between the total premium and the premium used up.
- Refundable premium on the Auto Extra annual multi trip product: the premium amount remaining from the total insurance premium calculated for every day of the period lapsed until the date when the premium refund claim is submitted, after deducting an amount corresponding to 1% of the annual premium.
- Refundable premium on the 'Európa Éves Bérlet' [Europe Annual Multi Trip] product: the premium amount remaining from the total insurance premium calculated for every day of the period lapsed until the date when the premium refund claim is submitted, after deducting an amount corresponding to 5% of the annual premium.
- Refundable premium on the 'Mester EEK Éves Bérlet' [Mester EHIC Annual Multi Trip] product: the premium amount remaining from the total insurance premium calculated for every day of the period lapsed until the date when the premium refund claim is submitted, after deducting an amount corresponding to 2% of the annual premium.

8. PERIOD OF LIMITATION

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

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

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

9. DEROGATIONS FROM THE PROVISIONS OF THE CIVIL CODE

(1) In the cases described in Clause 4.2.5 (2)-(3), the insurance only covers the number of insured events specified there; and as such, this provision derogates from Section 6:439 (1) of the Civil Code.

(2) If an insurance policy where the insurance premium is determined in respect of a timespan, is cancelled after the commencement of the coverage, the Insurance Company will refund the premium in accordance with Clause 7.2.2 instead of refund the pro rata temporis part of the premium; as such, this provision derogates from Section 6:448 (2) of the Civil Code.

(3) Pursuant to Clause 8 (1), **the limitation period applicable to claims arising out of or in relation to the insurance policy will be two (2) years; as such, this provision derogates from the standard provision set out in Section 6:22 (1) in the Civil Code.**

(4) With respect to I) Liability Insurance and Legal Expenses as well as J) Hotel and Camp Site Liability Coverage:

- the insurance does not cover the compensation payments and
 - costs of procedures - including, in particular, legal representation fees, duties, expert fees - and interest amounts shall be paid by the Insurance Company within the scope of the sum insured and up to the amount thereof.
- which provision derogates from Subsections (1) and (3) of Section 6:470 of the Civil Code.

IV/II. SPECIAL CONDITIONS

A) EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE AND INSURANCE

1. Insured Event

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

(2) Any accident during diving shall only be deemed as an insured event if the Insured had a diver's qualification officially recognized by the international association of this sport (Confédération Mondiale des Activités Subaquatiques - CMAS) or by the Hungarian Divers Federation at the time of diving, or participated at a training course recognized by such organizations in order to obtain a diver's qualification, and the health impairment associated with diving activities occurred within 24 hours of such diving and the Insured promptly saw a doctor in connection therewith.

2. Benefits and Services offered under Emergency Medical Assistance and Insurance

2.1. Reimbursement of Medical and Rescue Costs

(1) Reimbursement of the costs of emergency medical treatment abroad and associated rescue:

- (a) medical treatment as well as medicine and diagnostic tests prescribed by the physician and/or crutches, knee- and elbow fixators, compression stockings purchased on medical prescription,
- (b) patient transport to a physician or hospital in an ambulance car, as well as mountain, water and helicopter rescue, if required, or rescue services provided by a fire department, only in respect of rescuing a person,
- (c) **in-patient hospital treatment, up to a total of 30 days** during the insured period, irrespective of the number of insured events,
- (d) emergency prenatal or obstetrics care **prior to the 24th week of gestation**,
- (e) **emergency dental treatment:** temporary treatment for the immediate relief of pain, and not accident-related oral surgery together with the medication purchased on a prescription,
- (f) accident-related oral surgery treatment,

(g) Hospitalization with daily allowance (up to 30 days in any one insured period): for the period of in-patient care abroad in respect of which **the Insured waives in writing the claims for benefits regarding the costs of in-patient care either in full or in part, at least in respect of costs in excess of the deductibles payable upon the presentation of a valid EHIC. The benefit payout shall be the amount of the daily allowance** multiplied by the number of nights spent in hospital. If – pursuant to the conditions of the particular product or under a specific agreement set out in the policy – the insurance would, by definition, only cover hospital costs which may not be reimbursed under the EHIC (or other insurance), the Insured shall not be eligible to this service.

(2) The condition for the payment of an insurance benefit exceeding EUR 150 in respect of a single insured event is that the event must be notified to EUB-Assistance over its direct line as soon as possible but within 12 hours, all the documents necessary for the assessment of the insurance claim (e.g.: diagnosis, type of treatment planned, estimated costs of the treatment) should be submitted, and EUB-Assistance should permit the Insured to receive such service and give its preliminary approval to the medical costs specified by the service provider, by issuing a written payment guarantee.

If these conditions fail to be jointly met, the Insurance Company undertakes to reimburse any costs incurred up to the amount of 150 EUR, save for the case when the Insured was transported to the treating medical institution to prevent a direct risk to life, after calling the standard local emergency telephone number to request medical help from the local emergency coordination unit, in accordance with the local procedures into the medical institution selected by the emergency service. **EUB-Assistance must be notified and its preliminary approval must be obtained before receiving any medical treatment other than those aimed at preventing a direct risk to life.**

(3) In case of emergency care necessitated due to any unexpected aggravation in relation to a managed chronic illness (as specified in Definitions (26)(d)), benefit payment by the Insurance Company shall be subject to a

special limit defined for such cases in particular, as included in the total sum insured specified in the Table of benefits, and referring **only to costs not covered on the basis of a valid EHIC in EHIC countries**. In such a case, the Insurance Company shall not provide a benefit for hospitalization with daily allowance.

The Insured is only entitled to receive such benefit if the illness concerned **is included in the illnesses specified in Definitions (26)/(d), and in this respect the Insured's attending physician certifies the following in writing based on the check-up completed within one week prior to the commencement of coverage:**

- **no adverse reaction has developed** in connection with the given disease,
- the Insured **has been regularly seeing a doctor** about the known disease since its diagnosis, and **has attended the scheduled medical check-ups**,
- **in the year before** the coverage took effect, **no medical treatment was required** in connection with the illness (e.g.: new therapy, modified treatment plan) **other than the regular medical check-ups**,
- **the Insured is not travelling against medical advice, based on his/her medical conditions.**

A further precondition for benefit payment is that the Insured shall fully comply with the medical instructions specified in connection with the illness concerned (e.g. by taking the medicines according to the frequency and dosage prescribed, and observing any regimen-related restrictions).

Benefit payments shall not cover medication costs (except for costs invoiced by a hospital as part of in-patient care during hospitalization), **costs of therapeutic appliances, and the costs of any care or treatment necessitated during medical care which already formed part of the treatment prior to urgency care.**

(4) The Insurance Company shall cover only such costs which are reasonable and common within primary health care – without a choice of physicians – at the place of supply of services, subject to the standard health care prices applied at the place of supply of services.

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

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

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

2.2. Arrangement of Repatriation, Reimbursement of Excess Costs Incurred

(1) The Insurance Company shall arrange the Insured's repatriation or return journey to the Insured's home country and reimburse the associated additional travel costs as well as the costs of related patient transport in an ambulance or by air, or – if the Insured is medically allowed to use the public transportation or travel in an automobile – the Insurance Company will reimburse the associated travel costs as well as the fees of justified medical escort:

(a) if the Insured receives continuous emergency medical services abroad, but his/her foreign treating physician and the medical expert acting on behalf of the Insurance Company jointly determines that the Insured's medical conditions make his/her repatriation to the home country possible, and the Insurance Company decides to repatriate the Insured,

(b) if the Insured no longer receives emergency medical treatment, but in the professional opinion of the treating physician the Insured is not suitable for returning home in the originally planned way and at the original date as a result of the insured event. The Insurance Company is not obliged to arrange for the Insured's repatriation at a date earlier than the original return date.

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

(3) Within the Insured's home country, the Insured will be transported to either a medical facility where treatment is continued or to the home address of the Insured.

(4) The insurance does not reimburse the costs of the repatriation if the Insured's return trip was not originally planned to be within the coverage period.

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

2.3. Emergency Medical Assistance Services

(1) The Insurance Company shall, if so requested by the Insured, make all efforts possible under the local infrastructure and healthcare conditions to send a physician to the Insured's place of stay as soon as practicable, or it shall send the Insured to a physician at a given address or arrange further emergency medical treatment for the Insured, and - if it is allowed by the service provider - reimburse the costs directly to the medical service provider.

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

(2) Throughout the emergency medical treatment, the Insurance Company shall maintain continuous contact with the treating physician and the medical institution, and shall inform a person named by the Insured about the condition of the Insured on a daily basis by phone.

2.4. Reimbursement of Other Expenses Incurred due to an Accident or Illness

The Insurance Company shall cover the following costs incurred abroad as a result of an insured event **up to an aggregate limit of HUF 50 000:**

- (1) costs of travel to the physician or hospital, if by automobile, public transport or, in medically reasonable cases, by taxi,
- (2) telephone and fax costs incurred as a result of an insured event, up to the following limits depending on the location of the event: HUF 15 000 in Europe, HUF 25 000 outside Europe.

2.5. Arrangement of the Repatriation of Remains and Associated Expenses

(1) If the Insured dies abroad as a result of an insured event, the Insurance Company shall arrange that the remains are repatriated to the Insured's home country, and shall cover the associated costs.

(2) The insurance does not cover the costs of the repatriation of remains home if repatriation is not organized or arranged for by EUB-Assistance.

2.6. Air & Cruise Top and Air & Cruise Extra Products – Ambulance Helicopter Transport to a Medical Facility

If the Insured requires prompt in-patient hospital attendance in connection with an event specified in Clause A) 1. in the course of a ship cruise which cannot be arranged on board of the ship, and the Insured can be transported to an overland medical facility only by a rescue helicopter, the Insurance Company shall make arrangements and pay the expenses for the Insured's ambulance helicopter transport to an inland medical facility.

2.7. Benefits in the event of terrorist attacks

If the Insured is injured in a terrorist attack, the insurance will cover the **associated medical and rescue costs** in accordance with Clause A) 2.1, as well as the costs of **the repatriation of the Insured** if it is medically required in relation to his/her injuries, **or the repatriation of remains** in accordance with Clauses A) 2.2 and A) 2.5 **up to the sums insured specified for the particular insurance product, but up to HUF 5 million for any one Insured**, irrespective of the number of valid insurance policies taken out to cover the particular Insured person. The insurance does not pay out if the Insured is staying in a given territory despite the express prohibition communicated by local authorities.

3. If a surcharge is paid on the Sport Extra Add-on, continuing medical treatment in the home country

3.1. Insured event

If an insured event under A) 1. occurs as a result of an accident suffered in the course of practicing any of the **recreational sports activities below**, and in connection therewith **the Insured requires continued medical treatment even after his/her return to the territory of the home country:** waterskiing, jet skiing, whitewater rafting, mountaineering and rock-climbing on routes graded 5 or higher, indoor climbing, single-handed and open sea sailing, scuba diving to the depth of 40 metres. In case of hyperbaric oxygen therapy required in connection with diving, emergency medical care (e.g.: hyperbaric oxygen therapy) made necessary after the return to the home country shall also be deemed as an insured event, provided that the conditions in Clause A)1.(3) are met.

3.2. Insurance Benefits

(1) The insurance covers the costs of the **medical treatment and patient transport** received in the home country **within a maximum of six months following the occurrence of an insured event.** Save for the case of hyperbaric oxygen therapy, the insurance only covers the costs of medical treatments generally covered under the compulsory state health insurance scheme.

(2) Benefit Table

Insurance Product:	Top Extra	Top	Nívó	200
Benefit Limits (HUF)	500 000	300 000	200 000	000

The

Insurance Company will undertake to pay the insurance benefit provided that the conditions set out in Clauses II. A) 2.1.(2)-(6) are met.

3.3. Limitations of Benefit Payment

The Insurance Company shall not cover the costs of dental treatment, except for the costs of dental surgery and the costs of tooth replacement as required to restore chewing ability up to a benefit limit of HUF 50 000.

4. The documents required for the benefit payout on “A) Emergency Medical Assistance and Insurance (in addition to the documents listed in Clause 4.1.3 of I. General Conditions):

- (1) a copy of all medical documents, hospital discharge summary, and sick leave certificate produced in connection with the insured event from the time of occurrence thereof until the filing of the insurance claim,
- (b) all documents produced in relation to the treatment of any managed chronic illness; in other cases former medical documents related to the health of the Insured if specifically requested by the Insurance Company,
- (3) in case of benefits related to a managed chronic illness, a medical opinion issued by the attending physician within one week prior to the trip, as specified in Clause 2.1.(3),
- (4) original invoices on the costs incurred (e.g.: medical treatment received abroad, medications, telephone, accommodation costs etc.) made out to the name of the Insured, as well as the receipts evidencing the payment,
- (5) when the person is taken to a medical facility or doctor's office in an automobile, a copy of the vehicle registration card and a receipt in proof of the purchased petrol,
- (6) attending physician's statements produced in connection with the loss occurrence in the home country after return home, as requested by the Insurance Company,
- (7) rescue report,
- (8) a copy of the EHIC or a an EHIC supplement document issued by the National Health Insurance Fund,
- (9) in case of a diving accident: diving records, as well as the official document accepted by Confédération Mondiale des Activités Subaquatiques or by the Hungarian Divers Federation to certify diver's qualification of the Insured, and - if the accident occurred during a training course - the records by the training company,
- (10) in case of arranging the repatriation of remains – in compliance with local regulations – the following documents are also required to be submitted: an official or medical certificate attesting the cause of death, the postmortem certificate specifying the cause of death, the autopsy report, and other documents required for the clarification of the circumstances of the death, a statement from the recipient cemetery, a document attesting the death (death certificate), birth- and marriage certificates.

5. Exclusions applicable to A) Emergency Medical Assistance and Insurance, B) Additional Travel Assistance (in addition to the exclusions listed in Clause 6 of I. General Conditions):

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

- (a) is in part or in whole caused by a medical condition which existed prior to the commencement of the insurance coverage (e.g.: disease, complaint, symptom), or which is in connection with any permanent health impairment of the Insured that had been diagnosed prior to the commencement of the coverage period,
- (b) has been treated by a physician within one year prior to the commencement of the insurance coverage, or such medical treatment would have been medically required (irrespective of the date of the first diagnosis), with the exceptions of benefits payable on a well-managed chronic illness, in accordance with the provisions described there.

The insurance does not cover furthermore: psychiatric and psychic diseases, control tests, post- or follow-up treatment, treatment or care provided by a close relative, physiotherapy, acupuncture, treatment provided by a naturopath, corrective-gymnastic therapy, vaccination, routine or screening examinations, sexually transmitted diseases, acquired immunodeficiency syndrome (e.g. AIDS), or related illnesses, costs related to contact lenses, glasses, prenatal care, prenatal routine examinations, infant or child care, definitive dental care, orthopaedic treatment of the mandible (except accidents), orthodontics, periodontic treatment, removal of dental plaque, prosthetic dentistry, tooth crown (except: temporary repair of a broken tooth crown), preparation or repairs of dentures or bridges (except temporary repairs of broken bridges), costs incurred after return home to the territory of the country of residence, except for the benefit ‘Sport Extra’ – Continuing Medical Treatment in the Home Country”.

(3) Under the ‘Home protection’ coverage, the insurance does not pay out if the occurrence of a named disaster was known or could be known even at the time of starting a trip abroad, or was known or could be known at an earlier date when the trip home can be modified free of charge (e.g. flood forecast).

B) ADDITIONAL TRAVEL ASSISTANCE

1. General rules governing the benefit payment under ‘Additional Travel Assistance’ coverage:

- (1) **Accommodation costs:** additional costs of hotel accommodation as invoiced, incurred in connection with the insured event, for up to a total of 7 nights.
- (2) **The Insurance Company only undertakes to reimburse the costs of services used as arranged or previously approved by EUB-Assistance.**
- (3) **The Insurance Company undertakes to reimburse the costs set out in Clause B)2–5 under the circumstances described there, and undertakes to pay the benefits described in additional clauses upon the occurrence of the insured events determined there if the insured event set out in Clause A)1 occurs.**

2. Rescheduling the trip home due to illness or accident

The insurance reimburses the accommodation costs of the Insured and his/her close relatives staying with him/her abroad as well as the associated additional travel costs for the relative if he/she travels home on the same day with the Insured, if the date of the return (home) to the country of residence is postponed in relation to the originally scheduled date due to the Insured's medical condition following his/her medical treatment abroad – as evidenced in the attending physician's statement (provided that the trip home would have been completed originally on the last day of the policy term at the latest).

3. Accommodation costs for a travel companion during the Insured's hospitalization

The insurance covers the accommodation cost of a travel companion for the duration of the Insured's emergency treatment in a hospital.

4. Inpatient Medical Visit

The insurance covers the travel and accommodation costs related to visiting a patient for a close relative or guardian of the Insured, if the Insured is in life danger or he/she must stay in hospital for more than 10 days, and in case of an Insured under 16 years of age and traveling without parental company: if the Insured is in life danger or must stay in hospital for more than 2 days.

5. Repatriation of a child

The insurance covers the travel costs of the Insured's relative(s) younger than 16 years of age, who are staying abroad under the supervision of the Insured, as well as the travel costs of the person accompanying them to the country of the Insured's residence, if the child younger than 16 years of age was left without an adult companion while the Insured requires emergency medical treatment in a hospital.

6. Curtailment due to a relative's illness or death in the home country

The insurance covers the Insured's travel costs arising from the insured's return to his/her country of residence due to a trip curtailment if after the commencement of the Insured's trip abroad, but at the earliest after commencement of the policy term, the Insured's close relative or a close relative of the Insured's spouse or life companion dies or falls into a life-threatening state in the territory of the country of residence, provided that the remaining period of coverage is at least 2 days. (The benefit paid by the Insurance Company does not include the costs of return abroad.)

7. Translation services in the event of illness, accident or vehicle breakdown

The insurance covers the interpreting costs as justified and evidenced, if the Insured is in need of an interpreter in connection with his/her emergency medical treatment, a vehicle breakdown or a traffic accident.

8. Search and rescue due to weather conditions

The insurance covers the costs incurred by the Insured in relation to the invoiced charges of search and rescue services delivered by a local mountain or water rescue organization in respect of the Insured, as well as the costs of helicopter rescue which were reasonably ordered, provided that the search and rescue of the Insured is made necessary by the Insured's poor physical fitness or other health problems arising in relation to the unexpected deterioration of weather conditions compared to the time of departure on the day concerned, as a result of which the Insured is unable to reach the nearest safe shelter (e.g. public road, mountain hut or settlement), and therefore there is a considerable risk of health impairment which requires the locally competent mountain or water rescue service to launch a rescue mission for the Insured.

The Insured **shall be required to pay deductibles corresponding to 10% of total costs, but at least € 100. Benefit payment by the Insurance Company shall be subject to evidence of deductible payment.**

(In the event of accidents requiring emergency medical care, the Insurance Company offers a service described in Clause II.A)2.1.)

9. Forwarding financial aid

If the Insured, through no fault of his/her own, is in need of urgent financial assistance, the Insurance Company will forward the sum paid by the Insured's representative to the Insurance Company for the benefit of the Insured staying abroad. The sum paid shall be converted to the foreign currency requested at the foreign exchange sales rate of the bank designated by the Insurance Company. Transaction costs of such transfer shall be borne by the insured.

10. Information in the event travel documents are lost

If the Insured's passport, vehicle registration card, driver's license, travel ticket or bank card is lost, damaged or destroyed abroad, the Insurance Company shall assist the Insured by furnishing the Insured with all the necessary information and official telephone numbers.

11. 'Otthon-védelem' [Home Protection] – trip curtailment benefit

If the building or apartment where the Insured permanently lives is damaged or threatened to be damaged in a fire or a natural disaster, and as a result the Insured should leave for home 2 (two) days earlier, the insurance will cover the additional travel costs arising out of the unscheduled return trip, retroactively after the Insured returns to the home country.

12. Medical advice on the phone in Hungarian (24-hour service)

If the Insured encounters a sudden medical problem abroad, the Insurance Company will make arrangements for a physician with a medical degree recognized in Hungary to provide medical consultancy in Hungarian by phone, possibly immediately but within a maximum of 2 hours of the notification. **Please note! Medical consultancy shall not substitute on-site medical care; the consulting physician providing medical advice within the framework of the service shall not be liable for patient care.**

13. Refund of the price of a ski pass

The insurance pays out this benefit if the Insured requires emergency medical treatment abroad due to the following reasons and in accordance with the provisions set out in Chapter II A), and as a result the Insured is not able to ski or snowboard in the remaining duration of the validity of the ski pass:

- (a) as a result of an accident,
- (b) as a result of an illness which requires in-patient hospital treatment,
- (c) following an illness or accident as a result of which the Insured is transported home by the Insurance Company to the territory of the country of residence in order to continue medical care after emergency medical care abroad.

The insurance benefit will be the reimbursement of the price of one ski pass – purchased prior to the illness or accident – which remains unused by the Insured; the payout shall be limited to the amount specified in the table below, in proportion to the unused period, but only and exclusively for days within the given policy period:

Sí-Extra	Sí-Profi	Sí-Sztár
HUF 100 000	HUF 50 000	HUF 15 000

14. Assistance with trip continuance or return home if the ship cruise is interrupted due to overland medical treatment

If medical care provided to the Insured during a ship cruise by an overland medical service provider within the meaning of A) 2, whereby the Insured is unable to return to the ship at the place of care provision before the ship departs, the Insurance Company shall arrange for the Insured's transport to the next station of the boat tour or to the domicile of the Insured, and shall cover its costs.

15. Information on roadside assistance companies

If the insured's motor vehicle breaks down or is damaged in a traffic accident while the Insured is traveling abroad – within geographic Europe – the Insurance Company will provide the Insured with information about the phone number and address of the roadside assistance company, at the request of the Insured. **The insurance does not cover the costs of roadside rescue.**

16. Driver service in the event of the insured's illness or accident

(1) If as a consequence of an insured event set out in Clause A) 1. which occurs in Europe and based on the medical opinion of the attending physician abroad, the Insured is not allowed to drive a motor vehicle at the originally planned date of returning home, and therefore the Insured cannot return home by his/her passenger vehicle which is in good working order and the Insured's travelling companions staying abroad together with the Insured cannot drive such operable passenger vehicle home, the Insurance Company shall make arrangements for a person – specified by the Insured to drive the passenger vehicle – to travel from the territory of the country of such person's place of residence to the location of the Insured's stay and shall indemnify for additional travel costs thereof. **A condition for the Insurance Company's benefit shall be a notification of claim for benefits to EUB**

Assistance as soon as possible following the medical decision. The Insurance Company shall not be obligated to provide the service before the last day of the insurance period.

17. Pet Insurance in the event of an accident

(1) If a **dog or a cat** - identified by a chip in the database specified by law, owned by the Insured or a relative thereof, and travelling together with the Insured (hereinafter: pet) suffers an **accident requiring urgency care** abroad, the Insurance Company shall pay for the costs of **urgent veterinary care abroad, incurred in connection with such accident**, up to the limit amount of the sum insured as set out in the Table of Benefits. The insurance benefit is paid in respect of the medical fee and the costs of diagnostic tests; it **does not apply to medication costs**. Furthermore, no cover is provided for any care service related to and treatment of symptoms or illnesses already existing before the commencement of coverage, for toxicological care, or for any costs of vaccinations and pre-scheduled interventions. A precondition for benefit payment is that the pet has been vaccinated in due time as prescribed by law and customary in general veterinary practice, as evidenced by and retrievable from the vaccination booklet provided with the pet's chip identifier. The sum insured may only be used once during the period of coverage, regardless of the number of insured events and the number of pets. The insurance does not cover accidents arising out of or in relation to the participation in animal fights or any form of competition.

(2) The Insurance Company shall indemnify for costs subsequently, after return home (following submission of all invoices, payment receipts, and any other documents as required for benefit payment).

18. The documents required for the benefit payout on B) Additional Travel Assistance (in addition to the documents listed in Clause 4.1.3 and in Clause A) 4) of I. General Conditions):

(1) in the case of a claim for travel costs, the travel ticket for the originally planned trip home, the travel contract, or – if travelling in one's own vehicle – a copy of the vehicle registration card and the driver's licence must be forwarded to EUB-Assistance prior to benefit payout,

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

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

(4) In case of a "Home Protection" benefit, furthermore:

- in case of travel by public transport: certification by the passenger transport company or the currently valid contractual terms and conditions on what terms the given ticket may be modified,
- in case of loss or damage to real property, the insurance company records of loss assessment, including the address of the real property, the date and time, cause and amount of such loss or damage,
- certification by the competent authority on the place, date and time and degree of natural disaster.

(5) In case of a "Refund of the price of a ski pass" benefit, furthermore:

- an accounting voucher whereby the validity period and value of the ski pass and the time of purchase can be clearly established. If the ski pass forms part of the travel package purchased, then the travel contract referring to such travel package, the invoice and the payment voucher or bank statement on payment are required to be submitted. If the latter do not contain express information on the validity and price per person of the ski pass, then the written statement of the organizing travel agency is also required in the subject.

(6) **"Pet Insurance in the event of an accident"**: benefit payment is subject to the submission of medical documentation on veterinary intervention (pet chip identifier, diagnosis, treatment description, diagnostic test findings, medication prescribed), as well as the invoice and payment receipt also including the name of both the insured and of the pet treated. In addition, the Insurance Company may request the pet's chip identifier and the associated certificate of the data included in the veterinary database, as well as a copy of the pet vaccination booklet.

19. Exclusions applicable to "B) Additional Travel Assistance" are set out in A) Clause 5.

C) Accident Insurance

1. Accidental Death Insurance

(1) If the Insured dies in or as a result of an accident within one year after the accident, and the Insured's death is in a causal relationship with the accident, the insurance pays out the sum insured to the Beneficiary.

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

2. Air Crash Coverage

If the Insured dies in or as a result of an accident during an air crash within one year after the accident, and the Insured's death is in a causal relationship with the accident, the insurance pays out the sum insured for "Air Crash Coverage" to the Beneficiary (in addition to the benefit amount for accidental death).

3. Accidental Permanent Physical Impairment Coverage

3.1. Insured Event

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

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

(3) Health impairment shall be permanent if the medical condition of the insured is unchanging and stable.

3.2. Insurance Benefit

(1) The Insurance Company shall make benefit payment when the degree of permanent health impairment under Clause 3.1. can be considered final. If the degree of health impairment changes continuously, the Insurance Company shall determine the amount of benefit upon the expiry of 2 years after the date of the accident, in accordance with the medical condition existing on the last day of such period. The insurance benefit payable by the Insurance Company is a part of the sum insured in proportion to the extent of the permanent health impairment expressed in percentage (%). The amount of the benefit (extent of the health impairment) shall be determined by the physician of the Insurance Company by taking into consideration the guidelines of MABISZ for medical examiners. If any pre-existing medical conditions or handicaps contributed to the degree of permanent health impairment, the Insurance Company shall reduce claims payment by the extent of such contribution.

(2) If the physician of the Insurance Company deems it necessary in order to determine the degree of permanent health impairment, he/she may conduct a personal medical examination and/or prescribe other tests as required (e.g. X-ray, ultrasound) for the Insured to take. Costs of such personal examination by the physician of the Insurance Company and/or of any tests prescribed by him/her shall be covered by the Insurance Company; in addition, the Insurance Company undertakes to refund the Insured's travel costs from the Insured's domicile to the location of the examination in return for an invoice made out to the name of the the Insured. The degree of permanent health impairment to be determined by the Insurance Company shall be independent of any decisions made by other expert bodies. Any reduction in the capacity to work, termination of sports activities, and aesthetic or social considerations in themselves shall not provide legal ground for benefits payment.

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

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

4. Hospitalization Daily Allowance (Accidents only)

(1) The insurance covers the uninterrupted in-patient hospital treatment of the Insured as from the date of the accident, needed to avert the medical consequences of such accident in case that the insured event is an accident abroad, as a result of which the Insured receives uninterrupted emergency hospital treatment - first abroad and then in the territory of the country of residence.

(2) The amount of benefit shall be calculated by multiplying the sum insured specified in the Benefit Table by the number of nights spent in hospital in respect of the insured's hospitalization for medical treatment. In relation to events during any one period of insurance or any one trip abroad, the insurance pays the insurance benefit for **up to a total of 50 days of hospitalization.**

5. The documents required for the benefit payout on "C) Accident Insurance" (in addition to the documents listed in Clause 4.1.3 of the I. General Conditions):

(1) For accidental death insurance

(a) the post mortem report, and an attested copy of the Insured's certificate of death,

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

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

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

6. EXCLUSIONS applicable to "C) Accident Insurance (in addition to the exclusions listed in Clause 6 of the I. General Conditions):

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

(1) disc herniation, and other diseases with herniation, injuries indicated by diagnoses of strain or sprain, and conditions healed without complication after tubular arthroscopy,

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

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

D) Baggage Insurance

1. Definitions

(1) Travel baggage shall include:

(a) objects **owned** by the Insured, taken to the trip by the Insured for the purpose of personal use (if the **Policyholder is not a natural person**, then **any objects owned by the Policyholder but used or taken care of by the Insured shall also be deemed as travel baggage**).

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

(b) only in respect of **sports equipment**, also including sports equipment **rented** and **lawfully used** by the Insured, under a written rental agreement, in accordance with local rules, from a business company entitled for sports equipment rentals in return for an appropriate rental fee,

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

(d) a **bank card issued to the name** of the Insured.

The list of objects which are not included in the term travel baggage for the purposes of these policy conditions is set out in Clause 6 (1) of Chapter D) Baggage Insurance.

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

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

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

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

(4) **winter sports equipment**: the skis and ski bindings, snowboards and snowboard bindings, ski boots, snowboard boots, ski helmets, ski poles, ski goggles, ski sunglasses, as well as bags and packs used for storing skis, snowboards, ski boots and snowboard boots, sleds, ice skates.

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

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

- (7) **toiletries:** objects and substances used for cosmetics, hygienic and beautification purposes, including electronic appliances used for such purposes, and their accessories (e.g.: razors, hairdryers, electric toothbrushes etc.).
- (8) **portable computers:** netbooks, notebooks, laptops, tablets, e-book readers.
- (9) **leaving unattended:** if the travel baggage is not subject to personal attendance (refer to Clause 2.1.(3) (c)).
- (10) **technical items:** photo camera, video or digital camera, cell phone, GPS, CD-, DVD- or MP3 player, watch, computer and any other electrical device (e.g. operated by batteries), or mechanically driven apparatus.
- (11) **invoice:** an accounting voucher issued in accordance with effective legislation evidencing the original purchase price and the owner of the purchased item.

2. Insured Events and the Insurance Benefits

2.1. In respect of travel baggage, the insurance pays out on the following insured events:

- (1) **damage to or loss of the travel baggage** (including clothes and other items stored in it) **in an accident where the Insured suffers acute physical injuries**, and is required to promptly receive emergency medical treatment at the site of the accident from a licensed medical service provider,
- (2) **damage to or loss of the travel baggage in a traffic accident as a result of a natural disaster or fire started due to a mechanical failure of the motor vehicle**,
- (3) **unlawful appropriation** in a foreign country under the following circumstances:

(a) from a locked automobile or bus between 8 a.m. and 20 p.m. (local time).

The insurance only covers travel baggage stored in the passenger compartment, luggage compartment, or rooftop cargo box, or in the cargo box of a motorbike, having a solid cover and a functional lock, is locked and locked out of sight, with the following exceptions: travel documents, debit and credit cards, electronic devices and their accessories left in the vehicle (not even if they are stolen from a recreational vehicle or motorhome).

In respect of baggage stolen from a motor vehicle, the benefit payable under the insurance coverage will be limited to 50 % of the sum insured specified for theft under D) Baggage Insurance in the Benefit Table. The Insurance Company's obligation to pay the insurance benefit does not apply if it cannot be clearly evidenced that the motor vehicle was forcefully broken into.

(b) from a locked residential building or apartment. The Insurance Company's obligation to pay the insurance benefit does not apply if it cannot be clearly evidenced that the dwelling or apartment was forcefully broken into.

(c) from under personal attendance. For the purposes of these policy conditions, **personal attendance** means that the travel baggage is in the direct environment of the Insured (or in case of an under-age Insured, close to a relative of legal age), at a place which is clearly visible and accessible for them, and in a manner that no third party can take it without physical violence or threat.

(d) from a tent or caravan located in an officially authorized, guarded campsite. The insurance does not cover travel documents, bank cards, electronic devices and their accessories left in a tent or caravan.

(e) from a beach or at any other pleasure resort, in which case the insurance shall only pay a benefit **up to 10% of the sum insured**. In respect of the following products the benefit shall be supplemented by the following amounts subject to the 'Strandlopás biztosítás Plusz' [Beach Theft Plus] Add-on:

Tengerpart Extra, Air & Cruise Extra	Tengerpart Top, Air & Cruise Top	Tengerpart Nívó Air Nívó
HUF 40 000	HUF 30 000	HUF 20 000

The general benefit rules of Baggage Insurance are also applicable to supplementary coverage, including, particularly, rules to restrict benefit payout (e.g. single article / baggage limit).

- (4) during the trip abroad, a company providing scheduled passenger transport services by air or water:**
- **only partially returns or does not return the baggage (loss) taken over to the name of the Insured for the duration of travel** in accordance with the travel conditions of the company concerned to an insured who has a valid ticket or has paid the fare (damage to the baggage does not qualify as loss),
 - **returns the baggage taken over to the name of the Insured for the duration of travel in accordance with the travel conditions of the company concerned, with damage** to an insured who has a valid ticket or has paid the fare. For the purposes of this benefit, damage to the baggage means any physical harm as a result of which the item used to store personal belongings (e.g.: bag, suitcase) is evidence to be no longer suitable for regular use. **Damage does not include, however, normal wear and tear, or injuries (e.g.: scratches, dents, wetting or change in color) which do not hinder the further regular use of the property.**

The Insurance Company undertakes to provide benefits for loss or damage only in case of "Air Travel" products (products in line (R) of the Table of Benefits), up to the limit specified under "Confirmed loss of

or damage to baggage while handled by a cruise line or airline” in total in section D) Luggage Insurance of the Table of Benefits!

Damage to luggage handled by a passenger transport company:

– shall only be deemed as an insured event if **the passenger transport company provides credible evidence of the fact and amount of loss and admits its liability for damages in writing**, and pays an amount of indemnity as set out in legal regulations currently in effect. **The insurance benefit shall be maximum the amount which is not reimbursed by the passenger transport company.** Calculation of the total luggage loss in respect of the baggage handled by the passenger transport company shall be based upon the original invoice issued to the name of the Insured, to a legal entity Policyholder or Premium Payer; in the absence of an invoice, the loss is calculated in accordance with Clause 2.2 (2). This amount shall be reduced by any compensation paid by the passenger transport company. The insurance benefit shall be the difference of these two amounts, subject to the exclusions, limitations, sums insured and limits set out in these policy conditions.

If the passenger transport company **provides credible evidence** of the fact of loss but fails to expressly admit its liability for damages and **does not pay indemnification, the Insured shall be liable to pay a 50 % deductible and the benefit payout by the Insurance Company shall be up to 50 % of the sum insured applicable to the particular event type.**

If the baggage disappeared while being handled by an airline, and the Insurance Company has paid a benefit for the same flight pursuant to Section E) Delayed Baggage of the Special Conditions in respect of the late arrival of such baggage, then the amount paid out on title of Delayed Baggage shall be subtracted from the amount of “Baggage Insurance” benefit.

The insurance coverage does not apply to travel documents, bank cards, electronic devices and their accessories, eye-glasses, sun-glasses and contact lens handed over to the passenger transport company for guarding.

The Insurance Company undertakes to pay out insurance benefits (within the limit specified in the Benefit Table) for portable computers registered as checked-in baggage for air travel only if such devices are prohibited by law to be carried as hand luggage between the given points of departure and destination.

2.2 General provisions governing the benefit payout

The payment conditions and restrictions set out hereunder shall apply to **all benefits** specified in the Chapter on Baggage Insurance.

- (1) The insurance shall cover the depreciated (used) value as of the date of the insured event of any **baggage** damaged, destroyed or stolen as a result of or during an insured event, **for each item up to the single article limit stipulated** in the Benefit table in respect of **D) Baggage Insurance**, and for a single piece of baggage (e.g.: bag or suitcase) together with its contents (the objects in the baggage), **up to the baggage limit in total as stipulated in the Benefit table**. If the damaged property can be repaired, the Insurance Company shall cover the repair costs, taking the restrictions above into consideration.
- (2) If the **purchase price of the travel baggage and date of purchase cannot be verified by an original invoice** of the first purchase issued to the name of the Insured or to the name of a Policyholder or Premium Payer legal entity, the Insurance Company shall reserve the right to **calculate the benefit payout** with a value determined at its own discretion based on the average **Hungarian depreciated price of an object with the same core functions and of average quality after use for one year (hereinafter: average depreciated value)**. The used value of the insured objects shall be determined by the Insurance Company.
- (3) **The object and its accessories, or objects in sets or pairs shall be regarded as one item.** The benefit payable with respect to such items shall be maximum the single article limit specified in the Benefit Table. If only accessories are damaged in an insured event, the Insurance Company’s benefit payout in respect of all accessories will be limited to the single article limit.

2.3 Special payment rules applicable to the insurance benefit by baggage type

- (1) If **travel documents or bank cards** are stolen, destroyed or turned to be unusable consequent upon an insured event, the Insurance Company shall pay for the following:
 - (a) the consulate charge for the issuance of a permit to return home, as well as the replacement cost of travel documents as stipulated by law,
 - (b) the insurance covers **additional travel costs** related to a trip from the place of the insured event **to the office of the Hungarian foreign representation body** competent in the country concerned in order to replace travel documents or to obtain a permission to return home.
 - (c), up to the limit amount for “reimbursement of the replacement costs of bank cards” specified in the Benefit table, the costs of disabling and replacing bank cards in respect of bank cards issued for the name of the Insured, in the amount specified by the issuing bank.

- (2) **If corrective eyeglasses or contact lenses are damaged, destroyed or stolen**, the Insurance Company shall cover the repair or replacement cost of them against an invoice, up to 50% of the single article limit specified.
- (3) With respect to **toiletries**, the insurance only pays a benefit **up to 10% of the sum insured**.
- (4) The insurance company shall pay the following benefits for **sports equipment**:
 - (a) In the event of additional premium payment for the **Sports Extra Add-on**, the insurance covers any sports equipment up to the limit of the sum insured specified for "sports equipment coverage" in the Benefit Table,
 - (b) In respect of **Seaside, Air Travel and Winter Sports** products, in accordance with the following:
 - In the case of '**Seaside**' and '**Air Travel**' products: diving, surfing, kitesurfing, windsurfing, waterskiing and sea kayaking equipment up to the limit amount specified for sports equipment in the Benefit Table,
 - In the case of '**Télisport**' [Winter Sports] products: winter sports equipment up to the limit amount specified for winter sports equipment in the Benefit Table.
 - (c) In respect of **sports equipment** if the original receipt issued to the name of the Insured, certifying the purchase date and purchase value, or in respect of rented sports equipment, a rental agreement clearly specifying its type and value and the receipt certifying the payment of compensation by the insured to the rental company are also submitted, the Insurance Company will not apply the single article limit. In the absence thereof, the upper threshold of the benefit payout on any one object and its accessories shall be twice the single article limit.
- (5) **Data carrier** coverage: data media shall be accessories of the related player/reader electronic appliance. Data carriers with the same function - irrespective of the number of such carriers - shall be considered maximum one object, even if the related electronic appliance is not subject to a claim for benefit.
- (6) In respect of **portable computers, mobile telephones and their accessories**, the benefit payout shall not exceed the limit amount specified for the "coverage of mobile telephones and portable computers" in the Benefit table, without taking the single article limit into consideration. In respect of mobile phones and their accessories, the insurance only pays out if the original purchase may be verified by an original invoice issued to the name of the Insured or to the name of the Policyholder, if not a natural person. In the absence thereof, the Insurance Company will reimburse the average used value, up to the applicable single article limit. The insurance coverage only applies to computers and their accessories **if the original purchase may be verified by an original invoice issued to the name of the Insured or to the name of the Policyholder, if not a natural person**.
- (7) In case of any damage to baggage handled by an airline or a cruise line, the Insurance Company shall pay for the costs of repairs as invoiced, or - if no repairs are possible - for the cost of replacement, up to the used value of the original baggage.

3. Insured's Duty to Prevent Loss or Damage

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

- (1) If the baggage is stored in the vehicle, it shall be parked in a guarded parking space, or the baggage must be taken out of it and be placed in a guarded space,
- (2) baggage must be left in the vehicle only if inevitable and for a short time (in a space locked and locked from sight, in particular in cars where the cargo space is not separated from the passenger area),
- (3) documents, bank cards, electronic appliances and watches shall not be left in a vehicle or placed in a baggage which will be handled by a passenger transport company.
- (4) if the vehicle is equipped with an alarm, such alarm must be turned on,
- (5) when arriving at the accommodation, all baggage shall be put in the room, or cloakroom or locker as soon as practicable.

4. Insured's Duty to Mitigate Loss

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

- (1) report the facts and circumstances of the offense or the occurrence of the accident to the foreign police department or other authorities (e.g.: to the fire department in the event of fire) with competence over the place where the insured event occurred, or if the event took place on a scheduled means of transport to the transport company, or if it happened in or under the authority of a hotel or a camp site, to the hotel or camp site management, and report the offense or the unlawful appropriation to the police while also requesting an on-site investigation and written documentation to be made out for the name of the Insured as soon as practicable.
- (2) record all material conditions in the police report, in particular the detailed description of the event (place, date, other material conditions), itemized list of the damage or loss incurred (itemized list of property together with their value), any physical damage incurred during the theft, robbery, accident or natural disaster (e.g.: windows, doors broken, forced open, other damage),

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

(4) when a mobile (cell) phone is stolen, the network provider shall be contacted promptly but within 2 workdays, requesting that the associated telephone number be blocked.

(5) For loss of or damage to checked-in baggage:

- any loss or damage shall be reported to the airport baggage handling company promptly after it is discovered!

If the Insured failed to report the loss or damage to the airport baggage handling company or if the Insured did not obtain an official report of the loss, the insured event shall also be reported directly to the airlines, within the timeframe prescribed in the airlines's service contract.

If the loss was only reported to the airport baggage handling company, and the Insured did not file a claim to the airlines, the Insured shall be entitled to request the G) Air Assistance Service. If the Insured intends to receive this service, the loss event shall be promptly reported to EUB-Assistance.

5. The documents required for the benefit payout on "D) Baggage Insurance (in addition to the documents listed in Clause 4.1.3 of I. General Conditions):

(1) in the case of theft or robbery, the report issued by the competent police authority, specifying the place, date and time and description of the event, the names and particulars of the parties injured, as well as the detailed descriptions and the value of the objects stolen or robbed, and – when travel documents are stolen – a certificate issued by the consulate confirming the facts,

(2) in case of baggage loss or damage in an accident causing acute physical injuries to the insured, any and all medical opinions related to the insured event (e.g. outpatient care documentation or hospital discharge summary, test findings),

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

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

(5) the original receipt issued to the name of the Insured, certifying the purchase date and purchase value of the property. (In respect of the insurance policy, a purchase contract shall not substitute for an invoice issued to either of the names above. If the Insurance Company has paid out a benefit for a given insured item, it shall not be obliged to return the original invoice submitted, except when the invoice is issued to the name of a legal entity or a business organization without a legal personality, in which case the Insurance Company undertakes to return the invoice upon the Insured's written request.

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

(7) in respect of the benefit "travel costs associated with the replacement of travel documents", the original travel ticket and receipt,

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

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

(10) in the case of claims relating to damaged baggage, the original receipt certifying the purchase of the damaged item, as well as the receipt certifying the repair costs or if the item cannot be repaired, the statement made by an expert about it, or if checked-in luggage or eyeglasses were damaged, the receipt on their replacement,

(11) when a mobile phone is stolen, a certificate issued by the network provider evidencing that the associated phone number was blocked,

(12) when a bank card is used for the payment of the original purchase of an insured asset, the Insurance Company will accept the joint submission of the following documents instead of an original invoice issued to the name:

- a bill on the purchase, specifying the nature and type of the insured asset (e.g.: trousers, shoes), the place and date of the purchase as well as the purchase price,

- a bank account statement which clearly proves that the purchase was paid from the insured's bank account.

(13) in case of a portable computer or camera required to be transported as checked-in baggage, the title of the legal regulation pursuant to which such device is not allowed to be carried on board the aircraft.

6.Exclusions applicable to D) Baggage Insurance (in addition to the exclusions listed in Clause 6 of I. General Conditions):

(1) For the purposes of these policy conditions the term **baggage does not include and the insurance coverage shall not apply to the following items and their accessories:**

(a) jewellery, precious metal, precious stones, semi-precious stones, as well as property items containing them or made of them, precious fur, artifacts, collections of articles with identical function, collections of works of art, weapons and ammunition, musical instruments, furniture, partial dentures, complete dentures, orthodontic retainers keys and electronic remote controls, cash or monetary claims to be enforced by the use of payment instruments substituting cash or on the basis of deposit books or any kind of securities, as well as vouchers or cards for the use of services (e.g. ski pass, mobile telephone top-up cards, entry tickets), travel tickets and documents (with the exception of travel documents listed in Clause 1 (1) (c)), food stuff, beverages, tobacco products and articles for smokers (e.g.: pipes, lighters, cigar cutters, etc.), tools for work, product samples, household appliances and goods transported in commercial quantities or in quantities which are in excess of the Insured's personal needs,

(b) any vehicle or means of transport and their spare parts, accessories or equipment (e.g.: roof rack of car, rooftop cargo box, trailer, car radio, cassette player, CD player, cargo box of a motorcycle),

(c) sports equipment, except for 'Seaside', 'Air Travel', and 'Winter Sports' policies as well as the 'Sport Extra' add-ons, as specified in the Benefit Table and in the Chapter on Baggage Insurance,

(d) computers and computing devices of any size or type and their accessories, except for portable computers up to the limit of the sum insured specified for "portable computer coverage" in the Benefit table,

(2) **The insurance does not cover:**

(a) damage caused by the loss or drop of luggage, or because they were left unattended, except for objects left in a locked building or vehicle, or handed over to a passenger transport company for handling,

(b) damage to the baggage unless it is evidenced by the official records of the airport baggage handling company or of the cruise line if checked-in baggage is damaged,

(c) the value of data loss when data media or carriers are damaged,

(d) claims for damage incurred as a result of the drop or fall of baggage or travel documents into water, or their wetting (irrespective of the circumstances), with the exception of traffic accidents and flooding,

(e) claims for damage caused by seizure, confiscation, vandalism or destruction of property by authorities,

(f) claims for consequential damage and indirect loss, as well as claims for damage arising from the special nature of certain valuables,

(g) claims for damage to items carried by means of a cargo system fitted to the outside of a vehicle (e.g.: bike rack etc.); or from the accidental opening of or damage to a rooftop cargo box, save for the case of loss or damage arising out of a traffic accident.

E) Baggage Delay (on outward trip)

1. Insured Event and the Insurance Benefit

If the Insured's baggage, properly checked in to the Insured's own name with the airline, is not received by the Insured abroad during the outward trip to the foreign destination within six hours following the end of the 'reclaim period' set out in the travel conditions after the given flight has landed at the destination of the trip abroad, and the absence of the luggage is reported to the representative of the airline in writing after arrival, as provided for by the rules set out in the travel conditions, but within 2 hours at most, and it is verified in the written report drawn up by the airline, the Insurance Company undertakes to reimburse the Insured in the amount corresponding to the difference between the total value of urgency purchases required to be made by the Insured abroad (hygiene, clothing) during the period between the time of the flight arrival and the actual takeover of the baggage, and the indemnity provided by the airline, up to the limit amount specified in the Benefit table depending on the duration of such baggage delay. In respect of any one flight, the Insured may only make one claim for this benefit, irrespective of the number of baggages concerned, and the Insurance Company undertakes to pay out the sum insured only

once as a maximum irrespective of the number of people indicated as senders of such baggage to the Insured who first files a claim, or if multiple claims are received at the same time, to all Insured persons but in proportionally reduced amounts. **An airport of transfer and the airport of arrival on the return journey shall not be deemed as destinations, even if they are located abroad.**

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

2. Conditions for the benefit payment are set out in Clause F) 2.

3. Insured's Duty to Mitigate Loss

- any loss or damage shall be reported to the airport baggage handling company promptly after it is discovered - if, however, the Insured failed to report the loss or damage to the airport baggage handling company or if the Insured did not obtain an official report of the loss, the insured event must also be reported directly to the airlines, within the timeframe prescribed in the airlines's travel contract.

If the loss was only reported to the airport baggage handling company, and the Insured did not file a claim to the airlines, the Insured shall be entitled to request the G) Air Assistance Service. If the Insured intends to receive this service, the loss event shall be promptly reported to the Insurance Company.

F) Flight Delay Abroad and on the Return Home

1. Insured Event and the Insurance Benefit

a) If a scheduled flight departs from an airport abroad with at least 4 hours of delay and the fact and duration of such delay is certified in writing by the flight operator airline, together with the fact that the Insured travelled on such delayed flight with a valid flight ticket, the insurance covers any difference between the costs of urgency purchases effected (foodstuffs, hygiene items) as invoiced during such flight delay abroad as above, and any amount of indemnification paid to the Insured by the airline by reason of such flight delay. **For the purposes of these conditions, flight cancellation does not qualify as flight delay.**

b) If a scheduled flight, which the Insured took to travel home with a valid ticket, arrives at an airport within the territory of the country of residence with at least 2 hours of delay or more **and** consequently the Insured cannot continue to travel home to his/her place of residence as originally planned, the insurance covers any difference between the additional travel and accommodation costs incurred by the Insured due to such delay, and any amount of indemnification paid to the Insured by the airline by reason of the flight delay.

2. Conditions for the benefit payout on E) Delayed Baggage (abroad) and F) Flight Delay Abroad and on the Return Home (in addition to the documents Listed in Clause 4.1.3 of I. General Conditions):

- (1) a flight ticket, baggage registration label, and boarding card issued for the entire route to the name of the Insured,
- (2) written records on the delayed delivery of the Insured's baggage registered for the Insured's name, the date and time thereof, issued to the name of the Insured by the air carrier; in case of a flight delay, on the fact thereof, and on the duration of delay in both cases, together with a statement by the airline on the amount of indemnification provided for the Insured or on the fact that no damages are undertaken to be paid,
- (3) original receipts on the purchases required by reason of the delay. Acceptance of purchase receipts shall be subject to the fact that it should include the article purchased, its value, and the date and time of purchase in an identifiable manner. Up to a 20 % limit of the sum insured, the Insurance Company undertakes to pay out benefits for the articles purchased as listed in the claim for benefits.

3. If the Insured did not file a claim to the airlines and did not receive any damages or compensation from the airlines, the Insured shall be entitled to request the G) Air Assistance Service. If the Insured intends to receive this service, the loss event shall be promptly reported to the Insurance Company.

G) Air Assistance Service

1. Insured Event

Insured events shall include events specifically described in the following sections of these policy conditions:

- a) of the events described in Clause 2.1 (4) of D) Baggage Insurance only loss of or damage to baggage checked-in and handed over to the management of the airlines (loss of baggage, deficiency of or damage to baggage)
- b) delayed baggage within the meaning set out in Clause 1 of E) Delayed Baggage
- c) events described in Clause 1 a) and b) of F) Flight Delay Abroad and on the Return Home.

d) As regards the service described in Clause 2 (4), any loss or damage shall be deemed an insured event in respect of which the airline is liable for indemnification to the Insured as passenger under Regulation 261/2004/EC.

2. Insurance Benefit or Service provided by the Insurance Company

(1) if an insured event occurs – following the timely notification made by the Insured – EUB-Assistance will provide advice over the telephone about the generally expected duties to mitigate further loss or damage in respect of the particular event (e.g.: whether or not it is required to make a notification to the airport baggage handling company or to the airlines, and what types of documents are required to be obtained), and - if so requested - provides assistance in Hungarian or in English over the telephone at the foreign airport in the presence of the Insured about how to proceed with making a claim or notification to the baggage handling company.

This advice will not include, however, specific, nonstandard requirements and deadlines prescribed by airlines in their own contractual terms and conditions.

(2) if the Insured is entitled to receive damages or compensation in relation to any of the insured events specified above which may also be recovered under this insurance, and the Insured makes a declaration that he/she will not make such a claim for damages against the airlines, the insurance company will reimburse the Insured's loss caused by the airlines up to the sums insured applicable to the particular insured events, in accordance with Sections D), E), F) of the Benefit Table and the respective chapters of the policy conditions.

(3) If the reimbursement (benefit payment) described in Subsection (2) above does not fully cover the Insured's loss, the Insurance Company will advise the Insured about the contact details of claims management company which offer such services.

(4) If, under Regulation 261/2004/EC, the Insured is entitled to receive indemnification from an airline and hires an Intermediary for collection thereof, which is a legal entity and pursues such activities lawfully and by public announcement, then the Insurance Company shall pay the relevant administrative fee invoiced by such Intermediary after the amount of indemnity received from the airline, as reduced by such administrative fee, has been paid to the Insured. The benefit paid by the Insurance Company may not exceed 20% of the amount of indemnity paid by the airline. If the Insured claims the amount of indemnity directly from the airline, then the Insurance Company shall indemnify for costs incurred in the interest of administration – including phone calls, mails, and translations - as evidenced by detailed invoices and payment receipts, subject to conditions and limits identical with the above.

3. Conditions for the payment of the insurance benefit:

a) of the documents described in Chapters D), E), and F), the submission of the documents specified by the Insurance Company for the payment of the insurance benefit,

b) the Insured's declaration - made in a private deed of full documentary force - stating that:

- pursuant to Clause 2 (2) of this Chapter, the Insured waives his/her right to claim the airlines for damages up to the sum insured paid out by the Insurance Company to the Insured,
- the Insured has not filed a claim for damages to the airport after notifying the loss or damage, has not received any damages, there is no pending claim for damages against the airlines in the particular case, and agrees that he/she will not file for damages concerning that part of the claim,
- the Insured agrees to promptly notify the Insurance Company about any notification or payment made by the airlines in the meantime.

c) Disclosure of the following information or the submission of the following documents:

- the insurance policy and a duly completed insurance benefit claim form
- the booking code,
- e-ticket number (if any),
- the boarding card,
- the route and flight number, scheduled departure and arrival times
- if the airlines require it for the payment of damages, the copy of the Insured's passport and/or personal identification card,
- receipts or invoices in proof of the costs incurred, also certifying their nature
- for a flight delay: the actual arrival time of the flight, the modified route, if applicable, as well as the reason for the delay, if it was communicated
- the baggage tags,
- for delayed baggage additionally: the baggage reclaim time and place
- for damaged baggage additionally: the invoice related to the damaged baggage, the estimated loss-value or the receipt in proof of the repairs, photo showing the damage
- for lost baggage or deficiency: the list of missing objects with the respective values specified, the invoices or receipts in proof of their purchases (if available), the official report issued by the airport baggage handling company
- or if the damage was noticed after leaving the airport - the official report of the airlines of the claim.

- for administrative fee reimbursement: invoices and payment vouchers referring to the costs claimed, as well as a copy of the claim submitted to the airline and of the answer received thereto, and the payment receipt of the amount of indemnity paid to the Insured by the airline. In case of an Intermediary company (G)2.(4)) being hired: additionally a copy of the order submitted by the Insured and of the applicable service provider's contract.

4. Refunding Obligation

If the Insurance Company learns after the payout of the sum insured that the Insured, despite the declaration made in advance, received damages directly from the airlines, and as a result the Insured would not have been entitled to receive a part or the whole of the benefit payout made by the Insurance Company pursuant to the applicable policy conditions, the Insured shall be required to refund such an amount to the Insurance Company within 5 workdays of receipt of the Insurance Company's payment notice, increased by a default interest corresponding to the central bank base rate.

H) Missed Flight due to a Road Traffic Accident or a Delay of Land Public Transportation

1. Insured Event and the Insurance Benefit

If the vehicle – by which the Insured travels within 12 hours prior to the time of departure of the scheduled flight – suffers a traffic accident as documented by police records, or if the Insured travels to the airport by a means of inland public transport, and it is **at least 2 hours beyond** the time of arrival shown in the transport schedule (provided that the Insured would have arrived at the airport at least 2 hours before the scheduled departure time of the Insured's flight if the inland public transport vehicle had arrived on schedule), and the Insured can provide evidence that he/she has missed the flight which he/she had a valid ticket for as a result of the above, the Insurance Company shall indemnify the insured for the costs of rebooking the flight ticket or - if such modification is not possible - the costs of purchasing a flight ticket or a ticket for another means of transport to travel to the same destination within 24 hours.

2. The documents required for the benefit payout on H) Missed Flight due to a Road Traffic Accident or a Delay of Land Public Transportation (in addition to the documents listed in Clause 4.1.3 of I. General Conditions)

- (a) a document suitable for flight ticket identification (route, date and time, airline), and the receipt to evidence payment of the price of such flight ticket as well as certification by the air carrier that the flight ticket concerned was not used,
- (b) a document to evidence re-booking or the purchase of a new flight ticket, as well as certification of use thereof.
- (c) in case of a delay in land mass transport, a certificate by the company operating the service including the scheduled time of arrival and the period of delay; and if the trip would have involved several changes, the complete schedule of travelling to the airport, and the Insured's valid travel ticket to the delayed mass transport vehicle, as well as evidence that the Insured was travelling on such delayed vehicle.

I) Liability Insurance and Legal Expenses

1. Liability Insurance

1.1. Insured event

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

(2) The insurance covers the following activities:

- (a) **user of a bicycle, or any means of transport which are not classified as vehicles,**
- (b) **pedestrian causing a traffic accident,**
- (c) **sport activities not qualified as hazardous sports.**

(3) Upon the payment of the premium surcharge on the '**Sport Extra**' Add-on, and in case of 'Winter Sports', 'Seaside' and 'Air Travel' products, the insurance shall also cover all hazardous sports which are covered by the Sport Extra Add-on or by the respective policies.

(4) '**Praktikum 30**' insurance covers professional indemnity for loss and damage as specified below, incurred during work performed in the course of vocational practice organized by an educational institution, for which the Insured as tortfeasor is liable for damages pursuant to legal regulations currently in effect:

- property damage to assets owned by the employer,
- property damage incurred in connection with a personal injury caused to a third party during work or the costs of medical care provided for the person injured.

1.2. Insurance Benefits

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

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

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

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

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

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

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

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

(8) In respect of the benefits specified in Chapter I) Liability Insurance and Legal Expenses, the Insurance Company undertakes to pay, in respect of the same insured event, a total amount of up to HUF 30 000 000 in relation to all insured aggrieving parties contracted to the Insurance Company.

2. Legal Expenses

2.1. Insured event

(1) If legal proceedings - or civil proceedings for damages - are initiated against the Insured abroad in relation to an offense or negligent crime committed in any of the capacities listed below at the location of perpetration during the period of the insurance:

- (a) user of a motor vehicle or bicycle, or any means of transport which are not classified as vehicles,
- (b) pedestrian causing a traffic accident,
- (c) person pursuing sport activities not qualified as hazardous sports.

(2) Upon the payment of the premium surcharge on the 'Sport Extra' Add-on, and in case of 'Winter Sports', 'Seaside' and 'Air Travel' products, the insurance also covers all hazardous sports which are covered by the Sport Extra Add-on or by the respective policies.

2.2. Insurance Benefits

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

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

- the bail or similar security deposit imposed on the Insured by competent authorities,
- duties, court costs, procedural charges,
- fees awarded by the court to witnesses and experts,
- if the Insured needs to travel from his/her place of residence to a location specified by the court in the summons, additional traffic costs incurred by the Insured during such travel. **The Insurance Company shall**

only pay the insurance benefit if such travel is organized or arranged for by the Insurance Company, or the Insurance Company gives prior written consent to the manner, date and costs of such travel,
- reasonable translation costs of documents necessary for the conduct of the proceedings, **provided that such translation is arranged for by the Insurance Company, or the Insurance Company gives prior written consent to the production and costs of such translation.**

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

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

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

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

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

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

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

3. The documents required for the benefit payout on I) Liability Insurance and Legal Expenses and J) Hotel and Camp Site Liability Coverage (in addition to the documents listed in Clause 4.1.3 of I. General Conditions):

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

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

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

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

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

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

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

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

(9) original invoice of the attorney's fee.

4. EXCLUSIONS applicable to I) Liability Insurance and Legal Expenses and J) Hotel and Camp Site Liability Coverage (in addition to the exclusions listed in Clause 6 of I. General Conditions)

(1) Insurance does not cover:

(a) litigations for damages initiated by parties insured to the same insurance policy against each other;

(b) loss occurrences caused illegally by an unlawful, or willful behavior or gross negligence of the insured,

(c) legal proceedings initiated against the Insured for well-founded suspicion of an intentional infraction or crime, abandonment or failure to provide assistance by leaving the scene of an accident,

(d) pecuniary penalty or fine, or any other punitive costs or expenses imposed on the Insured.

(e) if legal proceedings are initiated against the Insured in relation to an offense or negligent crime committed as a driver of a vehicle, and the particular vehicle had no valid third party liability insurance as of the date of the offense or crime.

(f) losses caused by a breach of contract as well as the costs of judicial enforcement.

(2) The insurance does not cover:

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

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

(c) damage or loss if the Insured was warned by the Insurance Company or a third party of the possibility of a loss event, and such an event then occurred in the absence of the required actions or measures.
(d) damage to or loss of any property rented, leased, lent or received in trust by the Insured.
(e) claims arising from losing property or the theft of property items,
(f) loss of income and compensation payments;
(g) with respect to the insured's legal representation costs and late payment interest, the insurance coverage is limited to the sum insured.

J) Hotel and Camp Site Liability Coverage

1. Insured Event and the Insurance Benefit

(1) If the Insured incurs an obligation of indemnification to the operator of a hotel, apartment or camp site abroad for property damage caused by the Insured in respect of furnishings of the accommodation concerned and in respect of which the Insured is held liable pursuant to the law of the country concerned, the Insurance Company will pay the damages, provided that the accommodation concerned was operated in compliance with local requirements and was used by the Insured for accommodation purposes in return for fee payment. The Insurance Company also undertakes to reimburse the costs related to loss adjustment and loss mitigation and the costs of any out-of-court or judicial proceedings, up to the limit amount specified in the Benefit table. In respect of the obligation of indemnification, **the Insured is required to pay deductibles corresponding to 10% of the total amount of indemnity, but at least HUF 10 000.**

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

(3) The provisions set out on Clauses I) 1.2 (2) and (6)-(7) as well as in Clauses I)3 and I.4 shall also apply to this benefit.

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

(5) The Insurance Company **undertakes to pay**, in respect of the same insured event, **a total amount of up to HUF 200 000** in relation to all insured aggrieved parties contracted to the Insurance Company.

K) Motor Vehicle Roadside Assistance – Auto Extra Add-on

1. Insured event

1.1. If an **Insured Vehicle becomes immobile as a result of a traffic accident or a mechanical failure** within the geographical limit applicable to the Auto Extra Add-on and during the policy term.

1.2. **An insured vehicle is a passenger car or truck, motorcycle (with the exception of quads) or any towed vehicle thereof, having a valid traffic licence and registration plate during the insurance period, and of up to 15 years of age as at the first day of coverage**, with the registration number specified in the confirmation of coverage, which is lawfully used by the Insured during the period of insurance and used for any trip departing from the territory of the country of residence, the destination being a foreign country as specified, and for return home to the territory of the country of residence. The age of the vehicle is determined by subtracting the year of manufacture specified in the vehicle registration card from the year of the commencement of the insurance coverage.

A towed vehicle shall only be deemed as an Insured vehicle if the motor vehicle towing it is also qualified as an Insured vehicle under the same insurance policy. (The insurance premium payable shall be determined for each vehicle, therefore insurance premium amounts corresponding to two vehicles are required to be paid for the motor vehicle and the towed vehicle.)

The insured vehicle may only be a vehicle possible to be classified into any one of the categories below based on its vehicle registration card, and the towed vehicle may be:

- a motorcycle which is allowed to be driven with a **driving licence valid for category "A"**,
- a passenger car or truck which is allowed to be driven with a **driving licence valid for category "B"**, and the **maximum number of passengers** allowed to be transported is **9 persons**, in accordance with the vehicle registration card.

1.3. **Mechanical failure** means a technical defect of the vehicle which occurs for an unforeseeable reason during the policy period, at the time of concluding the insurance policy and / or when starting the trip abroad, resulting in vehicle inoperability (e.g. motor failure, electronic system failure or a flat tyre), or due to the nature of such defect, the motor vehicle is not allowed to be in service any longer by reason of authority requirements in effect

at the location of breakdown (e.g. defect of windscreen wipers, safety belts, front and rear lights) and therefore it is qualified as inoperable.

Mechanical failures shall not include defects occurring consequent upon any of the following:

- the vehicle does not have the mandatory accessories as prescribed by law or by the manufacturer for the given vehicle type,
- the vehicle is not used in accordance with the technical specifications applicable to the vehicle model concerned or the failure has occurred by the user's fault (e.g. use of inappropriate fuel, fuel depleted, key left in vehicle, etc.).

- 1.4. **Insured persons** (hereinafter: passengers) shall mean, for the purposes of the supplementary benefits by the Auto Extra Add-on, any persons staying as passengers in the Insured vehicle at the time that inoperability occurs – **qualified as Insured parties under a travel insurance policy in effect in respect of the location and at the date and time of the insured event - their number not exceeding the maximum number of passengers allowed to be transported as specified in the vehicle registration card.**
- 1.5. Under the "Auto Extra" add-on, the insurance coverage is offered **for foreign trips of no longer than 31 days.**

2. Insurance Benefits

A claim for benefits **shall be notified to EUB-Assistance immediately** after the occurrence of the insured event. **The Insurance Company only undertakes to reimburse the costs of services used as arranged by EUB-Assistance. EUB-Assistance is entitled to determine the date of fulfilment of benefits arranged by the Insurance Company in coordination with the Insured.**

The Insurance Company undertakes to provide the following benefits in respect of **up to one insured event during the period of insurance.**

2.1. Motor vehicle assistance services

2.1.(1) Towing to a repair facility or on-site assistance

The service provider, arranged by the Insurance Company, attempts to repair the motor vehicle on the spot. The service provider partner of the Insurance Company will only offer simple repair services on the spot, which may be carried out under the given circumstances, without the use of special tools or spare parts, and which do not harm the vehicle's guarantee or warranty. Such repairs include among others (also depending on the type of the vehicle), changing a flat tire, replacing lights or blown fuses). The insurance does not cover the costs of spare parts. On-site repairs to the motor vehicle to restore its operation shall be deemed temporary repairs; having the automobile repaired in a permanent and secure way as soon as practicable is the responsibility of the owner of the vehicle, and shall be obliged to do so at his/her own expenses.

If the vehicle's breakdown cannot be repaired on site, the Insurance Company undertakes to make arrangements for vehicle transport by a roadside assistance service to the nearest repair facility - within a distance of up to 100 km - which is suitable for completing the repair works. Such transport can also be directed to a dealer service at the client's request.

The insurance covers the transport costs of the vehicle to a repair facility by roadside assistance service.

The Insurance Company undertakes to provide the on-site emergency repairs and towing to a repair facility during the Insured's travel abroad **even in respect of insured events within the territory of the country of residence.**

2.1.(2) Vehicle storage

If the Insurance Company has made arrangements to transport the vehicle insured into a repair facility and vehicle repairs cannot be completed on the day of transport to such repair facility (e.g. due to the workload of the facility or a lack of spare parts), then the Insurance Company shall make arrangements for vehicle storage at a location within 20 km from the repair facility undertaking such repairs until the date of such repairs, and shall also cover the costs of storage as invoiced for a period of up to 5 days.

2.1.(3) Communication with the repair facility

The Insurance Company undertakes to keep contacts with the repair facility and to notify the Insured of the status of repair works based on the information received from the repair facility, provided that the Insured vehicle was organized to be transported to the repair facility by the Insurance Company.

The Insurance Company shall not reimburse repair costs and shall not be liable for the quality of repair works, the fees charged by the repair facility, nor for compliance with the deadline for repairs as undertaken.

2.1.(4) Transportation home by a roadside assistance service provider

In case of an insured event, if the **Insured vehicle** arranged to be transported to the repair facility by the Insurance Company **cannot be repaired within 3 days based on the written expert opinion issued by the**

repair facility on the basis of the diagnostic test ordered and paid by the Insured person (such 3 days to include the day of performing such diagnostic test), the Insurance Company undertakes to **make arrangements for the transportation home** of the vehicle to the address specified by the owner or operator Insured, located within the territory of the country of residence, **and to pay for such transport costs up to the sum insured specified for the benefit “Transportation home by a roadside assistance service provider”, in excess of the respective deductible.**

The Insured shall pay a deductible of HUF 25 000 to be included in the costs of the transportation home of the vehicle, prompt payment of which to the transportation service provider on the spot is a pre-condition for granting the benefit of transportation home.

For the purposes of these conditions, vehicle repairs shall only include works required to enable the vehicle to reach the address specified as above, located in the country of residence, in a technical state of repair to comply with traffic regulations currently in effect.

2.2. Benefits applicable to Passengers of Vehicles

Benefits for Passengers of Vehicles are available subject to compliance with the following criteria:
a) transport of the Insured vehicle to a repair facility has been arranged by the Insurance Company and completed, and
b) the Insured person has placed an order at the repair facility for vehicle diagnostics or repairs, which is not completed on the day of transport to the repair facility, or
c) the vehicle cannot be repaired as confirmed by the repair facility.

If an insured event occurs, the Insurance Company undertakes to provide the following benefits to the Insured passengers of the vehicle, in the aggregate **up to the limit amount specified in the Benefit table for “K) - Benefits for Passengers of Vehicles”, but within this, depending on the number of insured persons traveling in the vehicle, up to 100 EUR of each person insured:**

2.2.(1) Trip continuation of vehicle passengers, return trip for repaired motor vehicle

The insurance company shall pay one of the following benefits as decided by the Insured (parties):
making arrangements for the **transportation** of the passengers and their baggage (up to 20 kg/person) **to their destination or to the home country, or upon the completion of vehicle repairs** (if the vehicle may be repaired), making arrangements for their **return to the repair facility** as well as covering additional transport costs.

2.2.(2) Reimbursement of accommodation cost for vehicle passengers

In the event that the trip of the Insured passengers cannot be continued on the day when the insured event occurs, then the Insurance Company shall provide assistance to vehicle passengers by supplying information on making arrangements for hotel accommodation, and shall cover the costs of such accommodation until the first possible time for trip continuation, but for a maximum of 5 days.

2.2.(3) Car rental arrangements

The Insurance Company undertakes to make arrangements for renting a car suitable for transporting the passengers of the vehicle and their baggage (up to 20 kg/person) as well as to cover the **costs of delivery and rental**, provided that **the Insured complies with all the criteria stipulated by the car rental company (e.g. presentation of an embossed bank card, presentation of personal documents, etc.), and the local car rental companies have free capacity.**

2.3. Telephone and fax costs

The Insurance Company undertakes to cover the telephone and fax costs of the Insured persons made necessary in connection with the insured event.

3. Termination of coverage in respect of the Auto Extra Add-on

The insurance coverage will terminate if the vehicle was withdrawn from traffic, or was stolen.

4. The documents required for the benefit payout on K) Motor Vehicle Roadside Assistance – Auto Extra Add-on (in addition to the documents listed in Clause 4.1.3 of I. General Conditions):

(1) a written certificate of inoperability and the reason therefor by the mechanic or repair facility completing repairs or troubleshooting, and by the company transporting the vehicle, including the expected duration of repairs (if repairs are unfeasible, the reasons therefor), an itemized list of the repairs completed, specifying separately the costs of on-site visits, repairs, transportation and component costs,

(2) the original invoices for the costs incurred made out to the name of the Insured (in case of invoices referring to the vehicle, they must include vehicle identifiers - e.g. registration number, model, vehicle registration card number),

(3) in case of the transportation home of the vehicle, the Insurance Company may require the receipt to evidence deductible payment as a pre-condition for providing the benefit (such receipt shall include, in addition to the

compulsory elements of a receipt, the vehicle registration number, the date and time of transport, and the points of departure and destination),

(4) in the case of a claim made with respect to telephone costs, the original telephone bill and a detailed list of calls, issued to the name of the Insured.

5. EXCLUSIONS applicable to K) Motor Vehicle Roadside Assistance – Auto Extra Add-on (in addition to the exclusions listed in Clause 6 of I. General Conditions).

(1) The insurance does not cover vehicles used for passenger or goods transport or vehicles used for car rentals as a business activity.

(2) The insurance coverage shall not apply to quads.

(3) **The insurance does not cover** the following:

(a) repair costs of the Insured vehicle (e.g. components, fitting, diagnostics),

(b) transportation of the baggage of passengers if it cannot be transported together with the Insured person (e.g. due to its size or weight),

(c) loss or damage caused by a company independent of the Insurance Company, performing repair and fitting works / transport.

Európai Utazási Biztosító Zrt.



CANCELLATION INSURANCE (EUB2017-01ST)

The Company belongs to the Generali Group, which is listed in the Insurance Groups Register by IVASS under registration number 26.

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

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

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

This insurance policy qualifies as a consumer contract.

Definitions

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

(2) Cancellation penalty: the amount to be paid by the Buyer pursuant to the contract referring to the Service if the Buyer cancels the Service.

In case of buying an **air ticket**, the Cancellation penalty shall amount to

- (a) any fee for the air ticket which is non-refundable under the air company's contractual terms and conditions;
- (b) the non-refundable airport tax and the Ticket Service Fee, provided that they are included in the Service Fee and the insurance premium was paid on the basis of such Service Fee under Clause 4.1.1 (1).

(3) Penalty Period: The period during which the Buyer may only cancel the Service subject to Cancellation penalty payment.

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

(5) Insurance policy: the confirmation of coverage as well as the policy conditions referred to therein, jointly.

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

(7) Hospital: Medical facilities providing in-patient care and licensed by the competent authorities and professional supervision operating in the country where the medical care is provided, and which operate under permanent medical control. The term **hospital** does not include: sanatoriums, rehabilitation centers, thermal or hydromineral establishments, alcohol and drug detoxification institutions, as well as hospital departments providing the above services.

(8) Confirmation of coverage: a written confirmation of coverage made available by the Insurance Company to the Policyholder, which includes the essential content of the policy, in particular the data of the contracting parties, the coverage period and geographical limit of the insurance, the insurance premium, the sums insured as well as reference to the applicable insurance conditions.

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

(10) Online insurance sales system: electronic sales applications used or approved by the Insurance Company, suitable for concluding insurance policies. An insurance policy concluded by using an online contracting system is

a written contract, in respect of which the Insurance Company shall issue a confirmation of coverage and shall make it available to the Policyholder together with the insurance terms and conditions applicable to such policy.

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

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

(13) Participant: a natural person specifically named on the confirmation of coverage and in the Service contract, who is entitled to use the Service, e.g.: a passenger.

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

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

(15) Service: any travel service, air, water or land passenger transport, accommodation service, or any related supplementary services or services provided individually (e.g. guide service, vehicle rentals, tickets to art or sports programmes) which is deemed as a travel package under Section 1 (c) of Government Decree 281/2008. (XI. 28.), to be covered by this insurance policy if they are cancelled or interrupted by the Buyer or the Participant.

(16) Booking the service: if the Service Provider has entered the Buyer's order under the Service contract in its registration system as evidenced and has confirmed it in writing (e.g. an air ticket has been issued; accommodation has been booked, as evidenced, in the accommodation provider's booking system, according to the parameters set out in the order, and has been confirmed in writing), and the Buyer has paid the consideration for such Service to the Service Provider to the extent prescribed and by the deadline(s) indicated in the contract. **For the purposes of these conditions, travel service does not include any service the price of which has been settled by any kind of vouchers (e.g. Erzsébet vouchers, any vouchers issued by a travel services provider), or by any benefits available in a loyalty card or customer loyalty system (e.g. by using points collected).**

(17) Service contract: a contract concluded on the basis of the Buyer's order, in a form prescribed by legal regulation according to the type of Service, between the Buyer and the Service Provider or its representative, which includes in particular the description of such Service, the date of commencement, content and main features of such Service, the list of Participants as well as the rights and obligations of the contracting parties in case of any contract amendment or cancellation.

(18) Service Provider: the business organization lawfully undertaking performance of the Service under the Service contract (in case of travel services: the travel organizer; in case of air, water or land passenger transport: the undertaking to perform passenger transport; in case of accommodation services: the accommodation service provider; in case of buying admission tickets to programmes, the seller of such admission tickets).

(19) Commencement of Service: commencement of the service earliest in time out of the services covered by the insurance. In case of a flight, the time of commencement shall be the time of "check-in" at the airport.

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

1. PARTIES TO THE INSURANCE POLICY

1.1 Insurance company: **Európai Utazási Biztosító Zrt**, which, in consideration of the payment of insurance premium, provides coverage for the insured risk and undertakes the obligation to deliver insurance services set forth in the insurance policy if the legal ground exists.

1.2 Policyholder is the party that takes out the insurance policy and pays the insurance premium. If the policyholder and the insured are different persons, the policyholder is required to inform the insured of the

insurance policy, of all legal statements he/she is delivered as well as of any modifications of the insurance policy, until an insured event occurs.

1.3 **Insured**, hereinafter referred to as the **Buyer**, is the party that has booked the Service and has paid the respective charges and fees, and who suffers a financial loss if the Service is cancelled or its provision is interrupted. The insurance benefit will be paid to the Buyer, or if the Buyer dies, to his/her heir.

2. CONCLUSION OF THE INSURANCE POLICY (TAKING OUT THE INSURANCE)

2.1 The insurance policy shall be concluded when the Policyholder's application is accepted by the Insurance Company, as attested by the confirmation of coverage delivered by the Insurance Company. **Only applications received through the online insurance sales system shall be deemed valid.**

2.2 The insurance policy may be taken out

- (a) until the **15th day prior to the commencement** of the Service at the latest,
- (b) if the booking is made within 14 days of the commencement of the Service, **only on the very day of booking the Service.**

2.3 **Storno Kombi and Air & Hotel** products may only be taken out **together with a travel insurance product** of the Insurance Company which provides coverage for the whole duration of the Service under the same insurance policy.

2.4 Applications which do not meet the requirements set out in Clause 2.2 and 2.3 are denied by the Insurance Company.

3. GEOGRAPHICAL LIMIT OF THE INSURANCE COVERAGE

3.1 The geographical limit of the insurance policy refers to the geographical area where the insurance offers coverage in respect of certain insured events.

3.2 The insurance provides worldwide coverage, except for:

- (a) the territory of Antarctica and
- (b) the territory of countries or regions which are included in the list of **target countries and regions not recommended for travel** by the Ministry of Foreign Affairs of Hungary as of the first day of insurance coverage or on the day of the Insured's entry to the given country/region.

4. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES

4.1. Obligations of the Policyholder and the Insured

4.1.1. Payment of the Insurance Premium

(1) The insurance premium is received in consideration of the insurance coverage offered by the Insurance Company, its amount is specified in the insurance policy. This insurance policy may be taken out with a single premium payment. If the insurance premium is determined as a % of the sum insured, the premium shall be determined on the basis of the maximum amount of the cancellation penalty which may be claimed if the Service is cancelled (e.g.: price of airplane ticket without refundable duties, the cancellation fee applicable to accommodation prices, the highest cancellation penalty applicable to a travel services).

(2) The Policyholder is required to pay the insurance premium at the time when he/she takes out the insurance (concludes the insurance policy). The Policyholder has fulfilled his/her obligation to pay the insurance premium as of the day when the insurance premium is paid to the Insurance Company or its representative (agent) in a verifiable manner.

4.1.2. Notification of an Insured Event

(1) The Buyer or the Participant must report the occurrence of an insured event within 12 hours – or if being hindered therefrom, without delay following the elimination of such hindrance – to EUB-Assistance, by specifying the following data:

- date of the cancelled Service, the name and address of the service provider
- name and address of the customer who entered into the contract governing the Service,
- name(s) of the Participant(s) cancelled,
- precisely specified reason for cancelling or interrupting the Service,
- if the reason for cancelling or interrupting the Service is someone's illness or accident, then the name, address and telephone number of the person who suffers from the illness or was injured in the accident – where such person may be contacted any time within 5 days following the notification – as well as the name and contact details of the medical service provider (e.g. doctor's office, hospital) where treatment is provided,
- the policy number
- the name, address and telephone number of the person notifying the event.

(2) The Insurance Company will not be required to pay out the insurance benefits if the Policyholder and/or the Buyer fails to notify the insured event to EUB-Assistance or to the Insurance Company within the prescribed deadline, or they fail to provide the required information, or they fail to allow for checking the content of the information provided, and as a result material conditions or circumstances necessary for the assessment of the claim may not be revealed.

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

4.1.3. Submitting documents required for benefit payout

When submitting an insurance claim, the documents listed below shall also be submitted by the Policyholder or the Buyer:

- (a) the original copy of the confirmation of coverage, as well as any other certificate of coverage or other document which proves that an insurance policy was taken out from another insurance company for the same insurable interest and was in force on the day of the insured event,
- (b) a truthfully and accurately completed insurance claim form supplied by the Insurance Company and signed by the Buyer or his/her representative,
- (c) a receipt or bank statement to evidence the payment of the insurance premium,
- (d) the contract governing the Service, as well as a confirmation issued by the service provider about booking the Service, which contains the description of the Service and its scheduled date, as well as the names of the Participants,
- (e) the invoice evidencing the price of the booked Service, and the certificate or bank account statement to evidence that the Buyer has paid the price of the Service to the service provider,
- (f) if the Service is cancelled, the invoice made out by the Service Provider evidencing the cancellation penalty, showing the scheduled date of the cancelled Service, identification data of the cancelling Participants and cancelled services, the amount of the penalty and the date of the cancellation,
- (g) in case of flight ticket cancellation, certification by the Service Provider (e.g. airline) on the date and time of cancellation and the identity of the Participants failing to use the service, and on the non-refundable part of the consideration for such flight tickets,
- (h) a written statement of cancellation submitted by the Buyer to the Service Provider,
- (i) the intact and complete voucher and/or airplane ticket made out by the Service Provider for the services not used,
- (j) a copy of the GP's log record printouts; medical findings issued by specialists, hospital discharge summaries, including at least the following data:
 - tests performed, diagnosis, recommended treatment,
 - in the event of a chronic disease: in what respect the symptoms detected differ from the patient's previous state; when the person concerned consulted a physician in connection with the given disease within one year before the booking was completed, with what complaints and what treatment was received by him/her (complete documentation of medical care, copy of medical log and test findings),
 - as at the time of medical examination, when the patient's medical condition is expected to improve to such an extent – from the medical point of view – that he/she will be able to use the Service (to travel),
 - medical log number or case number, or in case of computerized data recording, a printout of treatment-related data,
 - date, the physician's seal number and workplace identifier,
- (k) in the case of specialist care, the statement of settlement; in case of private medical care, the medical bill of the treatment received, and the certificate of payment.
- (l) the certificate of death,
- (m) in the event of the Buyer's death, the final grant of probate, or an abstracted copy or official copy thereof which clearly identifies the heir(s) and the notary's data, and/or the certificate of inheritance,
- (n) in the event of damage to or loss of the Participant's property, a police or fire department report certifying the occurrence and extent of such damage as well as the circumstances of the event, and/or a certificate of the insurance company,
- (o) in the event of a road traffic accident, a copy of the police report,
- (p) if the reason for the service cancellation or interruption is the illness or accident of a particular person, a declaration issued by such person, or by a relative authorized to act on behalf of the person, whereby they exempt the physicians and medical institutions providing the medical treatment from their confidentiality obligation with respect to the data required by the insurance company for the assessment of the claim,
- (q) if documents are stolen, a copy of the report made at the police department,
- (r) if the employment is terminated: a copy of the personal identity card, a copy of the employment contract, a copy of the official certificate of employment issued by the employer on the last day at work, a copy of the

document of employment termination (reasoned termination by the employer or the data sheet of the Insurance Company for this purpose, fully completed and signed by the employer, as well).

- (s) with respect to a failed high school graduation examination, a certificate issued by the competent educational institution confirming the date of the failed exam, and optional dates of a resit,
- (t) in case of summons for witness by court or authority, a copy of the writ of summons, as well as written certification of the fact that no absence was granted by such court or authority,
- (u) in case of a claim related to a matrimonial case, copies of the official documents expressly evidencing the fact and the date thereof,
- (v) to certify preventive treatments required in respect of the destination: vaccination booklet, a copy of the invoice or bill evidencing that the medicine has been purchased.
- (w) in case of a ticket entitling for a Service, the original ticket, or – in case of an electronic ticket or any ticket printed out by the Buyer – evidence by the Service Provider that such ticket has been disabled, meaning that it may not be used further on to make the service available or – in case of a certificate issued after the program concerned (e.g. performance / match) –, that such ticket has not been used for such service, and in both cases, evidence on any ticket fee refund concerning the given ticket together with the amount thereof.

4.1.4 The Buyer's Obligation to Prevent and Mitigate Loss or Damage

- (1) In the conduct of their activities, the Buyer shall exercise all reasonable and usual care which may be expected in the particular circumstances.
- (2) When an accident occurs or the symptoms of a disease appear, the Insured shall seek medical help within one (1) day, and shall continue to receive medical treatment until the end of the healing procedure.
- (3) If the Buyer travels abroad during the coverage period, he/she shall be required to take health-related preventive measures as prescribed by the National Public Health and Medical Officer Service (ÁNTSZ) in respect of the area of travel, including any required protective vaccination, preventive medication, administered as necessary and at the appropriate time(s) as evidenced.
- (4) The Buyer is required to cancel the Service at the service provider no later than within 1 workday after learning about a reason for cancellation. **The Insurance Company will pay a benefit which corresponds to the cancellation penalty required to be paid by the Buyer as at that time.**
- (5) The insurance shall not cover the costs that may arise during activities which are carried out to prevent loss or damage.

4.2. Obligations of the Insurance Company

4.2.1. Insurance Coverage

- (1) The Insurance Company undertakes to provide coverage in respect of certain insured events specified in Clause 4.2.2 in consideration of the payment of the insurance premium.
- (2) The insurance coverage will commence at the earliest when the insurance policy is concluded and at the same time the insurance premium is duly paid, and
 - (a) In respect of **trip cancellation**, the insurance coverage shall commence on the first day of the penalty period, or for subsequent booking, on the day when the Service is booked. The insurance coverage will be in force until the commencement of the Service– if hours and minutes are not specified, until 24:00 p.m. of the day when the Service is started – but for a maximum of 365 days, or for a maximum of 550 days under a Storno Basic product.
 - (b) In respect of **Service interruption**, the insurance coverage shall commence on the day of Service commencement, and shall be in force until the Service is finished as specified in the contract governing the Service, and in case of Storno Kombi and Air & Hotel type products, until the expiry of the travel insurance policy the latest.
- (3) **Insurance coverage for Service cancellation**
 - (a) **on the day of taking out the insurance policy, and**
 - (b) **in the event that an insurance policy is taken out after the date of booking the Service, and coverage commences simultaneously therewith, in the first 5 days of coverage,****shall only apply to accidental events.**

4.2.2 Insured Event

- (1) In respect of Service cancellation, insured events shall include:
The Participant is unable to use the Service booked by reason of any of the circumstances listed below, occurring during the period of coverage and existing until the end of the coverage period, and therefore the Buyer cancels the Service in respect of such Participant, entailing an obligation of cancellation penalty payment.

- (a) the Participant's sudden illness, with no history of related symptoms, or accident as a result of which the Participant was required to receive emergency medical care before cancelling the Service, or the Participant's death before starting to use the Service;
 - (b) illness or accident of the Participant's close relative, life partner or spouse or the illness or accident of a close relative of a life partner or spouse who also qualifies as a Participant under the same contract, which occurs suddenly, without any precedence, and as a result of which the person concerned justifiably received emergency medical care before the Service is cancelled, or if any of the above dies before the commencement of the Service,
 - (c) loss of or damage to the Participant's property caused by fire, natural perils, or third-party crime,
 - (d) any of the Participant's passport and / or identity card, driver's licence, or the vehicle registration card of the vehicle owned by the Participant are illegally misappropriated prior to the commencement of the Service, and replacement thereof is not feasible until Service commencement - not even subject to accelerated proceedings -, provided that the Service cannot be used without the documents above,
 - (e) the employment relationship of the Participant - or in case of minors, that of either of the parents - is terminated, out of no fault of their own, through termination by the Employer, provided that such employment relationship at the Employer concerned had been concluded for an indeterminate period and for at least 30 hours of work per week, and it had existed without interruption for at least one year at the time of booking the Service. The date of the insured event is the date of termination by the employer; however, the Insurance Company undertakes to provide the benefit after submission of the employer's certificate issued on the last day at work, at the earliest,
 - (f) the Participant's pregnancy if it is confirmed after the commencement of the insurance coverage. If the pregnancy was already known at the commencement of the insurance coverage, then only unexpected pregnancy complications shall be deemed as insured events (and covered under the policy) as a result of which using the Service is medically contraindicated as evidenced by the medical specialist's written opinion.
 - (g) a matrimonial action brought by one of the spouses against the Participant – or in respect of a minor, against his/her parent – during the period of coverage. The date of the insured event is the date of notification of the defendant by the court on such matrimonial action.
 - (h) if the Participant fails his/her high school graduation examination during the period of insurance, and the examination resit will take place during the scheduled term of the Service or within one month afterwards,
 - (i) if the Participant is summoned unexpectedly in writing to be heard as a witness by any authority or court during the coverage period, and he/she should attend the court or authority hearing within the duration of the Service, and the authority or court does not accept the use of the Service as a valid reason for being unavailable.
- (2) The date of the insured event is the date of the cancellation, but **Insurance Company will regard the date of the cancellation to be the first workday after the reason for trip cancellation becomes known**, and pays a benefit which corresponds maximum to the cancellation penalty required to be paid by the Buyer as at that time.
- (3) If the booking was made for a total of up to five persons, then the occurrence of any of the circumstances listed above in respect of one Participant shall be deemed as a reason for cancellation for each Participant.
- (4) In respect of **Service interruption**, insured events shall include:

For any of the reasons below, occurring during the period of coverage, the Participant interrupts the Service already commenced and travels home, back to the area of permanent residence, at least one day before the date planned, but on the day preceding the last day of coverage, at the latest:

- (a) an unexpected illness with no pre-existing conditions or an accident of the Participant or of a close relative who also qualifies as a Participant under the same contract, as a result of which they require emergency medical attention prior to the trip interruption, and then they are required to be repatriated home in order to have the medical treatment continued,
- (b) the death of the Participant, or of the Participant's close relative, or of a close relative of his/her spouse or life partner during the coverage period,
- (c) a close relative or life partner of the Participant, or a close relative of his/her spouse or life partner who uses the Service under the same contract, suffered a life-threatening medical condition, as evidenced by medical documentation,
- (d) loss of or damage to the Participant's property caused by fire, natural perils, or third-party crime,

4.2.3 Insurance Benefit

(1) Under the insurance policy, the insurance company undertakes to pay the insurance benefits set out in these policy conditions if an insured event occurs and is notified, and the legal basis for the benefit payout is verified. **The insurance pays out the benefit as an indemnity, up to the sum insured specified in the insurance policy, subject to the limits set out in the table below. The limits specified in the Benefit Table shall also prevail collectively for more than one insurance policies taken out with the Insurance Company for the reservation**

concerned. In case of several policies, the Insurance Company shall pay benefits based on the policy to provide the highest amount of benefits, and shall refund the insurance premium on any remaining policies.

	Insurance Product: Maximum sums insured and deductibles (HUF)		
	Storno Kombi Standard (add-on to complement a travel insurance policy)	Storno Kombi Plus (add-on to complement a travel insurance policy)	Storno Basic (may be taken out independently)
Upper limit of the sum insured per booking and per insured event:	1 500 000	3 000 000	2 000 000
Including a maximum sum insured per Participant:	500 000	1 500 000	500 000
Including a maximum sum insured per flight ticket in respect of the Ticket Service Fee:	15 000	15 000	15 000
In respect of cancellation, deductibles payable by the Buyer as a percentage of the benefit payout:	0%	10%	20%
In respect of cancellation, the minimum amount of deductibles per Participant payable by the Buyer:	-	-	10 000

(2) Under-insurance:

If the sum insured is less than the total price of the Service, **the insurance benefit payable by the Insurance Company shall bear the same proportion to the sum insured, as the proportion of the invoiced cancellation penalty to the total Service price. The amount of benefit thus specified shall be reduced by the current amount of deductible.**

(3) In case of **Service cancellation**, the Insurance Company will indemnify the Buyer for any amount invoiced as cancellation penalty to the Buyer by the Service Provider under the contract governing the Service, **by subtracting the amount of deductible.**

(4) In case of **Service interruption**, the Insurance Company will indemnify the Buyer for any pro-rata consideration for services not used but paid before the commencement of the Service.

(5) In case of an **Air & Hotel** product, the Insurance Company undertakes to refund the cancellation penalty per Participant **and per night up to an amount of EUR 100** in respect of accommodation costs and up to HUF 100,000 per Participant in respect of other service fees (e.g. flight ticket, other previously booked services, admission tickets to museum or sports events). (Of which the accommodation part per Participant shall cover up to 9 nights in total within the term of the contract).

(6) With respect to a single insured event, the insurance benefit paid shall be up to HUF 300 million, regardless of the number of insurance policies and insured parties.

(7) The Insurance Company and its assistance service provider undertake to maintain communication with the Insured or the person acting on behalf of the Buyer in Hungarian or in English. In the case of disputes, statements made in Hungarian shall prevail.

4.2.4 The Insurance Company's Right of Inspection

(1) If the reason for the cancellation is an accident or illness, the **Insurance Company shall be entitled** to verify if the cancellation was reasonable **by appointing a medical expert** to issue a professional opinion, even **on the basis of personal examinations**, if required.

(2) **The Buyer is required to be available** for a medical examination **at the date specified by the Insurance Company, or to procure that the person affected by the accident or illness should also be available** for medical tests. All costs incurred from a personal examination requested by the Insurance Company (including only the physician's fee, travel costs or the cost of diagnostic examinations incurred by the person examined) shall be borne by the Insurance Company.

4.2.5 Due Date of the Insurance Payout

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

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

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

5.1 The Insurance Company shall be relieved of its obligation to provide insurance benefits if the Insurance Company can prove that the insured event was caused unlawfully, by deliberate conduct or in gross negligence:

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

5.2 Gross negligence shall include the following in particular:

- (a) the insured event is caused by a pathological addiction or any overdose of medication, alcohol or drugs,**
- (b) alcohol intoxication at the time when the insured event occurred,**
- (c) the Passenger's recreational drug use or abuse of narcotic substances or medical drugs, unless they were prescribed by a physician, and were taken in the recommended manner,**
- (d) driving a motor vehicle which did not have a valid certificate of registration, or driving a motor vehicle which the driver of such vehicle did not have a valid driving license for,**
- (e) events which have occurred in relation to failure to comply with the rules applicable to the particular activity, issued by the authorities with competence at the place of the activity or by the operator of the given facilities; in the case of work, failure to observe the rules and the health and safety requirements applicable to such an activity, and in respect of sports activities, failure to meet the general safety rules of the particular sport (e.g.: protective equipment not used).**

6. Exclusions

6.1 The insurance does not cover events caused in whole or in part by:

- (a) abnormal mental conditions,**
- (b) ionizing radiation,**
- (c) nuclear energy,**
- d) war, combat operations, hostile actions of foreign forces, civil disorders, coup d'état or attempted coup d'état, riots, civil war, revolution, rebellion, demonstrations, processions, labor acts, terrorist acts, workplace disorder, border conflicts, insurrection.**
- (e) suicide or attempted suicide,**
- (f) the Participant's pathological addiction or any overdose of medication, alcohol or drugs, or withdrawal of these**
- (g) use of any weapon,**
- (h) the state of being under the influence of alcohol of the user of the Service,**
- (i) the drug use or abuse of narcotic substances or medical drugs, unless they were prescribed by a physician, and were taken in the recommended manner, by the person who is provided the Service**

6.2 Furthermore, the insurance does not cover:

- (a) any amount of duties ("tax") or elective programs, unless – pursuant to the travel contract – this amount may not be reimbursed in the event of cancellation and this fact was taken into consideration at the time of calculating the insurance premium,**
- (b) consequential and non-material loss or damage.**
- (c) any service the price of which has been settled by any kind of vouchers (e.g. Erzsébet vouchers, any vouchers issued by a travel services provider), or by any benefits available in a loyalty card or customer loyalty system (e.g. by using points collected).**

6.3 If the insurance policy is concluded without medical underwriting (medical history statement or medical tests), the insurance shall not cover diseases or accidents which:

- (a) are in part or in whole caused by any medical condition (e.g.: disease, complaint, symptom) which existed prior to the inception date of the insurance policy or the booking of the Service in the case of cancellation, and prior to the commencement of the insurance coverage in case of a interruption,**

- (b) are treated by a physician within one year prior to the commencement of the insurance coverage or the conclusion of the Service contract, or such medical treatment would have been medically required irrespective of the date of diagnosing such disease of the person by reason of whom the Service has been cancelled or interrupted,
- (c) are in connection with any permanent disability of the Service User that had been diagnosed prior to the commencement of the coverage period.

6.4 If the cost of travel or transport home of the Participant is paid by the Insurance Company under a separate travel insurance policy, then in the case of Service interruption the Buyer shall not be entitled to the reimbursement of the part of the premium to cover travel home.

6.5 Furthermore, the insurance does not cover any inability to travel due to:

- (a) psychiatric and psychological disorders,
- (b) control tests, post- or follow-up treatment,
- (c) diseases or accidents on account of which any of the following types of treatment were only applied: physiotherapy treatment, acupuncture, therapeutical gymnastics or natural healing. Exceptions therefrom include cases when any of the treatments above were applied on the basis of prior medical examination, to the physician's indication.
- (d) sexually transmitted diseases, acquired immunodeficiency syndrome (e.g. AIDS), or related illnesses,
- (e) pregnancy or usual pregnancy symptoms, childbirth, except for the case set out in Clause 4.2.2.(1)(f). The insurance does not cover cancellation or interruption of the service in connection with pregnancy or childbirth, not even in the case of complications with pregnancy, if the commencement date of the Service is later than the beginning of the 27th week of the pregnancy. The insurance coverage shall not apply furthermore to cases when a physician advises against using the Service even if the pregnancy is smooth and healthy, and the Service was booked after learning of the pregnancy,
- (f) termination of employment, provided that:

- employment is with an employer against which bankruptcy or final dissolution proceedings were in progress at the date of commencement of insurance coverage, or liquidation proceedings were instituted against such employer, on the basis of which liquidation was actually ordered,
- the party exercising the employer's powers is a close relative of the Buyer or the Participant or if the Buyer or the Participant has a majority control over such employer as set out in Section 8:2 of the Hungarian Civil Code,
- the employment is terminated any time during the probationary period,
- employment is terminated by the employer for cause, in relation to old age retirement or disability,
- the Participant was aware of it even before the date of commencement of insurance coverage.

6.6 Furthermore, the insurance does not cover cases when the competent authority refuses to grant permission to enter any of the countries included in the trip which is necessary to be provided the service, or fails to issue such permission by the time of the planned commencement of the travel service, or the Participant does not have the personal documents required for such travel or they are invalid (except for the case set out in Clause 4.2.2.(1)(d)).

6.7 The insurance does not cover costs incurred in relation to actions taken to prevent loss or damage.

6.8 The insurance does not pay out on damage or loss which is the result of the Participant's failure to comply with his/her duty to prevent and mitigate loss within the meaning of Clause 4.1.4.

7. Termination of the Policy and the Insurance Coverage, Premium Refund

7.1 The insurance policy, and at the same time the insurance coverage will terminate in the following cases:

- (a) at the maturity date specified in the insurance policy,
- (b) if the Buyer dies,
- (c) if the Policyholder files a claim for premium refund, at the date of submitting such claim for premium refund, and/or at the date and time from which the Insurance Company reimburses the premium, for the period commencing therefrom.

7.2 The Policyholder is entitled to cancel the insurance policy with immediate effect in the form a **premium refund claim**, in accordance with the following:

7.2.1 The Insurance Company agrees to refund the total amount of the insurance premium, if the Policyholder files a written claim for a premium refund no later than on the day before the commencement of the insurance coverage (before the first day of the cancellation timespan), and it can be definitely established that the insurance policy has been concluded.

7.2.2 The Insurance Company undertakes to make a partial premium refund only if the Policyholder files a written claim for a premium refund before the last day of the covered period, and the Buyer submits a written statement that he/she has no insurance claims against the Insurance Company arising out of the insurance policy concerned, and it can be definitely established that the insurance policy has been concluded. The amount reimbursed by the Insurance Company shall be a pro-rata insurance premium due from the day following the date of submission of the claim for premium refund to the policy expiry date.

8. Period of Limitation

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

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

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

9. Provisions Different from the Provisions of the Hungarian Civil Code

The limitation period applicable to claims arising out of or in relation to the insurance policy will be two (2) years, which provision derogates from the standard provision set out in Section 6:22 (1) of the Civil Code.

Európai Utazási Biztosító Zrt.

Customer Information and General Provisions Governing Insurance Policies

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

We kindly request you to carefully read the following information whereby we wish to introduce our company, and the company's organizational units dealing with customer complaints and notifications. You will be advised about the name and address of the financial authority supervising insurance companies in Hungary. You may learn how customers can submit complaints to the National Bank of Hungary and to 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 the Act on Insurance Institutions and the Insurance Business, as amended from time to time (hereinafter: Insurance Act), the insurance company is allowed to disclose customers' personal data which qualify as confidential data related to insurance. This document will cover the most important to-dos before signing an insurance application, including information on the concepts and practice of personal data management, in order to allow you to make an informed legal statement about your intention to take out an insurance policy. You may also find useful information on the rules of taxation with respect to insurance policies, as well.

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

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

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

I. Information about the Insurance Company

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

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

Telephone: (36-1) 452-3580,

fax: (36-1) 452-3312.

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

The company's share capital: HUF 400 000 000

Primary business activity: non-life insurance.

Company form: company limited by shares

Company classification: private

The Company's shareholders:

Generali Biztosító Zrt. 61%

Europäische Reiseversicherung AG, München 26%

Europäische Reiseversicherung AG, Vienna 13%

II. Customer Service

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

Customer Service – Contact Information

Telephone: (1) 452-3580

Fax: (36-1) 452-3312

E-mail: ugyfelszolgalat@eub.hu

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

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

III. Handling Complaints

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

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

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

You may find additional 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: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.

Mailing Address: Magyar Nemzeti Bank (National Bank of Hungary) 1850 Budapest

Central telephone number: (36-1) 428-2600

Central fax number: (36-1) 429-8000

E-mail: info@mnbb.hu

Web address: <http://www.mnbb.hu/felugyelet>

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

Telephone number of the Customer Service: (36-80) 203-776

Customer Service Email Address: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

You are kindly reminded of the Financial Supervision's customer protection website (<http://www.mnbb.hu/fogyasztovedelem>), 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 [Subsections a)-d) hereinafter collectively referred to 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 Act on the National Bank of Hungary, after having lodged a complaint orally or in writing with the insurance company if the consumer did not receive a response, or the investigation of the complaint was not in compliance with the law, or another infringement of consumer rights, defined in the legislation referred to above, may be presumed from the response of the insurance company.

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

V. Financial Arbitration Board Proceedings, Mediation Proceedings, Litigation

V.1. 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

Registered Seat: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.

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

In respect of settlement issues, policy amendments, write to: H-1525 Budapest, PO Box: 670.

In respect of general matters, write to: H-1525 Budapest, PO Box: 172.

Telephone: (36-80) 203-776

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

V.2. 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.

V.3. 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 and insurance intermediaries that pertain to the personal particulars, financial standing and business affairs of customers (including injured parties) of insurance companies, reinsurers and insurance intermediaries, and to the insurance policies that such customers have concluded with an insurance company or reinsurer.

Confidential insurance information shall, in particular, include:

- personal particulars of the insurance company's customers;
 - insured properties and their value;
 - sum insured;
 - life, accident, illness or liability insurance policies;
- information related to medical conditions;

- the amount of the benefit paid out and its payment date;
- all material information, data and conditions related to the insurance policy, its conclusion and registration, as well as to the insurance benefits.

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

VI.1. Purposes of Data Processing

VI.1.1. Processing data for the purposes of keeping records of insurance policies, performing obligations 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. Customers of the insurance company shall include policyholders, insured persons, beneficiaries, injured parties, persons who submitted insurance application to the insurance company, and any other person entitled to receive insurance benefits from the insurance company, and in respect of independent insurance intermediaries, persons who concluded a brokerage contract with the independent insurance intermediary. 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. Processing data for the purposes of protecting the insured pool

Please note that in order to protect the interest of the insured pool, the insurance company may request other insurance companies in respect of performing their obligations required by law or agreed in the insurance policy and under the authority of Section 149 of the Insurance Act, to disclose information to the extent specified in Section 149 (3)-(6) of the Insurance Act, which is processed by the requested insurance company for the purposes set out in Section 135 (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 following information in respect of the conclusion and performance of policies classified into the insurance classes of accident and illness insurance:

- personal identification data of policyholders, insured parties and beneficiaries;
- medical information of prospective insured or insured persons related to the insurable risks, disclosed at the time of the respective data collection;
- claims history information of the persons referred to in subsection a) above, in respect of insurance policies belonging to the insurance classes specified in this paragraph;
- information underlying the assessment of the risks identified in relation to the insurance policy taken out from the disclosing insurance company; and
- information used for the determination of the legal grounds of insurance benefits claimed on the insurance policy taken out from the disclosing insurance company;

– the following information in respect of the conclusion and performance of policies classified into the insurance classes of insurance of goods in transit (including merchandise, baggage, and all other goods), fire and natural forces, other damage to property, surety, guarantee, miscellaneous financial loss, legal expenses, and emergency assistance:

- personal identification data of policyholders, insured parties, beneficiaries and the injured parties;
- information required for the identification of insurable or insured property or assets, claims or property rights;
- claims history information concerning the property, assets, claims or property rights referred to in subsection a) above;
- information underlying the assessment of the risks identified in relation to the insurance policy taken out from the disclosing insurance company; and

e) information used for the determination of the legal grounds of insurance benefits claimed on the insurance policy taken out from the disclosing insurance company;

– the following information in respect of the conclusion and performance of policies classified into the insurance classes of general liability insurance:

a) the personal identification data of the injured party, subject to his/her prior written consent;

b) the personal identification data of the policyholder, the insured and the beneficiary, as well as data specified in subsections b)-e) above;

c) subject to the prior written consent of the injured parties, the medical information of persons who file claims for personal injury or claims for restitution due to a personality infringement, disclosed at the time of the respective data collection in respect of the insured risks;

d) information of a claimant who files a claim for property damage, as long as such information does not contain personal data pertaining to a previous insured event which occurred under any insurance classified to the insurance lines specified in this paragraph;

e) subject to the prior approval of the injured person, information of a claimant who files a claim for personal injuries, or compensation, pertaining to a previous insured event which occurred under any insurance classified to the insurance lines specified in this paragraph.

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 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 fact of any information request, the range of the information requested and its delivery, at least once during the insured period. If a customer requests information pursuant to and in the manner set out in the Act on informational self-determination and the freedom of information, and the insurance company – with regard to the above – no longer processes the requested data, the insurance company shall notify the customer of such fact.

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 159 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

VI.2.1 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, 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 contract as long as any claim can be enforced in connection with the frustration of the contract. All accounting documents produced in connection with the conclusion and administration of insurance

policies shall be retained by the insurance company for 8 years in accordance with the requirement set forth in Section 169 of Act C of 2000 on Accounting (hereinafter: Act on Accounting).

VI.2.2 If the customer complaint is handled over the phone, the telephone conversation between the insurance company and the customer shall be recorded, and the recording shall be retained for five years.

VI.2.3 The Insurance Company shall retain the complaint and its response to the complaint for five (5) years, and shall present it to the Financial Supervision if so requested.

VI.2.4 The Insurance Company shall process the data obtained from other insurance companies for the purpose of protecting the insured pool as described in Clause VI.1.2, subject to the conditions and for the period set out in Clause VI.1.2.

VI.2.5 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

VI.3.1 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 135 and 159 of the Insurance Act and Section 169 of the Information Act, and with respect to data exchange between insurance companies for the protection of the insured pool, by Section 149 of the Insurance Act. 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.

VI.3.2. 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.

VI.3.3 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.

VI.3.4 The Insurance Company may process person data for other purposes if it is specifically consented in advance by the natural person data subjects. 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 be advised that your personal data as well as your confidential insurance data may be accessed to the extent determined by the company only by the company's employees duly authorized to access such data for the respective data processing purpose, or by 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, and 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.5.1-VI.5.5.

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. Please note that in addition to the above data processing agent, the Company employs data processing administrators for performing data processing activities. For more details, visit www.eub.hu

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:

- if the insurance company's customer or his/her representative grants a written exemption indicating the precise extent of the information which may be disclosed,
- if the duty of confidentiality does not apply, pursuant to the Insurance Act.
- if it comes to the knowledge of the certification body appointed by the insurance company, or its subcontracted while performing certification proceedings.

VI.5.1. 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) after an investigating is ordered, the authorities and the public prosecutor's office,
- c) in criminal proceedings, in administrative and non-contentious proceedings, during the judicial review of administrative decisions the competent court, or the experts appointed by the court, as well as a self-employed private bailiff acting in an enforcement action, the main creditor, the Family Insolvency Service, the insolvency administrator, and the court acting in debt settlement proceedings of natural persons,
- d) the notaries public and the experts appointed by them in connection with probate cases,
- e) the tax authority in connection with tax matters where the insurance company is required by law to disclose specific information to the tax authority upon request and/or to disclose data concerning any payment made under an insurance policy that is subject to tax liability,
- f) the National Security Service when acting in an official capacity,
- g) the Hungarian Competition Authority when acting in an official capacity,
- h) the Children and Youth Services acting in an official capacity,
- i) the public health authority specified in Section 108 (2) of Act CLIV of 1997 on Health Care,
- j) the agencies authorized to use secret service means and to conduct covert investigations if the conditions set forth in legislation are provided for,
- k) the reinsurer, other group entities, as well as the participating insurance companies in the case of co-insurance,
- l) with respect to data disclosed as governed in the Insurance Act, the office maintaining central insurance policy records, the official body maintaining claim history records, the Transport Administration Office in respect of administrative proceedings required for road traffic administration duties related to vehicles not registered in the national vehicle register, and the road traffic administration body,
- m) the recipient insurance company, in respect of insurance policies transferred in an insurance portfolio transfer, in accordance with the provisions of the related agreement,
- 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) in respect of data required for the performance of outsourced activities, the entity performing the outsourced activities, while in respect of data required for auditing, the auditor,
- p) third-country insurance companies and insurance intermediaries 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 (bonus-malus system) from the records of the previous carrier in cases set forth in the Ministerial Decree on the issuance of claim history certificates, and the classification of customers therein,

t) the body assessing the agricultural damage or loss, the agricultural administrative office, the body responsible for the mitigation of agricultural losses, and the agricultural analysis institution overseen by the ministry headed by the Minister in charge of rural policy, if the insured claims on a subsidized agricultural insurance policy upon receipt of a written request from an agency or person referred to in points a)-j), n), s) and t) indicating the name of the customer or the description of the insurance policy, the type of data requested and the purpose and grounds for requesting data. The bodies or persons referred to in points p)-s) 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.

The duty to retain insurance information in confidence shall not apply to financial institutions specified in the Act on Credit Institutions, in respect of insurance policies related to claims arising from financial services, if the financial institution sends a written request to the insurance company which specified the customer's name, or the insurance policy's reference number, the types of data requested as well as the purpose of the data request.

The duty of confidentiality is not breached if, pursuant to Act XIX of 2014 on the promulgation of the Agreement between the Government of Hungary and the Government of the United States of America to Improve International Tax Compliance and to Implement FATCA and on the amendment of other related acts (hereinafter: FATCA Act) , data reports are submitted to the Hungarian State Tax Office in order to comply with the reporting obligation set out in Section 43/B–43/C of Act XXXVII of 2013 on the rules of international public administration cooperation related to taxes and other public duties (hereinafter: Aktv).

The duty of confidentiality is not breached if the data reports are submitted by the insurance company to the tax office in order to comply with the reporting obligation set out in Section 43/H of the Aktv as well as in Sections 43/B és 43/C of the Aktv pursuant to the FATCA Act.

VI.5.2 On the written request of the National Security Service, the Public Prosecutor's Office, and upon the approval of the State Prosecutor, the investigating authorities, the insurance company is 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 duty to retain insurance information in confidence does not apply if the insurance company is required to comply with its reporting obligation imposed by the Act on the Implementation of Financial and Asset-related Restrictive Measures ordered by the European Union.

The duty of confidentiality is not breached if the findings of a group supervision are delivered to the ultimate parent company of the financial group when a supervision is performed on a consolidated basis.

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 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 in writing.

VI.5.3 The duty of confidentiality is not breached when the insurance company transfers information to a third-country insurance company or reinsurer or to a third-country data processing agency:

- 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.5.4 The following shall not be a violation of keeping information related to insurance confidential

- 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) disclosure of information, other than personal data, to the minister for legislative purposes and in connection with the completion of feasibility studies,
- d) in the event of data disclosure to comply with 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 Clause VI.5.1 or points a) and b) of Clause VI.5.2.

The insurance company is allowed to disclose the personal data of customers in the cases and to the bodies set out in Clauses VI.5.1 – VI.5.4 and in Clause VI.1.2.

VI.5.5 No information may be withheld with reference to the duty to keep insurance information confidential in respect of the reporting obligation applicable to data of public interest and data public on grounds of public interest set out in the Information Act.

VI.6. Rights related to Data Processing and their Enforcement

At the request of a data subject, the Insurance Company is required to inform the data subject using clear and plain language, as soon as possible but no later than 25 days after the submission of the data subject's written request, of the extent of the personal data managed by the insurance company or processed by an outsourcing 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, in the event of a data processing incident, the circumstances and impact of such incident, as well as the corrective measures put in place, 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. In other cases, full cost recovery may be applied. The costs already paid shall be refunded if data was processed illegally, or if the request led to data corrections.

The data subject may request that his 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 personal data be blocked or deleted. The insurance company shall make the data corrections requested by a data subject in its records.

In the cases specified in the Information Act, 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 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.

Data subjects may submit their objections or requests in connection with the processing of their personal data to the Insurance Company --- orally (in person) or in writing (submitting a written document in person or by a third person, or sending it in a postal or electronic mail, or by fax) to the addresses contained in Clauses II or III herein, addressed to the attention of the Insurance Company's Chief Data Protection Officer. These requests, objections or complaints will be investigated by the Legal Department of the Insurance Company in cooperation with the Chief Data Protection Officer.

A data subject is entitled to request an investigation from the National Authority for Data Protection and Freedom of Information if an objection, complaint or request filed by the data subject in connection with the processing of his/her personal data could not be adequately resolved or settled by the Insurance Company, or 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

Website: www.naih.hu

Processing data of a deceased person shall be subject to the provisions on the processing of personal data. The rights of a deceased person in terms of data processing may be exercised by the estate 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 bank card – the policyholder is obliged to pay the insurance premium by a bank card suitable for performing online payment through the insurance company's online insurance application system at the time of concluding the insurance policy.

The insurance policy may set forth provisions which may derogate from the above.

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. Independent insurance intermediaries may be multiple agents who are contracted with several insurance companies at the same time, and sell competitive products of such insurers. Any loss or damage caused by the activities of tied insurance intermediaries shall be the liability of the insurance company.

Independent insurance intermediaries may also be brokers who act in representation of the customer, and sell competitive products of such insurers.

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 independent insurance intermediary may receive insurance premiums as assigned by clients and if authorized to do so by the insurance company. Independent insurance intermediaries are not authorized to receive insurance premiums on behalf of the insurance company.

A tied (exclusive) agent 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. Tied agents are not authorized to receive insurance premiums in excess of the above limit.

Neither tied insurance agents nor independent insurance intermediaries are authorized to participate in making benefit payments to customers on behalf of the insurance company.

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

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

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

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

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

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

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

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

XI. Miscellaneous Provisions

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

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

XI.3. The insurance company shall only conclude the insurance policy if the policyholders is not subject to

- any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions; or
- any trade or economic sanctions, or other statutory penalties under the laws or regulations of the European Union or the United States of America, including in particular the EU System of Financial Penalties and the Consolidated Sanctions List of the US Department of Treasury's Office of Foreign Asset Control ('OFAC').

No insured, beneficiary or other recipient of insurance benefits or proceeds (hereinafter jointly referred to as: recipient of payment) may be validly designated in the insurance policy if such person is subject to the sanctions, prohibitions or restrictions referred to above.

The insurance policy, or the respective sections, will be terminated if the policyholder or the recipient of payment had been subject to the above sanctions, prohibitions or restrictions prior to the conclusion of the insurance policy. In that case the insurance policy will be terminated as of the date when such sanctions, prohibitions or restrictions took effect.

The insurance company shall not be liable to pay any claim or provide any benefit to recipients of payment who are subject to such sanctions, prohibitions or restrictions.

XII. Governing Law

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

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

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

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

Effective from: May 15, 2017

BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK 2017. május 15-től visszavonásig + EUB logo stb.

UTASBIZTOSÍTÁS (EUB2017-01U1)
STORNO BIZTOSÍTÁS (EUB2017-01ST)
Ügyfélértékelő

68. oldal
104. oldal
116. oldal

UTASBIZTOSÍTÁS EUB2017-01U1

A társaság az IVASS által vezetett olasz Biztosítói Csoportok Nyilvántartásában 26-os számon szereplő Generali Csoporthoz tartozik.

I. RÉSZ SZOLGÁLTATÁS-TÁBLÁZAT

Termék-típusok (előtte a típus betűjele):	Biztosítási termékek neve és szolgáltatási szintek jelölése				
	1. szolgáltatási szint	2. szolgáltatási szint	3. szolgáltatási szint	4. szolgáltatási szint	5. szolgáltatási szint
K -Klasszikus termékek	TOP EXTRA	TOP	NÍVÓ	-	-
T - Tengerpart termékek	TENGERPART EXTRA	TENGERPART TOP	TENGERPART NÍVÓ	-	-
R - Repülő termékek	AIR & CRUISE EXTRA	AIR & CRUISE TOP	AIR NÍVÓ EURÓPA ÉVES BÉRLET AIR & HOTEL	-	-
S -Télisport termékek	SÍ-EXTRA	SÍ-PROFI	SÍ-SZTÁR	-	-
J – Junior termékek	-	-	-	EURO 30	WORLD 30
F - Fizikai munkavállalásra vonatkozó termékek	-	-	MESTER MESTER EEK ÉVES BÉRLET	-	PRAKTIKUM 30
A) Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás (kárbiztosítás)	Biztosítási összegek (Ft - ettől eltérő esetben külön jelölve) A betűvel jelzett szolgáltatásokat kizárólag az adott betűvel jelölt termék-típus tartalmazza. A betűjel-nélküli szolgáltatások minden, az adott szolgáltatási szinthez tartozó termékre érvényesek.				

Orvosi és mentési költségek térítése összesen (Ha az A) 2.1.(2) pontban meghatározott feltételek nem teljesülnek, a Biztosító a felmerült költségek megtérítését legfeljebb 150 €-ig vállalja):	125.000.000	75.000.000	30.000.000	5.000.000	50.000.000
Ezen belül:					
- mentőhelikopteres mentés	20.000.000	10.000.000	5.000.000	2.500.000	5.000.000
- hegyi- és vízi mentés	10.000.000	5.000.000	2.500.000	1.500.000	1.500.000
- mentőautóval történő szállítás	10.000.000	5.000.000	2.500.000	1.500.000	1.500.000
- hiperbár-kamrás kezelés	(T) (R) 10 000 000	(T) (R) 4 000 000	(T) (R) 2 000 000	-	-
- mentőhelikopteres szállítás szárazföldi egészségügyi ellátóhoz	(R) 10.000.000	(R) 5.000.000	-	-	-
- sürgősségi fogászati ellátás	€ 500	€ 400	€ 300	€ 200	€ 200
- kórházi napi térítés a biztosított részére, ha a kórházi költségek megtérítése EEK vagy más biztosítás alapján történik (Ft/kórházban töltött éjszaka)	25.000	15.000	10.000	10,000	10.000
- egyensúlyban lévő krónikus betegségek váratlan rosszabbodása esetén felmerülő költségek (EEK országokban kizárólag az érvényes EEK alapján meg nem térülő költségek)	10.000.000	5.000.000	Mester EEK termék esetén: - 2.500.000	-	-
Hazaszállítás megszervezése, a többletköltségek térítése	limit nélkül	limit nélkül	limit nélkül	limit nélkül	limit nélkül
Egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatások:	24 órás magyar nyelvű segítségnyújtás				
Holttest hazaszállításának megszervezése, a felmerült költségek térítése	limit nélkül	limit nélkül	limit nélkül	limit nélkül	limit nélkül
B) További utazási segítségnyújtás (kárbiztosítás)					
Hazautazás időpontjának változása betegség vagy baleset miatt				-	
- Biztosított részére szállásköltség összesen (max. 7 éj)	€ 500	€ 300	€ 150		€ 200
- utastárs részére szállásköltség összesen (max. 7 éj)	€ 500	€ 300	€ 150		€ 200
- utastársnak a Biztosítottal egyidőben történő hazautazása miatt felmerülő közlekedési költségek térítése:	500.000	200.000	100.000		200.000
Utasárs szállásköltsége a Biztosított kórházi ellátása alatt össz. (max. 7 éj)	€ 500	€ 300	€ 150	-	€ 200
Beteglátogatás: - közlekedési költségek	1.000.000	400.000	200.000	200.000	400.000
- szállásköltség összesen (max. 7 éj)	€ 500	€ 300	€ 150	€ 150	€ 200
Gyermek hazaszállítása (ezen belül indokolt szállásköltség max. € 100 /fő/éjszaka)	1.000.000	400.000	200.000	200.000	
Idő előtti hazautazás otthoni hozzátartozó betegsége vagy halála miatt	500.000	200.000	100.000	-	200.000
Tolmácsszolgálat betegség, baleset vagy gépjármű meghibásodása esetén	30.000	15.000	-	-	-
Felkutatás, mentés időjárási körülmények miatt (10%, de minimum € 100 önrész)	(T)(R)(S) 2.000.000	(T)(R)(S) 1.000.000	(T)(S) 500.000	-	-
Pénzsegély-közvetítés	800.000	200.000	100.000	-	-
Információ útiokmány elvesztése esetén	Szolgáltatás	Szolgáltatás	Szolgáltatás	Szolgáltatás	Szolgáltatás
Otthon-védelem- váratlan hazautazásra vonatkozó szolgáltatás	500.000	200.000	100.000	-	-
Telefonos orvosi tanácsadás magyar nyelven	24 órás szolgáltatás	24 órás szolgáltatás	24 órás szolgáltatás	24 órás szolgáltatás	24 órás szolgáltatás
Az utazás folytatása vagy a hazautazás megszervezése, ha szárazföldi orvosi ellátás miatt a hajút félbeszakadt	(R) 500.000	(R) 200.000	-	-	-

Síberlet árának visszatérítése a biztosított betegsége vagy balesete esetén	(S) 100.000	(S) 50.000	(S) 15.000	-	-
Információ autómentő-cégről	Szolgáltatás	Szolgáltatás	Szolgáltatás	-	-
Sofőr küldés a Biztosított betegsége vagy balesete esetén	300.000	100.000	50.000	-	-
Kisállat biztosítás baleset esetén	30.000	15.000	-	-	-
C) Balesetbiztosítás (összegbiztosítás)					
Baleseti eredetű halálra vonatkozó biztosítás	4.000.000	3.000.000	1.500.000 (S) további 500.000	-	-
Légikatasztrófa biztosítás (a baleseti eredetű halálra vonatkozó biztosításon felül)	(R) 4.000.000	(R) 3.000.000	(R) 500.000	-	-
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás (100 % mértékű egészségkárosodás elérése esetén)	8.000.000	3.000.000	1.500.000	-	-
Baleseti kórházi napi térítés (Ft/kórházban töltött éjszaka)	2.000	1.000	-	-	-
D) Poggyászbiztosítás (kárbiztosítás)					
Jogtalan eltulajdonítás, közlekedési baleset és gépjárműben műszaki tűz, elemi kár, és személy súlyos balesetével összefüggő károk esetén összesen, ezen belül:	400.000	300.000	200.000	150.000	200.000
- mobiltelefonra és hordozható számítógépekre vonatkozó szolgáltatás összesen	300.000	100.000	50.000	-	-
- útiokmányok pótlására vonatkozó költségtérítés	limit nélkül	15.000	5.000	5.000	5.000
- útiokmányok pótlásával kapcsolatos külföldi utazási és konzulátusi költségek megtérítése	50.000	25.000	10.000	-	-
- bankkártya-pótlás költségeinek megtérítése	20.000	10.000	5.000		
Légi- vagy hajótársaság kezelésében igazolt eltűnés vagy sérülés összesen, ezen belül:	(R) 500.000	(R) 350.000	(R)(F) 225.000	-	(R)(F) 50.000
- hordozható számítógép és kamera fedezet, ha az jogszabály alapján nem szállítható kézipoggyászként	(R) 100.000	(R) 50.000	(R) 25.000		(R) 50.000
- sérült poggyász javítása vagy pótlása	(R) 50.000	(R) 25.000	(R) 10.000		-
Bármely biztosítási eseményre érvényes limitek:					
- tárgyankénti limit	100.000	80.000	50.000	25.000	25.000
- csomagonkénti limit	200.000	140.000	70.000	50.000	50.000
- télisport-felszerelés biztosítása összesen	(S) 400.000	(S) 300.000	(S) 150.000	-	-
- sporteszközökre vonatkozó biztosítás összesen	(T) (R) 200.000	(T) (R) 150.000	(T) (R) 100.000	-	-
- munkaeszközökre vonatkozó biztosítás összesen	-	-	(F) 100.000	-	(F) 100.000
E) Poggyászkésedelem (odaúton) (kárbiztosítás)					
- 6-12 óra közötti poggyászkésedelem esetén	(R) 10.000	-	-	-	-
- 12 órát meghaladó, legfeljebb 24 órás poggyászkésedelem esetén	(R) 40.000	(R) 10.000	-	-	-
- 24 órát meghaladó poggyászkésedelem esetén	(R) 80.000	(R) 50.000	(R) 10.000	-	-
F) Járatkésés külföldön és hazaérkezéskor (4 órán túli) (kárbiztosítás)					
Járatkésés – külföldön	(R) 40.000	(R) 20.000	-	-	-
Járatkésés hazaérkezéskor	(R) 20.000	(R) 5.000	-	-	-
G) Air Assistance – légipoggyász-károkra és járatkésésre vonatkozó szolgáltatás (kárbiztosítás)					

- légitársasági kártérítés behajtásának ügyintézési költsége (legfeljebb a behajtott összeg 20 %-a)	(R) 40.000	(R) 25.000	(R) 5.000	-	-
- légitársasági kártérítésre vonatkozó előleg fizetése E) Poggyászkésedelem, F) Járatkésés és D) Légitársaság kezelésében eltűnt vagy sérült poggyász szolgáltatások esetén	E), F), D) limiteken belül	E), F), D) limiteken belül	E), F), D) limiteken belül	-	-
- telefonos tanácsadás légi utazással kapcsolatos károk esetén	0-24 h szolgáltatás	0-24 h szolgáltatás	0-24 h szolgáltatás	-	-
H) Légi járat lekéseése közlekedési baleset vagy szárazföldi tömegközlekedés késése miatt (kárbiztosítás)					
- jegy-átírás vagy új repülőjegy költsége	(R) 100.000	(R) 25.000	-	-	-
I) Felelősségbiztosítás és jogvédelem (kárbiztosítás)					
Személyi sérüléssel összefüggő dologi károk és orvosi ellátás költségeinek megtérítése, Eljárási költségek és ügyvédi munkadíj megfizetése	8.000.000	2.000.000	500.000	500.000	2.000.000
- kivéve télisport termékek esetén, ahol összesen	(S) 9 000 000	(S) 5 000 000	(S) 2 500 000	-	
- ezen belül szakmai felelősségbiztosítás	-	-	-	-	(F) 1.000.000
J) Szállodai- és kemping-felelősségbiztosítás (kárbiztosítás)		-	-		
- kártérítési összeg megtérítése (10% önrész)	50.000 (T) (R) további 100.000	(T) (R) 60.000	(T) 40.000	-	-

Autó Extra kiegészítő szolgáltatások	Autó-Extra gépjármű-segítségnyújtás
K) Gépjármű segítségnyújtás (kárbiztosítás)	Biztosítási összegek (Ft - ettől eltérő esetben külön jelölve)
Szervizbe szállítás vagy helyszíni segítségnyújtás	€ 250
Gépjármű tárolása	€ 100
Kapcsolattartás a szervizzel (Figyelem ! Javítási költségekre a biztosítás nem terjed ki.)	Szolgáltatás
Hazaszállítás autómentővel <u>közlekedési baleset</u> esetén (önrészesedés: 25.000 Ft):	500.000
Hazaszállítás autómentővel <u>műszaki meghibásodás</u> esetén (önrészesedés: 25.000 Ft):	350.000
Gépjárműben utazó személyekre vonatkozó szolgáltatások (összes utasra együttesen): gépjárműben utazók továbbutazásának megszervezése, szállásköltségének megtérítése, visszautazás megjavított gépjárműért, közlekedési költségek térítése, bérautó biztosítása	€ 700 (ezen belül az autóban utazó biztosított személyenként legfeljebb € 100)
Telefon- és faxköltségek megtérítése	15.000

Szolgáltatás-táblázat (b) rész Sport Extra kiegészítő szolgáltatások	TOP EXTRA	TOP	NÍVÓ
A) Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás (kárbiztosítás)	Biztosítási összegek (Ft)		
Hiperbár-kamrás kezelés külföldön	10 000 000	4 000 000	2 000 000
Hiperbár-kamrás kezelés a lakóhely szerinti országban	500 000	300 000	200 000
B) További utazási segítségnyújtás (kárbiztosítás)			
A Biztosított felkutatása	2.000.000	1.000.000	500.000
D) Poggyászbiztosítás (kárbiztosítás)			
- ezen belül sporteszközökre vonatkozó biztosítás	200 000	150 000	100 000
Versenysport fedezet 70 éves korig 4.1.1.(3)(a) pont szerint	Szolgáltatás	Szolgáltatás	Szolgáltatás
Egészségügyi ellátás folytatása a lakóhely szerinti országban	Szolgáltatás	Szolgáltatás	Szolgáltatás
II. A) 3. pont szerint			

II. rész TARTALOMJEGYZÉK - UTASBIZTOSÍTÁS – EUB2017-01U1

I. rész Szolgáltatás-táblázat	74. oldal
II. rész Tartalomjegyzék	78. oldal
III. rész Fogalmak	78. oldal
IV. rész Általános és különös feltételek	72. oldal
IV./I. Általános Feltételek	72. oldal
IV./II. Különös Feltételek	82. oldal

III. rész FOGALMAK

(1) 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 – Kisállat-biztosítás esetén állatorvos - által igazolt olyan anatómiai károsodást okoz, amely akut módon célirányos gyógyító beavatkozást indokol.

Nem minősülnek balesetnek: a gyermekbénulás és a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok-, és/vagy agyvelőgyulladás, a veszettség, a tetanuszfertőzés, az ember vagy állat vagy egyéb élőlény által terjesztett bármely fertőzés még abban az esetben sem, ha balesetszerű fizikális ok váltja ki, a fagyás, kihűlés, kimerültség, a napszúrás, a megemelés és a hőség, a foglalkozási betegség (ártalom), anatómiai képlet igazolt friss sérülésével nem járó, akut nyílt műtéti beavatkozást nem igénylő úgynevezett rándulós balesetek, porckorongsér és egyéb sérvesedési megbetegedések, ahol a friss baleseti eseménnyel közvetlen okozati összefüggésben anatómiai elváltozás a rendelkezésre álló orvosi iratok alapján nem állapítható meg. **Kisállat-biztosítás** vonatkozásában **nem minősül balesetnek továbbá a mérgezés.**

(2) Biztosítási esemény: a különös feltételekben tételesen meghatározott - a kockázatviselés kezdetéhez képest jövőbeni okkalt okozati összefüggésben a kockázatviselés tartama alatt és a biztosítási szerződés területi hatályán belül bekövetkező - események köre, melyekre vonatkozóan a Biztosító fedezetet nyújt.

- (3) **Biztosítási időszak:** a biztosítási kötvényen megjelölt időszak, amely azonos a biztosítás tartamával.
- (4) **Biztosítási összeg:** a biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító szolgáltatási kötelezettségének felső határa.
- (5) **Biztosítási szerződés:** a kötvény és az abban meghatározott biztosítási feltételek együttesen.
- (6) **Dologi kár:** ha valamilyen dolog megsérül, megsemmisül, vagy használhatatlanná válik.
- (7) **EEK:** Európai Egészségbiztosítási Kártya.
- (8) **EEK-országok:** azok az országok, amelyekben az egészségügyi ellátás a hatályos jogszabályok szerint EEK kártyával igénybe vehető.
- (9) **EUB-Assistance:** a Biztosító jelen biztosítási szerződés teljesítése során igénybe vett közreműködője, az Europ Assistance Magyarország Kft. (1134 Budapest, Dévai u. 26-28.), aki a Biztosító telefonon keresztül éjjel-nappal elérhető segítségnyújtó szolgálatát működteti. (Tel.: +361 465 3666, Autó-Extra termékre vonatkozóan Tel.: +361 236 7536).
- (10) **Elemi kár:** villámcsapás, vihar, jégverés, sziklaomlás, kőomlás, lavina, földcsuszamlás, felhőszakadás, árvíz, földrengés, melynek bekövetkezése az adott helyszínen az illetékes szakhatóság által dokumentált.
- (11) **Éves bérlet:** olyan Biztosítási szerződés, amelynél a biztosítási időszak a biztosítási kötvényen a biztosítás kezdeteként megjelölt időponttól számított egy év, és ezen időszakon belül a Biztosító kockázatviselése egy adott külföldi utazás megkezdésének időpontjában kezdődik, és annak befejeződéséig, de legfeljebb a kezdő időponttól számított 30 napig, vagy – kizárólag Európa Éves Bérlet biztosítási termék esetén – 15 napig tart. A kockázatviselés kiterjed a **téli sportok** hobbi sportolóként történő – nem versenyszerű – gyakorlására is.
- (12) **Fizikai munkavégzés:** olyan munkavégzés, amely jelentős fizikai erőfeszítést igényel illetve - pl. a munkavégzés helyszínéből vagy körülményeiből adódóan – a szellemi jellegű irodai munkavégzés kockázatát meghaladó balesetveszéllyel jár. Busz és 3,5 tonna össztömeget meg nem haladó tehergépjármű vezetése nem minősül fizikai munkavégzésnek (szállítmány rakodása azonban igen!).
- (13) **Hajótársaság:** a saját üzemeltetésében álló - legalább 100 fő utas befogadására alkalmas - hajón hotel-szolgáltatást, étkezést és a hajón igénybe vehető szórakoztató programokat utazási csomagban (továbbiakban hajóút) jogszerűen értékesítő vállalkozás.
- (14) **Hiteles orvosi dokumentáció:** a biztosítási esemény bekövetkezésének helyén működési engedéllyel rendelkező orvos által kiállított orvosi szakvélemény, 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.
- (15) **Hordozható számítógép:** jelen szerződés vonatkozásában hordozható számítógépnek minősülnek: netbook, notebook, laptop, tablet, e-book olvasó.
- (16) **Kizárás:** a biztosító a kockázatviselésének köréből kizár a biztosítási feltételekben meghatározott eseményeket, amelyek így nem minősülnek biztosítási eseménynek, mely esetekben a biztosító nem nyújt szolgáltatást.
- (17) **Kórház:** az egészségügyi ellátás országában illetékes hatóság és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás és 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. **Kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésben** részesül az a személy, aki legalább egy éjszakát a kórházban tölt. A kórházi fekvőbeteg-gyógykezelés a kórházi ápolás első napjával kezdődik és annak utolsó napjáig tart.
- (18) **Kötvény:** a biztosító által a szerződő fél részére hozzáférhetővé tett bármilyen 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.
- (19) **Közlekedési baleset:** A Biztosítottat ért, a bekövetkezés helyén illetékes rendőrség által jegyzőkönyvvel dokumentált, mozgó jármű haladásával, vagy megállásával összefüggésben bekövetkezett baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként, vagy utasaként szenved balesetet.
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.
- (20) **Közlekedési költség:** a biztosítási eseménnyel összefüggésben felmerült rendkívüli közlekedési költség, amely gépjármű esetén legfeljebb 10 l/km üzemanyag és az úthasználati díj, tömegközlekedési eszköz esetén pedig az átlagos színvonalú utazás költségeinek megtérítését jelenti.

Külföldről történő hazautazás esetén a Biztosító közlekedési költségek térítését csak abban az esetben vállalja, ha a biztosított hazautazása a kockázatviselés tartamán belül igazolható módon megoldott lett volna, és ennek igénybe vétele kizárólag a biztosítási esemény bekövetkezése miatt nem lehetséges.

(21) Külföld: a lakóhely országán és Magyarországon kívül a Föld minden más országának területe. A külképviseletek területe a biztosítási szerződés vonatkozásában nem minősül a képviselt állam területének, hanem azon ország területének tekintendő, amelynek területén földrajzilag található.

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

(23) Lakóhely: ahol a Biztosított állandó bejelentett lakcímmel rendelkezik, vagy – kizárólag akkor, ha az adott országban a hatályos jogszabályok a lakcím bejelentését nem írják elő – az a lakcím, ahol a Biztosított életvitelszerűen tartózkodik.

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

(25) Online szerződéskötő rendszer: a biztosító használatában álló, vagy általa jóváhagyott elektronikus szerződéskötő alkalmazások, amelyek alkalmasak a biztosítási 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.

(26) Orvosi ellátással kapcsolatos fogalmak:

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

(b) Sürgősségi (orvosi) ellátás: olyan, az általános orvosi vagy – kisállatbiztosítás esetén állatorvosi - gyakorlat alapján halaszthatatlan azonnali orvosi ellátás (az ehhez szükséges diagnosztikai vizsgálatokkal együtt), amely az alábbi okok valamelyike miatt válik szükségessé:

- (i) az azonnali orvosi ellátás elmaradása előreláthatóan az érintett életét, illetve testi épséget veszélyeztetné, vagy egészségében, illetve testi épségében helyrehozhatatlan károsodást okozna,
- (ii) a betegség tünetei (eszméletvesztés, vérzés, heveny fertőző megbetegedés, magas láz, hányás, stb.) miatt,
- (iii) a biztosítás hatálya alatt hirtelen bekövetkezett súlyos egészségkárosodás miatt azonnali orvosi ellátás válik szükségessé,
- (iiii) a biztosítás hatálya alatt hirtelen bekövetkezett baleset miatt azonnali orvosi ellátás szükséges.

(c) Rendszeres kontroll-vizsgálat: valamely már korábban diagnosztizált betegséggel összefüggésben az általános orvos-szakmai gyakorlat alapján előírt bármely olyan orvosi ellátás, amely nem az egészségi állapot rosszabbodása miatt illetve sürgősségi ellátás céljából, hanem kizárólag az állapot ellenőrzése miatt válik szükségessé.

(d) Egyensúlyban lévő krónikus betegség: Jelen feltételek szempontjából egyensúlyban lévő krónikus betegségnek a kockázatviselés kezdetekor már fennálló, **alábbiakban felsorolt – nem daganatos eredetű - megbetegedések** minősülnek, **feltéve, ha a következő feltételek együttesen teljesülnek:**

- (i) az adott betegséggel összefüggésben **szövődmény még nem alakult ki,**
- (ii) az ismert betegséggel a Biztosított a betegség fennállása óta **folyamatosan rendszeres orvosi felügyelet alatt állt, és az előírt kontroll-vizsgálatokon részt vett,**
- (iii) a betegséggel összefüggésben a kockázatviselés kezdetét **megelőző egy évben rendszeres kontroll vizsgálaton kívül egyéb orvosi ellátás** (pl. új kezelés vagy terápia-módosítás) **nem történt,**
- (iiii) a kockázatviselés kezdetét **megelőző egy évben** a Biztosítottnak **a betegséggel összefüggésben nem volt olyan panasz vagy tünete,** amely az általános orvosi gyakorlat szerint **további vizsgálatot illetve kezelést tett volna szükségessé,**
- (iiiii) a kezelőorvos – utazást megelőző egy héten belül írásban tett - **nyilatkozata szerint egészségi állapota alapján a Biztosított adott utazáson történő részvétele orvosilag nem ellenjavallt.**

Betegségek:

- cukorbetegség
- magas-vérnyomás betegség
- krónikus szívbetegség szívelégtelenség nélkül
- hormonálisan egyensúlyban lévő endokrin betegségek
- dialízist nem igénylő krónikus vesebetegség
- reflux megbetegedés
- vizeletelakadással nem járó prosztatata-megbetegedések.

(27) Sport-tevékenységgel kapcsolatot fogalmak:

(a) Autó-motorsport:

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

(b) Extrém sport: autó-motorsport, búvárkodás légzőkészülékkel vagy légzőkészülék nélkül, sziklamászás, hegymászás, mesterséges falmászás, bármilyen jellegű expedíciós tevékenység, barlangászat, vadászat, vadvízi evezés és rafting, hótalpas túrázás, tengeri kajak, hydrospeed, motorcsónakkal vontatott "banán", vagy gumitömlő, jetski, vízisí, wakeboard, kitesurf, surf, windsurf, vitorlázás, mountain-bike, down-hill kerékpározás, hegyi roller, mountain-board, triál- vagy BMX kerékpár használata, pályán kívüli sélés vagy snowboardozás, síugrás, quad (három- vagy négykerekes motor) használata, bungee jumping, canyoning, zip-line, bármilyen jellegű ejtő- és siklóernyő használata, base-jumping, paplanernyőzés, motoros szán használata, küzdősportok, motor nélküli vagy motoros légi járművel történő utazás (személyzet vagy utas minőségben egyaránt), kivéve a személyszállításra vonatkozóan az előírt hatósági engedéllyel üzemelő menetrend szerinti vagy menetrendben szereplő charter légi járatokon utasként történő utazás, lovaglás, téli sportok, valamint minden egyéb jelentős balesetveszéllyel járó sporttevékenység gyakorlása.

(c) 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 – az útvonal jellegétől függetlenül - minden esetben a 3.500 méter tengerszint feletti magasság fölött történő túrázás. Ha **egy adott útvonal bármely szakaszára teljesül** az előbb leírt feltételek valamelyike, akkor **az adott útvonal egyéb szakaszain történő tartózkodás is hegymászásnak minősül.**

(d) Expedíciós tevékenységnek minősül bármely, a helyszín vagy a tevékenység jellege alapján az átlagos utazási kockázatot meghaladó utazás, de különösen bármely lakott település vagy – az utazás időpontjában személygépjárművel járható - közút 100 kilométeres körzetén kívül történő utazás, kivéve hajótársasággal történő hajózás vagy vitorlázás esetén.

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

(f) Téli sportok: sí-, snowboard-, szánkó-, korcsolya-, kijelölt pályán vagy fun park-ban, továbbá motoros szán használata, hórifting.

(g) Versenyző sportoló, versenyszerű sporttevékenység: aki egy adott sportágban a kockázatviselés időtartama alatt, vagy annak kezdetét megelőző két éven belül versenyen (pl. bajnokságon, meccsen) is indul, vagy az adott sportágban sportszervezetnek igazolt sportolóként nyilvántartott tagja. **Versenyszerű sporttevékenységnek** minősül a versenyző sportoló által végzett sporttevékenység.

(28) 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.

(29) Szolgáltatás-táblázat (lásd I.rész): termékenként az egyes szolgáltatásokra vonatkozóan meghatározott maximális biztosítási összegeket tartalmazza.

(30) Szolgáltatás típus: az I.rész Szolgáltatás-táblázatban és a IV. rész /II. Különös feltételekben nagybetűvel jelölt különböző szolgáltatás-csoportok egyike (pl. A) Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás).

(31) 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.

IV. RÉSZ ÁLTALÁNOS ÉS KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK

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 irányadók.

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

Jelen szerződés fogyasztói szerződésnek minősül.

IV./I. RÉSZ ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK

1. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

1.1 A Biztosító, az Európai Utazási Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a különös feltételekben meghatározott szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.

1.2. 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. **A Szerződés érvényességének feltétele, hogy a Szerződő magyarországi lakóhellyel vagy – nem természetes személy esetén – székhellyel rendelkezzen.**

1.3. Biztosított: az a természetes személy, akinek az életével, egészségi állapotával, a külföldi utazása során végzett tevékenységeivel, útipoggyászával és gépjárművével kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön. Poggyászbiztosítás szolgáltatás esetén, amennyiben a Szerződő nem természetes személy, és a poggyász a Szerződő tulajdona, úgy a poggyászbiztosítás vonatkozásában a Szerződő minősül Biztosítottnak.

1.4. 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 legfeljebb egy adott külföldi utazás első 30 napjára terjed ki, és a biztosítási díj 100 %-os mértékű „életkor-pótdíj”-jal egészül ki.**
- (3) **70. életévüket betöltött személyek részére nem köthetők „Air & Hotel”, „Top Extra”, „Air & Cruise Extra”, „Sí-Extra” és „Tengerpart Extra” termékek.**
- (4) **Ha a Biztosított a 80. életévét betöltötte, biztosítási szerződés részére kizárólag Nívó termékre vonatkozóan köthető, és a Biztosító kockázatviselése legfeljebb egy adott külföldi utazás első 15 napjára terjed ki, kizárólag Európa területi hatállyal. Ebben az esetben a biztosító 150 %-os mértékű „életkor-pótdíjat” alkalmaz.**
- (5) **„Euro 30”, „Praktikum 30”, „World 30” termékek kizárólag 14-30 év közötti személyek részére köthetők.**
- (6) **„Mester” és „Mester EEK éves bérlet” termékek kizárólag 16-69 éves életkor közötti személyek részére köthetők.**

1.5. A Biztosító szolgáltatására jogosultak köre

- (1) A Biztosító szolgáltatására a Biztosított, annak halála esetén az örököse jogosult.
- (2) Balesetbiztosítás esetén a biztosító szolgáltatására a Kedvezményezett jogosult. Kedvezményezettet a Szerződő a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölhet ki. Ha nem a Biztosított a szerződő fél, mindezekhez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A Biztosított életében esedékes balesetbiztosítási szolgáltatások Kedvezményezettje a Biztosított, ha a szerződésben más Kedvezményezettet nem neveztek meg. A Biztosított halála esetén a Balesetbiztosítási szolgáltatások Kedvezményezettje a Biztosított örököse, ha a szerződésben más Kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a Kedvezményezett jelölése hatályát veszítette, illetve érvénytelen.

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

2.1. A biztosítási szerződés a Szerződő ajánlatának Biztosító által történő elfogadásával jön létre, melyet a Biztosító által kiadott fedezetigazolás tanúsít. **A Biztosító kizárólag online szerződéskötő rendszeren keresztül hozzá beérkezett ajánlatokat tekint érvényesnek.**

2.2. **Az utasbiztosítási szerződés akkor jön létre érvényesen, ha a Biztosított**

a) lakóhelye az Európai Unió, Svájc, Norvégia, az Egyesült Királyság földrajzi Európa területén belül elhelyezkedő területein vagy Szerbiában van és a lakóhelye országában érvényes kötelező egészségbiztosítással rendelkezik vagy az egészségügyi ellátásra egyéb jogon jogosult. Ha a Biztosított lakóhelye nem Magyarországon vagy valamely azzal szomszédos országban van, akkor az érintett biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama nem haladhatja meg a 30 napot;

b) és a Biztosított a szerződés létrejöttének időpontjában a lakóhely országának területén vagy Magyarországon tartózkodik.

2.3. **Ha a Biztosított külföldön tartózkodik**, csak abban az esetben jöhet létre érvényesen biztosítási szerződés, ha a következő **feltételek együttesen** teljesülnek:

(a) az új szerződés megkötésének időpontjában a Biztosított - a Biztosítóval a külföldi utazás kezdetét megelőzően kötött - **az utazás első napjától folyamatosan hatályos biztosítási szerződés van érvényben**,

(b) az új szerződés kizárólag az előző szerződéssel **folytatólagos tartamra és azonos termékre** jöhet létre,

(c) a két szerződés kockázatviselési tartama **együttesen nem haladhatja meg az adott személyre és az érintett termékre** vonatkozóan az eredeti szerződésben **előírt maximális időtartamot**.

Fentiekől eltérő esetben kizárólag a Biztosító Ügyfélszolgálati irodája előzetes írásos engedélyével jöhet létre érvényesen a biztosítási szerződés. (E-mail: ugyfelszolgalat@eub.hu, Tel: 36-1-452-3580, Fax: 36-1-452-3312, H-1132 Budapest, Váci út 36-38..) Az engedély iránti kérelmet legalább a kérelmezett **biztosítás kezdő napját megelőzően 2 munkanappal** kell eljuttatni a Biztosítóhoz!

3. A BIZTOSÍTÁS TERÜLETI HATÁLYA

3.1. A biztosítási szerződés területi hatálya **a lakóhely és Magyarország területén kívül külföldre**, ezen belül a szerződésben (kötvényen) meghatározott területi hatályra – ha nincs külön megjelölve, akkor pedig Európára - terjed ki.

Kizárólag a külföldi utazás megkezdését követő **közlekedési baleset** vonatkozásában **a lakóhely országa és Magyarország területén bekövetkező** eseményekre is kiterjed a Biztosító kockázatviselése a következő szolgáltatások vonatkozásában:

- Balesetbiztosítás esetén: Baleseti halál, Baleseti rokkantság,
- Pogyásbiztosítás esetén: közlekedési balesettel összefüggésben vállalt szolgáltatások.

3.2. Jelen feltételek vonatkozásában az alábbi területi kategóriák érvényesek:

(1) **Európa:** a következő országok **földrajzi Európához tartozó** területei, valamint az adott ország neve mellett külön megjelölt földrajzi Európán kívül elhelyezkedő területek: Albánia, Andorra, Ausztria, Belgium, Bosznia-Hercegovina, Bulgária, Csehország, Dánia, Egyesült Királyság, Észtország, Fehéroroszország, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Horvátország, Írország, Izland, Koszovó, Lengyelország, Lettország, Liechtenstein, Litvánia, Luxemburg, Macedónia, Málta, Moldávia, Monaco, Montenegró, Németország, Norvégia, Olaszország, Portugália (Madeira és Azori-szigetek is), Románia, San Marino, Spanyolország (Kanári-szigetek is), Svájc, Svédország, Szerbia, Szlovákia, Szlovénia, Ukrajna, Vatikán; továbbá a következő országok teljes területe: Ciprus, Egyiptom, Marokkó, Törökország, Tunézia, Izrael.

(2) **Világ-1:** Európa és az Európán kívüli országok területe, kivéve a földrajzilag Észak-, Közép- és Dél-Amerikához tartozó államok, valamint Ausztrália és Új-Zéland területét. (Megj.: az Orosz Föderáció területe Világ 1 kategóriába tartozik.)

(3) **Világ-2:** a Föld bármely területe az Antarktisz kivételével.

(4) **Korlátozott területi hatállyal köthető termékek:**

- kizárólag EEK-országok: Mester EEK éves bérlet
- kizárólag Európa: Euro 30, Praktikum 30, a Sí-Sztár, Sí-Profi, Sí-Extra, Air & Hotel és Európa Éves Bérlet
- kizárólag Európa vagy Világ-1: Nívó, Mester, Tengerpart Nívó és Air Nívó
- kizárólag Világ-2: World 30.

3.3. **Területi hatály pótdíjak az Európa hatályra vonatkozó díj %-ában: a) Világ-1: 50 % b) Világ-2: 100%.**

3.4. **Az Autó-Extra kiegészítő termék hatálya Európára terjed ki a következő országok és területek kivételével:** Albánia, Fehéroroszország, Izland, Koszovó, Moldávia, Kanári szigetek, Madeira, Azori-

szigetek, Ciprus, Egyiptom, Marokkó, Tunézia, Izrael, valamint Törökország földrajzi Európán kívüli területei.

3.5. 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 külgügyekért felelős minisztériuma által nem javasolt utazási célországok és térségek között szerepelnek.

4. FELEK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

4.2 A Szerződő és a Biztosított kötelezettségei

4.1.1. A biztosítási díj megfizetése

(1) A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének ellenértéke. A biztosítási szerződés egyszeri díjú. A biztosítási díj összegét a biztosítási szerződés tartalmazza, és a Szerződő köteles azt a biztosítási szerződés megkötésekor megfizetni. A Szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díj a Biztosító vagy képviselője (megbízottja) részére bizonyíthatóan megfizetésre kerül.

(2) A biztosítási díjból a Biztosító díjkedvezményt adhat az alábbiak szerint. A kedvezmény nem terjed ki a Junior, a Fizikai munkavállalásra vonatkozó, az Éves Bérlet típusú termékekre, valamint az Air & Hotel termékekre és az Autó Extra kiegészítőre..

(a) “Gyermek kedvezmény” - a díjkedvezmény mértéke 50 %. A díjkedvezmény a kockázatviselés első napján 18. élet évét még be nem töltött gyermek részére vehető igénybe,

(b) “Családos kedvezmény” – a kockázatviselés első napján legfeljebb három 18. élet évét még be nem töltött gyermek és legfeljebb két – a kockázatviselés első napján 70. élet évét még be nem töltött – együtt utazó nagykorú személy részére vehető igénybe. “Családos kedvezmény” igénybevételével legfeljebb 30 napos folyamatos tartamú külföldi utazásra köthető biztosítási szerződés. A díj nem bontható személyenkénti díjra.

c) Gyermek kedvezmény és Családos kedvezmény esetén a 18 év alatti Biztosítottak a II.“A) Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás” fejezetben leírt szolgáltatások kivételével legfeljebb a biztosítási összegek 50 %-ára jogosultak.

(d) “Csoportos kedvezmény” – legalább 10 fő azonos időtartamra együtt utazó, azonos biztosítási terméket igénylő személy részére vehető igénybe, és ebben az esetben legfeljebb 30 napos folyamatos tartamú külföldi utazásra köthető biztosítási szerződés.

(e) Éves bérlet esetén: a biztosító időtartam-kedvezménnyel csökkentett biztosítási díjat alkalmaz, így a tartamkedvezményre való tekintettel az éves bérlet időtartama határozott, egy év.

(f) Horvátország-Szlovénia területi hatályra a díjkedvezmény mértéke 10%, a kedvezmény kizárólag Nívó, Top, Top Extra, Tengerpart Nívó, Tengerpart Top és Tengerpart Extra termékekre vehető igénybe. Ha a Biztosítottnak Horvátországban vagy Szlovéniában van lefoglalt illetve – hazaút esetén – igénybe vett szállása, akkor az oda- és visszautazás időtartamára – a kockázatviselés első 24 órájában, illetve a kockázatviselés utolsó naptári napján belül – a biztosítási szerződés területi hatálya Szerbia és Bosznia-Hercegovina területére is kiterjed.

Egy biztosítási szerződés keretén belül egy biztosított személyre vonatkozóan kizárólag egyféle jogcímen vehető igénybe díjkedvezmény, a – Horvátország, Szlovénia területi hatály díjkedvezmény kivételével - a különböző díjkedvezmények nem vonhatók össze.

(3)Pótdíj és kiegészítő termék díja:

(a) “Sport Extra” pótdíj: Klasszikus és Repülő termékekre vonatkozóan legfeljebb 80 éves korig a mindenkor díj 50 %-ának megfelelő Sport Extra pótdíj megfizetése esetén a Biztosító az alábbi extrém sporttevékenységek hobbi sportolóként való (nem versenyszerű) folytatása során is kockázatot visel:

- a **földrajzi Európa** területén – a Szovjetunió utódállamainak kivételével – vállalja a kockázatviselést: sziklamászás, hegymászás, mesterséges falmászás, rafting, hótalpas túrázás, vadvízi evezés, canyoning, hydrospeed, mountain-bike (kivéve downhill), triál- és BMX-kerékpár használata,

- a **Földközi-tenger** teljes területén: vitorlázás (kivéve szőlővitorlázás).

- a Biztosító a **szerződés területi hatályán belül bárhol** vállalja a kockázatviselést: búvárkodás légzőkészülékkel vagy anélkül 40 méteres vízmélységig, jetski, vízisí, wakeboard használata, motorcsónakkal vontatott ejtőernyő (parasailing), motorcsónakkal vontatott “banán” és gumitömlő, vadászat, zip-line, quad (három- vagy négykerekes motor) használata, vitorlázás -szőlővitorlázás kivételével- parti vizeken (legfeljebb a parttól számított 12 tengeri mérföld távolságig), lovaglás és fogathajtás, téli sportok (fun parkban is), karate, cselgáncs (judo), taekwondo, capoeira, kendo,

aikido, valamint a parttól legfeljebb 1 km-es távolságig a következő sportok: kitesurf, surf, windsurf, tengeri kajak.

70. életévüket még be nem töltött Biztosítottakra vonatkozóan a Biztosító „Sport Extra” pótdíj megfizetése ellenében versenyszerű sporttevékenységre is vállalja a kockázatviselést, kivéve bármely autó- vagy motorsport (pl. quad) és azon extrém sportok vonatkozásában, melyekre vonatkozóan a Biztosító Sport Extra pótdíj megfizetése esetén sem vállal fedezetet.

Sport Extra pótdíj megfizetése esetén a Biztosító **továbbá az alábbi szolgáltatásokat** vállalja:

– a kockázatviselés **bármely sporteszközre** kiterjed a Szolgáltatás-táblázatban meghatározott összességéig,

– a lakóhely országában igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat nyújt a II. A) fejezet 3. rész szerint,

– biztosított felkutatása a II. B) 7. pont szerint

(b) **Autó Extra kiegészítő termék díja:** a Biztosító Autó Extra díj megfizetése esetén a különös feltételek „K) Gépjármű-segítségnyújtás – Autó Extra fejezet szerinti szolgáltatásokat is nyújtja.

4.1.2 A biztosítási esemény bejelentése

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

(2) A „D) Poggyászbiztosítás”, az „E) Poggyászkésedelem (külföldön)”, az „F) Járatkésés külföldön és hazaérkezéskor” és a „H) Légijárat lekésése közlekedési baleset vagy szárazföldi tömegközlekedés késése miatt” fejezetek szerinti biztosítási eseményt legkésőbb annak bekövetkezését követő 30 napon belül kell bejelenteni a Biztosító Ügyfélszolgálati irodája felé (1132 Budapest, Váci út 36-38., E-mail: karrendezes@eub.hu, tel.: (1) 452-35-80, fax: (1) 452-33-12, aktuális nyomtatványok letölthetők, valamint **online kárbejelentés: www.eub.hu**) a feltételekben a teljesítés feltételeként előírt dokumentumok benyújtásával.

(3) **A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő, illetve a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a fent megadott határidőben az EUB-Assistance, vagy a Biztosító részére nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetatlenné válik.**

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

4.1.3. A szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok benyújtása

(1) A szolgáltatási igény előterjesztésekor - a szolgáltatás jogalapjának és összepszerűségének igazolása végett - az alábbiakban felsorolt iratokat, valamint - szolgáltatás típusától függően – a különös feltételekben az egyes szolgáltatásokra vonatkozóan meghatározott iratokat szükséges a Biztosítóhoz benyújtani:

- 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,
- a Biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul, és a valóságnak megfelelően kitöltött és a biztosított illetve a kedvezményezett vagy meghatalmazottja által aláírt szolgáltatási igénybejelentőt,
- szervezett társasutazás esetén az utazási iroda képviselőjének jegyzőkönyvét a biztosítási esemény bekövetkezésére és annak körülményeire vonatkozóan, oktatási intézmény által szervezett utazás vagy szakmai gyakorlat esetén a szervező oktatási intézmény képviselője által kiállított igazolást arról, hogy az utazás/szakmai gyakorlat az intézmény szervezésében történt és a biztosítási esemény körülményeire vonatkozó jegyzőkönyvet,
- a külföldi utazással kapcsolatos összes utazási dokumentumot (teljes útvonalra szóló menetjegyek /repülő-, busz-, vonat- és hajójegy/, szállókártyák, tankolási számlák, autópálya-matricák és kapu/alagút használati díjak számlái és azok megfizetését igazoló bizonylatok, szervezett társasutazás esetén utazási szerződés másolata), útlevelet és vízummásolatot, szállásfoglalás visszaigazolását, hazaszállítás esetén útvonalleírást,
- TAJ-kártya másolatát, az OEP, illetve az adott országban megfelelő szervezet írásbeli igazolását az érvényes társadalombiztosítási, vagy egyéb biztosítási fedezetről, személyi igazolványt és

lakcímkártyát (vagy a lakóhely igazolására alkalmas más dokumentumot), jogosítványt és forgalmi engedélyt,

- (f) baleset esetén baleseti jegyzőkönyvet,
- (g) közlekedési baleset vagy azzal összefüggő esemény esetén az illetékes hatóság által kiállított részletes helyszíni jegyzőkönyvet és a vizsgálatot lezáró határozatot,
- (h) a véralkoholszint megállapítására vonatkozó rendőrségi vagy orvosi szakvéleményt,
- (i) ha a szolgáltatási igény vonatkozásában nem a jogosult kíván eljárni, akkor az erre vonatkozó eredeti meghatalmazást,
- (j) ÁNTSZ által előírt védőoltások beadását igazoló oltási bizonyítványt,
- (k) vadászattal kapcsolatos szolgáltatási igény esetén fegyverviselési engedélyt,
- (l) „+1 nap” szolgáltatás igénybe vétele esetén:
 - a közlekedési balesetre vonatkozó rendőrségi jegyzőkönyv,
 - az illetékes hatóság igazolása vagy nyilvános közleménye az útlezárásra, légügyi- vagy hajózási zárlatra és annak okára vonatkozóan,
 - légijárat késésére vagy törlésére vonatkozóan a Biztosított nevére szóló repülőjegy, valamint az érintett légitársaság igazolása a késés tényére és időtartamára vonatkozóan,
 - sztrájk esetén az érintett vállalkozás, és az illetékes hatóság igazolása a sztrájk jellegére, időtartamára és arra vonatkozóan, hogy a sztrájk a Biztosított által megjelölt útvonalon és időpontban a közlekedést bizonyíthatóan akadályozta,
 - a Biztosított köteles meghatározni a hazautazás előtti utolsó tartózkodás helyét, ahonnan a hazautazás történt, és a hazautazás tervezett útvonalát, valamint az esemény pontos helyét és bekövetkezésének időpontját,
 - a Biztosító kérheti továbbá a tartózkodás helyének igazolására az ott igénybe vett szállásra vonatkozó számlát, és az útvonal igazolására az utazásra vonatkozóan történt üzemanyagszámla- és úthasználati díjra vonatkozó számlákat, vagy pedig az érvényes menetjegyet illetve a menetjegy-módosítás igazolását.

4.1.4. A Biztosított kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettsége

- (1) A Biztosított köteles bármely tevékenységének végzése során az adott helyzetben általában elvárható magatartást tanúsítani.
- (2) Baleset bekövetkezésekor vagy betegség tüneteinek jelentkezésekor legkésőbb 1 napon belül orvosi segítséget kell igénybe vennie, és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell. Az orvosi kezelés során – az orvosi javallat figyelembevételével mellett – a Biztosítóval együttműködve kell eljárni. Életveszélyes állapot esetén a bekövetkezés helyén általánosan használt egészségügyi segélyhívó telefonszámon kell azonnali segítséget kérni a helyi sürgősségi ellátást koordináló központtól.
- (3) A Biztosított köteles az utazási területre vonatkozóan az ÁNTSZ által előírt egészségügyi megelőző intézkedéseket megtenni, így pl. a szükséges védőoltásokat, megelőzést szolgáló gyógyszereket a megfelelő időpontban és adagolás szerint bizonyítható módon igénybe venni. A Biztosító kérésére köteles pl. az oltási könyv, a gyógyszer kiváltására vonatkozó bizonylat illetve egyéb dokumentum másolatát benyújtani igazolásként.
- (4) Az egyes biztosítási szolgáltatások szempontjából szükséges kármegelőzési és kárenyhítési intézkedéseket a különös feltételek tartalmazzák.
- (5) **Kármegelőzést szolgáló tevékenységek költségének megtérítését a biztosító nem vállalja.**

4.2. A Biztosító kötelezettségei

4.2.1. A kockázatviselés

- (1) A Biztosító a biztosítási díj ellenében viseli a kockázatot a különös feltételekben meghatározott biztosítási események vonatkozásában.
- (2) A biztosító kockázatviselése a kötvényen a biztosítás kezdeteként megjelölt időpontban kezdődik meg és a kötvényen megjelölt lejáratú ideig, de legfeljebb 365 napig tart. A kockázatviselés megkezdésének további feltétele, hogy a biztosítási díj teljes összege a biztosítási szerződés megkötésével egyidejűleg a Biztosító (vagy megbízottja, illetve képviselője) részére bizonyíthatóan megfizetésre került.
- (3) Ha a kötvényen a kockázatviselés kezdeteként megjelölt nap a biztosítási díj befizetésének napja és:
 - (a) a kötvényen a díj befizetésének időpontja óra, perc pontossággal nincs feltüntetve, akkor a Biztosító kockázatviselése legkorábban a díj befizetését követő napon 0 órakor kezdődik meg,
 - (b) a Biztosító kockázatviselése a díj befizetését követően azonnal kizárólag közlekedési balesetek vonatkozásában kezdődik meg, más jellegű eseményekre vonatkozóan a Biztosító

kockázatviselése legkorábban a kőtvényen megjelölt kezdeti időpontot követő 3 óra elteltével kezdődik meg.

(4) Euro 30, Praktikum 30 és World 30 termékek esetén a kockázatviselés minimális tartama 20 nap, kivéve Euro30 és Praktikum 30 termékekre abban az esetben, ha a biztosítási szerződés legalább 10 Biztosítottra vonatkozóan jön létre, mely esetben az előírt minimális tartam 3 nap.

(5) Air & Hotel termék esetén az utasbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában a kockázatviselés maximális tartama 10 nap.

(6) A kockázatviselés kezdetének legkésőbbi időpontja a biztosítási szerződés létrejöttétől számított legfeljebb 365. nap lehet.

(7) „+ 1 nap ajándék” (legalább 3 napos tartamú utasbiztosítások esetén): a biztosító kockázatviselése az eredeti lejáráthoz képest további egy nappal - de ezen belül legfeljebb a lakóhely szerinti ország területére történő visszaérkezés időpontjáig - meghosszabbodik, ha a Biztosított az eredeti lejárat napján történő hazautazása a biztosítási szerződés tartamának utolsó két napja alatt bekövetkező alább felsorolt okok valamelyike miatt váratlanul meghíúsul:

- (a) a gépjárművet, amellyel a biztosított utazik, közlekedési baleset éri,
- (b) rendkívüli időjárási körülmények vagy természeti katasztrófa miatt a hazautazás útvonalán az illetékes hatóság váratlanul útlezárást, légügyi zárlatot, vagy hajózási tilalmat rendel el,
- (c) a hazaútra igénybe vett menetrendszerű légijárat – amelynek a menetrend szerinti érkezési időpontja a lakóhely országában lévő célállomáson a kockázatviselés tartamán belül van – késése, vagy a járat törlése miatt az érkezési időpont a kockázatviselés tartamán kívülre tolódik,
- (d) a hazautazás útvonalán a közlekedést bizonyíthatóan akadályozó sztrájk, amellyel összefüggésben az eredetileg a kockázatviselés tartamán belül történő hazautazás a kockázatviselés tartamán kívülre tolódik.

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

4.2.2. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége

(1) A Biztosító biztosítási esemény bekövetkezése esetén teljesíti a különös feltételekben meghatározott szolgáltatásokat, feltéve, ha nem állnak fenn a mentesülés esetei. 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.

(2) A Biztosító a szolgáltatásokat egy Biztosított személyre vonatkozóan **a biztosítási időszak teljes időtartama alatt** összesen legfeljebb a biztosítási szerződésben meghatározott termékre vonatkozóan az I. rész **Szolgáltatás-táblázatban** és a IV./II. Különös feltételekben megadott biztosítási összegek erejéig nyújtja. A Különös Feltételek további biztosítási összegeket is tartalmazhatnak!

Poggyászbiztosítás szolgáltatás esetén, a saját vagyontárgyai tekintetében szolgáltatásra jogosult – nem természetes személy - Szerződőre és a Biztosított a Szolgáltatás-táblázatban és a különös feltételekben meghatározott biztosítási összegek együttesen vonatkoznak.

(3) 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.

(4) 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 irányadók.

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

(6) A Biztosító 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.

(7) Kárbiztosítási szolgáltatások esetén, ha ugyanazt a biztosítási érdeket több Biztosító egymástól függetlenül biztosítja (többszörös biztosítás), a Biztosított igényét ezek közül egyhez vagy többhöz is benyújthatja. Ha a Biztosított a Biztosítóhoz nyújtja be a kárigényét, a Biztosító a jelen biztosítás szerződési feltételei szerint, a Szolgáltatás-táblázatban meghatározott limitek erejéig teljesít kifizetést,

fenntartva azt a jogát, hogy a többi Biztosítóval szemben arányos megtérítési igényt érvényesítsen. **A Biztosított a szolgáltatási igény bejelentésekor köteles nyilatkozni a többszörös biztosítás fennállásáról, az igény érvényesítéséről, az esetleges már megtérített összegekről.**

4.2.3. Speciális termékek szolgáltatásainak meghatározása

(1) TENERPART TERMÉKEK (TENERPART NÍVÓ, TENERPART TOP, TENERPART EXTRA): a Biztosító a Tengerpart Nívó vonatkozásában a Nívó termék, a Tengerpart Top vonatkozásában a Top termék, a Tengerpart Extra esetén a Top Extra termék szolgáltatásait, valamint a következő kiegészítő szolgáltatások teljesítését vállalja:

(a) a Biztosító kockázatviselése kiterjed a következő sportágakban történő nem versenyszerű sporttevékenységekre is: búvárkodás légzőkészülékkel vagy anélkül 40 méteres vízmélységig, motorcsónakkal vontatott „banán” és gumitömlő, vízisí, wakeboard, jetski, quad, parasailing (motorcsónakkal vontatott ejtőernyő), vitorlázás a Földközi-tenger teljes területén, ezen kívül eső területeken pedig kizárólag a parti vizeken (parttól legfeljebb 12 tengeri mérföld távolságig), valamint a parttól legfeljebb 1 km-es távolságig a következő sportok: kitesurf, surf, windsurf, tengeri kajak. A biztosító kockázatviselése szőlővitorlázásra nem terjed ki.

(b) a Biztosító kockázatviselése kiterjed búvár-, surf-, kitesurf-, windsurf- és vízisí-, tengeri kajak- és horgász-felszerelésre, és vitorlás-ruházatra is a II. D) Poggyászbiztosítás fejezetben leírtak szerint,

(c) „Szállodai- és kemping-felelősségbiztosítás” a Szolgáltatás-táblázatban szereplő biztosítási összegig,

(d) „Strandlopás biztosítás Plusz” a II. D) Poggyászbiztosítás fejezetben leírtak szerint,

(e) hiperbár-kamrában történő kezelés külföldön, a II. A) fejezet feltételeinek megfelelően,

(f) sürgősségi orvosi ellátás folytatása és hiperbár-kamrában történő kezelés a magyarországi hazaérkezést követően: a Biztosító vállalja a II. A) 3. pontban leírt szolgáltatások teljesítését a következő sportágakra vonatkozóan: búvárkodás 40 méteres vízmélységig, vízisí, félkezes- és nyílttengeri vitorlázás, jetski.

(2) REPÜLŐS TERMÉKEK:

(a) AIR & CRUISE TOP, AIR & CRUISE EXTRA: a Biztosító az Air & Cruise Top vonatkozásában a Tengerpart Top, Air & Cruise Extra vonatkozásában a Tengerpart Extra termék szolgáltatásait, valamint a következő szolgáltatások teljesítését vállalja a II. A), D), E), F), G) és H) fejezet feltételei szerint:

- poggyászbiztosítás légi- és hajótársaság kezelésében történt poggyászkárok esetén (poggyász-sérülésre, és poggyászkésedelemre is kiterjed),
- járatkésés külföldön és hazaérkezéskor,
- légijárat lekésése közlekedési baleset vagy szárazföldi tömegközlekedés késése miatt,
- légikatasztrófa-biztosítás,
- Air Assistance szolgáltatás
- a Biztosító kockázatviselése vadászat – hobbi sportolóként történő, nem versenyszerű – gyakorlására is kiterjed,
- hajóút esetén mentőhelikopteres szállítás szárazföldi egészségügyi ellátóhoz,
- továbbutazás vagy hazaszállítási biztosítása, ha szárazföldi orvosi ellátás miatt a hajóút félbeszakadt,
- kizárólag Air&Cruise Top és Air&Cruise Extra éves bérlet esetén a Biztosító kockázatviselése tehergépjármű vezetésére és rakodására is kiterjed.

(b) AIR NÍVÓ: a Tengerpart Nívó termék szolgáltatásain kívül a következő kiegészítő szolgáltatásokat tartalmazza a II. D), E), G) fejezet feltételei szerint:

- poggyászbiztosítás légi- és hajótársaság kezelésében történt poggyászkárok esetén (poggyász-sérülésre és poggyász-késedelemre is kiterjed),
- légikatasztrófa-biztosítás,
- Air Assistance szolgáltatás

(3) PRAKTIKUM 30: a Biztosító a „World 30” termék szolgáltatásainak teljesítését vállalja, valamint az igazoltan valamely **oktatási intézmény szervezésében megvalósuló szakmai gyakorlat** keretében végzett **fizikai munkavégzésre** is fedezetet vállal, és a II. I) Felelősségbiztosítás és jogvédelem fejezetben leírt feltételeknek megfelelően a szakmai gyakorlat során végzett munkavégzési tevékenységekre is kiterjed.

(4) MESTER: a Biztosító a Nívó termék szolgáltatásait nyújtja, azonban a kockázatviselés kiterjed a Biztosított személy **fizikai munkavégzésével** (pl. tehergépjármű- vagy busz vezetése) összefüggésben álló eseményekre is, **kivéve az alábbi tevékenységeket:**

- földfelszíntől számított 10 méternél magasabban vagy földfelszín alatt történő munkavégzés,
- bármely légi járművön történő munkavégzés,
- bármilyen nukleáris energiával illetve súlyosan mérgező anyagokkal kapcsolatos munkavégzés,
- artista, erőművész, vadállatok gondozásával vagy felügyeletével kapcsolatos tevékenységek,

- őrző-védő, rendfenntartó, tűzvédelmi, katasztrófavédelmi vagy katonai jellegű feladatok, valamint bármilyen fegyver használatával vagy birtoklásával járó tevékenység,
- nyersanyagok kitermelésével és kutatásával kapcsolatos munkavégzés,
- bármely lakott település 200 km-es körzetén kívül történő munkavégzés.

(5) TÉLISPORT TERMÉKEK (SÍ-SZTÁR, SÍ-PROFI, SÍ-EXTRA): a Biztosító **kockázatviselése téli sportok – nem versenyszerű – gyakorlására is kiterjed (fun parkban is).** A Biztosító a **Sí-Sztár vonatkozásában a Nívó termék, a Sí-Profi vonatkozásában a Top termék, a Sí-Extra esetén a Top Extra termék** szolgáltatásait, valamint az alábbi kiegészítő szolgáltatások teljesítését vállalja a Szolgáltatás-táblázatban meghatározott összeghatárokig és a II. Különös feltételek vonatkozó fejezetében foglaltak szerint:

- (a) a Biztosító kockázatviselése kiterjed télisport-felszerelésre is,
- (b) a baleset vagy kórházi tartózkodással járó betegség miatt fel nem használt síbérlet árának megtérítése,
- (c) felelősségbiztosítási szolgáltatás a téli sportok során általa harmadik személynek okozott személyi sérülések vonatkozásában.

(6) EURÓPA ÉVES BÉRLET: Éves Bérlet típusú utasbiztosítási termék, melyre vonatkozóan:

- (a) a Biztosító kockázatviselése a biztosítási időszakon belül egy adott külföldi utazás kezdetétől számított legfeljebb 15 napig tart,
- (b) a Biztosító a biztosítási események száma alapján korlátozásokat alkalmaz az I.4.2.5.(2) pontban leírtak szerint,
- (c) a Biztosító – 3,5 tonna össztömegnél nehezebb - tehergépjármű és busz vezetésével vagy tehergépjármű rakodásával összefüggésben bekövetkező eseményekre nem vállalja a kockázatviselést.

(7) AUTÓ EXTRA: gépjármű segítségnyújtási szolgáltatásokat tartalmazó kiegészítő termék, kizárólag valamely személy(ek)re vonatkozóan érvényesen létrejött utasbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan köthető. A termék szolgáltatásainak részletes leírását a Szolgáltatás-táblázat, és jelen feltételek J) fejezete tartalmazza.

(8) AIR & HOTEL: Utas- és utazásképtelenségre, útmegszakításra vonatkozó biztosítás, melynél a Biztosító az **AIR NÍVÓ** utasbiztosítási termék szolgáltatásait, valamint az EUB2017-01ST jelű feltételek 4.2.3.(5) pont szerinti szolgáltatását nyújtja.

(9) MESTER EEK ÉVES BÉRLET: Éves bérlet típusú biztosítási termék 16-69 év közötti életkorú személyek részére, melynek keretében a kockázatviselés fizikai munkavégzésre is kiterjed a **Mester** termékkel megegyező tevékenységekre (lásd (4) pont). A Biztosító **kockázatviselésének feltétele, hogy a Biztosított a kockázatviselési tartam teljes időtartama alatt rendelkezzen nevére szólóan kiállított, érvényes Európai Egészségbiztosítási Kártyával.** A Biztosító szolgáltatása a Nívó termék szolgáltatásain belül **kizárólag az EEK alapján meg nem térülő költségekre terjed ki.**

A Biztosított köteles a nevére szóló, érvényes EEK-t bármely mentés vagy egészségügyi ellátás esetén az ellátó felé bemutatni, és minden olyan szolgáltatást, amelyre az EEK fedezete egészben vagy részben kiterjed, ennek terhére igénybe venni! A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a Biztosított ennek a kötelezettségének nem tesz eleget.

A biztosító kockázatviselése a biztosítási időszakon belül **egy adott külföldi utazás kezdetétől számított legfeljebb 60 napig tart. A termék területi hatálya kizárólag EEK országokra terjed ki.**

4.2.4. A Biztosító teljesítésének esedékessége

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

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

4.2.5. Szolgáltatás és felelősség korlátozások

(1) **Gyermek kedvezmény és Családos kedvezmény** igénybe vétele esetén a 18 év alatti Biztosítottak vonatkozásában a Szolgáltatás-táblázatban és a különös feltételekben meghatározott biztosítási összegek az Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás szolgáltatásra meghatározott biztosítási összegek kivételével 50 % -kal csökkennek.

(2) A Biztosító **egy biztosítási időszak alatt legfeljebb két biztosítási eseményre** vonatkozóan vállal szolgáltatást:

- Air & Cruise Top és Air & Cruise Extra éves bérlet típusú termékek esetén a különös feltételek D),,E), F),H) és J) fejezeteiben leírt szolgáltatásokra vonatkozóan szolgáltatás típusonként,
- Európa Éves Bérlet típusú termék esetén a biztosítási szerződés részét képező összes szolgáltatás típusra összesen.

Ha egy biztosítási időszakra vonatkozóan a Biztosító felé több eseménnyel összefüggésben is érkezik szolgáltatási igény, akkor a Biztosító a szolgáltatási igények beérkezésének sorrendjében az először bejelentett két biztosítási eseményre vonatkozóan szolgáltat.

(3) A felső összeghatár nélküli és az „I) Felelősségbiztosítás és jogvédelem” szolgáltatásokat a Biztosított egy biztosítási időszakon belül összesen egy biztosítási eseményre vonatkozóan veheti igénybe.

(4) A Biztosító nem vállal felelősséget azokért a károkért, amelyeket a Biztosítótól, az EUB-Assistance-tól, vagy ezek megbízottaitól független, a Biztosító szolgáltatása kapcsán velük szerződéses kapcsolatban nem álló harmadik személyek (pl. kórház, autószerviz, hatóság, bíróság) a biztosítási eseménnyel összefüggésben okoznak.

5. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL

5.1. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással

- (1) a Szerződő, illetve a Biztosított vagy velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk vagy vezető tisztségviselőjük, vezető állású munkavállalójuk okozta,
- (2) a Szerződő vagy a Biztosított valamely kármegelőzési és/vagy kárenyhítési kötelezettségének nem tett eleget.

5.2. Súlyos gondatlanságnak minősül különösen:

- (1) a Biztosított szenvedélybetegsége, vagy gyógyszer-, alkohol-, drog túladagolása,
- (2) a Biztosítottnak az esemény bekövetkezése idején fennálló alkoholos állapota, vagy ha a Biztosított kábítószer, kábító hatású anyag-, illetve gyógyszer hatása alatt állt, kivéve gyógyszer esetén, ha azt a kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,
- (3) ha egy adott közlekedési baleset bekövetkezésekor a Biztosított legalább két, az adott országban a baleset időpontjában hatályos közlekedésrendészeti jogszabályt megszeg,
- (4) érvényes forgalmi engedéllyel nem rendelkező gépjármű vezetése, vagy olyan gépjármű vezetése, amelyhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel a Biztosított nem rendelkezik,
- (5) ha a sporttevékenység folytatása során a Biztosított a szükséges védőfelszereléseket nem használta vagy az adott sportágra vonatkozóan általánosan elfogadott szabályokat nem tartotta be,
- (6) ha a Biztosított nem tartotta be az általa végzett tevékenységre vonatkozó – a tevékenység végzésének helye szerint illetékes – hatóság, az adott létesítmény üzemeltetőjének vagy egy szolgáltatónak az igénybe vett szolgáltatásra vonatkozó szolgáltatási szerződésben meghatározott előírásait, valamint munkavégzés esetén az adott munkakörre vonatkozó szakmai szabályokat és baleset-megelőzési előírásokat.

5.3. „C) Balesetbiztosítás” esetén a Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a Biztosított halálát a biztosítási összegre jogosult szándékos magatartása okozta.

6. KIZÁRÁSOK

6.1. Nem fedezi a biztosítás azon eseményeket, amelyek oka egészben vagy részben: kóros elmeállapot, ionizáló sugárzás, nukleáris energia, háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény (kivéve a II. A) 2.7. pont szerinti szolgáltatás vonatkozásában), munkahelyi rendbontás, határvillongások, felkelés, a Biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete, gyógyszer-, alkohol- vagy drog-elvonás, vagy a Biztosított alkoholos állapota.

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

- (1) bármely olyan sportágban folytatott sporttevékenység, amely sportágban a Biztosított versenyző sportolónak minősül (kivéve Sport Extra pótdíj feltételei szerint),
- (2) fizikai munkavégzés,
- (3) bármely fegyver használata, kivéve Sport Extra pótdíj vagy Repülő termékek esetén a vadászat, ha a vadászfegyvert a magyar jogszabályok szerint jogszerűen használják,

(4) extrém sportok gyakorlása, kivéve a Télisport, Tengerpart és Repülő termékek, vagy bármely éves bérlet termék, valamint Sport Extra pótdíj megfizetése esetén az ott meghatározott körben,

6.3. Nem fedezi a biztosítás:

- (1) a következményi károkat,
- (2) a nem vagyoni kárt, a sérelemdíjat, illetve az esemény helye szerinti ország jogszabályai alapján a személyiségi jogok megsértéséből eredő jogkövetkezményeket,
- (3) azokat a költségeket, amelyek a Szerződő vagy a Biztosított jelen biztosítási szerződésből eredő kötelezettségeinek késedelmes teljesítése miatt keletkeznek,
- (4) a kármegelőzést szolgáló intézkedések költségeit.

6.4. A Biztosító a különös feltételekben az egyes szolgáltatás-típusoknál a fentiekén túl további kizárásokat is alkalmaz.

7. A SZERZŐDÉS ILLETVE A KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŰNÉSÉNEK ESETEI, DÍJVISSZATÉRÍTÉS

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

- (1) a biztosítási szerződésben meghatározott lejáratú időpontban,
- (2) a Biztosított halála esetén,
- (3) ha a Szerződő a biztosítási szerződést azonnali hatállyal felmondja, abban az időpontban, amikortól kezdődő időtartamra vonatkozóan a Biztosító visszafizeti a díjat.

7.2. A Szerződő jogosult a biztosítási szerződést annak tartama alatt **díjvisszatérítési igény** formájában azonnali hatállyal felmondani az alábbiak szerint:

7.2.1 A Biztosító a biztosítási díj teljes összegű visszatérítését abban az esetben vállalja, ha 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, és minden kétséget kizáróan megállapítható, hogy a biztosítási szerződés létrejött.

7.2.2 Részleges díjvisszatérítéshez az alábbi feltételek együttes teljesülése szükséges:

- a díjvisszatérítésre vonatkozó igényt a Szerződő a Biztosító vagy megbízottja azon szervezeti egységénél, ahol a biztosítási szerződést megkötötték a biztosítási szerződés lejáratáig írásban bejelenti,
- a Biztosított(ak) írásban nyilatkozik(nak) arról, hogy a biztosítási szerződés hatálya alatt biztosítási esemény nem történt, illetve a Biztosítóval szemben az adott biztosítási szerződésből következően szolgáltatási igénnyel nem kíván(nak) élni, és minden kétséget kizáróan megállapítható, hogy a biztosítási szerződés létrejött.

(1) Részleges díjvisszatérítés esetén a Biztosító által visszatérített összeg a díjvisszatérítési igény benyújtásának napját követő naptól a biztosítási szerződés lejáratáig járó időarányos biztosítási díj, **kivéve abban az esetben, amikor a díj egy megadott időszávrá egységesen vonatkozik. Ebben az esetben a biztosító a díjvisszatérítési igény benyújtásának napjáig eltelt teljes időszak és a benyújtás napján érvényes időszak díjával csökkentett biztosítási díjat téríti vissza. Az egyes termékek vonatkozásában alkalmazott díj-időszakok a következők:**

Terméknév	Időszak	Napidíj
Repülő termékek	1-3 nap	4. naptól (időszak díján felül)
Euro 30, Praktikum 30, World 30	1-20 nap	21. naptól (időszak díján felül)

Terméknév	Időszakok				
Autó Extra	1-3 nap	4-5 nap	6-10 nap	11-17 nap	18-31 nap

(2) Éves bérlet típusú termékeknél egy évnél rövidebb időtartamra tartam-kedvezmény nem érvényesíthető, így a visszatéríthető díj (az időtartam-kedvezmény figyelmen kívül hagyásával) a következők szerint kerül meghatározásra:

– Air & Cruise Top és Extra éves bérlet termékek esetén visszatéríthető díj: a biztosító megállapítja a díjvisszatérítésre vonatkozó igény bejelentésének napjáig a tartamból eltelt naptári napokra vonatkozóan az adott termék – szerződés-kötés időpontjában érvényes – egyéniapidíjának alapulvételével, Világ 2 pótdíjjal számolt biztosítási díjat (továbbiakban: felhasznált díj). A biztosító a teljes díj és a felhasznált díj különbözetének visszatérítését vállalja.

– Autó Extra éves bérlet esetén visszatéríthető díj: a teljes biztosítási díjból a díjvisszatérítésre vonatkozó igény benyújtásának napjáig a tartamból eltelt időszakra naponta számítva az éves díj 1%-ának megfelelő díj levonása után fennmaradó díj.

– Európa Éves Bérlet éves díjából visszatéríthető díj: a teljes biztosítási díjból a díjvisszatérítésre vonatkozó igény benyújtásának napjáig a tartamból eltelt időszakra naponta számítva az éves díj 5%-ának megfelelő díj levonása után fennmaradó díj.

– Mester EEK Éves Bérlet díjából visszatéríthető díj: a teljes biztosítási díjból a díjvisszatérítésre vonatkozó igény benyújtásának napjáig a tartamból eltelt időszakra naponta számítva az éves díj 2%-ának megfelelő díj levonása után fennmaradó díj.

8. ELÉVÜLÉSI IDŐ

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

(2) Az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik:

- (a) a biztosítási esemény bejelentésének elmaradása esetén a biztosítási esemény bekövetkezésekor,
- (b) a biztosítási esemény bejelentése esetén az utolsó iratnak a biztosítóhoz történt beérkezését követő 15. munkanapot követő napon,
- (c) 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,
- (d) egyéb esetben a követelés esedékessé válásának napján.

9. A POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYVTŐL ELTÉRŐ SZABÁLYOK

(1) A Biztosító a 4.2.5. pont (2)-(3) bekezdéseiben foglalt esetekben az ott meghatározott számú biztosítási eseményekre vállal kockázatot, mellyel eltér a Ptk. 6:439. § (1) bekezdésétől.

(2) A Biztosító azon biztosítási szerződések kockázatviselés megkezdését követő felmondása esetén, amelyeknél a biztosítási díjat időszáv alkalmazásával állapította meg, az időarányos díj helyett a 7.2.2. pont szerint számított díjat fizeti vissza, mellyel eltér a Ptk. 6:448. § (2) bekezdésétől.

(3) A 8.(1) pont alapján **a biztosítási szerződésből eredő igények 2 év elteltével évülnek el, mellyel a Biztosító eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésétől.**

(4) I) Felelősségbiztosítás és Jogvédelem, valamint J) Szállodai- és kemping- felelősségbiztosítás szolgáltatás esetén:

- a biztosítási fedezet nem terjed ki a sérelemdíjra és
- a biztosító az eljárási költségeket – így különösen jogi képviselő költsége, illetékek, szakértő díja - és a kamatokat a biztosítási összeg keretei között, legfeljebb annak mértékéig téríti, mellyel a Biztosító eltér a Ptk. 6:470 § (1), illetve (3) bekezdésétől.

IV/II. KÜLÖNÖS FELTÉTELEK

A) EGÉSZSÉGÜGYI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ÉS BIZTOSÍTÁS

1. Biztosítási esemény

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

(2) Búvárkodás során bekövetkező baleset akkor minősülhet 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, 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. A Biztosító szolgáltatásai az egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás keretében

2.1. Orvosi és mentési költségek térítése

(1) Külföldi sürgősségi ellátás és az ennek érdekében történő mentés alábbi költségeinek térítése:

- (a) orvosi ellátás, valamint az orvos által névre szólóan felírt gyógyszer, diagnosztikai vizsgálatok, valamint mankó, térd-, könyökrögzítő, kompressziós harisnya,
- (b) orvoshoz vagy kórházba történő betegszállítás mentőautóval, illetve indokolt esetben heli, vízi illetve helikopteres mentés vagy tűzoltóság által – kizárólag a személy mentése érdekében - végzett segítségnyújtás,
- (c) **kórházi fekvőbeteg-gyógykezelés**, a biztosítási időszak tartama alatt összesen **legfeljebb 30 napra**, függetlenül a biztosítási események számától,

- (d) sürgősségi terhességi vagy szülészeti ellátás **legfeljebb a terhesség 24. hetének végéig**,
(e) **sürgősségi fogászati ellátás**: közvetlen fájdalomcsökkentő kezelés és nem baleseti eredetű szájszészeti ellátás az orvosi rendelőnyre vásárolt gyógyszerekkel együtt,
(f) baleseti eredetű szájszészeti ellátás,

(g) **kórházi napi térítés (a biztosítási időszakon belül összesen legfeljebb 30 napra)**: a külföldön történt kórházi fekvőbeteg-ellátás azon időszaka, amelyre a Biztosított vagy teljesen vagy legalább az érvényes EEK bemutatása mellett fizetendő önrészesedés összegét meghaladó költségek vonatkozásában írásban lemond a szolgáltatási igényéről. A Biztosító szolgáltatása a napi térítési összeg szorozva a kórházban töltött éjszakák számával. Ha adott termék feltételei vagy a szerződésben meghatározott egyedi megállapodás alapján a Biztosító szolgáltatása a kórházi költségek vonatkozásában eleve kizárólag EEK (illetve más biztosítás) alapján meg nem térülő költségekre terjed ki, akkor jelen szolgáltatás igénybevételére a Biztosított nem jogosult.

(2) Egy adott biztosítási eseménnyel összefüggésben 150 EUR-t meghaladó szolgáltatás feltétele, hogy az esemény telefonos bejelentése az EUB-Assistance felé a lehető legrövidebb időn - de legfeljebb 12 órán - belül megtörténjen, a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges dokumentumokat (pl. diagnózis, a tervezett egészségügyi ellátás jellege és az ellátás várható költsége) eljuttassák, és az EUB-Assistance a szolgáltatások igénybevételét a Biztosított részére engedélyezze és a szolgáltató által meghatározott szolgáltatási díjat előzetesen jóváhagyja, arra írásban fizetési garanciát vállaljon.

Ha ezen 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. **A közvetlen életveszély elhárítását követő ellátások igénybevételéhez szükséges az EUB-Assistance értesítése és előzetes jóváhagyása.**

(3) Egyensúlyban lévő krónikus betegségekkel (lásd Fogalmak (26)(d) szerint!) összefüggő váratlan rosszabbodás miatt szükségessé váló sürgősségi ellátásra a Biztosító szolgáltatása a Szolgáltatástáblázatban – a teljes biztosítási összegben belül – az erre az esetre külön meghatározott összeghatárig terjed, és EEK országokban kizárólag az érvényes EEK alapján meg nem térülő költségekre vonatkozik Ebben az esetben a Biztosító kórházi napi térítés szolgáltatást nem vállal.

A Biztosított kizárólag abban az esetben jogosult a szolgáltatásra, ha az adott betegség a **Fogalmak rész (26)(d) pontjában leírt betegségek közé tartozik, és erre vonatkozóan kezelőorvosa a kockázatviselés kezdetét megelőzően – egy héten belül történt vizsgálat alapján – írásban igazolja a következőket:**

- az adott betegséggel összefüggésben **szövődmény még nem alakult ki**,
- az ismert betegséggel a Biztosított a betegség fennállása óta **folyamatosan rendszeres orvosi felügyelet alatt állt, és az előírt kontroll-vizsgálatokon részt vett**,
- a betegséggel összefüggésben a kockázatviselés kezdetét **megelőző egy évben rendszeres kontroll vizsgálaton kívül egyéb orvosi ellátás** (pl. új kezelés vagy terápia-módosítás) **nem történt**,
- **egészségi állapota alapján a Biztosított adott utazáson történő részvétele orvosilag nem ellenjavallt.**

A szolgáltatás feltétele továbbá, hogy a Biztosított a számára az adott betegséggel összefüggésben meghatározott orvosi utasításokat maradéktalanul betartja (pl. az előírás szerinti gyógyszereket előírt rendszerességgel és adagolásban beveszi, az esetleges életmódbeli korlátozásokat figyelembe veszi.)

A szolgáltatás nem terjed ki gyógyszer-költségekre (kivéve kórház által a kórházi fekvőbeteg-ellátás részeként leszámított költségeket), **gyógyászati segédeszközök költségeire, továbbá az orvosi ellátás keretében szükségessé váló bármely olyan ellátás vagy kezelés költségeire, amely a sürgősségi ellátást megelőzően is már a kezelés része volt.**

(4) 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.

(5) 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.

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

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

2.2. Hazaszállítás megszervezése, a felmerült többletköltségek térítése

(1) A Biztosító az alábbi esetekben vállalja a Biztosított lakóhely szerinti ország területére történő hazaszállításának vagy hazautazásának megszervezését, és az emiatt felmerülő mentőszállítás vagy légimentés költségének, vagy – amennyiben a Biztosított számára orvosi szempontból megengedett a tömegközlekedéssel vagy személyautóval történő utazás – a közlekedési költségek, valamint az orvosilag indokolt kísérőszemélyzet költségének megtérítését:

(a) ha a Biztosított külföldön folyamatosan sürgősségi ellátás alatt áll, de a külföldi kezelőorvos és a Biztosító képviselőjében eljáró orvos együttes szakvéleménye alapján - a lakóhely szerinti ország területére - szállítható állapotban van, és a Biztosító a külföldi ellátás folytatása helyett a Biztosított hazaszállítása mellett dönt,

(b) ha a Biztosított sürgősségi ellátása már befejeződött, de - a biztosítási esemény következtében - hazautazása a lakóhely szerinti országba a kezelőorvos szakvéleménye szerint az eredetileg tervezett hazautazási módon vagy időpontban nem lehetséges. A Biztosító nem köteles a hazaszállítást az eredetileg tervezett hazautazási időpontnál korábban megszervezni.

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

(3) A lakóhely szerinti ország területén a hazaszállítás a további egészségügyi ellátást végző intézménybe vagy a Biztosított lakhelyére történik.

(4) A Biztosító nem vállalja a hazaszállítás költségeit, ha a Biztosított hazautazása eredetileg sem a kockázatviselés tartamán belül történt volna.

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

2.3. Egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatások

(1) A Biztosító - a Biztosított kérése alapján – a helyi infrastrukturális és ellátási körülményektől függően 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 ellátás-szervezést és az ellátó felé történő közvetlen költségátérítést nem vállal.

(2) A Biztosító a sürgősségi ellátás időtartama alatt folyamatos kapcsolatot tart az ellátó orvossal, egészségügyi intézménnyel, és 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 külföldön felmerült **alábbi költségeket összesen legfeljebb 50.000 Ft összeghatárig:**

(1) az orvoshoz vagy kórházba utazás költségeit, ha az személyautóval, tömegközlekedési eszközzel vagy – indokolt esetben – taxival történik,

(2) a biztosítási esemény miatt felmerült telefon- vagy faxköltségeket az esemény helyétől függően legfeljebb a következő összeghatárokig: Európa 15.000 Ft, Európán kívül 25.000 Ft.

2.5. Holttest hazaszállításának megszervezése, a felmerült költségek térítése

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

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

2.6. Air & Cruise Top és Air & Cruise Extra termékek - mentőhelikopteres szállítás egészségügyi ellátóhoz

Ha a Biztosítottnak hajós körutazása során az A) 1. részben meghatározott eseménnyel összefüggésben haladéktalanul kórházi fekvőbeteg ellátásra van szüksége, amely a hajón nem oldható meg, és a Biztosított szárazföldi egészségügyi ellátóhoz szállítása csak mentőhelikopterrel lehetséges, akkor a Biztosító

megszervezi a biztosított mentőhelikopteres átszállítását a szárazföldi egészségügyi ellátóhoz és annak költségeit megtéríti.

2.7. Szolgáltatások terror-cselekmény esetén

Ha terrorcselekmény a Biztosítottnak baleseti sérülést okoz, a Biztosító vállalja a baleseti sérüléssel összefüggésben orvosilag szükségessé váló orvosi és mentési költségek térítését az A) 2.1. pont szerint, valamint a hazaszállítás vagy holttest-hazaszállítás költségeit az A) 2.2., illetve az A) 2.5. pont szerint legfeljebb az adott termék biztosítási összegein belül, de – az adott Biztosítottra vonatkozóan fennálló érvényes biztosítási szerződések számától függetlenül – Biztosítottanként összesen legfeljebb 5 millió Forint összeghatárig. A Biztosító nem vállal szolgáltatást, ha a Biztosított a helyi hatóságok által közzétett tiltás ellenére tartózkodott az adott területen.

3. Sport Extra pótdíj megfizetése esetén – egészségügyi ellátás folytatása a lakóhely országában

3.1. Biztosítási esemény

Ha a következő hobbi sporttevékenységek közben történt baleset miatt az A) 1. szerinti biztosítási esemény bekövetkezett, és ezzel összefüggésben **a Biztosított egészségügyi ellátásának folytatása a lakóhely országának területére történő hazaérkezése után is orvosilag indokolt:** vízisízés, jetski, vadvízi evezés és rafting, hegy- és sziklamászás az V. foktól, falmászás, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, búvárkodás légzőkészülékkel 40 méteres vízmélységig. Búvárkodással összefüggésben szükségessé váló hiperbár-kamrás kezelés esetén a lakóhely országába történt hazaérkezés után szükségessé váló sürgősségi orvosi ellátás (pl. hiperbár-kamrás kezelés) is biztosítási eseménynek minősül, feltéve hogy az A)1.(3) pontban leírt feltételek teljesülnek.

3.2. A Biztosító szolgáltatása

(1) A Biztosító a lakóhely országában - a biztosítási esemény bekövetkezését követően legfeljebb hat hónapon belül - igénybe vett orvosi ellátás és betegszállítás költségeit téríti meg. A Biztosító – a hiperbár-kamrás kezelés kivételével -, kizárólag a kötelező egészségbiztosítás által általánosan finanszírozott ellátásokat téríti meg.

(2) Szolgáltatás-táblázat

Biztosítási termék:	Top Extra	Top	Nívó
Szolgáltatási összeghatárok (Ft)	500.000	300.000	200.000

A Biztosító a szolgáltatást a II. A) 2.1.(2)-(6) pontban leírt feltételek teljesülése esetén vállalja !

3.3. A szolgáltatás korlátozása

A Biztosító nem téríti meg a fogászati költségeket, kivéve a szájsebészeti ellátás költségeit, valamint a rágó-képesség helyreállítása érdekében szükséges fogpótlás költségeit összesen legfeljebb 50.000 Ft összeghatárig.

4. Az „A) Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás” szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok (az I. Általános feltételek 4.1.3. pontban felsorolt dokumentumokon felül):

- (1) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, annak bekövetkezésétől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi szakvélemény, kórházi zárójelentés, és táppénzes igazolás,
- (2) egyensúlyban lévő krónikus betegséggel összefüggő ellátás esetén minden esetben, egyéb esetekben pedig a Biztosító kérése alapján a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó előzményi adatok,
- (3) egyensúlyban lévő krónikus betegséggel összefüggő szolgáltatás esetén a kezelőorvos által az utazást megelőző egy héten belül kiállított orvosi vélemény a 2.1.(3) pontban leírtak szerint,
- (4) a felmerült költségek (pl. külföldi orvosi ellátás, gyógyszer, telefon, szállás stb.) névre szóló, eredeti számlái és a kifizetést igazoló bizonylatok,
- (5) személyautóval történt orvoshoz vagy kórházba szállítás esetén a gépjármű forgalmi engedélyének másolatát és a tankolásról szóló számlát,
- (6) a Biztosító kérése alapján a hazautazást követően a lakóhely országában, a káreseménnyel összefüggésben keletkezett orvosi szakvélemények,
- (7) mentési jegyzőkönyv,
- (8) EEK vagy az OEP által kiállított EEK-helyettesítő nyomtatvány másolata,
- (9) búvárbaleset esetén: a merülési jegyzőkönyv, és a biztosított búvár-minősítésének igazolására a Búvár Világszövetség, ill. a Magyar Búvár Szakszövetség által elfogadott hivatalos dokumentum, és – ha oktatás közben történt a baleset - az oktatást végző cég jegyzőkönyve,

(10) holttest hazaszállítása szolgáltatás esetén szükséges – a helyi hatóságok előírásai szerint - 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.

5. Kizárások az A) Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás, B) További utazási segítségnyújtás esetén (az I. Általános feltételek 6. 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), vagy amelyek összefüggésben állnak a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodásával,**
- (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), kivéve az egyensúlyban lévő krónikus betegségekre vonatkozó szolgáltatás esetén, az ott leírt feltételek szerint.**

(2) A kockázatviselés nem terjed ki továbbá: pszichiátriai és pszichés megbetegedésekre, kontrollvizsgálatra, utókezelésre, közeli hozzátartozó által nyújtott kezelésre, ápolásra, fizioterápiás kezelésre, akupunktúrára, természetgyógyász által nyújtott kezelésre, gyógytornára, védőoltásra, rutin-, illetve szűrővizsgálatokra, szexuális úton terjedő betegségekre, szerzett immunhiányos betegségekre (pl. AIDS), illetve ezzel összefüggő betegségekre, kontaktlencsével, szemüveggel kapcsolatos költségekre, terhességvizsgálásra, terhességi rutinvizsgálatokra, csecsemőgondozásra, gyermekgondozásra, 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), a lakóhely országának területére történt hazaérkezés időpontja után felmerült költségekre, kivéve „Sport-Extra – egészségügyi ellátás folytatása a lakóhely országában” szolgáltatás esetén.

(3) „Otthon-védelem” szolgáltatás vonatkozásában a Biztosító nem vállal szolgáltatást, ha az elemi kár bekövetkezése már a külföldre utazás kezdő időpontjában ismert vagy valószínűsíthető, vagy olyan korábbi időpontban ismert vagy valószínűsíthető, amikor a hazaút még költségmentesen módosítható (pl. árvízi előrejelzés).

B) TOVÁBBI UTAZÁSI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS

1. További utazási segítségnyújtás fejezet szolgáltatásaira vonatkozóan általánosan érvényes szabályok:

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

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

(3) A Biztosító a B)2-5. pontban leírt költségek megtérítését az ott leírt körülmények fennállása, valamint a Biztosítottat érintő A)1. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkezése esetén vállalja, a további pontokban leírt szolgáltatásokat pedig az ott meghatározott biztosítási esemény bekövetkezésekor.

2. Hazautazás időpontjának változása betegség vagy baleset miatt

A Biztosító megtéríti a Biztosított és a vele együtt külföldön tartózkodó közeli hozzátartozók szállásköltségeit és a – Biztosítottal egy napon történő hazautazására vonatkozó – közlekedési többletköltségeiket, ha a külföldi orvosi ellátást követően - az ellátó orvos szakvéleménye szerint - a Biztosított egészségi állapota miatt a lakóhely országába történő hazautazás időpontja a tervezettől eltér (feltéve, hogy a hazautazás eredetileg legkésőbb a kockázatviselés utolsó napján megtörtént volna).

3. Utastárs szállásköltsége a biztosított kórházi tartózkodása alatt

A Biztosító megtéríti a Biztosított sürgősségi kórházi ellátása ideje alatt az utastárs szállás-költségeit.

4. Beteglátogatás

A Biztosító megtéríti a Biztosított egy közeli hozzátartozója vagy gondviselője részére a beteglátogatás közlekedési és szállásköltségét, ha a Biztosított állapota életveszélyes, vagy 10 napnál hosszabb ideig kell kórházban maradnia, továbbá szülői kíséret nélkül utazó, 16 évnél fiatalabb Biztosított esetén, ha a Biztosított állapota életveszélyes, vagy 2 napnál hosszabb ideig kell kórházban maradnia.

5. Gyermekek hazaszállítása

A Biztosító megtéríti a Biztosított felügyeletével külföldön tartózkodó 16 éven aluli közeli hozzátartozó(i) és az ő(ke)t a Biztosított lakóhelyének országába hazakísérő személy közlekedési költségeit, ha a Biztosított sürgősségi kórházi ellátása idejére a 16 éven aluli gyermek felügyelet nélkül maradna.

6. Idő előtti hazautazás otthoni hozzátartozó betegsége vagy halála miatt

A Biztosító megtéríti a Biztosítottnak a lakóhely országába történő idő előtti hazautazásának közlekedési költségeit, ha a Biztosított külföldi utazásának – de legkorábban a – kockázatviselés kezdetét követően a Biztosított közeli hozzátartozója vagy házastársának illetve élettársának közeli hozzátartozója a lakóhely szerinti ország területén meghal, vagy életveszélyes állapotba kerül, feltéve, hogy a kockázatviselés hátralévő tartama még legalább 2 nap. (A Biztosító a szolgáltatása a külföldre történő visszautazás költségeire nem terjed ki.)

7. Tolmácsszolgálat betegség, baleset vagy gépjármű meghibásodása esetén

Biztosító megtéríti az indokoltan igénybe vett tolmács számlával igazolt költségeit, ha a Biztosított sürgősségi ellátásával vagy gépjárművét érintő műszaki meghibásodás vagy közlekedési baleset miatt tolmácsra van szüksége.

8. Felkutatás, mentés időjárási körülmények miatt

Biztosító megtéríti a Biztosított felkutatására és mentésére vonatkozóan az illetékes helyi hegyi- vagy vízi mentőszolgálat által leszámított felkutatási és mentési, valamint az általuk indokoltan megrendelt helikopteres mentés Biztosítottat terhelő költségeit, feltéve, hogy a Biztosított felkutatása és mentése azért válik szükségessé, mert az adott napi induláshoz képest a váratlanul megromlott időjárási körülményekkel összefüggésben a Biztosított erőnléti hiányosságai vagy egyéb egészségügyi problémái miatt nem tudja önerejéből elérni a legközelebbi biztonságos helyet (pl. közutat, menedékházat vagy települést), emiatt egészségkárosodás veszélye merül fel, melynek elhárítása érdekében az illetékes helyi hegyi- vagy vízi mentőszolgálat a Biztosított érdekében mentést indít.

A Biztosítottat **a teljes költség 10 %-ának, de legalább € 100-nak megfelelő összegű önrészesedés terheli. Az önrészesedés megfizetésének igazolása a Biztosító szolgáltatásának feltétele.**

(Sürgősségi orvosi ellátást igénylő baleset bekövetkezése esetén a Biztosító a II.A)2.1. pontban leírtak szerint nyújt szolgáltatást)

9. Pénzsegély-közvetítés

Ha a Biztosított külföldön önhibáján kívül sürgős anyagi segítségre szorul, akkor a Biztosító vállalja a Biztosított megbízottja által a Biztosítóhoz befizetett összeg eljuttatását a külföldön lévő Biztosítotthoz. A befizetett összeg igényelt valutánembe történő átváltása a Biztosító által megjelölt bank megfelelő valuta eladási árfolyamán történik. Az átutalás tranzakciós költségei a Biztosítottat terhelik.

10. Információ útiokmány elvesztése esetén

Ha a Biztosított útlevele, forgalmi engedélye, jogosítványa, menetjegye, bankkártyája külföldön elveszett, megsérült vagy megsemmisült, akkor a Biztosító a szükséges információk, illetékes telefonszámok eljuttatásával segítséget nyújt a Biztosítottnak.

11. „Otthon-védelem” váratlan hazautazásra vonatkozó szolgáltatás

Ha a biztosított állandó lakhelyeként szolgáló lakóház vagy lakás váratlanul bekövetkező tűzzel vagy elemi kárral összefüggésben veszélybe kerül vagy megsérül, és emiatt a tervezettnél legalább 2 nappal korábban kell a Biztosítottnak hazautaznia, akkor a Biztosító – a hazautazást követően utólag – megtéríti a váratlan hazautazás közlekedési többletköltségeit.

12. Telefonos orvosi tanácsadás magyar nyelven (24 órában)

A Biztosított külföldön bekövetkező váratlan egészségügyi problémájával kapcsolatban egy - Magyarországon elismert orvosi diplomával rendelkező - orvos lehetőség szerint azonnal, de legfeljebb a bejelentéstől számított 2 órán belül magyar nyelven telefonos orvosi szaktanácsadást nyújt. **Figyelem ! Az orvosi tanácsadás nem helyettesíti a helyszíni orvosi ellátást, a telefonos orvosi tanácsadás alapján a konzultációt végző orvos nem vállal felelősséget a beteg ellátásáért !**

13. Síbérlet árának visszatérítése

A Biztosító abban az esetben nyújtja a szolgáltatást, ha a Biztosított a II. A) fejezet feltételeinek megfelelően a következők szerint részesül külföldön azonnali sürgősségi orvosi ellátásban, és emiatt a síbérlet hátralevő érvényességi időtartamán belül síelni illetve snowboardozni nem képes:

(a) baleset miatt,

(b) kórházi fekvőbeteg ellátással járó megbetegedés miatt,

(c) olyan megbetegedés vagy baleset miatt, amelynek következtében a Biztosító a Biztosítottat a külföldi sürgősségi ellátást követően az orvosi ellátás folytatása céljából a lakóhely szerinti ország területére hazaszállíttatja.

A Biztosító szolgáltatása a Biztosítottra vonatkozóan **egy darab** fel nem használt - a baleset vagy betegség előtt vásárolt - **síbérlet árának visszatérítése** az alábbi táblázatban megadott összeghatárig, a fel nem használt időtartam arányában, de kizárólag az adott biztosítási szerződés időbeli hatálya alá eső napokra:

Sí-Extra	Sí-Profi	Sí-Sztár
100 000 Ft	50 000 Ft	15 000 Ft

14. Az utazás folytatása vagy a hazautazás megszervezése, ha szárazföldi orvosi ellátás miatt a hajóút félbeszakadt

Ha a Biztosított hajós körutazása közben, szárazföldi egészségügyi szolgáltatónál történő olyan – A) 2. szerinti - orvosi ellátása, mely miatt a biztosított a hajóra visszaszállni a hajó továbbindulása előtt az ellátás helyén nem tud, akkor a Biztosító megszervezi a Biztosított továbbutazását a hajós körutazás következő állomásához, vagy a biztosított lakóhelyére történő hazaszállítást, és ennek költségeit megtéríti.

15. Információ autómentő-cégről

Ha a Biztosított – földrajzi Európa területén belüli - utazása során külföldön személygépjárműve meghibásodik vagy közlekedési balesetben megrongálódik, akkor a Biztosított kérése alapján a Biztosító a tájékoztatást nyújt autómentéssel foglalkozó cég telefonszámáról, illetve elérhetőségéről. **A Biztosító az autómentés költségeit nem téríti meg !**

16. Sofőr-küldés a Biztosított betegsége vagy balesete esetén

(1) Ha – Európa területén – a Biztosítottat érintő A) 1. pont szerinti biztosítási esemény következtében a külföldi ellátó orvos szakvéleménye alapján nem megengedett számára a gépjárművezetés az eredetileg tervezett hazautazási időpontban, és emiatt üzemképes személygépkocsijával hazautazni nem tud, és a Biztosítottal együtt külföldön tartózkodó útítársak sem tudják az üzemképes személygépkocsit hazavezetni, akkor a Biztosító vállalja egy - a Biztosított által a személygépkocsi vezetésére kijelölt - személynek a Biztosított lakóhelye szerinti ország területéről a Biztosított tartózkodási helyére való kiutazásának megszervezését, és annak közlekedési többletköltségeit. **A Biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy a szolgáltatási igényt az orvosi döntést követően a lehető legkorábban az EUB-Assistance felé bejelentés. A Biztosító a szolgáltatást nem köteles a biztosítási időtartam utolsó napja előtt nyújtani.**

17. Kisállat biztosítás baleset esetén

(1) Ha Biztosítottal együtt utazó – a jogszabályban meghatározott adatbázisban chippel azonosított, a Biztosított vagy hozzátartozója tulajdonában lévő - **kutya vagy macska** (továbbiakban: kisállat) külföldön **sürgősségi ellátást igénylő balesetet** szenved, a Biztosító megtéríti a **balesettel összefüggésben külföldön felmerült sürgősségi állatorvosi ellátás** költségeit legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban szereplő biztosítási összeghatárig. A Biztosító szolgáltatása az orvosi munkadíjra, és a diagnosztikai vizsgálatok költségeire terjed ki, **gyógyszer-költségekre nem vonatkozik**. A szolgáltatás nem terjed ki továbbá bármely, a kockázatviselést megelőzően már fennálló tünettel összefüggő ellátásra, betegségek kezelésére, szülészeti ellátásra, oltások, valamint előre tervezett beavatkozások költségeire. A szolgáltatás feltétele, hogy a kisállat a jogszabály által előírt, és az általános állatorvosi gyakorlat alapján szokásos oltásokat megfelelő időpontban megkapta, és ez az állat chipes azonosítójával ellátott oltási könyvben visszakereshetően igazolt. A biztosítási összeg a kockázatviselés tartama alatt a biztosítási események és a kisállatok számától függetlenül csak egyszeresen vehető igénybe. A kockázatviselés nem terjed ki állatviadalon, vagy bármely versenyen történő részvétellel összefüggésben bekövetkező balesetekre.

(2) A Biztosító a költségek megtérítését a hazaérkezést követően utólag nyújtja (a számlák, befizetési bizonylat(ok) és a teljesítéshez szükséges egyéb iratok benyújtását követően).

18. A B) További utazási segítségnyújtás esetén a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok (az I. Általános feltételek 4.1.3. pontban és az A) 4. 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 engedélyének, és a vezető jogosítványának másolatát,

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

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

(4) „Otthon védelem” szolgáltatás esetén továbbá:

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

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

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

(5) „Síbérlet árának visszatérítése” szolgáltatás esetén továbbá:

- olyan számviteli bizonylat, melyből egyértelműen megállapítható a síbérlet érvényességi időtartama és értéke, valamint a vásárlás időpontja. Ha a síbérlet a vásárolt utazási csomag része, akkor az utazási csomagra vonatkozó utazási szerződés, a számla és a befizetésre vonatkozó bizonylat vagy banki kivonat benyújtása szükséges. Ha utóbbiak nem tartalmazzak egyértelmű információt a síbérlet érvényességéről és személyenkénti áráról, akkor erre vonatkozóan a szervező utazási iroda írásos nyilatkozata is szükséges.

(6) **„Kisállat-biztosítás baleset esetén”** szolgáltatás feltétele az állatorvosi beavatkozásra vonatkozó orvosi dokumentáció (kisállat chipes azonosítója, diagnózis, kezelés leírása, diagnosztikai vizsgálatok leletei, felírt gyógyszerek), valamint az orvosi ellátásra vonatkozóan a Biztosított és a kezelt kisállat nevét is tartalmazó számla és befizetési bizonylat benyújtása. A Biztosító kérheti továbbá a kisállat chipes azonosítóját, és az ahhoz tartozó – állatorvosi adatbázisban szereplő – adatokra vonatkozó igazolást, és a kisállat oltási könyvének másolatát.

19. A „B) További utazási segítségnyújtás” fejezetre vonatkozó Kizárások az A) 5. részben találhatóak!

C) Balesetbiztosítás

1. Baleseti eredetű halálra vonatkozó biztosítás

(1) Ha baleset következtében a Biztosított a balesetet követően, a balesettel okozati összefüggésben álló okból egy éven belül elhalálozik, akkor a Biztosító a biztosítási összeg kifizetését teljesíti a Kedvezményezett részére.

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

2. Légikatasztrófa biztosítás

Ha a Biztosított légikatasztrófa során bekövetkező baleset következtében a balesetet követően, a balesettel okozati összefüggésben álló okból egy éven belül elhalálozik, akkor a Biztosító a „Légikatasztrófa biztosításra” vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére (a baleseti halálra vonatkozóan meghatározott szolgáltatási összegben felül).

3. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás

3.1. Biztosítási esemény

(1) Az a baleset, amelynek következtében a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 2 éven belül, de legfeljebb két év elteltével 25 %-ot elérő vagy meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodást szenved, feltéve, hogy a baleset a külföldi szakorvos által is igazolt olyan anatómiai károsodást okozott, amely a baleset helyszínén sürgősségi gyógyító beavatkozást indokolt. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a baleset időpontja.

(2) Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan állandósult testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza. A maradandó egészségkárosodás mértékének alapját a baleset alkalmával elszenvedett anatómiai károsodáshoz társult maradandó funkciócsökkenés határozza meg.

(3) Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.

3.2. A Biztosító szolgáltatása

(1) A Biztosító a szolgáltatását akkor teljesíti, amikor a 3.1 pont szerinti maradandó egészségkárosodás mértéke véglegesnek tekinthető. Ha az egészségkárosodás mértéke folyamatosan változik, a Biztosító legkésőbb a baleset bekövetkezésének időpontját követő 2 év elteltével állapítja meg a szolgáltatás mértékét, az időtartam utolsó napján fennálló állapot szerint. A Biztosító a biztosítási összegből a maradandó egészségkárosodás %-os mértékének megfelelően arányos összegű szolgáltatást nyújt. A térítés mértékét (az egészségkárosodás fokát) a Biztosító orvosszakértője állapítja meg a MABISZ balesetbiztosítási orvos szakértői útmutatójának figyelembe vételével. Ha a baleset előtt már meglévő betegségek, vagy fogyatékoságok közrehatottak a maradandó egészségkárosodás mértékében, a Biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékével csökkenti.

(2) Ha a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítása érdekében a Biztosító orvosa indokoltnak tartja, személyes orvosi vizsgálatot végezhet, illetve egyéb szükséges vizsgálatokat (pl. röntgen, ultrahang) írhat elő a Biztosított részére. A Biztosító orvosa által végzett személyes vizsgálat, illetve az általa előírt vizsgálatok költségei a Biztosítót terhelik, a Biztosító vállalja továbbá a Biztosított lakhelyéről a vizsgálat helyszínére történő utazás közlekedési költségeinek megtérítését névre szóló számla alapján. A Biztosító által meghatározásra kerülő maradandó egészségkárosodás fokának mértéke más szakértői testületek határozatától független. A munkaképesség-csökkenés, a sporttevékenység abbahagyása, az esztétikai, illetve szociális szempontok önmagukban nem képezik szolgáltatás jogalapját.

(3) Ha a Biztosított a Biztosító orvosa által megállapított elsőfokú döntést a maradandó egészségkárosodás mértékére vonatkozóan nem fogadja el, akkor újabb szakvizsgálat céljából háromtagú orvosi bizottságot kell létrehozni. Az orvosi bizottság egyik tagját a Biztosított, másik tagját a Biztosító, a – baleseti sebészeti orvos szakértői jogosítvánnyal rendelkező - elnököt pedig a két fél együttes megállapodása alapján jelölik ki. Az orvosi bizottság működésével kapcsolatos költségeket az a fél viseli, akinek a terhére a döntés születik.

(4) Ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül vagy az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, a Biztosító nem nyújt baleseti egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatást.

4. Baleseti kórházi napi térítés

(1) A Biztosító a baleset napjától számítva folyamatosan tartó, a baleseti következmények elhárítása céljából szükséges kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésre nyújt szolgáltatást abban az esetben, ha a külföldön bekövetkező baleset, melynek következtében a Biztosított először külföldön, majd azt követően a lakóhely országának területén folyamatosan sürgősségi kórházi ellátásban részesül.

(2) A szolgáltatás összegének megállapítása úgy történik, hogy a Szolgáltatás-táblázatban megadott biztosítási összeget meg kell szorozni a kórházban fekvőbeteg-ellátás keretében eltöltött éjszakák számával. A Biztosító a biztosítási időszak illetve egy adott külföldi utazás során történt eseményekkel összefüggésben összesen **legfeljebb 50 kórházi ápolási napra** térít

5. A „C) Balesetbiztosítás” -ra vonatkozóan a teljesítéshez szükséges dokumentumok (az I.

Általános feltételek 4.1.3. pontban felsorolt dokumentumokon felül):

(1) Baleseti eredetű halálra vonatkozó biztosítás esetén

(a) a halottvizsgálati bizonyítvány, és a Biztosított halotti anyakönyvi kivonatának hiteles másolata,

(b) a baleset bekövetkezésétől a Biztosított haláláig történt külföldi és magyarországi orvosi kezelésekre vonatkozó összes orvosi szakvélemény fénymásolata, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges következő iratot: kezelőorvos szakvéleménye, vagy ha készült, a kórbonctani lelet,

(c) a Kedvezményezett jogosultságot igazoló okirat (jogerős hagyatékátadó végzés vagy annak olyan kivonatos másolata illetve kiadmánya, amely egyértelműen tartalmazza az örökös(ök) megjelölését, és a közjegyző adatait, illetve öröklési bizonyítvány) eredeti példánya vagy hiteles másolata.

(2) Légikatasztrófa biztosítás esetén továbbá: a légitársaság igazolása arra vonatkozólag, hogy a légikatasztrófa bekövetkezésének időpontjában a Biztosított utas minőségben a repülőgépen tartózkodott, valamint az illetékes hatóság igazolása arra vonatkozólag, hogy a légi jármű a felszállást követően lezuhant, illetve kényszerleszállást hajtott végre, és a Biztosított ennek következtében balesetet szenvedett.

6. KIZÁRÁSOK „C) Balesetbiztosítás” esetén (az I. Általános feltételek 6. pontban felsorolt kizárásokon felül):

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás esetén a kockázatviselés nem terjed ki:

- (1) a porckorongsérvre, és egyéb sérvesedési megbetegedésekre, a rándulások kórismével jelölt sérülésekre, valamint a szövödmény nélkül gyógyult ízületi csőtükrözés utáni állapotokra,
- (2) az olyan balesetekre, ahol a friss baleseti eseménnyel közvetlen okozati összefüggésben anatómiai elváltozás a rendelkezésre álló orvosi szakvélemény alapján nem állapítható meg,
- (3) a baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek vonatkozásában a korábbi károsodás mértékéig.

D) Poggyászbiztosítás

1. Fogalmak

(1) útipoggyásznak minősülnek:

(a) a Biztosított **tulajdonát képező** dolgok, amelyeket a Biztosított saját személyes használat céljából visz magával az utazásra (ha a **Szerződő nem természetes személy**, abban az esetben a **Szerződő tulajdonát képező, de a Biztosított használatában vagy megőrzésében lévő dolgok is**).

Ha egy dolog több biztosított közös tulajdonát képezi, akkor a Biztosító szolgáltatása az adott dolog vonatkozásában biztosítottanként a tulajdonrész arányában jár, az alkalmazandó szolgáltatási összeghatárok pedig a tulajdonrész arányának megfelelően csökkennek.

(b) kizárólag **sportfelszerelés** esetében a Biztosított által – írásos bérleti szerződés alapján, sportszer-kölcsönzésre jogosult gazdasági társaságtól a helyi viszonyoknak megfelelő bérleti díj ellenében – **bérelt** és jogszerűen **használt** sportfelszerelési tárgyak is

(c) a következő **útiokmányok**: a Biztosított útlevele, személyi igazolványa, lakcímkártyája, jogosítványa, és annak a gépjárműnek a forgalmi engedélye, amelyet a Biztosított az utazás során jogszerűen vezet. Jelen feltételek szempontjából az útiokmányban található vízum nem képezi az útiokmány részét.

(d) a Biztosított **nevére szóló bankkártya**.

A D) Poggyászbiztosítás fejezet 6.(1) pontja tartalmazza azon tárgyak felsorolását, melyek a biztosítási feltételek vonatkozásában nem minősülnek útipoggyásznak.

(2) **közlekedési baleset**: a Poggyászbiztosítás fejezetben található szolgáltatások vonatkozásában közlekedési balesetnek minősül az az esemény:

(a) amelynek során az a jármű, amellyel a biztosított utazik, másik járművel vagy valamely dologgal ütközik, és ennek következtében a biztosítottat szállító jármű megsérül, feltéve, hogy a baleset körülményeit, a jármű sérülésének tényét és a keletkezett kár mértékét az esemény helyén illetékes rendőrség írásban igazolja,

(b) amelynek során a biztosítottat gyalogosként valamely jármű elüti, és a baleset körülményeit és a keletkezett kárt az esemény helyén illetékes rendőrség írásban igazolja,

(3) **sporteszköz, sportfelszerelés**: bármely olyan dolog, amely jellemzően valamely sporttevékenység folytatásához szükséges. Jelen feltételek alkalmazásában sporteszköznek – és nem járműnek vagy közlekedési eszköznek – minősülnek különösen a következő dolgok: kajak, kenu, kerékpár, surf, bármilyen motoros meghajtás és vitorla nélküli evezős csónak, horgászfelszerelés, görkorcsolya, roller, túrabot. Bármely egyéb **közlekedési eszköz, valamint a fegyverek nem minősülnek sporteszköznek**, abban az esetben sem, ha azokat valamely sporttevékenység keretében használják.

(4) **télisport-felszerelés**: síléc és síkötés, snowboard és snowboard kötés, sícipő, snowboard cipő, sísisak, síbot, sí-szemüveg, sí-napszemüveg, valamint síléc, snowboard, sícipő és snowboard cipő tárolásához használt tartózsák, illetve táska, korcsolya, szánkó.

(5) **használt érték**: az adott dolog szokásos funkciójára vonatkozóan átlagos használatot feltételezve a dolog életkora alapján meghatározott használt érték, melynek összege nem haladhatja meg a beszerzési árat.

(6) **tartozék**: nem alkatrész, de egy másik dolog rendeltetésszerű használatához vagy épségben tartásához szükséges vagy annak valamely funkcióját egészíti ki, függetlenül attól, hogy a fődologgal együtt vagy attól függetlenül forgalmazzák.

(7) **piperecikkek**: kozmetikai, tisztálkodási, és testápolási célra használt dolgok és anyagok, ide értve az ilyen célt szolgáló műszaki cikkeket, és ezek tartozékait is (pl. borotva, hajszárító, elektromos fogkefe stb.).

(8) **hordozható számítógép**: netbook, notebook, laptop, tablet, e-book olvasó.

(9) **örizetlenül hagyás**: ha az útipoggyász nincs személyes felügyelet (lásd 2.1.(3).(c) pont) alatt elhelyezve.

(10) **műszaki cikk:** fényképezőgép, video- vagy digitális kamera, mobiltelefon, GPS, CD-, DVD-, vagy MP3 lejátszó, óra, számítógép, valamint bármely elektromossággal (pl. elemmel) vagy gépi meghajtással működő eszköz.

(11) **számla:** az adott dolog újkori beszerzési értékét és tulajdonosát egyértelműen meghatározó, névre szóló, a hatályos jogszabályoknak megfelelő számviteli bizonylat.

2. Biztosítási események és a Biztosító szolgáltatása

2.1. Útipoggyászsra vonatkozóan a Biztosító a következőkben felsorolt biztosítási események esetén szolgáltat:

(1) **útipoggyász** (pl. ruházat, vagy abban tárolt dolog) **sérülése vagy megsemmisülése olyan súlyos fizikai sérüléseket okozó baleset során**, amellyel összefüggésben a Biztosított azonnali sürgősségi orvosi ellátása válik szükségessé a baleset helyszínén illetékes egészségügyi ellátónál,

(2) **útipoggyász sérülése vagy megsemmisülése közlekedési baleset, elemi kár vagy gépjárműben keletkezett műszaki eredetű tűz következtében,**

(3) **jogtalan eltulajdonítás** külföldön a következő körülmények között:

(b) lezárt személygépjárműből vagy buszból helyi idő szerint reggel 8 h és este 20 h között.

A szolgáltatás a gépjármű szilárd burkolatú, zárszerkezettel ellátott és lezárt, a beláthatóságtól védett utasterében vagy csomagtartójában, tetőcsomagtartó dobozában, és motorkerékpár csomagtartó dobozában tárolt útipoggyászsra terjed ki, a következő dolgok kivételével: **gépjárműben hagyott útiokmányok, bank- és hitelkártya, valamint bármely műszaki cikk és tartozékai** (abban az esetben sem, ha az eltulajdonítás lakóautóból történik).

Gépjárműből eltulajdonított útipoggyászokra vonatkozóan a biztosító szolgáltatása legfeljebb a Szolgáltatás-táblázat D) Poggyászbiztosítás részében lopáskarra meghatározott biztosítási összeg 50 %-áig terjed. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn, ha a lezárt gépjárműbe történő erőszakos behatolás egyértelműen nem bizonyított.

(b) lezárt lakóépületből, lakásból. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn, ha lezárt lakóépületbe vagy a lakásba történő erőszakos behatolás egyértelműen nem bizonyított.

(c) személyes felügyelet alól. Jelen feltételek vonatkozásában **személyes felügyeletnek** minősül, ha az útipoggyász a Biztosított (vagy kiskorú biztosított esetén valamely nagykorú hozzátartozója) közvetlen közelében, általa jól látható és elérhető helyen úgy van elhelyezve, hogy harmadik személy nem tudja azt fizikai erőszak vagy fenyegetés alkalmazása nélkül elvenni.

(d) hatóságilag engedélyezett, őrzött kempingben sátorból vagy lakókocsiból. Sátorban vagy lakókocsiban hagyott útiokmányokra, bankkártyára, műszaki cikkekre és tartozékaira a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki!

(e) strandon vagy egyéb fürdőhelyen, mely esetben a Biztosító legfeljebb a **biztosítási összeg 10 %-áig** vállal szolgáltatást. Az alábbiakban megjelölt termékek esetén a „Strandlopás biztosítás Plusz” szolgáltatás keretében a következő összegekkel egészül ki a biztosító szolgáltatása:

Tengerpart Extra, Air & Cruise Extra	Tengerpart Top, Air & Cruise Top	Tengerpart Nívó Air Nívó
40 000 Ft	30 000 Ft	20 000 Ft

A kiegészítő szolgáltatásra is vonatkoznak a Poggyászbiztosítás általános szolgáltatási feltételei, így különösen a szolgáltatást korlátozó szabályok (pl. tárgyankénti, csomagonkénti limit).

(4) menetrendszerű személyszállítást végző légi- vagy hajótársaság a külföldi utazás időtartama alatt az érvényes menetjeggyel utazó Biztosított részére:

- **részben vagy teljesen nem szolgáltatja vissza (eltűnés) az utazás tartamára a Biztosított nevére szólóan és az adott cég utazási feltételeinek megfelelően átvett útipoggyászt** (a poggyász sérülése nem minősül eltűnésnek),

- **sérülten szolgáltatja vissza az utazás tartamára a Biztosított nevére szólóan és az adott cég utazási feltételeinek megfelelően írásban átvett útipoggyászt.** Jelen szolgáltatás szempontjából poggyász-sérülésnek minősül az a károsodás, melynek következtében a poggyász tárolására szolgáló dolog (pl. táska, bőrönd) további rendeltetészerű használatra bizonyíthatóan alkalmatlanná válik. **Nem minősül sérülésnek a normál elhasználódás, melybe beleértendőek az olyan sérülések (pl. karcolás, horpadás, átnedvesedés és szín-elváltozás) is, amelyek a további rendeltetészerű használatot nem akadályozzák.**

A biztosító az eltűnésre, illetve sérülésre vonatkozó szolgáltatásokat kizárólag „Repülős termékek” (a Szolgáltatás-táblázat (R) jelű sorában lévő termékek) esetén vállal a Szolgáltatás-táblázat D) Poggyászbiztosítás részében „Légi- vagy hajótársaság kezelésében igazolt eltűnésre vagy sérülésre összesen” meghatározott limitig!

Személyszállító cég kezelésében történt útipoggyász-kár:

- kizárólag akkor minősülhet biztosítási eseménynek, ha **a személyszállító cég a kár bekövetkezésének tényét, és mértékét hitelt érdemlően igazolja és a károkozásért a felelősségét írásban elismeri**, valamint a hatályos jogszabályok- és az utazási szerződés szerinti kártérítési összeget megtéríti. **A Biztosító szolgáltatása legfeljebb a személyszállító vállalat által meg nem térített összegre terjed ki.** A személyszállító cég kezelésében bekövetkezett teljes útipoggyász-kár kiszámítása a Biztosított vagy a nem természetes személy Szerződő vagy Díjfizető nevére szóló eredeti számla, ennek hiányában pedig a 2.2.(2) pont szerint történik. Ezen összegből kerül levonásra a személyszállító vállalat által nyújtott kártérítés. A biztosító szolgáltatásának összege a fenti két összeg különbözete a jelen biztosítási feltételekben szereplő kizárások, korlátozások, biztosítási összegek és limitek figyelembe vételével. Amennyiben a személyszállító cég a kárt előzőek szerint **igazolja**, de kifejezetten nem ismeri el a károkozásért a felelősségét illetve **kártérítést nem nyújt, akkor a Biztosítottat 50 % önrészesedés terheli, és a Biztosító szolgáltatása legfeljebb az adott esemény-típusra vonatkozó biztosítási összeg 50 %-áig terjed.**

Ha az útipoggyász légitársaság kezelésében tűnt el, és az adott poggyász késedelmes megérkezésére vonatkozóan a Biztosító ugyanazon légiútra vonatkozóan a különös feltételek E) Poggyászkésedelem része alapján szolgáltatást teljesített, akkor a Poggyászbiztosítás szolgáltatás összegéből a Poggyászkésedelem címen fizetett összeg levonásra kerül.

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a személyszállító cég megőrzésébe átadott útiokmányokra, bankkártyára, bármely műszaki cikkre és tartozékaira, szemüvegre, napszemüvegre, kontaktlencsére!

A Biztosító légipoggyászként feladott hordozható számítógépekre kizárólag abban az esetben vállal szolgáltatást (a Szolgáltatás-táblázatban meghatározott limiten belül), ha az eszköz kézipoggyászként történő szállítását – az adott induló és célállomások között - jogszabály tiltja.

2.2 A Biztosító szolgáltatására vonatkozó általános szabályok

Az alábbiakban meghatározott térítési feltételek és korlátozások a Poggyászbiztosítás fejezetben leírt **összes szolgáltatásra** érvényesek.

- (1) A Biztosító megtéríti a biztosítási esemény következtében sérült, megsemmisült, vagy eltulajdonított **útipoggyász** biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes használt értékét a Szolgáltatás-táblázatban **D) Poggyászbiztosítás vonatkozásában meghatározott biztosítási összegben belül vagyontárgyanként legfeljebb** a Szolgáltatás-táblázatban **tárgyankénti limitként megadott összeghatárig**, az egy csomag (pl. táska, bőrönd) és az abban található tárgyak vonatkozásában pedig összesen legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban **csomagonkénti limitként meghatározott összeghatárig**. Ha a sérült dolog javítható, a Biztosító a javítás költségeit téríti a fenti korlátozások figyelembe vételével.
- (2) **Ha az útipoggyász beszerzési értéke és a beszerzés időpontja** az újkori beszerzést igazoló, a Biztosított nevére vagy a nem természetes személy Szerződő vagy Díjfizető **névére szóló eredeti számlával nem igazolt**, a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy az általa – **az azonos alapfunkciót ellátó átlagos minőségű dolog átlagos magyarországi egyéves használt értékének alapján – meghatározott összeget (továbbiakban: átlagos használt érték) vegye figyelembe a térítés megállapításakor. A használt érték összegét a Biztosító jogosult meghatározni.**
- (3) **A tárgy és tartozékai illetve a páros vagy készletben lévő vagyontárgyak egy dolognak minősülnek**, ezekre vonatkozóan összesen a szolgáltatás legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban tárgyankénti limitként megadott összeghatárig terjed. Kizárólag tartozékokat érintő biztosítási esemény esetén a Biztosító szolgáltatása az összes tartozékra együttesen legfeljebb a tárgyankénti limitig terjed.

2.3 A biztosító szolgáltatására vonatkozó speciális térítési szabályok az útipoggyász jellege szerint

- (2) Biztosítási esemény következtében eltulajdonított, megsemmisült vagy használhatatlanná vált **útiokmányok vagy bankkártya esetén** a biztosító megtéríti:
 - (a) a hazatérési engedély kiállításának konzulátusi költségét, valamint az útiokmányok pótlásának jogszabály által előírt költségeit,
 - (b) a külföldön az útiokmányok pótlása illetve a hazatérési engedély beszerzése céljából a biztosítási esemény helyétől az adott országban illetékes **magyar külképviseleti szerv hivataláig történő utazás közlekedési többletköltségeit.**
 - (c) a Szolgáltatás-táblázatban „bankkártya-pótlás költségeinek megtérítése” összegig a Biztosított nevére szóló bankkártyára vonatkozóan a bankkártya letiltásának és pótlásának – a kibocsátó bank által meghatározott mértékű – költségeit.

- (2) **Dioptriás szemüveg vagy kontaktlencse sérülése, megsemmisülése, vagy eltulajdonítása** esetén a Biztosító azok számlával igazolt pótlását, vagy javítását téríti meg legfeljebb a tárgyankénti limitként megadott összeg 50 %-áig.
- (3) **Piperecikkek**re a szolgáltatás összesen legfeljebb **a biztosítási összeg 10 %-áig** terjed ki.
- (4) **Sporteszközökre** vonatkozó szolgáltatást a Biztosító az alábbi feltételek szerint vállal:
- (a) **Sport Extra** pótdíj megfizetése esetén a kockázatviselés bármely sporteszköze kiterjed legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban „sporteszközökre vonatkozó biztosítás”-ra meghatározott biztosítási összeghatárig,
- (b) **Tengerpart, Repülő és Télisport** termékek esetén a következők szerint:
- **Tengerpart és Repülő** termékek esetén: búvár-, surf-, kitesurf-, windsurf- és vízisí-, valamint tengeri kajak-felszerelésre is legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban sporteszközökre meghatározott összeghatárig,
 - **Télisport** termékek esetén: télisport-felszerelésre is legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban télisport-felszerelésre meghatározott összeghatárig.
- (c) **Sporteszközökre** vonatkozóan az újkori beszerzésének időpontját és értékét igazoló – a Biztosított nevére szóló – eredeti számla benyújtása vagy – bérelt sporteszköze vonatkozóan – a típust és értéket egyértelműen azonosító bérleti szerződés, és a biztosított által a bérbeadó felé megfizetett kártérítésre vonatkozó nyugta benyújtása esetén a Biztosító eltekint a tárgyankénti limit alkalmazásától. Ennek hiányában a maximális szolgáltatás egy tárgyra és tartozékaira legfeljebb a tárgyankénti limit kétszerese.
- (5) **Adathordozókra** vonatkozó szolgáltatás: az adathordozók a lejátszó/olvasó készülék tartozékának minősülnek. Az azonos funkciójú adathordozók együttesen – darabszámuktól függetlenül – abban az esetben is legfeljebb egy tárgynak minősülnek, amikor a lejátszóra nem terjed ki a szolgáltatási igény.
- (6) **Hordozható számítógépekre, mobiltelefonra és tartozékaikra** vonatkozóan a Biztosító szolgáltatása összesen legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban „mobiltelefon és hordozható számítógép-biztosításra meghatározott összeghatárig terjed ki, tárgyankénti limit figyelembe vétele nélkül. Mobiltelefon és tartozékai esetében a szolgáltatás feltétele, hogy a mobiltelefon újkori beszerzése a Biztosított vagy a – nem természetes személy - Szerződő nevére szóló eredeti számlával igazolt legyen. Ennek hiányában a Biztosító az átlagos használt értéket téríti meg, legfeljebb a tárgyankénti limit összegéig. Hordozható számítógépekre és tartozékaikra a biztosító kockázatviselése **kizárólag abban az esetben terjed ki, amennyiben azok újkori beszerzése a Biztosított vagy a - nem természetes személy - Szerződő nevére szóló eredeti számlával igazolt.**
- (7) Légi- vagy hajótársaság kezelésében sérült útipoggyász esetén a Biztosító a számlával igazolt javítás vagy – ha nem javítható – a pótlás költségét téríti meg, legfeljebb az eredeti útipoggyász használt értékének összegéig.

3. A Biztosított kármegelőzési kötelezettségei

A külföldi utazás során a Biztosított az alábbi kármegelőzési kötelezettségeknek köteles eleget tenni:

- (1) Ha poggyászt tartalmaz, a járművet őrzött parkolóban kell elhelyezni, vagy a poggyászt a járműből ki kell venni, és őrzött helyen kell tárolni,
- (2) a poggyászt csak az elkerülhetetlenül szükséges ideig szabad a járműben tartani (zárt és nem belátható helyen és módon, különös tekintettel az utastértől elkülönült csomagtartóval nem rendelkező járművekre),
- (3) okmányokat, bankkártyát és műszaki cikkeket, órát nem szabad a járműben, valamint személyszállító cég kezelésébe adott útipoggyászban hagyni,
- (4) ha a jármű riasztóval van felszerelve, azt be kell kapcsolni,
- (5) a poggyászt a szálláshelyre történő megérkezés után a lehető leggyorsabban el kell helyezni a szálláson, ruhatárban, vagy csomagmegőrzőben.

4. A Biztosított kárenyhítési kötelezettségei

A bekövetkezett poggyászkár felfedezése után a Biztosított köteles:

- (1) a lehető legrövidebb időn belül a bűncselekmény elkövetésének vagy a baleset bekövetkezésének tényét és körülményeit a bekövetkezés helye szerint illetékes külföldi rendőrségnél, vagy az esemény helye szerint illetékes egyéb hatóságnál (pl. tűz esetén tűzoltóságnál) bejelenteni, valamint – ha menetrendszerű járművön történt a biztosítási esemény - a közlekedési vállalatnál - ha a szálloda vagy kemping illetékességi körében történt a biztosítási esemény – a szállodánál vagy kempingnél, is bejelenteni, jogtalan eltulajdonítás esetén feljelentést tenni, és a hatóságtól és az érintett gazdálkodó szervezettől helyszíni szemlét és névre szóló részletes jegyzőkönyvet kérni.

(2) a feljelentésben minden lényeges adatot rögzíteni kell, így különösen az esemény részletes leírását (időpont, helyszín, egyéb lényeges körülmények), a kár tételes felsorolását (vagyontárgyak tételes listája, azok értékének feltüntetésével együtt), a lopás, rablás, baleset, elemi kár során bekövetkezett fizikai sérüléseket (pl. ablak, ajtó betörése, felfeszítése, egyéb sérülések),

(3) légitársaság vagy valamely közlekedési vállalat illetve fuvarozó kezelésében eltűnt vagy megsérült poggyászra vonatkozóan az adott társaság által a kárrendezés illetve kártérítés feltételeként előírt - pl. a bejelentés időpontjára, módjára, vagy helyére vonatkozó - előírásokat betartani.

(4) mobiltelefon eltulajdonítása esetén az érintett telefonszám letiltását igényelni a telefontársaságnál az esemény bekövetkezését követően haladéktalanul, de legfeljebb az azt követő 2 munkanapon belül,

(5) Légipoggyász-kár esetén:

- a káreseményt annak észlelését követően haladéktalanul be kell jelenteni a repülőtéri poggyászkezelő cég felé !

Ha a Biztosított a repülőtéri poggyászkezelő cég felé nem tett bejelentést, vagy arról nem kapott jegyzőkönyvet, akkor a káresemény bekövetkezését közvetlenül a légitársaság felé is be kell jelenteni a légitársaság szolgáltatási szerződésében előírt határidőn belül.

Ha a káresemény bejelentése kizárólag a repülőtéri poggyászkezelő cég felé történt meg, és a légitársaság felé a Biztosított még nem élt kártérítési igénnyel, akkor a Biztosított jogosult a G) Air Assistance szolgáltatást igénybe venni. Ha a Biztosított erre a szolgáltatásra igényt tart, akkor a káresemény bekövetkezését az EUB-Assistance-hoz kell haladéktalanul bejelenteni!

5. A „D) Poggyászbiztosítás” szolgáltatások teljesítéséhez benyújtandó dokumentumok (az 1. Általános feltételek 4.1.3. pontban felsorolt dokumentumokon felül):

(1) bármely lopás vagy rablás esetén az esemény helyét, idejét és leírását, a károsultak nevét, és személyi adatait, valamint az eltulajdonított, elrabolt tárgyak részletes megjelölését és értékét feltüntető, az illetékes külföldi rendőrség által kiállított jegyzőkönyv, valamint útiokmány eltulajdonítása esetén az erre vonatkozóan kiállított konzulátusi igazolás,

(2) a biztosítottnak akut fizikai sérüléseket okozó balesetben sérült vagy megsemmisült útipoggyász esetén a biztosítási eseménnyel kapcsolatos összes orvosi szakvélemény (pl. ambuláns ellátás dokumentációja vagy kórházi zárójelentés, vizsgálati leletek),

(3) szálloda vagy kemping területén történt lopás, vagy rablás esetén a rendőrségi jegyzőkönyvön kívül a szálloda vagy kemping üzemeltetője által készített jegyzőkönyv is,

(4) személyszállító vállalat által ki nem szolgáltatott vagy sérült útipoggyász esetén: a Biztosított nevére szóló menetjegy, a beszállókártya (légipoggyász-károk esetén), a személyszállító vállalat által a poggyász átvételekor a Biztosított nevére szólóan kiállított poggyász-feladóvevény, a hiányzó vagy sérült poggyászáról a személyszállító cég felé tett bejelentés (amely tartalmazza az eltűnt vagy sérült dolgok tételes felsorolását és azok értékét), a poggyász-hiányról illetve sérülésről a csomag-kiadás szokásos helyén rögzített bejelentés, valamint a személyszállító vállalat által a felelősség elismerésére vonatkozó jegyzőkönyv, melynek tartalmaznia kell a károsult személy nevét, személyi adatait, azt, hogy a térítés meghatározása az eltűnt dolgok értéke vagy tömege alapján történt, és a személyszállító cég által fizetett kártérítés összegét, illetve ha kártérítést nem fizet, akkor az erről szóló írásbeli nyilatkozat, valamint a személyszállító vállalat által a kár bekövetkezésének tényét és mértékét hitelt érdemlően igazoló dokumentum,

(5) a vagyontárgy újkori beszerzésének időpontját és értékét igazoló – a Biztosított nevére szóló – eredeti számla. (A biztosítási szerződés vonatkozásában az adásvételi szerződés nem helyettesíti a névre szóló eredeti számlát.) Ha a Biztosító egy adott dologra a benyújtott eredeti számla alapján térítést nyújtott, a számlát nem köteles visszaszolgáltatni, kivéve, ha a számla jogi személy, vagy jogi személyiséggel nem rendelkező gazdálkodó szervezet nevére van kiállítva, amikor – a Biztosított írásos kérése alapján - vállalja a számla visszaküldését.

(6) útiokmányok pótlására vonatkozóan a felmerült költségeket igazoló, a Biztosított nevére szóló, eredeti számla,

(7) útiokmányok pótlásával kapcsolatos utazási költségek szolgáltatás esetében az eredeti menetjegy és számla,

(8) elemi kár vagy tűz esetén a szakhatóság (illetékességtől függően pl. meteorológiai intézet, rendőrség, tűzoltóság) igazolása az elemi kár bekövetkezéséről és a bekövetkezett kár mértékéről, valamint - ha a kár kemping területén vagy szállodában történt - a kemping üzemeltetője illetve a szállásadó által kiállított, a

kár időpontját, mértékét és jellegét, a károsult dolgok felsorolását, valamint a károsult személyeket pontosan leíró jegyzőkönyv,

(9) a bankkártya-pótlás költségének megállapításához a megfelelő bankszámla-kivonat azon tételei, amelyen a letiltás és pótlás költsége szerepel,

(10) sérült útipoggyásza vonatkozó igény esetén a sérült dolog eredeti beszerzésére vonatkozó számla, a javításra vonatkozó számla, ha a sérült dolog nem javítható, az erre vonatkozó szakértői jegyzőkönyv, továbbá sérült légi- vagy hajópoggyász vagy sérült dioptriás szemüveg esetén az újrapiótlásra vonatkozó számla,

(11) mobiltelefon eltulajdonítása esetén a telefon-szolgáltató által kiállított, az érintett telefonszám letiltását igazoló irat,

(12) amennyiben a vagyontárgy újkori megvásárlása bankkártyás fizetéssel történt, akkor a Biztosító névre szóló eredeti számla helyett elfogadja az alábbi dokumentumok együttes benyújtását:

- vásárlási nyugta, amely tartalmazza: a vagyontárgy jellegét (pl. nadrág, cipő) és típusát, a vásárlás helyét, időpontját és a vételárat,

- a biztosított nevére szóló bankszámla-kivonat, amely alapján egyértelműen azonosítható, hogy az adott vásárlás a biztosított bankszámlájáról történt,

(13) kötelezően feladott hordozható számítógép vagy kamera esetén annak a jogszabálynak a megnevezése, amely alapján az eszköz a repülőgép utasterébe nem vihető fel.

6. Kizárások a D) Poggyászbiztosítás esetén (az I. Általános feltételek 6. pontban felsorolt kizárásokon felül.)

(1) Jelen biztosítási feltételek vonatkozásában **a következő dolgok és tartozékaik nem minősülnek útipoggyásznak, ezért a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki rájuk:**

(a) ékszerek, nemesfémek, drágakövek, féldrágakövek, vagy ezeket alkotórészként, illetve alapanyagként tartalmazó vagyontárgyak, nemes szőrme, művészeti tárgyak, azonos funkciójú tárgyakból álló gyűjtemények, művészeti gyűjtemények, fegyver és lőszer, hangszerek, bútorok, műfog, műfogsor, fogszabályzó, kulcs, elektromos távirányító, készpénz vagy készpénzt helyettesítő fizetőeszközök használatával, illetve takarékbetétkönyv, vagy bármilyen értékpapír alapján érvényesíthető pénzkövetelések, valamint szolgáltatás igénybevételére jogosító utalványok, kártyák (pl. siberlet, mobiltelefon feltöltő kártya, belépőjegyek), menetjegy, és okmányok (az 1.(1) (c) pontban felsorolt útiokmányok kivételével), élelmiszerek, italok, dohányárúk és dohányzáshoz kapcsolódó eszközök (pl. pipa, szivarvágó, öngyújtó stb.), munkavégzés céljára szolgáló eszközök, áruminták, háztartási gépek, valamint kereskedelmi mennyiségben, illetve a Biztosított személyi szükségleteit meghaladó mennyiségben szállított dolgok,

(b) bármely jármű, vagy szállítóeszköz illetve ezek alkatrészei, tartozékai vagy felszerelési tárgyai (pl. autótetőcsomagtartó, tetőbox, utánfutó, autórádió,-magnó,-CD lejátszó, motoros csomagtároló doboz),

(c) sporteszközök, kivéve Tengerpart, Repülő, Téliport termékek és Sport-Extra kiegészítő szolgáltatás esetén a Szolgáltatás-táblázatban és a Poggyászbiztosítás fejezetben meghatározott kereteken belül,

(d) bármilyen jellegű és méretű számítástechnikai eszköz és tartozékaik, kivéve a hordozható számítógépek a Szolgáltatás-táblázatban „hordozható számítógép-biztosítás”-ra vonatkozóan meghatározott biztosítási összegig,

(2) Nem téríti meg a Biztosító:

(a) az útipoggyász elvesztése, elhagyása, elejtése, vagy – lezárt lakóépületben vagy gépjárműben hagyott vagy személyszállító cég kezelésébe átadott dolgok kivételével – őrizetlenül hagyása miatt bekövetkező károkat,

(b) a poggyász sérülést, ha annak tényét – légioggyász esetén – a repülőtéri poggyászkezelő cég vagy – hajótársaság kezelésében történt kár esetén – a hajótársaság jegyzőkönyve nem igazolja,

(c) adathordozók kárai esetén az adatvesztés kárait,

(d) az útipoggyász vagy útiokmány vízbe esése illetve átnedvesedése miatt bekövetkező károkat (függetlenül a vízbeesés, vagy átnedvesedés körülményeitől), kivéve közlekedési baleset és árvíz esetén,

(e) a hatóság által történő lefoglalás, elkobzás, rongálás vagy a vagyontárgyak megsemmisítésének kárait,

(f) a következményi károkat és közvetett veszteségeket, valamint a vagyontárgyak sajátos természetéből eredő károkat,

(g) a járművön valamely külső rögzítő szerkezet alkalmazásával (pl. kerékpár-tartó stb.) szállított dolgokban bekövetkező károkat (pl. sérülés, eltulajdonítás), és tetőcsomagtartó doboz kinyílásából vagy sérüléséből adódó károkat, kivéve a közlekedési balesettel összefüggésben történő sérülést vagy megsemmisülést.

E) Poggyászkésedelem (odaúton)

1. Biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatása

Ha a Biztosított a légitársaságnál saját nevére szólóan szabályszerűen feladott útipoggyásza az utazás célállomására történő odautazáskor külföldön az adott légijárat megérkezését követően az utazási feltételekben meghatározott kiszolgáltatási időpontot követő hat órán belül nem kapja meg, és a poggyász hiányát a megérkezést követően - az utazási feltételekben foglalt szabályoknak megfelelően, de - legfeljebb 2 órán belül a fuvarozó légitársaság képviselőjének írásban bejelentik, és ezt a légitársaság jegyzőkönyv kiállításával tanúsítja, akkor a Biztosító vállalja, hogy a járat érkezési időpontja és a poggyász tényleges átvétele közti időtartamban, de legfeljebb a biztosítás időbeli hatályán belül a Biztosított részére külföldön szükségessé vált sürgősségi vásárlások (tisztálkodás, ruhanemű) értékének valamint a légitársaság által a biztosítási esemény miatt térített összegnek a különbözetét megtéríti a poggyászkésés időtartamától függően legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban megadott összeghatárig. A Biztosított egy légi utazás vonatkozásában legfeljebb egyszeresen jogosult a szolgáltatásra, az érintett csomagok számától függetlenül, valamint a Biztosító a szolgáltatást legfeljebb egyszeresen nyújtja függetlenül a csomag feladójaként megjelölt személyek számától. a bejelentést először benyújtó Biztosított részére, vagy - egyidejű bejelentés esetén - az összes Biztosított részére, de arányosan csökkentett összegekkel. **Az átszállási pont, és a visszautazás érkezési reptere nem minősül célállomásnak, abban az esetben sem, ha az külföldön található.**

A Biztosító a szolgáltatást a Biztosított hazaérkezését követően utólag nyújtja, az esemény helyszínén történő kifizetést nem vállal.

2. A teljesítés feltételeinek leírása a F) 2. pontban található!

3. A Biztosított kárenyhítési kötelezettségei:

- a káreseményt annak észlelését követően haladéktalanul be kell jelenteni a repülőtéri csomagkezelő cég felé - ha a Biztosított a repülőtéri csomagkezelő cég felé nem tett bejelentést, vagy arról nem kapott jegyzőkönyvet, akkor a káresemény bekövetkezését közvetlenül a légitársaság felé is be kell jelenteni a légitársaság utazási szerződésében előírt határidőn belül!

Ha a káresemény bejelentése kizárólag a repülőtéri poggyász-kezelő cég felé történt meg, és a légitársaság felé a Biztosított még nem élt kártérítési igényrel, akkor a Biztosított jogosult a „G) Air Assistance” szolgáltatást igénybe venni. Ha erre szolgáltatásra a Biztosított igényt tart, akkor a káresemény bekövetkezését a Biztosítóhoz kell haladéktalanul bejelenteni!

F) Járatkésés külföldön és hazaérkezéskor

1. Biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatása

a) Ha egy menetrendszerű légijárat valamely külföldi repülőtérrel legalább 4 óra, vagy azt meghaladó időtartamú késéssel indul, és az üzemeltető légitársaság írásban igazolja a késés tényét és időtartamát, valamint azt, hogy a Biztosított érvényes menetjeggyel a késett légijáratral utazott, akkor a Biztosító megtéríti a fentiek szerinti külföldi légijárat-késés időtartama alatt igénybe vett sürgősségi vásárlások (élelmiszer, tisztálkodószerek) számával igazolt összegének valamint a légitársaság által a járatkésés miatt a Biztosítottnak esetlegesen térített összegnek a különbözetét. **Jelen feltételek alkalmazásában a járatörülés nem minősül járatkésésnek.**

b) Ha egy menetrendszerű légijárat – amelyen a Biztosított érvényes menetjeggyel utazott - a lakóhely szerinti ország területén lévő repülőtérre a menetrend szerinti érkezési időponthoz képest legalább 2 óra, vagy azt meghaladó időtartamú késéssel érkezik meg és emiatt a Biztosított lakhelyére történő továbbutazása az eredetileg tervezett módon nem lehetséges, akkor a Biztosító megtéríti a késés miatt a lakóhelyre utazás során felmerült közlekedési és szállás-többletköltségek valamint a légitársaság által a járatkésés miatt a Biztosított részére térített összegnek a különbözetét.

2. A teljesítés feltételei E) Poggyászkésedelem (külföldön) és F) Járatkésés külföldön és hazaérkezéskor szolgáltatás esetén (az I. Általános feltételek 4.1.3. pontban felsorolt dokumentumokon felül):

(1) a biztosított nevére kiállított, teljes útvonalra szóló repülőjegy, poggyászcímke, beszállókártya,

(2) a fuvarozó légitársaság által a Biztosított nevére szólóan és a Biztosított nevére feladott útipoggyászra vonatkozóan kiadott írásos jegyzőkönyv a Biztosított poggyászának késedelmes kiszolgáltatásáról, annak időpontjáról, járatkésés esetén pedig annak tényéről, illetve mindkét esetben a késés időtartamáról, valamint a légitársaság nyilatkozata a Biztosított felé nyújtott kártérítés összegéről, vagy arról, hogy nem vállal kártérítésre vonatkozó térítést,

(3) a késés miatt szükségessé vált dolgok vásárlására vonatkozó eredeti bizonylatok. A vásárlásról szóló bizonylat elfogadásának feltétele, hogy azon azonosítható módon szerepeljen a vásárolt dolog, annak értéke és a vásárlás időpontja. A Biztosító legfeljebb a biztosítási összeg 20 %-ának megfelelő

összeghatárig a vásárlások tételes igazolása nélkül is vállal térítést a szolgáltatási igényben felsorolt vásárolt dolgokra vonatkozóan.

3. Ha a légitársaság felé a Biztosított még nem élt kárigénnyel és a légitársaságtól kártérítést nem kapott, akkor a Biztosított jogosult a „ G) Air Assistance” szolgáltatást igénybe venni. Amennyiben erre a Biztosított igényt tart, akkor a káresemény bekövetkezését a Biztosítóhoz kell haladéktalanul bejelenteni!

G) Air Assistance – szolgáltatás

1. Biztosítási esemény

Biztosítási eseménynek minősülnek a jelen feltételek következő pontjaiban leírt események:

- a) D) Poggyászbiztosítás 2.1. (4) pontban leírt események közül kizárólag a légitársaság kezelésében bekövetkező poggyász-károk (poggyász-eltűnés, -hiány, -sérülés)
- b) E) Poggyászkésedelem 1. pont szerinti poggyász-késés
- c) F) Járatkésés külföldön és hazaérkezéskor 1. a) és b) pontja szerint
- d) A 2. (4) pontban leírt szolgáltatás vonatkozásában biztosítási eseménynek minősül bármely olyan kár, amelyre vonatkozóan a légitársaságnak a 261/2004/EK rendelet alapján kártérítési kötelezettsége áll fenn a Biztosított, mint utas felé.

2. A Biztosító szolgáltatása

(1) a biztosítási esemény bekövetkezését követően az EUB-Assistance – a Biztosított bejelentését követően - telefonon tájékoztatást nyújt a bekövetkezett esemény típusa szerint általánosan szükséges kárenyhítési teendőkről (pl. mely esetekben szükséges bejelentés a repülőtéri poggyászkezelő cég illetve a légitársaság felé, milyen dokumentumokra van szükség), valamint kérés esetén magyar vagy angol nyelven telefonon keresztül segítséget nyújt a külföldi repülőtéren – a Biztosított jelenlétében - a poggyászkezelő cég felé történő bejelentési folyamat lebonyolításában.

A tájékoztatás nem terjed ki az egyes légitársaságok által – saját szerződési feltételeik alapján – előírt egyedi követelményekre és határidőkre.

(2) ha a fenti biztosítási események valamelyike alapján a Biztosított a légitársaságtól olyan jellegű kártérítésre jogosult, amelyre a Biztosító szolgáltatása is kiterjed és nyilatkozik arról, hogy a légitársasággal szemben erre vonatkozóan nem él kártérítési igénnyel, akkor a Biztosító a biztosítási esemény jellegének megfelelően megtéríti – a Szolgáltatási táblázat D), E), F) pontjában és az azonos jelű fejezetekben meghatározottak szerint – a Biztosított kárát a légitársaság által okozott károkra meghatározott biztosítási összegek erejéig.

(3) Ha a Biztosító (2) pontban leírt térítése a Biztosított teljes kárát nem fedezi, akkor a Biztosító tájékoztatást nyújt olyan követeléskezelő cég elérhetőségéről, amely az ilyen jellegű igények érvényesítésére vonatkozóan szolgáltatást vállal.

(4) Ha a Biztosított a 261/2004/EK rendelet alapján valamely légitársaságtól kártérítésre jogosult, és ennek behajtásával egy – ilyen tevékenységet nyilvánosan meghirdetve, jogszerűen végző – jogi személy Közvetítőt bíz meg, akkor a Biztosító megtéríti az erre vonatkozóan a Közvetítő által számlázott ügyintézési díjat, azt követően, hogy a légitársaságtól kapott kártérítési összeg kifizetése – az ügyintézési díjjal csökkentve - a Biztosított felé megtörtént. A Biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg a légitársaság által kifizetett kártérítési összeg 20 %-át. Ha a Biztosított a kártérítési összeget közvetlenül igényli a légitársaságtól, akkor a Biztosító az ügyintézés érdekében felmerült – részletes számlával és fizetési bizonylatokkal igazolt - telefon-, posta-, és fordítási költségek megtérítését vállalja, előbbivel azonos feltételek és limitek figyelembe vételével.

3. A teljesítés feltételei:

a) a D), E), és F) fejezetekben a teljesítés feltételeként megjelölt dokumentumok közül a Biztosító által megjelölt dokumentumok benyújtása,

b) a Biztosított – teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt - nyilatkozata arról, hogy:

- a jelen fejezet 2.(2) alapján a Biztosító által felé megtérített biztosítási összeg erejéig a légitársaság felé történő kártérítési igény érvényesítéséről lemond,
- a kár bejelentését követően a légitársaság felé kártérítési igényt nem nyújtott be, és nem is részesült kártérítésben, nincs erre vonatkozóan a légitársasággal szemben folyamatban lévő kártérítési igénye, és vállalja, hogy a kár ezen részére vonatkozóan nem is nyújt be igényt,

- a légitársaságtól időközben kapott tájékoztatásról vagy kifizetésről a Biztosítót haladéktalanul tájékoztatja.

c) A következő adatok megadása, vagy dokumentumok benyújtása:

- biztosítási kötvény, és hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő
- foglalási kód,
- e-ticket száma (amennyiben adott jegytípusnál van),
- beszállókártya,
- útvonal és járatszám, menetrend szerinti indulási és érkezési időpont
- amennyiben a légitársaság a kártérítés feltételeként előírja, akkor a Biztosított útlevelének illetve személyazonosító igazolványának másolata,
- felmerült költségeket, és azok jellegét igazoló számla vagy egyéb pénzügyi bizonylat
- járatkésés esetén: a járat tényleges megérkezésének időpontja, esetleges módosított útvonal megadása, és a késés okának megnevezése, amennyiben erről tájékoztatást kapott
- poggyászcímke,
- poggyász-késés esetén továbbá: a poggyász átvételének időpontja és helye
- poggyász-sérülés esetén továbbá: a sérült poggyászra vonatkozó számla, becsült kár-érték vagy javítás számlája, fénykép a sérülésről
- poggyász-eltűnés vagy hiány esetén továbbá: hiányzó tárgyak felsorolása érték meghatározásával, az ezek beszerzésére vonatkozó számla (amennyiben rendelkezésre áll), repülőtéri csomagkezelő cég vagy – a repülőtér elhagyását követően észlelt kár esetén - a légitársaság jegyzőkönyve a bejelentésről.
- ügyintézési díj megtérítése esetén az igényelt költségekre vonatkozó számlák és fizetési bizonylatok, valamint a légitársaság felé benyújtott igény és az erre kapott válasz másolata, valamint a légitársasági kártérítési összeg Biztosított felé történő kifizetésére vonatkozó bizonylat. Közvetítő cég (G)2.(4)) igénybevétele esetén továbbá a Biztosított által adott megbízás és vonatkozó szolgáltatói szerződés másolata.

4. Visszatérítési kötelezettség

Amennyiben a biztosítási összeg kifizetését követően a Biztosító tudomására jut, hogy a Biztosított – előzetes nyilatkozatával ellentétben – a légitársaságtól közvetlenül is részesült kártérítésben, és emiatt a Biztosító által teljesített kifizetésre vagy annak egy részére a biztosítási szerződés feltételei alapján nem lett volna jogosult, akkor a Biztosító felszólítása alapján köteles ezt az összeget a felszólítás kézhezvételét követő 5 munkanapon belül a Biztosító felé – a jegybanki alapkamatnak megfelelő összegű késedelmi kamattal - visszafizetni.

H) Légijárat lekésése közlekedési baleset vagy szárazföldi tömegközlekedés késése miatt

1. Biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatása

Ha az a jármű, amellyel a Biztosított a menetrendszerű légijárat indulását megelőző 12 órán belül utazik, rendőrségi jegyzőkönyvvel dokumentált közlekedési balesetet szenved, vagy ha a repülőtérre szárazföldi tömegközlekedési járművel utazik, és az a menetrendben meghatározott érkezési időponthoz képest **legalább 2 órát** késik (feltéve, hogy a Biztosított a jármű menetrend szerinti érkezési időpontja alapján a légijárat menetrend szerinti indulási időpontja előtt legalább 2 órával megérkezett volna a repülőtérre), és a Biztosított ezek valamelyike miatt igazoltan lekési a légijáratot, amelyre érvényes menetjeggyel rendelkezett, akkor a Biztosító megtéríti a Biztosított részére történő repülőjegy módosítási költségeit, vagy – ha a módosítás nem lehetséges – 24 órán belül ugyanazon célállomásra történő utazáshoz repülőjegy vagy más közlekedési eszközre szóló menetjegy vásárlásának költségeit.

2. H) Légijárat lekésése közlekedési baleset vagy szárazföldi tömegközlekedés késése miatt szolgáltatás teljesítéséhez benyújtandó dokumentumok (az I. Általános feltételek 4.1.3. pontban felsorolt dokumentumokon felül)

- (a) a repülőjegy azonosítására (útirány, időpont, légitársaság) alkalmas dokumentumot, valamint a repülőjegy árának megfizetését igazoló bizonylatot, és a fuvarozó légitársaság igazolását arra vonatkozóan, hogy az adott repülőjegyet nem vették igénybe,
- (b) az átiratás vagy új repülőjegy vásárlását igazoló bizonylatot, valamint az igénybevétel igazolását,
- (c) szárazföldi tömegközlekedés késése esetén a járatot üzemeltető cég igazolása a menetrend szerinti érkezési időpontra és a késés időtartamára vonatkozóan és – ha több átszállással utazott volna – akkor a repülőtérre történő utazás teljes menetrendje, valamint a Biztosított érvényes menetjegye a késett tömegközlekedési járműre, és annak igazolása, hogy a Biztosított a késett járművön utazott.

I) Felelősségbiztosítás és jogvédelem

1. Felelősségbiztosítás

1.1. Biztosítási esemény

(1) Ha a Biztosított a biztosítás tartama alatt, a (2) bekezdésben meghatározott tevékenységével harmadik személynek külföldön gondatlanul sürgősségi ellátást igénylő vagy halált okozó balesetet okoz, és a Biztosítottat, mint károkozót az ezzel összefüggésben okozott dologi kárra illetve a személyi sérüléssel összefüggésben a károsult személy orvosi ellátásának költségeire vonatkozóan kártérítési kötelezettség terheli.

(2) A kockázatviselés az alábbi tevékenységekre terjed ki:

(a) kerékpár, és járműnek nem minősülő közlekedési és szállítási eszközök használója,

(b) közúti balesetet előidéző gyalogos,

(c) extrém sportnak nem minősülő sporttevékenység.

(3) „Sport Extra” pótdíj megfizetése, valamint Télisport, Tengerpart és Repülős termékek esetén a Biztosító azokra az extrém sportokra vonatkozóan is vállal szolgáltatást, melyekre a Sport Extra pótdíj ellenében illetve adott termékek vonatkozásában a kockázatviselése kiterjed.

(4) „Praktikum 30” termék esetében a Biztosító az oktatási intézmény által szervezett szakmai gyakorlat keretein belül történő fizikai munkavégzés során szakmai felelősségbiztosítást is vállal azokra – az alábbiakban meghatározott jellegű - károkra, amelyekért a Biztosítottat, mint károkozót a hatályos jogszabályok szerint kártérítési felelősség terheli:

- a munkáltató tulajdonát képező eszközökben okozott dologi kárra,

- a munkavégzés során harmadik személynek okozott baleseti eredetű személyi sérüléssel összefüggésben felmerült dologi kárra vagy a sérült személy orvosi ellátásának költségeire.

1.2. A Biztosító szolgáltatása

(1) A Biztosító vállalja a biztosítási eseménnyel összefüggésben felmerülő dologi károkra, illetve a károsult személy orvosi ellátásának költségeire vonatkozóan a Biztosítottat terhelő kártérítési kötelezettség teljesítését.

(2) A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító szolgáltatási kötelezettségének felső határa a szerződésben meghatározott biztosítási összeg. Ezen rendelkezés a károkozó biztosítottat terhelő jogi képviseleti költségekre és kamat fizetési kötelezettségekre is irányadó. A biztosítás kiterjed az eljárási költségekre, ha e költségek a biztosító útmutatásai alapján vagy előzetes jóváhagyásával merültek fel. A biztosított kérésére a biztosítónak a költségeket meg kell előlegeznie.

Nem terjed ki a biztosító szolgáltatása a kárbejelentési kötelezettség késedelmes teljesítése miatt a károsult felé fennálló késedelmi kamat fizetési kötelezettségre.

(3) Ha a Biztosító megállapodás alapján átalányösszeget fizet, akkor ez vonatkozik a dologi károkra és személyi sérülésekkel összefüggésben felmerült költségekre is.

(4) Ha a biztosítási eseménnyel kapcsolatban sem hatósági, sem bírósági eljárás nem indult, a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a felmerült költségeket legfeljebb 50 000 Ft összeghatárig vállalja. A szolgáltatás feltétele a Biztosított felelősséget elismerő nyilatkozatának benyújtása a Biztosító felé.

(5) A Biztosított és a károsult egyezsége, a Biztosított felelősséget elismerő nyilatkozata a Biztosítóval szemben csak akkor hatályos, ha azt a Biztosító tudomásul vette, bírósági marasztalása pedig csak akkor, ha a Biztosító gondoskodott a Biztosított jogi képviseletéről vagy a Biztosított által választott jogi képviselő megbízásához hozzájárult.

(6) Ha a Biztosító a károsulttal történő megegyezéssel, vagy egyéb módon a kárt rendezni tudná, azonban az ügy lezárása a Biztosított együttműködésének hiánya miatt meghiúsul, az ezzel összefüggésben keletkező kamatterhet illetve egyéb költségeket a Biztosító nem viseli.

(7) Ha több személy közösen okoz kárt, és így a Biztosított felelőssége mással egyetemleges, vagy a kár bekövetkeztében a károsult is közrehatott, a Biztosító helytállási kötelezettsége csak a Biztosított felróható magatartásának mértékéig terjed. Ha a károkozók magatartása felróhatóságának arányát nem lehet megállapítani, akkor a biztosító a károkozók közrehatása arányában teljesít. Ha a közrehatás arányát nem lehet megállapítani, akkor a biztosító úgy teljesít, mintha a kárt a károkozók egyenlő arányban okozták volna.

(8) Az I) Felelősségbiztosítás és jogvédelem fejezetben meghatározott szolgáltatások vonatkozásában egy biztosítási eseménnyel összefüggésben a biztosító az összes vele szerződésben álló biztosított károkozó személy vonatkozásában összesen legfeljebb 30.000.000 forint kifizetését vállalja.

2. Jogvédelem

2.1. Biztosítási esemény

(1) Ha a biztosítás hatálya alatt külföldön a Biztosítottal szemben az általa – az alábbiakban felsorolt minőségekben – gondatlanul elkövetett szabálysértés vagy bűncselekmény miatt az elkövetés helyén eljárás vagy az okozott károk megtérítésére vonatkozóan polgári per indul:

- (a) gépjármű, vagy kerékpár, vagy járműnek nem minősülő közlekedési és szállítási eszközök használója,
- (b) közúti balesetet előidéző gyalogos,
- (c) Extrém sportnak nem minősülő sporttevékenységet folytató személy

(2) "Sport Extra" pótdíj megfizetése, valamint Télisport, Tengerpart és Repülő termékek esetén a Biztosító azokra az extrém sportokra vonatkozóan is vállal szolgáltatást, melyekre a Sport Extra pótdíj ellenében illetve adott termékek vonatkozásában a kockázatviselése kiterjed.

2.2. A Biztosító szolgáltatása

(1) A Biztosító a Biztosított helyett megfizeti:

a) az óvadékot és a felmerülő költségeket, az alábbiak szerint:

- a Biztosított terhére az illetékes hatóság által megállapított óvadékot vagy más hasonló biztosítékot,
- illetéket, perköltséget, eljárási költséget,
- a bíróság által a tanúk és a szakértők számára megítélt díjazást,
- ha a Biztosítottnak a bíróság idézése alapján az állandó lakhelyéről a bíróság által megjelölt helyre kell utaznia, akkor a Biztosított ezzel összefüggésben felmerülő közlekedési többletköltségeit. **A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy az utazás a Biztosító szervezésében történjen, vagy az utazás módját, időpontját és költségeit a Biztosító előzetesen írásban jóváhagyja,**
- az eljárás lefolytatásához szükséges dokumentumok indokolt fordítási költségeit, **feltéve, hogy a fordítás a Biztosító szervezésében történt, vagy annak elvégzését és költségeit a Biztosító előzetesen írásban jóváhagyta.**

b) a Biztosított jogi képviseletét ellátó ügyvéd számlával igazolt munkadíját a szolgáltatás igénybevételének helyén szokásos általános ügyvédi díjszabás figyelembevételével.

(2) A Biztosító gondoskodik a jogi képviselőről. **A Biztosító hozzájárulása nélkül megbízott jogi képviselő esetén a Biztosító a jogi képviselet díját nem téríti meg.**

(3) **Ha a Biztosító által megfizetett óvadékot az illetékes hatóság visszatéríti, annak összegére a Biztosító jogosult.**

(4) **Ha a Biztosított ellen gondatlan elkövetés miatt indult eljárásban utóbb a szándékos elkövetést állapítják meg, a biztosító által nyújtott szolgáltatást a biztosított köteles visszatéríteni.**

(5) **A Jogvédelem szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosító előzetes hozzájárulása szükséges.**

(6) 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.

(7) A biztosító teljesítésének feltétele továbbá, hogy a biztosítási eseménnyel kapcsolatos eljárás során a Biztosított együttműködjön a hatóságokkal, a hivatalos szervekkel, ügyvédjével és a Biztosítóval.

3. A I) Felelősségbiztosítás és jogvédelem és az J) Szállodai- és kemping felelősségbiztosítás szolgáltatásokra vonatkozóan a teljesítéshez benyújtandó dokumentumok (az I. Általános feltételek

4.1.3. pontban felsorolt dokumentumokon felül):

- (1) a károsult testi sérülésére vonatkozó részletes orvosi szakvélemény,
- (2) a Biztosított felelősségének elismerésére vagy elutasítására vonatkozó nyilatkozata,
- (3) ha a biztosítási eseménnyel kapcsolatban polgári per indult, az eljárást megindító dokumentum, az eljárás száma, **az eljárásban meghozott határozat annak kézhez vételétől számított 2 napon belül,** szabálysértés vagy büntetőeljárás esetén a hatóság által kiadott igazolás az eljárás megindításáról, illetve a hatóság által a károkozás helyszínén felvett jegyzőkönyv, illetve az illetékes hatóság neve, címe, az óvadékot, illetve egyéb felmerülő eljárási költséget megállapító dokumentum,
- (4) ha a szolgáltatási igény oktatási intézmény által szervezett szakmai gyakorlat keretében történt károkozással áll összefüggésben, a szervező oktatási intézmény nyilatkozata az eset körülményeire vonatkozóan, valamint a munkáltató által készített munkabaleseti jegyzőkönyv,
- (5) a szállodának vagy a kempingnek a kár mértékére, bekövetkezésének helyére, időpontjára vonatkozó jegyzőkönyve,
- (6) a szálláshely díjának megfizetését igazoló bizonylat, amelyen szerepel az igénybevevő neve és az igénybevétel időtartama,
- (7) a sérült tárgy(ak) fényképe, és a kár értékének megállapításához szükséges bizonylatok (sérült dolgok beszerzési számlája, ezekre vonatkozó javítási vagy újra-beszerzési számla),

- (8) a biztosítottat terhelő önrészesedés megfizetését igazoló bizonylat,
(9) eredeti számla ügyvédi munkadíjról.

4. KIZÁRÁSOK a I) Felelősségbiztosítás és Jogvédelem és az J) Szállodai- és kemping felelősségbiztosítás szolgáltatásra vonatkozóan (az I. Általános feltételek 6. pontban felsorolt kizárásokon felül.)

(1) 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, cserbenhagyás, segítségnyújtás elmulasztásának alapos gyanúja miatt indul az eljárás,
- (d) a Biztosított terhére megállapított pénzbüntetésre, bírságra vagy egyéb büntető jellegű költségre,
- (e) ha a Biztosított ellen gépjármű használójaként elkövetett szabálysértés vagy gondatlan bűncselekmény miatt indult eljárás és az adott gépjármű az elkövetés időpontjában nem rendelkezett érvényes felelősségbiztosítással,
- (f) szerződésszegéssel okozott károkra, és a végrehajtás költségeire.

(2) Nem téríti meg a Biztosító:

- (a) a biztosított saját kárát és a biztosított Ptk. 8:1.§ 2) pontjában felsorolt hozzátartozóinak okozott károkat,
- (b) azt a kárt, amelyet a Biztosított olyan tevékenységével okozott, amely hatósági engedélyhez kötött, és a Biztosított ezt a tevékenységet ilyen engedély nélkül folytatta,
- (c) a kárt, ha a Biztosítottat a Biztosító vagy harmadik személy a káresemény bekövetkezésének a lehetőségére figyelmeztette, s a káresemény ezután a szükséges intézkedés hiányában következett be,
- (d) a Biztosított által bérelt, haszonbérelt, kölcsönzött vagy megőrzésre átvett dolgokban bekövetkezett károkat,
- (e) dolgok elvesztéséből, elvesztéséből, eltulajdonításából adódó károkat,
- (f) az elmaradt vagyoni előnyt és a sérelemdíjat;
- (g) a fedezet a biztosítási összegben felül nem terjed ki a károkozó biztosított jogi képviselői költségeire és kamataira.**

J) Szállodai- és kemping felelősségbiztosítás

2. Biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatása

(1) Ha a Biztosítottnak kártérítési kötelezettsége keletkezik külföldi szálloda, apartman, vagy kemping üzemeltetőjével szemben az adott szálláshely berendezését érintő, a Biztosított által okozott olyan dologi kár miatt, amelyért az adott ország joga szerint ő tartozik helytállni, akkor a Biztosító vállalja a kártérítés megfizetését -, feltéve, hogy a károkozás időpontjában az adott szálláshely a helyi előírásoknak megfelelően szálláshelyként üzemelt, és a Biztosított a szálláshelyet díjfizetés ellenében szállás céljára vette igénybe. A Biztosító vállalja továbbá a kár enyhítésével és megállapításával kapcsolatos költségek, továbbá a peren kívüli vagy bírósági eljárás költségeinek megtérítését legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban rögzített összeghatárig. A kártérítési kötelezettség tekintetében a **Biztosítottat a teljes kárösszeg arányában 10 %-os mértékű, de legalább 10.000 Ft önrész terheli.**

(2) Ha a biztosítási eseménnyel kapcsolatban sem hatósági, sem bírósági eljárás nem indult, a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a felmerült költségeket legfeljebb 50.000 Ft összeghatárig vállalja. A szolgáltatás feltétele a Biztosított felelősséget elismerő nyilatkozatának benyújtása a Biztosító felé.

(3) A I) 1.2.(2) és (6)-(7) bekezdésekben és az I)3. és I.4. részekben foglaltak jelen szolgáltatásra is érvényesek.

(4) A Biztosító szolgáltatásának feltétele a Biztosított felelősséget elismerő nyilatkozata, vagy ha a biztosítási eseménnyel kapcsolatban polgári per indult, a Biztosított kártérítési kötelezettségét megállapító jogerős bírósági határozat.

(5) Egy biztosítási eseménnyel összefüggésben a biztosító az összes vele szerződésben álló biztosított károkozó személy vonatkozásában összesen **legfeljebb 200.000 forint kifizetését vállalja.**

K) Gépjármű-segítségnyújtás - Autó Extra kiegészítő

1. Biztosítási esemény

- 1.1. Ha valamely **Biztosított jármű** a szerződés hatálya alatt az Autó-Extra kiegészítőre vonatkozó területi hatályon belül **közlekedési baleset következtében, vagy pedig műszaki meghibásodás miatt menetképtelenné válik.**
- 1.2. **Biztosított járműnek** minősül az a biztosítási kötvényen meghatározott rendszámú – a kockázatviselés első napján a gyártási évtől számítva legfeljebb 15 éves, és a kockázatviselés időtartama alatt érvényes forgalmi engedéllyel és rendszámmal rendelkező – személy- vagy tehergépkocsi, motorkerékpár (kivéve quad) vagy ezek vontatmánya, amelyet a Biztosított jogszerűen használ, és amellyel a Biztosított a kockázatviselés időtartama alatt a lakóhely országának területéről kiindulva az utazás célállomásaként megjelölt valamely külföldi ország területére, majd onnan a lakóhely országának területére visszautazik. A gépjármű életkorának megállapítása úgy történik, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonásra kerül a gépjármű forgalmi engedélyben meghatározott gyártási éve.

Vontatmány csak abban az esetben minősül Biztosított járműnek, ha az azt vontató gépjármű is ugyanazon biztosítási szerződés keretében Biztosított gépjárműnek minősül. (A fizetendő biztosítási díj járművenként kerül meghatározásra, ezért a gépjárműre és vontatmányára két járműnek megfelelő biztosítási díj megfizetése szükséges.)

Biztosított gépjármű kizárólag az érvényes forgalmi engedélye alapján az alábbi kategóriákba sorolható gépjármű, valamint az általa vontatott vontatmány lehet:

- az a motorkerékpár, amely a hatályos jogszabályok szerint „A” kategóriára érvényes vezetői engedéllyel vezethető,

- az a személy- vagy tehergépjármű, amely a hatályos jogszabályok szerint „B” kategóriára érvényes vezetői engedéllyel vezethető, és a forgalmi engedélyben engedélyezett **szállítható személyek száma legalább 4, de legfeljebb 9 fő.**

- 1.3. **Műszaki meghibásodásnak** minősül a gépjármű olyan műszaki hibája, amely a biztosítás tartama alatt, a biztosítási szerződés megkötésekor illetve a külföldi utazás kezdetekor előre nem látható ok miatt következik be, és üzemképtelenséget okoz (pl. motorhiba, elektromos rendszer hibája vagy gumiabroncs defektje), vagy a hiba jellege miatt a gépjármű a meghibásodás helyén érvényes hatósági előírások miatt nem vehet részt tovább a forgalomban (pl. ablaktörlők, biztonsági övek, az első és hátsó lámpák meghibásodása) és emiatt menetképtelenné minősül.

Nem tekinthető műszaki meghibásodásnak az a hiba, amely a következő okokkal összefüggésben következik be:

- a gépjármű nem rendelkezik a jogszabály által előírt, vagy az adott gépjárműtípushoz a gyártó által előírt kötelező tartozékokkal,

- a gépjárművet nem az adott járműtípusra érvényes műszaki előírásoknak megfelelően használják vagy a hiba a használó hibájából következett be (pl. nem megfelelő üzemanyag használata, üzemanyag-kifogyása, kulcs gépjárműben felejtése stb.).

- 1.4. **Biztosított személynek** (továbbiakban: utas) minősülnek az Autó-Extra termék szolgáltatásai szempontjából a Biztosított gépjárműben a menetképtelenség bekövetkezésekor utasként tartózkodó – a Biztosítónál a biztosítási esemény időpontjában és annak helyére vonatkozóan hatályos utasbiztosítási szerződés keretében biztosított személynek minősülő - személyek, de legfeljebb a gépjármű forgalmi engedélyében meghatározott maximálisan szállítható számú személy.

- 1.5. Az „Autó-Extra” termékre vonatkozóan a Biztosító legfeljebb 31 napos időtartamú külföldi utazásra vonatkozóan vállalja a kockázatviselést.

2. A Biztosító szolgáltatásai

A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény bekövetkezésekor haladéktalanul be kell jelenteni az EUB-Assistance felé. A Biztosító kizárólag az EUB-Assistance szervezésében igénybe vett szolgáltatások megtérítését vállalja! A biztosító által szervezett szolgáltatások teljesítésének időpontját - a biztosítóval történt egyeztetést követően - az EUB-Assistance jogosult meghatározni.

A Biztosító a kockázatviselés időtartama alatt legfeljebb egy biztosítási eseményre vonatkozóan a következő szolgáltatások teljesítését vállalja.

2.1. Gépjárműre vonatkozó szolgáltatások

2.1.(1) Szervizbe-szállítás vagy helyszíni segítségnyújtás

A Biztosító szervezésében helyszínre érkező szolgáltató megkísérli a menetképtelenség elhárítását. A Biztosító szolgáltató-partnere a helyszínen történő segítségnyújtás keretében kizárólag olyan egyszerű hibaelhárításra tesz kísérletet, amely az adott körülmények között, speciális szerszámok és alkatrészek beszerzése nélkül elvégezhető, valamint nem sért garanciát vagy jótállást. Ilyen jellegű javítások lehetnek (jármű-típustól függően) pl. kerék-, izzó-, vagy biztosíték-csere). A Biztosító szolgáltatása az alkatrészek költségére nem terjed ki. A helyszíni segítségnyújtással menetképtessé tett gépjármű megjavítása csak ideiglenes javításnak minősül, a gépjármű mielőbbi tartós és üzembiztos megjavíttatása a gépkocsi tulajdonos kötelezettsége, melynek saját költségén köteles eleget tenni.

Amennyiben a jármű menetképtelensége helyszíni segítségnyújtás keretében nem hárítható el, akkor a Biztosító vállalja, hogy megszervezi a gépjármű autómentővel történő elszállítását a legközelebbi, de legfeljebb 100 km távolságban lévő, a javítás elvégzésére alkalmas szervizbe. A szállítás – az ügyfél kérése alapján – márkaszervizbe is történhet.

A Biztosító vállalja a gépjármű autómentővel szervizbe történő szállítási költségének megtérítését.

A Biztosító a helyszíni segítségnyújtást és a szervizbe-szállítás szolgáltatást a Biztosított külföldi utazása során **a lakóhely országának területén bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozóan is** vállalja.

2.1.(2) Gépjármű tárolása

Ha a Biztosító megszervezte a Biztosított gépjármű szervizbe szállítását, és a gépjármű javítása a szervizbe történő beszállítás napján nem oldható meg (pl. a szerviz leterheltsége vagy alkatrészhiány miatt), akkor a Biztosító megszervezi a gépjármű tárolását a javítás napjáig a javítást vállaló szerviztől legfeljebb 20 kilométerre lévő helyen és vállalja a tárolás számlával igazolt költségét legfeljebb 5 napra.

2.1.(3) Kapcsolattartás a szervizzel

A Biztosító vállalja a szervizzel való kapcsolattartást, és a Biztosított értesítését a javítási munkák állapotáról, a szerviz által közöltek alapján, feltéve, hogy a Biztosított gépjármű szervizbe szállítását a Biztosító szervezésében történt.

A Biztosító a javítás költségeit nem téríti meg, a javítás minőségéért, a szerviz díjszabásáért és a vállalt javítási határidő betartásáért felelősséggel nem tartozik.

2.1.(4) Hazaszállítás autómentővel

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén, ha a Biztosító szervezésében szervizbe szállított Biztosított gépjármű javítása a szerviz – a Biztosított személy által megrendelt és megfizetett diagnosztikai vizsgálat alapján kiállított – írásbeli szakvéleménye alapján 3 napon belül (beleértve a diagnosztikai vizsgálat elvégzésének napját) nem oldható meg, a Biztosító vállalja a gépjármű - a tulajdonos vagy üzembentartó Biztosított által megjelölt, a lakóhely országának területén lévő lacímre történő - hazaszállításának megszervezését, és a szállítás költségeinek megtérítését legfeljebb a „Hazaszállítás autómentővel” szolgáltatásra vonatkozó biztosítási összegig, az önrészesedést meghaladó költségek vonatkozásában.

A Biztosítottat a gépjármű hazaszállítási költségeiből 25.000 Ft összegű önrészesedés terheli, amelynek azonnali helyszíni megfizetése a szállítást végző szolgáltató felé a hazaszállításra vonatkozó szolgáltatás igénybevételének feltétele.

Gépjármű javítása körébe jelen feltételek vonatkozásában kizárólag azok a javítási munkák tartoznak, amelyek ahhoz szükségesek, hogy a gépjármű a hatályos közlekedésrendészeti szabályoknak eleget tevő műszaki állapotban a lakóhely országában található, fentiek szerint megjelölt lacímre el tudjon jutni.

2.2. Gépjárműben utazó személyekre vonatkozó szolgáltatások

A gépjárműben utazó személyekre vonatkozó szolgáltatások igénybe vételének feltétele az alábbi feltételek teljesülése:

- a) a Biztosított gépjármű szervizbe szállítását a Biztosító szervezésében megtörtént és**
- b) a Biztosított személy megrendelte a szerviztől a gépjármű diagnosztikai vizsgálatát vagy javítását, amely a szervizbe szállítás napján nem fejeződik be, vagy**
- c) a gépjármű a szerviz visszaigazolása alapján nem javítható.**

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító vállalja a gépjármű Biztosított utasai részére az alábbi szolgáltatások teljesítését együttesen legfeljebb **a Szolgáltatás-táblázatban „K) – Gépjárműben utazó személyekre vonatkozó szolgáltatások”-ra megadott összeghatárig, de ezen belül a gépjárműben utazó, biztosított személyek számától függően, biztosított személyenként legfeljebb EUR 100 összegig:**

2.2.(1) Gépjárműben utazók továbbutazása, visszautazás megjavított gépjárműért

A Biztosító vállalja a Biztosított(ak) döntése alapján az alábbi szolgáltatások egyikének teljesítését:

az utasoknak és poggyászuiknak (legfeljebb 20 kg/fő) az utazás tervezett **célállomásáig vagy a lakóhely országában lévő lakhelyükig történő utazásának**, valamint (ha a gépjármű javítható) – a gépjármű javítását követően - **a szervizhez történő visszautazásnak**, a megszervezését és a közlekedési többletköltségek megtérítését

2.2.(2) Gépjárműben utazók szállásának térítése

Ha a Biztosított utasok továbbutazása a biztosítási esemény bekövetkezésének napján nem oldható meg, akkor a Biztosító információs segítséget nyújt a gépjármű utasai részére szállodai ellátás megszervezéséhez, és a szállás költségeit megtéríti a továbbutazás első lehetséges időpontjáig, de legfeljebb 5 napra.

2.2.(3) Bérautó biztosítása

A Biztosító vállalja a gépjármű utasai és poggyászuik (legfeljebb 20 kg/fő) szállítására alkalmas bérgepjármű megszervezését és a **kiszállítási és bérleti díj** költségeinek megtérítését, feltéve, hogy a **Biztosított teljesíti a bérautó-kölcsönző által előírt feltételeket (pl. dombornyomott bankkártya bemutatása stb.) és a helyi autókölcsönző szolgáltatók rendelkeznek szabad kapacitással.**

2.3. Telefon- és faxköltségek térítése

A Biztosító vállalja a Biztosított személyek biztosítási eseménnyel összefüggésben szükségessé vált telefon- és faxköltségeinek megtérítését.

3. Kockázatviselés megszűnése az Autó-Extra kiegészítő vonatkozásában

A Biztosító kockázatviselése megszűnik abban az esetben, ha a gépjárművet a forgalomból kivonták, vagy jogellenesen eltulajdonították.

4. A „K) Gépjármű-segítségnyújtás - Autó Extra” kiegészítő teljesítéséhez szükséges

dokumentumok (az I. Általános feltételek 4.1.3. pontban felsorolt dokumentumokon felül):

- (1) a javítást illetve a hiba megállapítását végző szerelő illetve szerviz, valamint a gépjármű szállítását végző cég írásos igazolása a menetképtelenségről és annak okáról, a várható javítási időtartamról (ha nem javítható, akkor az erre vonatkozó indoklással), az elvégzett javítások tételes felsorolásával, külön feltüntetve a kiszállási, javítási, szállítási és alkatrész-költségeket,
- (2) a felmerült költségek névre szóló eredeti számlái (gépjárműre vonatkozó számlák esetén a számlán szerepelnie kell a gépjármű azonosítóinak – pl. rendszám, típus, forgalmi engedély száma),
- (3) gépjármű hazaszállítása esetén a Biztosító a szolgáltatás feltételeként kérheti az önrészesedés megfizetését igazoló bizonylatot (melynek tartalmaznia kell a bizonylat kötelező elemein kívül a gépjármű rendszámát, a szállítási időpontját, valamint az induló és célállomást),
- (4) telefonköltségekkel kapcsolatos igény esetén a névre szóló eredeti telefonszámlát és hívásrészletezőt.

5. KIZÁRÁSOK a K) Gépjármű-segítségnyújtás - Autó Extra kiegészítő esetén (az I. Általános feltételek 6. pontban felsorolt kizárásokon felül.)

- (1) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki olyan gépjárműre, amelyet üzletszerű személy, vagy áruszállításra, vagy bérautóként használnak.
- (2) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki quadra.
- (3) **A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem terjed ki a következőkre:**
 - (a) a Biztosított gépjármű javítási (pl. alkatrész, szerelés, diagnosztika) költségeire,**
 - (b) az utasok poggyászuiknak szállítási költségére, amennyiben a poggyász nem szállítható együtt a Biztosított személlyel (pl. terjedelme, vagy tömege miatt),**
 - (c) a javítás-szerelési ill. szállítási munkálatokat elvégző, a Biztosítótól független cég által okozott károkra.**

Európai Utazási Biztosító Zrt.



STORNO BIZTOSÍTÁS (EUB2017-01ST)

A társaság az IVASS által vezetett olasz Biztosítói Csoportok Nyilvántartásában 26-os számon szereplő Generali Csoporthoz tartozik.

Jelen biztosítási feltételek (a továbbiakban: 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 feltételekre hivatkozással kötött biztosítási szerződésekre (a továbbiakban: biztosítási szerződés) hatályosak.

Jelen biztosítási 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 fogasztói szerződésnek minősül.

Fogalmak

(1) Baleset: Az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely az érintett személyt 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.

(2) Bánatpénz: az az összeg, amely a Vevőt a Szolgáltatásra vonatkozó szerződés alapján terhel, ha a Szolgáltatást a Vevő lemondja.

Repülőjegy vásárlása esetén a Bánatpénz

- (c) a repülőjegynek a légitársaság szerződési feltételi alapján vissza nem téríthető díja,
- (d) a vissza nem téríthető reptéri illeték valamint a repülőjegy-kiállítás szolgáltatási díja (Ticket Service Fee), feltéve, hogy ezek a Szolgáltatási díj részét képezik, és a biztosítási díj ezen Szolgáltatási díj alapján került megfizetésre a 4.1.1. pont (1) bekezdés szerint.

(3) Bánatpénz-sáv: Az az időszak, amelynek tartama alatt a Vevő csak Bánatpénz fizetés terhe mellett mondhatja le a Szolgáltatást.

(4) Biztosítási esemény: azon – a kockázatviselés kezdetéhez képest jövőbeni okkal okozati összefüggésben a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező – események köre, melyek bekövetkezése esetén a Biztosító jelen feltételben meghatározott szolgáltatások teljesítését vállalja, feltéve, hogy 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.

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

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

(7) Kórház: Az egészségügyi ellátás országában illetékes hatóság és szakmai felügyelet által engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi felügyelet alatt áll. **Nem minősülnek kórháznak** a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.

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

(9) 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.

(10) Online szerződéskötő rendszer: a biztosító használatában álló, vagy általa jóváhagyott elektronikus szerződéskötő alkalmazások, amelyek alkalmasak a biztosítási 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.

(11) Orvos: Az adott gyógykezelés jellegéhez szükséges szaktudást igazoló humán orvosi diplomával rendelkező és az ellátás helyének hatósági előírásai szerint orvosnak minősülő személy, aki az adott típusú egészségügyi ellátás végzéséhez a szükséges – az ellátás helyén illetékes hatóság és/vagy szakmai felügyelet által kiállított – hatósági engedélyekkel rendelkezik és az ellátás helyén az orvosokra vonatkozó országos nyilvántartásban szerepel. A Vevő – 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. **Orvosi ellátásnak** kizárólag orvos által végzett egészségügyi ellátás tekinthető.

(12) 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.

(13) Résztvevő: a kötvényen és a Szolgáltatásra vonatkozó szerződésben megnevezett, a Szolgáltatás igénybevételére jogosult természetes személy, így például az utas.

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

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

(c) az adott személy a kockázatviselés tartama alatt hirtelen bekövetkezett súlyos egészségkárosodása miatt azonnali orvosi ellátásra szorul,

(d) baleset folytán azonnali orvosi ellátásra szorul.

(15) Szolgáltatás a 281/2008. (XI. 28.) Korm. rendelet 1. § (c) pontja szerint utazási csomagnak minősülő utazási szolgáltatás, légi, vízi vagy földi utasszállítás, szálláshely-szolgáltatás, vagy az ezekhez kapcsolódó kiegészítő vagy önállóan nyújtott szolgáltatások (pl. idegenvezetés, jármű-bérbeadás, belépőjegy művészeti- vagy sportrendezvényre), melyek Vevő vagy Résztvevő általi lemondása vagy megszakítása esetére jelen biztosítási szerződés fedezetet nyújt.

(16) Szolgáltatás foglalása: ha a Szolgáltató a Szolgáltatásra vonatkozó szerződés alapján a Vevő megrendelését a nyilvántartó rendszerében bizonyíthatóan rögzítette és azt írásban visszaigazolta (pl. repülőjegy kiállításra került, szállásadó foglalási rendszerében bizonyíthatóan rögzítették a foglalást a megrendelésnek megfelelő paraméterekkel és ezt írásban visszaigazolták), valamint a Vevő a Szolgáltatás ellenértékét a szerződésben előírt mértékben az ott megjelölt határidő(k)ig a Szolgáltató részére megfizette. **Jelen feltételek vonatkozásában nem minősül utazási szolgáltatásnak az a szolgáltatás, amelynek az ellenértékét valamely utalvánnyal (pl. Erzsébet utalvány, utazási szolgáltató által kibocsátott utalvány) vagy valamely törzskártya vagy törzsügylet-rendszerben elérhető juttatással (pl. gyűjtött pontok felhasználásával) egyenlítették ki.**

(17) Szolgáltatásra vonatkozó szerződés: a Vevő megrendelése alapján a Vevő és a Szolgáltató, vagy annak képviselője között a Szolgáltatás fajtája szerint jogszabály által előírt formában létrejött szerződés, amely tartalmazza különösen a Szolgáltatás megnevezését, a Szolgáltatás kezdetének időpontját, tartamát, főbb jellemzőit és a Résztvevők felsorolását, valamint a szerződő felek jogait és kötelezettségeit szerződés-módosítás, illetve lemondás esetére.

(18) Szolgáltató: az a gazdálkodó szervezet, amely a Szolgáltatás teljesítését a Szolgáltatásra vonatkozó szerződés alapján jogszerűen vállalja (utazási szolgáltatás esetén az utazásszervező, légi, vízi vagy földi utasszállítás esetén a személyszállítást végző vállalkozás, szálláshely-szolgáltatás esetén a szálláshely-szolgáltató, rendezvény belépőjegyének vásárlása esetén a belépőjegy értékesítője).

(19) Szolgáltatás megkezdése: a biztosítási fedezet alá vont szolgáltatások közül az időben legkorábbi szolgáltatás kezdete. Repülőút esetén kezdeti időpontnak a repülőtéri „check-in” időpontja minősül.

(20) 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.

1. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

1.1 A Biztosító, az Európai Utazási Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a jogalap fennállása esetén a biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.

1.2 Szerződő az a személy, aki a biztosítási szerződést megkötöi 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.

1.3 Biztosított, továbbiakban a **Vevő** az a személy, aki a Szolgáltatást lefoglalta, melynek során annak díját megfizette, és akit emiatt a Szolgáltatás lemondása vagy megszakítása esetén vagyoni veszteség ér. A biztosító szolgáltatására a Vevő, annak halála esetén az örököse jogosult.

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

2.1 A biztosítási szerződés a Szerződő ajánlatának Biztosító által történő elfogadásával jön létre, melyet a Biztosító által kiadott fedezetigazolás tanúsít. **A Biztosító kizárólag online szerződéskötő rendszeren keresztül hozzá beérkezett ajánlatokat tekint érvényesnek.**

2.2 A biztosítási szerződést

- (a) legkésőbb a Szolgáltatás **kezdő napját megelőző 15. napig,**
- (b) a Szolgáltatás kezdő napját megelőző 14 napon belüli foglalás esetén pedig **kizárólag a Szolgáltatás foglalásának napján** lehet megkötöni.

2.3 **Storno Kombi és Air & Hotel** termékek kizárólag a Biztosítónak a Résztevők részére fedezetet nyújtó, a Szolgáltatás teljes időtartamára kiterjedő **utاسبiztosítási termékével együtt** köthetőek egyazon biztosítási szerződés keretében.

2.4 A 2.2 és 2.3 pontokban rögzítettektől eltérő tartalmú ajánlatokat a Biztosító elutasítja.

3. A BIZTOSÍTÁS TERÜLETI HATÁLYA

3.1 A biztosítási szerződés területi hatálya azon földrajzi területet jelenti, ahol a bekövetkezett biztosítási eseményekre a Biztosító kockázatot vállal.

3.2 A területi hatály az egész világra kiterjed, kivéve

- (a) az Antarktiszt, valamint
- (b) az olyan országok vagy térségek területét, melyek a kockázatviselés első napján vagy a Résztevő által az adott országba/területre történő beutazás napján a Magyarország Külügyminisztériuma által **nem javasolt utazási célországok és térségek** között szerepelnek.

4. FELEK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

4.1. A Szerződő és a Vevő kötelezettségei

4.1.1. A biztosítási díj megfizetése

(1) A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének ellenértéke, összegét a biztosítási szerződés tartalmazza. A biztosítási szerződés egyszeri díjú. Amennyiben a biztosítási díj a biztosítási összeg %-ában van meghatározva, akkor a Biztosító a díjat a Szolgáltatás lemondása esetére fizetendő legmagasabb összegű bántpénz mértéke alapján állapítja meg (pl. repülőjegy ára visszatéríthető illetékek nélkül, szállásdíj esetén lemondáskor fizetendő összeg, utazási szolgáltatás esetén legmagasabb bántpénz-sáv szerinti összeg).

(2) A Szerződő köteles a biztosítási díjat a biztosítási szerződés megkötésekor megfizetni. A Szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díj a Biztosító vagy képviselője (megbízottja) részére bizonyíthatóan megfizetésre kerül.

4.1.2 A biztosítási esemény bejelentése

(1) A Vevőnek vagy a Résztevőnek a biztosítási esemény bekövetkezését legfeljebb 12 órán belül – az ebben való akadályoztatás esetén az akadály megszűnését követően késedelem nélkül – be kell jelentenie az EUB-Assistance felé az alábbi adatok megadásával:

- a lemondott Szolgáltatás időpontja, a szolgáltató neve, és címe
- a Szolgáltatásra vonatkozó szerződés szerződőjének, neve és címe,
- a lemondott Résztevő(k) neve,
- a Szolgáltatás lemondásának, vagy megszakításának oka, pontosan meghatározva,
- ha a Szolgáltatás lemondásának, vagy megszakításának oka valamely személy betegsége vagy balesete, akkor a beteg vagy balesetet szenvedett személy neve, címe, telefonszáma – ahol a bejelentést követő 5 napon belül bármikor elérhető, valamint az egészségügyi ellátást végző szolgáltató (pl. orvos, kórház) neve és elérhetősége,

- a biztosítási kötvény száma,
- bejelentő neve, címe és telefonszáma

(2) A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő, illetve a Vevő a biztosítási esemény bekövetkezését a fent megadott határidőben az EUB-Assistance, vagy a Biztosító részére nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenülé válik.

(3) Ha a Szerződő, vagy a Vevő 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.

4.1.3. A szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok benyújtása

(1) A szolgáltatási igény előterjesztésekor a Szerződőnek vagy a Vevőnek az alábbiakban felsorolt iratokat kell benyújtania:

- a biztosítási kötvény eredeti példányát, továbbá más biztosítónál azonos biztosítási érdekre megkötött és a biztosítási esemény napján is hatályos biztosítási szerződésre vonatkozó kötvényt, vagy más – a biztosítási jogviszonyt – igazoló dokumentumot,
- a Biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul, és a valóságnak megfelelően kitöltött és a Vevő vagy meghatalmazottja által aláírt szolgáltatási igénybejelentőt,
- a biztosítási díj megfizetését igazoló bizonylatot vagy banki kivonatot,
- a Szolgáltatásra vonatkozó szerződést, valamint a szolgáltató által a Szolgáltatás lefoglalását visszaigazoló dokumentumot, amely tartalmazza a Szolgáltatás jellegét és időpontját, a Résztvevők nevét,
- a lefoglalt Szolgáltatás ellenértékére vonatkozó számlát, valamint azt a bizonylatot vagy banki kivonatot, amely igazolja, hogy a Vevő a Szolgáltatás ellenértékét a szolgáltató felé megfizette,
- Szolgáltatás lemondása esetén a Szolgáltató által a bánatpénzre vonatkozóan kiállított számlát, amely tartalmazza az igénybe nem vett szolgáltatás időpontját, a lemondott Résztvevők és a szolgáltatás azonosítására szolgáló adatokat, a bánatpénz összegét, és a lemondás időpontját,
- repülőjegy lemondása esetén a Szolgáltató (pl. légitársaság) igazolását a lemondás időpontjáról és arról, hogy a szolgáltatást mely Résztvevők nem vették igénybe, valamint a repülőjegy ellenértékének a vissza nem téríthető részéről,
- a Vevő által a Szolgáltató felé írásban benyújtott lemondást,
- az igénybe nem vett szolgáltatásra vonatkozóan a Szolgáltató által kiállított, sértetlen és hiánytalan utalványt (voucher) és/vagy repülőjegyet,
- házi orvosi naplóbejegyzést; szakorvosi leletet, vagy kórházi zárójelentést, amelyeknek tartalmazniuk kell az alábbi adatokat:
 - elvégzett vizsgálatok, diagnózis, javasolt kezelés,
 - idült (krónikus) betegség esetén: az észlelt tünetek miben térnek el a beteg előző állapotához képest, az adott betegséggel összefüggésben a foglalat megelőző egy évben az adott személy mikor járt orvosnál, milyen panaszokkal és milyen kezelést kapott (orvosi ellátásokra vonatkozó teljes körű orvosi dokumentáció, orvosi napló másolata és vizsgálati leletek),
 - az orvosi vizsgálat időpontjában előreláthatóan mikorra várható a beteg állapotában olyan javulás, hogy a Szolgáltatás igénybe vételére (pl. utazáson való részvételle) – orvosi szempontból – alkalmassá válik,
 - orvosi naplósám illetve esetszám, vagy számítógépes adatrögzítés esetén a kezeléssel kapcsolatos adatok kinyomtatva,
 - dátum, az orvos pecsétje és munkahelyi azonosító megnevezése,
- szakorvosi ellátás esetén az elszámolási nyilatkozatot, magánellátás esetén az ellátás ellenértékéért fizetett díjról kiállított számlát és befizetési bizonylatot,
- halotti anyakönyvi kivonatot,
- a Vevő halála esetén a jogerős hagyatékátadó végzést, vagy annak olyan kivonatos másolatát illetve kiadmányát, amely egyértelműen tartalmazza az örökös(ök) megjelölését, és a közjegyző adatait, illetve öröklési bizonyítványt,
- a Résztvevő vagyontárgyát érintő kár esetén a kár bekövetkezését, mértékét és a káresemény körülményeit dokumentáló rendőrségi, tűzoltósági, és/vagy biztosítói igazolást,
- közlekedési baleset esetén a balesetről felvett rendőrségi jegyzőkönyvet,
- ha a lemondás vagy a megszakítás oka valamely személy betegsége vagy balesete, akkor az adott személy – vagy arra jogosult hozzátartozójának – nyilatkozatát arról, hogy felmenti a kezelését végző orvosokat és egészségügyi intézményeket a biztosító szolgáltatásának elbírálásához szükséges adatok tekintetében a titoktartási kötelezettségük alól,

- (q) dokumentumok eltulajdonítása esetén a rendőrségen tett bejelentés jegyzőkönyvét,
- (r) munkaviszony megszűnése esetén személyi igazolvány fénymásolatát, a munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolatát, a munkáltató által az utolsó munkában töltött napon kiállított hivatalos munkaviszony-igazolás másolatát, a munkaviszony megszüntetésére vonatkozó dokumentumot (a munkáltató indoklással ellátott felmondását vagy – a Biztosító által erre a célra rendszeresített – hiánytalanul kitöltött és a munkáltató által is aláírt adatlapot),
- (s) sikertelen érettségi vizsga esetén az illetékes oktatási intézmény hivatalos igazolását a sikertelen vizsga időpontjáról, és a lehetséges pótvizsga időpontokról,
- (t) tanúként történő bírósági vagy hatósági idézés esetén az erről szóló végzés másolatát, valamint annak igazolását, hogy a bíróság vagy hatóság a személyes megjelenés alól nem adott felmentést,
- (u) házassági perrel kapcsolatos igény esetén az ennek tényét és időpontját egyértelműen alátámasztó hivatalos dokumentumokat,
- (v) a célterületre vonatkozóan előírt megelőző jellegű kezelések igazolására: az oltási könyv, a gyógyszer kiváltására vonatkozó számla illetve fizetési bizonylat másolatát,
- (w) Szolgáltatásra jogosító jegy esetén a jegy eredeti példányát, vagy – elektronikus jegy vagy bármely, a Vevő által nyomtatott jegy esetében – a Szolgáltató igazolását arra vonatkozóan, hogy a jegy letiltásra került, tehát az a továbbiakban nem használható fel a szolgáltatás igénybevételére vagy – a rendezvényt (pl. előadás, mérkőzés) követően kiállított igazolás esetén –, hogy a jegyet a szolgáltatás igénybevételére nem használták fel, valamint mindkét esetben arról, hogy az adott jegyre vonatkozóan díjvisszatérítés történt-e és ha igen, akkor milyen összegben.

4.1.4 A Vevő kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettsége

- (1) A Vevő köteles bármely tevékenységének végzése során az általában elvárható gondossággal eljárni.
- (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.
- (3) Ha a Vevő a kockázatviselés tartama alatt külföldre utazik, úgy köteles az utazási területre vonatkozóan az ÁNTSZ által előírt egészségügyi megelőző intézkedéseket megtenni, így pl. a szükséges védőoltásokat, megelőzést szolgáló gyógyszereket a megfelelő időpontban és adagolás szerint bizonyítható módon igénybe venni.
- (4) A Vevő köteles a Szolgáltatást a lemondásra okot adó körülmény bekövetkezését követő legfeljebb 1 munkanapon belül a szolgáltatónál lemondani. **A Biztosító kizárólag a Vevőt ezen időpontban terhelő bánatpénz-fizetési kötelezettségnek megfelelően szolgálat.**
- (5) Kármegelőzést szolgáló tevékenységek költségének megtérítését a biztosító nem vállalja.

4.2. A Biztosító kötelezettségei

4.2.1. A kockázatviselés

- (1) A Biztosító a biztosítási díj ellenében viseli a kockázatot a 4.2.2 pontban meghatározott biztosítási események vonatkozásában.
- (2) A biztosító kockázatviselése legkorábban a biztosítási szerződés megkötését és ezzel egyidejűleg a biztosítási díj megfizetését követően és
 - (a) **Szolgáltatás lemondása** vonatkozásában a bánatpénz-sáv első napján, ezt követő foglalás esetén a Szolgáltatás foglalásának napján kezdődik meg. A biztosító kockázatviselése a Szolgáltatás kezdeti időpontjáig – óra, perc pontosságú meghatározás híján a Szolgáltatás megkezdésének napján 24:00 órájáig – de legfeljebb 365 napig, Storno Basic termék esetén legfeljebb 550 napig tart.
 - (b) **Szolgáltatás megszakítása** vonatkozásában a Szolgáltatás megkezdésének napján kezdődik meg, és a Szolgáltatásra vonatkozó szerződésben meghatározott befejeződésének napjáig, de Storno Kombi és Air & Hotel típusú termék esetén legkésőbb az utasbiztosítási szerződés lejáratáig tart.
- (3) **A kockázatviselés Szolgáltatás lemondása vonatkozásában**
 - (a) **a biztosítási szerződés megkötésének napján, valamint**
 - (b) **ha a biztosítási szerződés a Szolgáltatás foglalásának napját követően jött létre, és a kockázatviselés a foglalással egyidejűleg megkezdődik, a kockázatviselés első 5 napján kizárólag baleseti eseményekre terjed ki.**

4.2.2 Biztosítási esemény

- (1) **Szolgáltatás lemondása** vonatkozásában biztosítási esemény:

A Résztevő az alábbiakban felsorolt, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező és a kockázatviselés végéig fennálló körülmények valamelyike miatt a lefoglalt Szolgáltatást nem tudja igénybe venni, és emiatt a Vevő a Szolgáltatást ezen Résztevő vonatkozásában lemondja, melynek következtében bánatpénz fizetési kötelezettsége keletkezik.

- (a) a Résztevő olyan előzmények nélkül, hirtelen fellépő betegsége, balesete, amely miatt indokoltan sürgősségi orvosi ellátásban részesült a Szolgáltatás lemondását megelőzően, vagy a Résztevő halála a Szolgáltatás kezdetét megelőzően;
- (b) a Résztevő közeli hozzátartozójának vagy élettársának, vagy az adott Szolgáltatást egyazon szerződés keretében szintén Résztevő házastársa, illetve élettársa közeli hozzátartozójának előzmények nélkül fellépő olyan betegsége vagy balesete, amely miatt az adott személy indokoltan sürgősségi orvosi ellátásban részesült a Szolgáltatás lemondását megelőzően, vagy valamelyikük halála a Szolgáltatás kezdetét megelőzően,
- (c) a Résztevő vagyontárgyában tűz, elemi kár, vagy harmadik személy bűncselekménye által okozott káresemény,
- (d) a Résztevő útlevelét és/vagy személyi igazolványát, jogosítványát vagy a tulajdonában lévő gépjármű forgalmi engedélyét a Szolgáltatás kezdetét megelőzően jogellenesen eltulajdonítják, és annak pótlása a Szolgáltatás kezdetéig - gyorsított eljárás keretében sem – lehetséges, feltéve, ha a fenti dokumentumok nélkül a Szolgáltatást nem tudja igénybe venni,
- (e) a Résztevő – vagy kiskorú esetén valamely szülő – munkaviszonya a Munkáltató részéről történt felmondás következtében önhibáján kívül megszűnik, feltéve, ha a munkaviszony az adott munkáltatónál határozatlan időtartamra és legalább heti 30 óras munkavégzésre jött létre, és a Szolgáltatás foglalásának időpontjában már legalább egy éven keresztül folyamatosan fennállt. A biztosítási esemény időpontja a munkáltató által történt felmondás időpontja, azonban a Biztosító a teljesítést legkorábban a munkáltató által az utolsó munkában töltött napon kiállított munkáltatói igazolás benyújtását követően vállalja,
- (f) a Résztevő terhessége, ha annak megállapítása a kockázatviselés kezdetét követően történt. Ha a terhesség ténye a kockázatviselés kezdetekor már ismert volt, akkor kizárólag a váratlanul bekövetkező olyan terhességi komplikációk minősülnek biztosítási eseménynek, melyek miatt – a szakorvos írásos véleménye alapján – az adott Szolgáltatás igénybe vétele orvosilag ellenjavallttá válik.
- (g) a Résztevővel – vagy kiskorú esetén annak szülőjével – szemben a másik házastárs által a kockázatviselés tartama alatt indított házassági per. A biztosítási esemény időpontja a házassági perrel kapcsolatos keresetnek a bíróság által az alperessel történő közlésének az időpontja.
- (h) ha a Résztevő a kockázatviselés időtartama alatt tett érettségi vizsgán megbukik, és a pótvizsga a Szolgáltatás tervezett tartama alatt vagy az azt követő egy hónapon belül lenne esedékes,
- (i) ha bármely hatóság vagy bíróság a Résztevőt a kockázatviselés időtartama alatt váratlanul tanúként írásban idézi, mely alapján személyes megjelenése az illetékes hatóság, vagy bíróság előtt a Szolgáltatás időtartama alatt lenne esedékes, és a hatóság, vagy bíróság a Szolgáltatást mulasztási okként nem fogadja el.

(2) A biztosítási esemény a lemondás napján következik be, de a **Biztosító** legkésőbb **az utazásképtelenség okának ismertté válását követő első munkanapot tekinti a lemondás napjának**, és legfeljebb a Vevőt ezen időpontban terhelő bánatpénz-fizetési kötelezettségének megfelelően szolgáltat.

(3) Ha a foglalás összesen legfeljebb öt személy részére történt, akkor a fent felsorolt körülmények valamelyikének egy Résztevővel történő bekövetkezését valamennyi Résztevő vonatkozásában lemondási oknak kell tekinteni.

(4) **Szolgáltatás megszakítása** vonatkozásában biztosítási esemény:

A Résztevő a már megkezdett Szolgáltatást a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező alábbi okok valamelyike miatt megszakítja és a tervezett időpontnál legalább egy nappal korábban – de legkésőbb a kockázatviselés utolsó napját megelőző napon – hazautazik állandó lakóhelyének területére:

- (a) a Résztevőnek vagy az adott Szolgáltatást egyazon szerződés keretében szintén Résztevőnek minősülő közeli hozzátartozójának előzmények nélkül, hirtelen fellépő betegsége, balesete, amely miatt külföldön indokoltan sürgősségi orvosi ellátásban részesült az útmegszakítást megelőzően, és amely miatt a hazaszállítása az orvosi ellátás folytatása érdekében szükségessé válik,
- (b) a Résztevőnek vagy közeli hozzátartozójának, vagy házastársa, illetve élettársa közeli hozzátartozójának halála,
- (c) a Résztevő közeli hozzátartozója vagy élettársa, vagy az adott Szolgáltatást egyazon szerződés keretében szintén igénybe vevő házastársa, illetve élettársa közeli hozzátartozója életveszélyes állapotba kerül, és az orvosilag dokumentált,
- (d) a Résztevő vagyontárgyában tűz, elemi kár, vagy harmadik személy bűncselekménye által okozott káresemény.

4.2.3 A Biztosító szolgáltatása

(1) A Biztosító a biztosítási szerződés alapján a biztosítási esemény bekövetkezését és bejelentését követően, a jogalap fennállása esetén teljesíti a jelen feltételben meghatározott szolgáltatásokat. A Biztosító a szolgáltatást kárbiztosításként, a szerződésben meghatározott biztosítási összeg erejéig teljesíti, az alábbi táblázatban meghatározott limitösszegek figyelembe vételével. A Szolgáltatás-táblázatban meghatározott limitek a Biztosítóval adott foglalásra vonatkozóan létrejött több biztosítási szerződésre együttesen is irányadóak. Több szerződés esetén a Biztosító a legmagasabb összegű szolgáltatást nyújtó szerződés alapján teljesít, a fennmaradó szerződésekre vonatkozó biztosítási díjat pedig visszatéríti.

	Biztosítási termék neve Maximális biztosítási összegek és az önrészesedés mértéke (Ft)		
	Storno Kombi Standard (utasbiztosítással együtt köthető)	Storno Kombi Plus (utasbiztosítással együtt köthető)	Storno Basic (önállóan köthető)
Maximális biztosítási összeg foglalásonként és biztosítási eseményenként:	1 500 000	3 000 000	2 000 000
Ezen belül a maximális biztosítási összeg Résztvevő személyenként:	500 000	1 500 000	500 000
Ezen belül maximális biztosítási összeg repülőjegy-kiállítás szolgáltatási díjára (Ticket Service Fee) vonatkozóan repülőjegyenként	15 000	15 000	15 000
Lemondás esetén a Vevőt terhelő önrészesedés a Biztosító által térítendő összeg százalékában:	0%	10%	20 %
Lemondás esetén a Vevőt terhelő önrészesedés minimális összege Résztvevőnként:	-	-	10 000

(2) Alulbiztosítás esete:

Amennyiben a biztosítási összeg alacsonyabb, mint a Szolgáltatás díja, akkor a Biztosító szolgáltatása a biztosítási összeghez viszonyítva ugyanolyan százalékos arányban kerül meghatározásra, mint ahogy a bánatpénzként leszámlázott összeg aránylik a Szolgáltatás díjához. Az így meghatározott szolgáltatási összegből kerül levonásra a mindenkor önrészesedés összege.

(3) Szolgáltatás lemondása esetén a Biztosító a Szolgáltató által a Vevő részére – a Szolgáltatásra vonatkozó szerződés feltételeinek megfelelően – bánatpénzként leszámlázott összeget téríti meg az önrészesedés levonásával.

(4) Szolgáltatás megszakítás esetén a Biztosító megtéríti a Vevő által a Szolgáltatás kezdetét megelőzően kifizetett, igénybe nem vett szolgáltatások időarányos ellenértékét.

(5) **Air & Hotel** termék esetén a Biztosító Résztvevőnként és éjszakánként legfeljebb € 100 összeghatárig vállalja a szállásköltségekre és Résztvevőnként összesen legfeljebb 100.000 Ft-ig az egyéb szolgáltatási díjakra (pl. repülőjegy, egyéb előre foglalt szolgáltatások, múzeumi vagy sport-belépők) vonatkozó bánatpénz megtérítését. (Ezen belül a szállásra vonatkozó részt Résztvevőnként összesen legfeljebb a szerződés tartamán belül eső legfeljebb 9 éjszakára).

(6) A Biztosító egy biztosítási eseménnyel összefüggésben a biztosítási szerződések és biztosítottak számától függetlenül legfeljebb 300 millió forintot térít meg.

(7) A Biztosító és segítségnyújtó szolgálata a Biztosítóval illetve a Vevő megbízásában eljáró személlyel történő kapcsolattartást magyar vagy angol nyelven vállalja. Vitás esetben a magyar nyelven tett nyilatkozatok az irányadóak.

4.2.4 A Biztosító ellenőrzési joga

(1) Amennyiben a lemondás oka baleset, vagy betegség, akkor a Biztosítónak jogában áll a lemondás indoklását a Biztosító által megbízott orvos szakértő – személyes vizsgálat alapján adott – szakvéleménye alapján megvizsgálni.

(2) A **Vevő köteles a Biztosító által megjelölt időpontban** az orvosi vizsgálat elvégzése céljából **rendelkezésre állni, illetve gondoskodni arról, hogy balesettel vagy betegséggel érintett személy rendelkezésre álljon.** A Biztosító kérése alapján elvégzett orvosi vizsgálat költségei (kizárólag az orvos munkadíja, az esetleges diagnosztikai vizsgálatok és a vizsgált személy utazási költségei) a Biztosítót terhelik.

4.2.5 A Biztosító teljesítésének esedékessége

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

(2) 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.

5. A Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól

5.1 A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással:

- (a) a Szerződő vagy a Vevő vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk vagy vezető tisztségviselőjük, vezető állású munkavállalójuk okozta,
- (b) a Szerződő vagy a Vevő valamely kármegelőzési és/vagy kárenyhítési kötelezettségének nem tett eleget.

5.2 Súlyos gondatlanságnak minősül különösen:

- (a) ha a biztosítási eseményt szenvedélybetegség, vagy gyógyszer-, alkohol-, drog túladagolás okozta,
- (b) a biztosítási esemény bekövetkezése idején fennálló alkoholos állapot,
- (c) kábítószer-, kábító hatású anyag-, illetve gyógyszer-fogyasztása, kivéve, ha azokat a kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,
- (d) érvényes forgalmi engedéllyel nem rendelkező gépjármű vezetése, vagy olyan gépjármű vezetése, amelyhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel a gépjárművet vezető személy nem rendelkezik,
- (e) a végzett tevékenységre vonatkozó – a tevékenység végzésének helye szerint illetékes - hatóság vagy az adott létesítmény üzemeltetőjének előírásainak, munkavégzés esetén az adott tevékenységre vonatkozó baleset-megelőzési és szakmai szabályok, sporttevékenységnél pedig az adott sportágra vonatkozóan általánosan elfogadott szabályok be nem tartása (pl. védőfelszerelés hiánya).

6. Kizárások

6.1 A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, 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 puccskísérlet, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határvillongások, felkelés,
- (e) öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet,
- (f) Résztvevő szenvedélybetegsége, vagy gyógyszer-, alkohol-, drog túladagolása vagy elvonás
- (g) bármely fegyver használata,
- (h) Szolgáltatás igénybe vevőjének alkoholos állapota,
- (i) Szolgáltatás igénybe vevőjének kábítószer-, kábító hatású anyag-, illetve gyógyszer-fogyasztása, kivéve, ha azokat a kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták

6.2 A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá:

- (a) illetékek („tax”) vagy fakultatív programok összegére, kivéve, ha az utazási szerződés szerint ez az összeg lemondás esetén nem visszatéríthető és a biztosítási díj megállapításakor ezt figyelembe vették,
- (b) következményi és nem vagyoni károkra.
- (c) arra a Szolgáltatásra, amelynek az ellenértékét valamely utalvánnyal (pl. Erzsébet utalvány, szolgáltató által kibocsátott utalvány) vagy valamely törzskártya vagy törzsügyszé- rendszerben elérhető juttatással (pl. gyűjtött pontok felhasználásával) egyenlítették ki.

6.3 Ha a szerződés egészségi kockázat elbírálás (egészségi nyilatkozat vagy orvosi vizsgálat) nélkül jött létre, a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a megbetegedésekre vagy balesetekre:

- (a) amelyek oka egészben vagy részben lemondás esetén a biztosítás kezdete, illetve a Szolgáltatás foglalása előtt, megszakítás esetén a kockázatviselés kezdete előtt fennálló egészségi állapot (pl. betegség, panasz, tünet),
- (b) melyekkel az a személy, aki miatt a Szolgáltatást lemondták, vagy aki miatt a Szolgáltatás megszakítása bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetét vagy a Szolgáltatásra vonatkozó szerződés megkötését 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 Szolgáltatás igénybe vevőjének a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodásával.

6.4 Ha a Résztevő hazautazásának illetve hazaszállításának költségét a Biztosító – külön utasbiztosítási szerződés alapján – megtéríti, akkor a Szolgáltatás megszakítása esetén a Vevő a Szolgáltatási díj hazautazást fedező díjrészének visszatérítésére nem jogosult.

6.5 A kockázatviselés nem terjed ki továbbá olyan utazásképtelenségre, melynek oka:

- (a) pszichiátriai és pszichés megbetegedések,
- (b) kontrollvizsgálat, utókezelés,
- (c) olyan betegség vagy baleset, amely miatt kizárólag fizioterápiás kezelést, akupunktúrát, gyógytornász vagy természetgyógyász által nyújtott kezelést alkalmaztak. Ez alól kivételek azok az esetek, amikor a fenti kezelések valamelyikét előzetes orvosi vizsgálat alapján, az orvos javaslatára alkalmazták.
- (d) szexuális úton terjedő betegségek, szerzett immunhiányos betegségek (pl. AIDS), illetve ezzel összefüggő betegségek,
- (e) terhesség vagy annak szokásos terhességi tünetei, szülés, kivéve a 4.2.2.(1)(f) pontban meghatározott esetben. A biztosító kockázatviselése terhességi komplikációk esetében sem terjed ki a terhességgel vagy szüléssel kapcsolatos lemondásra vagy megszakításra, ha a Szolgáltatás kezdő időpontja a terhesség 27. hetét követő időpontra esik. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá arra az esetre sem, ha az adott Szolgáltatás igénybe vétele zavartalan terhesség mellett is orvosilag ellenjavallt lett volna, és a Szolgáltatást a terhesség tényének ismeretében foglalták,
- (f) munkaviszony megszűnése, ha:

- arra olyan munkáltatónál kerül sor, amelynél a kockázatviselés kezdetének időpontjában csőd-, vagy végelszámolási eljárás volt folyamatban, illetőleg a munkáltatóval szemben felszámolási eljárást kezdeményeztek, melynek alapján a felszámolás elrendelésre is került,
- ha a munkáltatói jogok gyakorlója a Vevő vagy a Résztevő közeli hozzátartozója vagy a Vevő vagy a Résztevő az adott munkáltatónál a Ptk.8:2. § szerinti többségi befolyással rendelkezik,
- a munkaviszony próbaidő alatt bekövetkező megszűnésére,
- arra munkáltató általi rendes felmondással kerül sor öregségi-, illetve rokkantság miatti nyugdíjazással összefüggésben,
- arról a Résztevőnek a kockázatviselés kezdetét megelőzően már tudomása volt.

6.6 A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre sem, ha az illetékes hatóság a Szolgáltatás igénybevételéhez szükséges utazás során érintett valamely országba történő beutazáshoz szükséges engedély kiadását megtagadja, vagy az utazási szolgáltatás tervezett kezdetéig nem teljesíti, illetve a Résztevő az utazáshoz szükséges személyi iratokkal az utazás tervezett kezdetekor nem rendelkezik, vagy ezek érvénytelenek (kivéve a 4.2.2.(1)(d) pontban leírt esetben).

6.7 A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem terjed ki a kármegelőzést szolgáló intézkedések költségeinek megtérítésére.

6.8 A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem terjed ki azon károkra, amelyek a 4.1.4. pontban részletezett kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség a Résztevő általi elmulasztása miatt keletkeznek.

7. A szerződés illetve a kockázatviselés megszűnésének esetei, díjvisszatérítés

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

- (a) a biztosítási szerződésben meghatározott lejáratú időpontban,
- (b) a Vevő halála esetén,
- (c) ha a Szerződő díjvisszatérítési igénnyel él, a díjvisszatérítési igény benyújtásának napján illetve abban az időpontban, amikortól kezdődő időtartamra vonatkozóan a Biztosító visszafizeti a díjat.

7.2 A Szerződő jogosult a biztosítási szerződést annak tartama alatt **díjvisszatérítési igény** formájában azonnali hatállyal felmondani az alábbiak szerint:

7.2.1 A Biztosító a biztosítási díj teljes összegű visszatérítését abban az esetben vállalja, ha a Szerződő a díjvisszatérítésre vonatkozó írásbeli igényét legkésőbb a kockázatviselés kezdete előtti napon (a bánatpénz-sáv első napját megelőzően) írásban bejelenti, és minden kétséget kizáróan megállapítható, hogy a biztosítási szerződés létrejött.

7.2.2 Részleges díjvisszatérítést a Biztosító abban az esetben vállal, ha a díjvisszatérítésre vonatkozó igényt a Szerződő a kockázatviselés tartamának utolsó napját megelőzően írásban bejelenti, és a Vevő írásban nyilatkozik arról, hogy a Biztosítóval szemben az adott biztosítási szerződésből eredő szolgáltatási igénye nincs, valamint minden kétséget kizáróan megállapítható, hogy a biztosítási szerződés létrejött. A Biztosító által visszatérített összeg a díjvisszatérítési igény benyújtásának napját követő naptól a biztosítási szerződés lejáratáig járó időarányos biztosítási díj.

8. Elévülési idő

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

(2) Az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik:

- (a) a biztosítási esemény bejelentésének elmaradása esetén a biztosítási esemény bekövetkezésekor,
- (b) a biztosítási esemény bejelentése esetén az utolsó iratnak a biztosítóhoz történt beérkezését követő 15. napot követő napon,
- (c) 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,
- (d) egyéb esetben a követelés esedékessé válásának napján.

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

A biztosítási szerződésből eredő igények 2 év elteltével évülnek el, mellyel a Biztosító eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésétől.

Európai Utazási Biztosító Zrt.

Ügyfélértékeztető és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések

Köszönjük bizalmát, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával az Európai Utazási Biztosító Zrt. társasághoz fordult.

Kérjük, szíveskedjék figyelmesen elolvasni alábbi tájékoztatónkat, amelyben bemutatjuk társaságunk főbb adatait, tájékoztatjuk a fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó szervezeti egységeinkről, felügyeleti szervünk megnevezéséről és székhelyéről, az ügyfélpanaszoknak – azok jellege szerint – a Magyar Nemzeti Bankhoz és a Pénzügyi Békéltető Testülethez való előterjesztésének a lehetőségéről, a bírói út igénybevételeéről, valamint megismertetjük az adatvédelem és adatkezelés legfontosabb szabályaival.

Felsoroljuk továbbá azokat a szervezeteket, amelyek részére társaságunk az ügyfelek – biztosítási titkot képező – adatait a biztosítási tevékenységről szóló mindenkor hatályos törvény (a továbbiakban: Bit.) alapján kiadhatja. Külön kitérünk a biztosítási ajánlat aláírása előtt szükséges leglényegesebb tudnivalókra, közöttük a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati ismeretekre, amelyek birtokában a szerződéskötési szándékát kifejező jognyilatkozatát megfontoltan teheti meg. Megjelöljük a biztosítási szerződésre vonatkozó adózással kapcsolatos szabályokat is.

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

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

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

V. A Biztosítóra vonatkozó tájékoztató adatok

Az Európai Utazási Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság 1997. január 1-jén kezdte meg működését a magyar biztosítási piacon.

Székhelye: 1132 Budapest, Váci út 36–38.

Telefon: (36-1) 452-3580,

fax: (36-1) 452-3312.

Cégjegyzékszám: 01-10-043228, Fővárosi Törvényszék Cégbírósága

A társaság alaptőkéje: 400 000 000 Ft

Fő tevékenységi köre: nem-életbiztosítás

A társaság cégformája: részvénytársaság

Működési módja: zártkörű

A társaság tulajdonosai:

Generali Biztosító Zrt. 61%

Europäische Reiseversicherung AG, München 26%

Europäische Reiseversicherung AG, Bécs 13%

VI. Ügyfélszolgálat

A biztosítási szerződésével kapcsolatos kérdésével, problémájával, kérjük, forduljon bizalommal ügyfélszolgálati irodánkhoz, akik készséggel állnak az Ön rendelkezésére.

Az Ügyfélszolgálat elérhetőségei

Telefonszám: (1) 452-3580
Fax: (1) 452-3312
E-mail: ugyfelszolgalat@eub.hu
Ügyfélszolgálat címe: 1132 Budapest, Váci út 36–38.

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

VII. Panaszügyintézés

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

Szóbeli panaszát személyesen a személyes ügyfélfogadásra nyitva álló ügyfélszolgálati irodánkban **hétfőtől szerdáig, valamint pénteken 8 órától 16 óráig, csütörtökön 8.00-17:00 óra között teheti meg.**

A telefonon közölt szóbeli panasz megtételére – csütörtöki nap kivételével, amikor 8:00-20:00 óra között - ugyancsak a fenti időpontokban **biztosítunk lehetőséget.**

Társaságunk panaszkezelési eljárásával, a panaszkezelés módjával és a panaszkezelési nyilvántartás vezetésével kapcsolatos további részletes információkat talál honlapunkon, illetőleg az ügyfélszolgálati irodáinknál kihelyezett panaszkezelési szabályzatban. Felhívjuk figyelmét, hogy a felügyelet honlapján megtalálható a „Fogyasztói panasz” elnevezésű formanyomtatvány, amelynek felhasználásával szintén benyújthatja a panaszát a Biztosítóhoz.

VIII. Felügyeleti Hatóság

A biztosító felügyeleti szerve a **Magyar Nemzeti Bank** (a továbbiakban: MNB vagy Felügyelet).

A Felügyelet elérhetőségei

Székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.
Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1850 Budapest
Központi telefon: (36-1) 428-2600
Központi fax: (36-1) 429-8000
E-mail: info@mnbb.hu
Webcím: <http://www.mnbb.hu/felugyelet>
Ügyfélszolgálat címe: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Ügyfélszolgálat telefonszáma: (36-80) 203-776
Ügyfélszolgálat elektronikus levelezési címe: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

Felhívjuk a figyelmét a Felügyelet fogyasztóvédelmi honlapjára (<http://www.mnbb.hu/fogyasztovedelem>), az ott elérhető tájékoztatókra és összehasonlítást segítő alkalmazásokra.

IV.1. Társaságunk az MNB által felügyelt tevékenység folytatására jogosult szervezet, amely tevékenységünk vonatkozásában a Felügyelet – kérelemre vagy hivatalból indított eljárás keretében - ellenőrzi

- a) a biztosító által nyújtott szolgáltatást igénybe vevő fogyasztóval szemben tanúsítandó magatartásra vonatkozó kötelezettséget megállapító, a Bit-ben vagy az annak felhatalmazása alapján kiadott jogszabályban előírt rendelkezések, valamint
- b) a fogyasztókkal szembeni tisztességtelen kereskedelmi gyakorlat tilalmáról szóló törvény rendelkezéseinek,
- c) a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló törvény rendelkezéseinek, továbbá
- d) az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló törvény rendelkezéseinek [az a)-d) pont a továbbiakban együtt: fogyasztóvédelmi rendelkezések], továbbá

e) a pénzügyi fogyasztói jogvitával kapcsolatos kötelezettség betartását, és - ide nem értve a szerződés létrejöttének, érvényességének, joghatásainak és megszűnésének, továbbá a szerződésszegésnek és annak joghatásainak megállapítását - eljár e rendelkezések megsértése esetén (a továbbiakban: fogyasztóvédelmi eljárás).

Fogyasztóvédelmi eljárást a Felügyeletnél a Magyar Nemzeti Bankról 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

V.1. 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 esetén az ügyben döntést hoz a fogyasztói jogok egyszerű, gyors, hatékony és költségkímélő érvényesítésének biztosítása érdekében.

A Testület eljárása megindításának feltétele, hogy azt megelőzően a fogyasztó a biztosítóval közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését.

A Pénzügyi Békéltető Testület elérhetőségei

Székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.

Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina, krt. 39.

Levélcím elszámolással, szerződésmódosítással kapcsolatos ügyekben: H-1539 Budapest Pf.: 670.

Levélcím általános ügyekben: H-1525 Budapest, Pf.: 172.

Telefon: (36-80) 203-776

A Pénzügyi Békéltető Testület működésével kapcsolatos egyéb lényeges információk (így a Testület eljárási szabályzata) megtalálhatóak a <http://www.mnb.hu/bekeltetes> honlapon.

V.2. 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.

V.3. 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 rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

Biztosítási titkot képeznek különösen 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, végrehajtásával és a biztosítási szolgáltatások teljesítésével összefüggő adatkezelés

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító, mint adatkezelő az ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek.

Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges vagy a biztosítási törvényben meghatározott egyéb cél lehet. A biztosító ügyfelének minősül a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító számára szerződéses ajánlatot tett és a biztosító szolgáltatására jogosult más személy, továbbá a független biztosításközvetítő esetében az a személy is, aki a független biztosításközvetítővel alkuszi megbízási szerződést kötött. A Biztosító adatkezelése a biztosítási szerződés megkötésével megadottnak tekintett önkéntes hozzájáruláson alapul.

VI.1.2. Veszélyközösség védelme céljából történő 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 Bit. 149. §-ában biztosított felhatalmazás alapján jogosult megkereséssel fordulni más biztosítóhoz az e biztosító által a Bit. 135. § (1) bekezdésben meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével kezelt - a Bit. 149. § (3)-(6) 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,

- baleset és betegség biztosítási ágazatokhoz tartozó biztosítások megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
- a biztosítandó vagy a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi - az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
- a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
- a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat;

- szállítmány (beleértve árukat, poggyászokat és valamennyi más vagyontárgyat), tűz- és elemi károk, egyéb vagyoni károk, kezesség, garancia, különböző pénzügyi veszteségek, jogvédelem, segítségnyújtás ágazatokhoz tartozó biztosítások megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
- a biztosítandó vagy biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
- az b) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
- a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és

e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat;

- az általános felelősség biztosítási ágazatokhoz tartozó biztosítások megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

a) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait;

b) szerződő, a biztosított és a kedvezményezett azonosító adatait, továbbá az előző bekezdés b)-e) pontjában meghatározott adatokat;

c) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;

d) a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt érvényesítő személyt érintő korábbi - az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatokat nem tartalmazó adatokat;

e) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi - az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.

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 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 megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, az abban szereplő adatok köréről, az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti. Ha az ügyfél az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben szabályozott módon az adatairól tájékoztatást kér és társaságunk – a fentiekben meghatározottakra tekintettel - már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényről tájékoztatja a kérelmezőt.

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 teljesítésének a 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. 159. § 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

VI.2.1 A biztosító a személyes adatokat- ideértve az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő adatokat is- a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosítási szerződés megkötésével, nyilvántartásával összefüggésben keletkezett, számviteli bizonylatnak minősülő dokumentumokat a biztosító a Számvitelről szóló 2000. évi C. törvény (a továbbiakban: Sztv.) 169. §-a értelmében 8 évig őrzi meg.

VI.2.2 A telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító a közötte és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt öt évig megőrzi.

VI.2.3 A biztosító a panaszt és az arra adott választ öt évig őrzi meg és azt a Felügyeletnek kérésére bemutatja.

VI.2.4 A Biztosító a VI.1.2 pontban részletezett, a veszélyközösség védelme érdekében történő adatátvitel folytán más biztosítótól beszerzett adatokat a VI.1.2 pontban részletezett feltételekkel és időtartam elteltéig kezeli.

VI.2.5 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

VI.3.1 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.135.§-a és a Bit.159 §-a, az Sztv. 169.§-a, illetve a veszélyközösség védelme céljából a biztosítók közötti adatátadások tekintetében a Bit. 149 §-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.

VI.3.2 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.

VI.3.3 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.

VI.3.4 Az érintett természetes személy előzetes hozzájárulása esetén a Biztosító egyéb céllal is kezelhet személyes adatokat. Ezen adatkezelésekről a biztosító az adatoknak a cél szerinti felvételekor ad tájékoztatást.

VI.4. Az adatok megismerésére jogosultak köre

Tájékoztatjuk, hogy a személyes adatokat és a biztosítási titoknak minősülő információkat kizárólag társaságunknak a vonatkozó adatkezelési célhoz kapcsolódó 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.5.1-VI.5.5. pontok értelmében nem áll fenn.

Tájékoztatjuk továbbá arról, hogy biztosítótársaságunk részére, kiszervezés keretében a Europ Assistance Kft. (1134 Budapest, Dévai u. 26–28.), mint az Európai Utazási Biztosító Zrt. megbízottja végez kárrendezési tevékenységgel kapcsolatos segítségnyújtó szolgáltatást. Ezzel összefüggésben társaságunk törvényi felhatalmazás alapján a káreseménnyel kapcsolatos adatokat és információkat adhat át a Europ Assistance-nak. A Europ Assistance Kft. rendelkezik mindazon technikai, biztonsági és szervezési eszközökkel, amelyek az átadott adatokhoz való jogosulatlan hozzáférést, az adatok jogosulatlan

felhasználását, továbbá az azokkal való bármilyen visszaélést kizárják. Társaságunk a fenti adatfeldolgozón kívül más adatfeldolgozókat is igénybe vesz, melyek személyére vonatkozóan a biztosító a www.eub.hu internetes oldalon ad tájékoztatást.

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 képviselője a kiszolgáltatatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- a Bit alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
- a biztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.

VI.5.1 A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és ügyészséggel
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) az adóhatósággal abban az esetben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével,
- m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, és az ezen adatok egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá - a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján - a károkozóval,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- 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,
- q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal

s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adataira és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben,

t) a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel

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 p)-s) 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.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját és az adatkérés célját.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA törvény) alapján az adó- és egyéb közterhek- kel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B–43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítése alapján.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

VI.5.2 A biztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség és az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul írásban 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 lőszerral 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 lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

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.

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

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.

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.

VI.5.3 Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz, vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez 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.5.4 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 miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.
- d) 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.5.1. pont b) f) és j) pontjai, illetve a VI.5.2 pont a) és b) pontjai alapján végzett adattovábbításokról.

A biztosító a VI.5.1. - VI.5.4., továbbá a VI.1.2. pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

VI.5.5 Nem lehet biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, - az Infotv-ben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

VI.6. Az adatkezelésekkel kapcsolatos jogok és érvényesítésük

Az érintett kérelmére - a kérelem benyújtásától számított legrövidebb idő alatt, legfeljebb azonban 25 napon belül- a biztosító közérthető formában, 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 nevéről, címéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, adatvédelmi incidens esetén az adatvédelmi incidens körülményeiről, hatásairól és az elhárítására megtett intézkedésekről, 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. Egyéb esetekben költségtérítés állapítható meg. A már megfizetett költségtérítést vissza kell téríteni, ha az adatokat jogellenesen kezelték, vagy a tájékoztatás kérése helyesbítéshez vezetett.

Az érintett 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, vagy törlését. Társaságunk az érintett által kezdeményezett adathelyesbítéseket a nyilvántartásaiban átvezeti.

Az érintett 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 érintettet 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.

Az érintettek a személyes adataik kezelésével kapcsolatos tiltakozásaikat, kérelmeiket társaságunknál szóban (személyesen) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, avagy postai úton, telefaxon, vagy elektronikus levelezési címen) jelenthetik be, a II. vagy III. pontban feltüntetett elérhetőségi címeken, a biztosító belső adatvédelmi felelősének címezve. A kérelmeket, tiltakozásokat, panaszokat a Biztosító jogi osztálya bírálja el a belső adatvédelmi felelős bevonásával.

Amennyiben az érintettnek a személyes adataival kapcsolatos tiltakozását, panaszát, kérelmeit Társaságunknál nem sikerült megnyugtató módon rendeznie, vagy 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 személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó rendelkezések az irányadók. 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 a biztosítási szerződés megkötésekor online fizetésre alkalmas bankkártyával a biztosító online szerződéskötő rendszerén keresztül fizeti meg.

A biztosítási szerződés egyedi rendelkezése a fentiektől eltérhet.

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. Független biztosításközvetítő a többes ügynök is, aki egyidejűleg több biztosítóval fennálló jogviszonya alapján a biztosítók egymással versengő termékeit közvetíti. A független biztosításközvetítő közvetítői tevékenysége során esetlegesen okozott károkért a biztosító felelős.

Független biztosításközvetítő az alkusz, aki az ügyfél megbízásából jár el és a biztosítók 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 független biztosításközvetítő a biztosító ez irányú hozzájárulása esetén, az ügyfél megbízásából jogosult biztosítási díj átvételére. A független biztosításközvetítő a biztosító nevében nem jogosult biztosítási díj átvételére.

A függő biztosításközvetítő átvételi elismervény (nyugta) ellenében jogosult biztosítási díj átvételére, melynek mértékét a biztosító 250.000 Ft-ban korlátozza. Ezt meghaladó mértékű biztosítási díj átvételére a függő biztosításközvetítő nem jogosult.

A biztosító megbízásából eljáró ügynök és többes ügynök a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében nem jogosult közreműködni.

X. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) alaki követelményei és hatályosságának feltételei

X.1. A biztosítási szerződés alanyai szerződéses nyilatkozataikat az alábbiakban meghatározott módon és formában tehetik meg, azok csak ilyen alakban érvényesek:

- a biztosító címére megküldött és aláírt postai levél,
- a biztosító által megjelölt és közzétett faxszámra elküldött és aláírással ellátott faxküldemény,
- a biztosító által megjelölt és közzétett elektronikus levelezési címre megküldött szkennelt és aláírással ellátott okirat,
- a biztosító által megjelölt és közzétett elektronikus levelezési címre megküldött nyilatkozat, amennyiben a nyilatkozatot tevő ügyfél az elektronikus kommunikációhoz előzetesen hozzájárulását adta, és a nyilatkozatot a hozzájárulás során közölt elektronikus levelezési címről továbbítja a biztosító felé,
- a biztosító ügyfélszolgálatán személyesen vagy más által leadott, aláírt okirat,
- a biztosító által megjelölt és közzétett telefonszámon megtett nyilatkozat,
- a biztosító által működtetett internetes szerződéskötő és kárbejelentő rendszerben megtett és a biztosító által rögzített, archivált nyilatkozat formájában.

A nyilatkozattételi lehetőséget a biztosító egyes szerződések és nyilatkozattípusok esetében fentiekől eltérően határozhatja meg, melyre vonatkozó rendelkezéseket a szerződésre vonatkozó általános, vagy különös szerződési feltételek, vagy a felek között külön e tárgyban létrejött megállapodás tartalmazza.

A biztosítási esemény bejelentésére és határidejére vonatkozó rendelkezéseket a biztosítási szerződésre vonatkozó biztosítási feltételek tartalmazzák.

X.2. A jognyilatkozat csak akkor hatályos, ha az a biztosító valamelyik szervezeti egységének tudomására jut.

X.3. A Biztosító és a Europ Assistance a Biztosítottal illetve a Biztosított megbízásában eljáró személlyel történő kapcsolattartást magyar vagy angol nyelven vállalja. Vitás esetben a magyar nyelven tett nyilatkozatok az irányadóak.

X.4. **Postai úton tértivevénnyel történő közlés esetében kézbesítettnek kell tekinteni a biztosító által küldött jognyilatkozatot, ha annak átvételét a címzett megtagadta, vagy ha a küldemény a címzett – biztosító által nyilvántartott– címről „ismeretlen helyre költözött” vagy ”nem kereste” jelzéssel érkezik vissza.** Kézbesítettnek kell tekinteni továbbá a nyilatkozatot akkor is, ha annak átvételét a címzett vagy annak képviselője aláírásával elismerte.

XI. Egyéb rendelkezések

XI.1. **Nem válik a biztosítási szerződés tartalmává a Felek esetleges korábbi szerződéses/üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.**

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

XI.3. **A biztosító kizárólag azzal a feltétellel köt biztosítási szerződést, hogy a szerződő nem áll semmilyen**

- az ENSZ határozataiban rögzített szankció, korlátozás vagy tilalom alatt; vagy
- az EU vagy az USA által kihirdetett bármilyen kereskedelmi vagy gazdasági szankció, illetve törvényi, jogszabályi szankciós rendelkezés hatálya alatt, ideértve az EU pénzügyi szankciós rendeleteit és a U.S. Department of the Treasury, Office of Foreign Assets Control (OFAC) által kiadott egységes szankciós listát is.

A biztosítási szerződésben nem lehet érvényesen megjelölni olyan biztosítottat, kedvezményezettet, illetve szolgáltatásra/kifizetésre jogosult egyéb olyan személyt (a továbbiakban együttesen: kifizetésre jogosult), aki a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt állnak.

A biztosítási szerződés, illetve annak megfelelő része megszűnik, amennyiben a szerződő, illetve a kifizetésre jogosult a szerződés megkötését követően a fenti szankciók, korlátozások, vagy tilalmak hatálya alá kerül. Ilyen esetben a szerződés megszűnésének időpontja a szankció, a korlátozás, vagy a tilalom hatályba lépésének napja.

A biztosító nem teljesít szolgáltatást vagy egyéb kifizetést, amennyiben a kifizetésre jogosultak a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt állnak.

XII. Irányadó jog

A biztosítási szerződésre, az azt megelőző együttműködési és tájékoztatási kötelezettségre, valamint a biztosítási szerződéssel kapcsolatos valamennyi követelésre - amennyiben a felek másként nem állapodnak meg, vagy jogszabály eltérően nem rendelkezik, a magyar jog szabályai az irányadók.

XIII. Jelen Ügyféltájékoztatónak a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseitől lényegesen eltérő rendelkezései

- A Ptk. 6:63. §.-ában foglaltaktól eltérően nem válik a biztosítási szerződés tartalmává a Felek esetleges korábbi szerződéses/üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.
- Postai úton tértivevénnyel történő közlés esetében kézbesítettnek kell tekinteni a biztosító által küldött jognyilatkozatot, ha annak átvételét a címzett megtagadta, vagy ha a küldemény a címzett – biztosító által nyilvántartott– címéről „ismeretlen helyre költözött” vagy ”nem kereste” jelzéssel érkezik vissza.

A sikeres együttműködés reményében:
Lengyel Márk, Csoknyainé Balázs Zsuzsanna

Hatályos: 2017. május 15-től