

General information / Általános tájékoztatás:

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

Table of contents / Tartalomjegyzék

pg 1 / 1. oldal STUDIUM Travel insurance card Terms and conditions_EN

pg 23 / 23. oldal Client information and general provisions relating to the insurance contract_EN

pg 35 / 35. oldal STUDIUM Utasbiztosítási Kártya Biztosítási feltételek_HU

pg 56 / 56. oldal Ügyéltájékoztató_HU

STUDIUM TRAVEL INSURANCE CARD - General and Specific Terms and Conditions EUB2024-08SD

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

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

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

This contract is considered as a consumer contract.

I. General conditions

1 Definitions

(1) Auto and motor sports: means

- (a) using any power-driven vehicles (e.g. motorcycle or motor vehicle) outside public roads or on the race track,
- (b) participation in any car or motorcycle race, or preparation or training for the same,
- (c) use of any vehicle unauthorized for use in public road traffic,
- (d) use of cross of trial motorcycle,
- (e) participation in any car or motorcycle adventure trip or rally (car adventure tour also means any publicly announced car or motorcycle tour aimed at reaching the geographical point(s) defined by the organisers.)

(2) Accident: means any sudden, one-time physical and/or chemical impact which affects the Insured Person independent of his will during the period of coverage and causes such anatomical damage, as certified by a medical practitioner, which justifies acute targeted therapeutic intervention.

The following are not considered an accident:

- (a) meningitis and/or cephalitis caused by polio or tick bite,
- (e) rabies,
- (c) tetanus,
- (d) any infection spread by humans, animals or any other living things, even if caused by any accident-like physical cause,
- (e) frostbite, hypothermia, exhaustion, sunstroke, elevation or heat stroke,
- (f) any occupational disease (trauma);
- (g) so-called sprain accidents which do not cause fresh injury, as proven by anatomical formation, and do not necessitate acute open surgical intervention,
- (h) herniated disc and other hernial diseases,
- (l) where anatomical deformation in a causal relationship with a recent accident cannot be determined from the available medical records.

(3) Insured Incident means the scope of events occurring during the period of coverage in a causal relationship with any reason which is subsequent to the start of coverage, upon the occurrence of which the Insurer agrees to provide the serviced defined in the given chapter of these Terms and Conditions provided that none of the other circumstances limiting the coverage obligation of the Insurer, as specified in the

insurance terms and conditions, prevail (e.g. exclusions, exemptions) and the incident(s) occur within the territorial scope of the insurance contract.

(4) Insurance period: means the period specified in the insurance policy, which is identical with the term of the insurance.

(5) Sum insured: Means the maximum amount defined for the given type of service in the Summary of Cover and II Specific Terms and Conditions, which the Insurer undertakes to pay upon the occurrence of the Insured Incident. The Insurer provides its service as indemnity coverage service (by paying the damage of the Insured Person in the manner and amount defined in the contract or providing any other service to the Insured Person) or as a fixed-sum coverage service (by paying the amount determined in the contract).

(6) Insurance contract: means the policy, the insurance terms and conditions and the client information defined therein jointly.

(7) Damage to property: Means if an item is damaged, destroyed or rendered useless.

(8) EUB-Assistance: the Insurance Company's assistance partner engaged in the performance of contractual obligations arising out of this insurance policy is Europ Assistance Magyarország Kft. (1132 Budapest, Váci út 36-38), which operates a 24-hour assistance direct line (Tel.: +361 465 3666).

(9) Natural disaster: the following are considered as natural disaster for the purposes of these Terms and Conditions: lightning, storm, hail, rocks, rockfall, landslide, rainstorm, flood and earthquake the occurrence of which at the given location is documented by the competent authority.

(10) Europe: means the parts of the following countries being part of the geographical Europe: Albania, Andorra, Austria, Belgium, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Czech Republic, Denmark, United Kingdom, Estonia, Finland, France, Greece, Netherlands, Croatia, Ireland, Iceland, Kosovo, Poland, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Macedonia, Malta, Moldova, Monaco, Montenegro, Germany, Norway, Italy, Portugal, Romania, San Marino, Spain (including the Canary Islands), Switzerland, Sweden, Serbia, Slovakia, Slovenia, Vatican City; and the total area of the following countries: **Cyprus, Egypt, Morocco, Turkey, Tunisia and Israel.**

(11) Extreme Sport: means auto and motor sports, diving with or without breathing, mountaineering, hill-climbing, climbing of artificial walls, any kind of expedition activity, potholing, hunting, wild water kayaking and rafting, snowshoeing, marine kayak, hydrospeed, speedboat towed "banana", "air-chair" and tube, jet ski, water-ski, wakeboard, kitesurf, surf, windsurf, sailing, mountain-bike, down-hill biking, mountain roller, mountain board, use of trial or BMX bike, out-of-track skiing or snowboarding, quad (three- or four-wheeled motorbike), bungee jumping, canyoning, use of all kinds of parachutes and gliders, base-jumping, parasailing, use of snow-mobile, combat sports, travel by aircraft without engine (either as staff or passenger), travel by aircraft with engine (either as staff or passenger) except for travelling as passenger on scheduled flights operated with official licence for air transportation and travelling on scheduled charter flights, horse-riding, as well as the exercise of any other sporting activities which carry significant accident risk.

(12) Manual work: means work which requires significant physical effort or carries an accident risk substantially exceeding the risk of non-manual work in an office, e.g. owing to the location or circumstances of the work. Driving a passenger vehicle is not considered as manual work.

(13) Hill-climbing: means hiking in the mountains if the Insured Person leaves the designated tourist path or the path is leading through a glacier, or the use of special equipment is justified by the road conditions (e.g. safety rope, crampons, ice axe, etc.). Hill-climbing also includes "Klettersteig" ("via Ferrata") type and other hiking on routes made passable by means of artificial aids as well as hiking above 3,500 meters above sea level. If **the above conditions apply to any section of a particular route** (e.g. a section of the route is of "Klettersteig" / "Via Ferrata" type or leads through a glacier), then **staying in all other sections of the route is also considered as hill-climbing.**

(14) Expedition activity is any trip that exceeds the average travel risk based on the location or the nature of the activity, but especially any trip outside a 100-kilometer radius of any inhabited settlement or – at the time of the trip – road that is passable by passenger vehicle, except in the case of shipping with a shipping company.

(15) Certified medical documentation: means medical opinion issued by a medical practitioner (if necessary, specialist) licensed at the location of the occurrence of the insurance incident.

(16) Competitive athlete: who participates in a competition (e.g. championship, match) in a specific sport during the period of risk bearing, or within two years prior to its start, or who is a registered member of a sports organization in the specific sport as a certified athlete. A competitive sporting activity is a sporting activity performed by a competing athlete.

(17) Hobby sportsman: means a person who is engaged in sporting activities other than as a professional sportsman or an amateur sportsman and does not enter competitive sports activities at all.

(18) Exclusion: The Insurer excludes from the coverage events defined in the general and specific terms and conditions which are not considered as Insured Incidents under these insurance terms and conditions, i.e. they are not covered by this insurance.

(19) Hospital: means an institution providing licensed inpatient care which is recognised by the competent authority and professional supervision of the country in which the attendance is provided, and which is under permanent medical control and supervision. The following are not considered as a hospital for the purposes of this insurance even if they are engaged in hospital inpatient care: wards providing this type of service described above of nursing homes, rehabilitation centres, spas, health resorts, alcohol and drug rehab institutions or hospital provided that the Insured Person received service corresponding to the type of the ward.

(20) Hospital inpatient treatment is given to the person who spends the night in the hospital. Hospital inpatient treatment begins on the first day of hospitalization and ends on the last day thereof.

(21) Policy: means the written certificate of coverage made available by the Insurer to the Contracting Party, which includes the essential contents of the contract, including, but not limited to, the policyholders, the duration and territorial scope of the insurance, the insurance premium and data concerning the applied insurance terms and conditions.

(22) Immediate relatives: For the purposes of these Terms and Conditions, immediate relatives are the spouses, civil partner, next of kin, adoptive, step and foster children, adoptive, step and foster parents, and siblings.

(23) Traffic accident: Accident suffered by the Insured Person in connection with the progress or stopping of a moving vehicle documented by minutes taken by the police department competent at the place of occurrence if the Insured Person suffered the accident as a pedestrian or driver or passenger of the vehicle. The Insurer applies a different definition in relation to E) Baggage insurance, to which the provisions of Chapter E) apply.

The following are not considered as a traffic accident:

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

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

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

(25) Abroad: means the territory of **Europe (10)** outside **Hungary and the country of residence, except if the Insured Person is a citizen of the given country. For the purposes of the insurance contract, the territory of foreign representations is not considered as the territory of the represented state, but as the territory of the country on whose territory it is geographically located.**

(26) Travel abroad: means travel which starts from the territory of Hungary, whose destination is clearly the territory of a foreign country, and which is completed by return travel to home from the given foreign country to Hungary.

(27) Country of residence: means the country of permanent residence of the Insured Person.

(28) Online contracting system: means any electronic contracting applications used or approved by the Insurer which are suitable for concluding travel insurance by electronic means.

(29) Medical practitioner: means a person holding human medical diploma certifying expertise required for the nature of the particular treatment who qualifies as medical practitioner according to the official requirements of the location where the service is provided, who is holding the official licences, issued by the authority and/or professional supervision competent for the location where the service is provided, required to provide the particular type of healthcare service and is listed in the national register of medical practitioners at the location where the service is provided. For the purposes of the insurance Terms and Conditions, a relative of or any person living in the same household with the Insured Person or any person in connection with whose state of health the Insured Incident occurred is not considered a medical practitioner even if he meets the above criteria.

(30) Medical attendance: means healthcare attendance provided by a medical practitioner.

(31) Medical opinion: means a written medical documentation which includes the diagnosis, the date and detailed descriptions of the medical treatment, the findings of the tests made (for imaging tests, their description) as well as a clear indication of the institutions and medical practitioners providing the medical service.

(32) Successive damages: Successive damages are considered as a single Insured Incident. For the purposes of this contract, successive damages mean, where more than one liability for damages arises from one conduct of the Insured Person which causes the damages provided there is a causal relationship between the reason (conduct of the Insured Person) and the effects.

(33) Emergency (medical) care: means the medical care confirmed by a certified medical opinion, which is used by the person concerned for one of the following reasons:

- (a) if the lack of immediate medical care is expected to jeopardise a person's life or physical safety, or cause irreparable damage to the health or physical well-being of a person,
- (b) if a person needs immediate medical attention based on the symptoms of the person's disease (examination, bleeding, acute infectious disease, high fever, vomiting, etc.),
- (c) if a person needs immediate medical attention owing to a serious health impairment, which occurred during the term of the insurance,
- (d) if a person needs immediate medical attention as a result of an accident.

(34) Summary of Cover: means section 9(7) of I General Terms and Conditions, which contains, for each product, the maximum amount of the sum insured in respect of each service.

(35) Type of service: means one of the various group of services marked with the characters A), B), C), D), E) and F) in the Summary of cover and the Specific terms and conditions.

(36) Terrorist activity: means any violent act, act threatening with violence or act dangerous to human life or tangible or intangible property or the infrastructure, which takes a stand in favour any political, religious, ideological or ethnic goal or is directed at or is capable of influencing any government or filling the society or any part thereof with fear.

2. Subjects of Insurance Contracts (Insurer, the Policyholder, Insured Person and Beneficiary)

(1) Insurer means Európai Utazási Biztosító Zrt., who bears the insurance risk against the payment of insurance premium and undertakes to provide the services defined in the Summary of cover and the Specific Terms and Conditions provided that the legal basis prevails.

(2) **Policyholder** means the party who enters into the insurance contract and pays the insurance premium. **If the Policyholder and the Insured Person are different persons, the Policyholder must inform the Insured Person of the contract, the declarations addressed to it and any changes concerning the contract until the occurrence of the Insured Incident.**

(3) **Insured Person** means the natural person in respect of whom the contract is concluded for incidents in connection with the life, health status, activities during foreign travel, baggage or vehicle of such person provided that the person is a Hungarian or a foreign citizen, and such person **has valid Studium Service financing health insurance provided by Generali Biztosító Zrt.**

Exclusively in respect of the "E) Baggage Insurance, the Policyholder of the insurance contract is also considered as Insured Person in case the Policyholder is a non-natural person and the baggage in the possession of the Insured Person is, either in part or in whole, the property of the Policyholder.

Exclusively in respect of II. "D) Accident insurance", the Policyholder may designate the Beneficiary by a written statement addressed and sent to the Insurer. If the Insured Person is other than the Policyholder, the above are subject to the written consent of the Insured Person. The Beneficiary of Accident insurance services due in the life of the Insured Person is the Insured Person unless another Beneficiary is designated in the contract. In case of the death of the Insured Person, the Beneficiary of the Accident insurance services is an heir of the Insured Person unless another Beneficiary is designated or the designation of the Beneficiary has ceased to have effect or is invalid.

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

(a) The insurance benefit will be paid to the Insured, or if the Insured dies, to his/her heir.

If more than one Insured person is named on a confirmation of coverage, the benefit may only be claimed by the insured who is directly impacted by the insured event, in accordance with the respective legal relationship under this insurance (e.g.: the person who falls ill or is injured in an accident, or the person whose baggage was damaged or lost, etc.)

(b) 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. If an insurance policy is concluded without the consent of the insured, the section where the beneficiary is designated shall be null and void. 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. The insured may withdraw the consent given to conclude the insurance policy in a written notice any time. If the insured

died as a consequence of wilful conduct of the beneficiary, the insurance benefit shall be paid to the heirs of the insured, and the beneficiary shall not be provided any part of that.

3. Formation of Insurance Contracts (Conclusion of Insurance Contracts)

(1) The Insurer considers valid only offers submitted to it via the online contracting system.

(2) An insurance contract is concluded by the Insurer's acceptance of the Policyholder's offer and is certified by the insurance policy. The conclusion of the insurance **contract is subject to that the Insured Person is staying inside the territory of Hungary at the time the contract is concluded.**

(3) The applicant (prospective policyholder) shall be bound by its application for a period of fifteen days from the date of its submission, or sixty days if medical underwriting is required for the assessment of the application. (Section 6:443 of the Civil Code [Contracting])

(4) The Insurance company's implicit conduct in a consumer contract (Section 6:444)

a) If the policyholder is a consumer, the insurance policy shall be concluded even if the insurance company does not respond to the application within fifteen days of the time of receipt thereof, or sixty days if medical underwriting is required for the assessment of the application, provided always that the application was made on the insurance company's own standard application form for the type of policy in question, upon receipt of the relevant statutory information, containing also the applicable premium rates.

b) In the case provided for in Subsection a) the insurance policy will be concluded on the day following the end of the underwriting period, with retroactive effect to the date when the insurance company was delivered the insurance application.

(c) If an insured event occurs during the underwriting period, the insurance company may reject the application only if the application form contains an express warning to that effect and it is obvious from the nature of the insurance cover applied for or from other circumstances of the coverage that an individual risk assessment (underwriting) is necessary in order to accept the offer.

d) If a policy which is concluded without the express statement of the insurance company derogates in material conditions from the general conditions, the insurance company will have fifteen days of the conclusion of the insurance policy to propose that the policy be modified according to the general conditions. If the policyholder refuses the proposed modification or fails to respond to it within fifteen days, the insurance company may terminate the policy giving thirty days written notice within fifteen days upon receipt of the notification of the refusal or modification.

(5) Pursuant to Section 6:452 of the Civil Code, the Policyholder is required to disclose any and all material circumstances relevant for undertaking the insurance which the applicant was or should have been aware of at the time when the insurance policy is taken out. The policyholder has complied with their disclosure obligation if they answer all the written questions asked by the insurance company provided that such answers are true and accurate. Leaving any question unanswered shall not, in itself, constitute a breach of the disclosure obligation.

The policyholder is required to notify the insurance company of changes in such material conditions in writing.

If the obligation to disclose data and notify changes is infringed, the obligations of insurance company shall not set in, save for the case when it is proved that the concealed or undisclosed circumstance was known to the insurance company at the time when the insurance was taken out, or such circumstance did not contribute to the occurrence of the insured event. If the policy covers multiple property items or persons and the obligation to disclose information and notify changes has been breached by only some of them, the insurance company shall not rely on the breach of the obligation to disclose information and notify changes with respect to the other property items or persons. The policyholder and the insured are equally bound by the duty to disclose information and notify changes; neither of them shall be entitled to refer to any circumstance that either one had neglected to disclose or report to the insurance company although it must have known about it and should have disclosed or reported it.

(6) The insurance premium is payable at the conclusion of the contract.

4. Coverage

The coverage provided by the Insurer during the insurance period starts at the time of the commencement of the given travel abroad provided that the total amount of the insurance premium has been previously paid to the cash-desk or credited to the account of the Insurer (or its agent or representative) in a provable manner, and ends on the 15th day of travel abroad.

5. Cases of the termination of the contract and the coverage

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

- (a) upon the expiry specified in the insurance contract,
- (b) upon the death of the Insured Person,
- (c) when the insured reaches the age of 70,
- (d) if during the insurance period two claim is submitted to the Insurance Company and the Insurance Company settles both claims, then the contract and the coverage terminates with the settlement of the second insurance claim.

6. Geographical Scope of the Insurance

(1) The scope of the insurance contract covers **abroad and, inside the same, Europe**. If the Insured is a citizen of any non-European country, and is traveling to his/her home country from the territory of Hungary by way of air travel, the geographical limit of the insurance cover shall for the duration of such air travel apply within areas outside Europe until entering the territory of the Insured's home country. The duration of the cover outside Europe shall be maximum one day uninterruptedly for each journey with respect to the trip there and back.

(2) Solely in respect of a **traffic accident occurring during the trip abroad of the Insured Person**, the cover of the Insurer also extends to incidents occurring in the territory of the country of residence in regard to the following services:

- in Section II. D) Accident insurance: Accidental death, accidental disability,
- in Section II. E) Baggage Insurance: services undertaken in connection with traffic accidents.

(3) **The geographical area covered under the insurance policy does not include:**

- **Belarus, Russia, Ukraine, and**

- **countries or regions which, on the date of the insured event, are classified by the Ministry of Foreign Affairs of Hungary as Class I. Areas not recommended for travel (see <https://konzinfo.mfa.gov.hu/utazasra-nem-javasolt-tersegek>) and which are not recommended to enter. If an Insured person who is covered by a validly concluded insurance policy at the time when the classification is published, is already in the territory at the time of such publication, the insurance coverage of the Insured will continue for another 14 days from the date of publication, unless the classification is cancelled in the meantime,**

The Insurance Company may derogate from the above limitations pursuant to a communication published on its website (www.eub.hu).

7. Damage Prevention and Mitigation Obligations of the Insured Person

(1) When carrying out and activities, the Insured Person must act in the generally expectable manner.

(2) In case of an accident or occurrence of symptoms of illness, he must seek medical assistance within 1 day at the latest and continue the medical treatment until the end of the healing process. The Insured Person must act in cooperation with the Insurer throughout the medical treatment, taking into account the medical indications.

In critical cases, assistance must be requested from the local emergency coordinating centre by calling the medical emergency number commonly used in the place of occurrence.

(3) The Insured Person must take the medical preventive measures required by the National Public Health and Medical Officer Service for the territory of the travel and, in doing so, take the required vaccinations and preventive medications in proper time and dosage and in a provable manner. At the request of the Insurer, the Insured Person must submit as evidence, e.g. the photocopy of the vaccination book, certificate of buying the medication or other document.

(4) The Insurer does not refund the costs of activities aimed at preventing damage.

(5) All fully justified and reasonably incurred costs arising from the mitigation of loss shall be borne by the insurance company up to the sum insured, even if the mitigation was unsuccessful. The policyholder and the insured are required to take all measures necessary to mitigate loss or damage according to the insurance company's requirements and the instructions given consequent upon the occurrence; and in the absence thereof, according to the requirement of conduct generally acceptable in the given situation. The rules of exclusions may also be applied to the mitigation of loss.

8. Insurance premium

8.1. Calculation of the Insurance Premium

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

8.2. Payment of the Insurance Premium

- (1) The insurance contract is made with one-time premium payment. The premium must be paid at the conclusion of the contract.
- (2) The Policyholder fulfils his obligation to pay the insurance premium when the insurance premium is paid to the cash-desk or credited to the account of the Insurer or its representative (agent).

9. Service provided by the Insurer

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

(2) The Insurer provides services in respect of an Insured Person and one given travel abroad only in respect of one Insured Incident at most based on each Type of service. The amount of the insurance service extends up to the maximum service ceilings defined in the Summary of cover (see paragraph (7)) and II Specific terms and conditions.

(3) The Insurer provides service for maximum two Insured Incidents during one insurance period. If claims for service related to several incidents are submitted to the Insurer with regard to an insurance period, the Insurer will provide service in the order of the receipt of claims for service and for the two incidents reported first.

(4) The Insured Person may use services without an upper limit only once within the insurance period or the entire duration of the given travel abroad. If more than one insurance contract is concluded with the Insurer for the duration of one foreign trip, the above limitation applies jointly to all contracts and the entire duration of the foreign trip, regardless of the number of insurance contracts and Insured Incidents, provided that this limitation of a condition of the contracts involved as well.

(5) The Specific Terms and conditions of this insurance contract provide for additional service ceilings as well!

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

(7) Summary of Cover

Service limits (HUF unless otherwise specified) - Name of insurance product:	STUDIUM TRAVEL INSURANCE CARD
A) Healthcare assistance and insurance (indemnity coverage)	
Reimbursement of medical and rescue expenses – total:	8.500.000
Including:	
- helicopter rescue	1.500.000
- mountain rescue	750.000
- transportation using ambulance	750.000
- emergency dental care, total	€ 200
Arranging repatriation, refund of extra expenses incurred (transportation by air ambulance if medically justified)	without limit
Healthcare assistance services:	24-hour assistance in Hungarian
Arranging repatriation of the dead body, refund of expenses incurred	2.000.000
B) Additional travel assistance (indemnity coverage)	
Change of the time of return travel to home due to illness or accident	
- accommodation costs for Insured Person, total (max. 7 nights)	€ 200
- accommodation costs for relative, total (max. 7 nights)	€ 200
- reimbursement of the extra travel costs of relative incurred owing to his return travel to home at the same time as the Insured Person:	150,000
Accommodation costs of travel mate during the hospitalization of the Insured Person, total (max. 7 nights)	€ 200
Visiting the sick: - transportation costs	300,000
- accommodation costs (max. 7 nights)	€ 200
Repatriation of child to home (including reasonable accommodation of max. € 100/person/night)	300,000
Early return travel to home	150,000
Mediation of financial assistance	250,000
Information in case of loss of travel documents	service

C) Standard Vehicle Assistance Services (indemnity coverage)	
Information on tow truck service	service
Assistance to returning the vehicle home in case of the illness or accident of the Insured Person (dispatching a driver)	100,000
D) Accident insurance (fixed-sum coverage)	
Insurance for death arising from an accident	500,000
Insurance for irreversible health damage arising from an accident (100%)	500,000
Insurance for death caused by traffic accident (in addition to accidental death service)	1,000,000
E) Baggage Insurance (indemnity coverage)	
Total payment for baggage or travel documents:	100,000
Including:	
- single item limit:	25,000
- single baggage limit	50,000
- payment for replacing travel documents	10,000
F) Delayed Baggage (abroad) (indemnity coverage)	
- lump sum payable in case the baggage is delayed over 24 hours	25,000

(8) The ceiling of any and all contractual obligations of the Insurer in relation to an Insured Incident under any legal title is maximum 300 million Forints in total, regardless of the number of contracts and persons affected by the given incident and the service amounts specified in the individual contracts for each Insured Person or incident.

(9) Language of Communication

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

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

(11) Benefits with limit amounts specified in EUR shall be paid by bank transfer in EUR. 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.

10. Terms and Conditions of the Insurer's Service

10.1. Obligation to Notify an Insured Event

(1) The Insurance Company shall not be liable to pay indemnity, if the Policyholder and/or the Insured fails to notify the insured event to EUB-Assistance or to the Insurance Company within the deadline stated in the insurance policy, 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.

(2) Insurance claims related to the benefits or covered services under A) Emergency Medical Assistance and Insurance, and B) Additional Travel Assistance shall be notified to the direct line of EUB-Assistance, which is available around the clock at +36 1 465 3666, or via the following online notification platforms as soon as possible but within 24 hours at the latest (unless there are objectives obstacles to the notification).

ILLNESS OR ACCIDENT claims:

<https://eoperation.europ-assistance.hu/travel-5>



INTERNET TELEPHONING –any claims:

https://eoperation.europ-assistance.hu/webtrc/M_EUB_HU



The obligation to notify a claim is deemed to have been fulfilled if:

a) the notifier initiated a telephone call and as a result:

- he/she could establish a live telephone connection with EUB- Assistance and provided the necessary information for further communication and the arrangement of the service, or
- during the telephone call, the notifier chose to make the notification online from the telephone menu system and, upon receipt of a link to the online notification platform via SMS, provided all the necessary data for further communication and the arrangement of the service, and the e-mail confirmation of the notification by EUB-Assistance is available to the notifier, or

b) the notifier provides the necessary data for contacting and arranging the service on the online notification platform available on the link corresponding to the type of claim notified (in the case of illness or accident: <https://eoperation.europ-assistance.hu/travel-5>, in the case of Auto Extra only: <https://eoperation.europ-assistance.hu/travel-394>) and the e-mail confirmation of this notification by EUB- Assistance is received by the notifier.

If there are obstacles to the notification, the claim shall be notified promptly after these have been averted so that all material circumstances related to the loss or damage may be revealed.

Within the course of notifying the claim, the Insured is required to:

- promptly disclose all facts and data related to the insured event to EUB-Assistance;
- to prevent or mitigate the loss or damage, as much as possible, and to follow the instructions of EUB-Assistance in doing so.

If the approval or permission of EUB-Assistance or that of the Insurance Company has not been obtained to receiving a service related to or arising out of an insured event, through the fault or omission of the Insured, the Insurance Company shall not be liable to reimburse any additional or excess costs or expenses arising out of it.

(3) With the exception of claims related to insurance benefits/covered services specified in Clause (2), all insured events shall be notified to the Customer Service office of the Insurance Company (H-1132 Budapest, Váci út 36-38., E-mail: karrendezes@eub.hu, tel.: (1) 452-35-80, fax: (1) 452-33-12) within 30 days after the occurrence, accompanied by the documents prescribed in the policy conditions as a requirement for the payment of the benefit (documents may be downloaded and the **online claim form may be completed at www.eub.hu**).

(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.

10.2. Documents Required to Provide The Service

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

When submitting a service claim, the documents listed below and, depending on the type of service, the documents specified for each service in section II Specific Terms and Conditions must be presented without delay, if this is necessary and available to establish the legal basis or amount of the reported claim, or if it can be obtained in relation to the given damage and its procurement is generally expected from the Contracting Party, the Insured or other persons entitled to payment:

- (1) the insurance policy, and any insurance policy or other supporting document concerning any insurance contract concluded with any other insurer for the same insurance interest which is effective on the date of the Insured Incident,
- (2) service claim form made available by the Insurer and fully and truthfully filled out and signed by the Insured Person and/or the Beneficiary or his proxy,
- (3) in case of organised tours, the minutes taken by the representative of the travel agency on the occurrence of the Insured Incident and the circumstances thereof respectively, in case of trips or professional expertise organised by educational institutions, certificate issued by the representative of the organising educational institution on that the trip/expertise was organised by the institution and the minutes on the circumstances of the Insured Incident,
- (4) all travel documents related to the foreign trip (tickets for the entire trip (air, bus, train and boat tickets), boarding passes, fuel bills, highway stickers and bills on the gate /tunnel use and certificates supporting their payment), passport and photocopy of visa, confirmation of booking of accommodation and, in case of repatriation, description of the route,
- (5) photocopy of driver's licence and registration certificate and, in case of organised tour, the photocopy of the travel contract,
- (6) accident report,
- (7) in the event of a traffic accident or incident related to traffic accident, the detailed on-site protocol issued by the competent authority and the decision closing the investigation,
- (8) police or medical report determining the blood alcohol level,
- (9) if a person other than the entitled person is acting in respect of the service claim, the original power of attorney to that end,

10.3. Due Date of the Insurer's Service

(1) The insurance company must – within 15 days from receipt of the documents indispensable for the settlement of the claim, but even in the absence of such documents, no later than one month from the date of the notification of the claim – provide the person entitled to the insurance benefit:

- (a) with a duly reasoned recommendation for the payment of the loss in cases where the insurance company could confirm that the claim is grounded and could also determine the amount of the loss payment for each claimed benefit (including information about interests), or**
- b) with a reasoned response to each claim included in the notification in cases where the insurance company refuses the insurance claim, or where the assessment of the claim is unclear or where the amount of the loss payable has not been fully determined.**

(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.

11. Release of the Insurer from Providing the Service

11.1 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.**

11.2. The Insurance Company shall determine whether or not gross negligence has been committed after an evaluation of all the circumstances of the specific case. On the basis of the above, the Insurance Company may take the following circumstances into account when assessing the occurrence of gross negligence:

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

(2) 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 medication provided that it is administered as prescribed by the treating physician. Solely where the official report of the event or the medical documentation states the results of the blood alcohol test administered no later than within one hour after the insured event as well as the fact of the alcohol intoxication, the intoxication level, for the purposes of these policy conditions, shall be 0.5‰ of blood alcohol content (BAC).

(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.

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

12. Exclusions

12.1 The insurance does not cover events caused in whole or in part by: pandemic measures, 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, labour acts, terrorist acts (except in respect of the benefit specified in Clause A) 2.6 of Part V), work misbehaviour, border conflicts, insurrection, the Insured's suicide or attempted suicide, withdrawal of medicine, alcohol or drugs.

12.2. 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,

(2) physical work,

(3) use of any weapon,

(4) practicing hazardous sports,

12.3. 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.

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

13. Limitation period

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

(2) The limitation period starts at the occurrence of the Insured Incident.

15. Rules departing from the Civil Code and the previous General terms and conditions

Pursuant to Clause 13 (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 5 years provision set out in Section 6:22 (1) in the Civil Code.

II. Specific Terms and Conditions

A) Healthcare assistance and insurance

1. Insured Incident

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

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

2. Services of the Medical Assistance and Insurance

2.1. Reimbursement of medical expenses 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,

(2) 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.

(3) 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.

(4) 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).

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

2.2. Arranging repatriation, refund of extra expenses incurred

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

(a) if the Insured Person receives continuous emergency treatment abroad, but, based on his condition, he can be transported to the territory of Hungary from the medical point of view (on the basis of the written opinion of the medical practitioner) and the Insurer decides to repatriate the sick or injured Insured Person instead of continuing his emergency medical treatment abroad,

(b) if the Insured Person, although his emergency treatment has been completed, is unable to use the originally planned means of travel home owing to the Insured Incident on the basis of the opinion of the attending medical practitioner and his repatriation or return travel to the territory of Hungary is medically allowed on the basis of his condition. The Insurer is not obliged to provide the service before the last day for the duration of the cover.

(2) The time and manner of repatriation or return travel to home is determined by the Insurer following prior arrangement with the attending medical practitioner or healthcare institution.

(3) In the territory of Hungary, the repatriation is either to the institute providing the continued healthcare service or the home of the Insured Person. If the Insured Person has any special claim towards the institution providing the continued medical treatment (for example, because he does not want to be taken to the hospital selected on the basis of existing legislation and customary medical practice), then he must give notice thereof EUB-Assistance at least one day prior to the start of transportation and submit to EUB-Assistance the statement issued by the given institution on hosting the Insured Person.

(4) If medical or nursing escort is not justified, but the Insured Person is under 14 years of age, the Insurer provides an adult escort for the transportation home as above, if necessary.

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

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

2.3. Healthcare assistance services

(1) Following prior telephone notification, the Insurer uses every effort at the request of the Insured Person to send a medical practitioner to the place where the Insured Person is staying or to guide the Insured Person to a medical practitioner at the address provided by him as soon as possible, organise the continued emergency medical treatment of the Insured Person and, where the service provider allows, pay the costs incurred directly to the service provider.

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

(2) The Insurer will continuously communicate with the attending medical practitioner or medical institution throughout the duration of the emergency treatment.

(3) The Insurer undertakes to inform one person designated by the Insured Person of the condition of the Insured Person once a day during the term of the medical treatment.

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

The Insurance Company shall cover the following costs incurred abroad as a result of an insured event **up to an aggregate limit of HUF 60 000**:

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

(2) communication costs (e.g. telephone, fax, internet) incurred due to an insured event, up to HUF 30 000.

(3) translation costs of documents, evidenced by invoices.

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

(1) In case of the death of the Insured Person abroad in connection with the Insured Incident, the Insurer will arrange for the repatriation of the dead body to the territory of Hungary or the country of residence, and pay the costs thereof.

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

2.6. 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. The insurance does not pay out of the Insured is staying in a given territory despite the express prohibition communicated by local authorities. **The insurance company shall not be liable for loss or damage arising out of any act of terrorism using biological or chemical agents.**

3. Documents required to provide the "A) Medical assistance and insurance" service (in addition to the documents listed in section 12.2 of I General Terms and Conditions), if this is necessary and available to establish the legal basis or amount of the reported claim, or if it can be obtained in relation to the given damage and its procurement is generally expected from the Contracting Party, the Insured or other persons entitled to payment:

(a) all medical reports concerning the Insured Incident which was made from the occurrence thereof to the notification of the service claim,

(b) at request of the Insurer, history data on the health status of the Insured Person,

(c) original invoices of the costs incurred (e.g. foreign medical care, medication, telephone, accommodation, etc.), made out in his name,

(d) at the request of the Insurer, medical reports prepared in relation to the damage event in the country of residence after returning home,

(e) rescue report,

(f) certificate of sick leave and certificate of the hospital providing treatment in the country of residence on inpatient care (final report),

- (g) in case of arranging transportation of a deceased person home – 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.

4. Exclusions for the A) Medical Assistance and Insurance, B) Extended Travel Assistance and C) Standard Vehicle Assistance services (in addition to the exclusions listed in section 12 of I General Terms and 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) are caused, in whole or in part, by a medical condition (e.g. illness, complaint, symptom) for which the Insured was receiving medical treatment or would have required medical treatment within one year prior to the commencement of the insurance coverage, irrespective of the date of diagnosis of the illness.

(b) and which are in connection with any permanent health impairment of the Insured that had been diagnosed prior to the commencement of the coverage period.

(2) The insurance does not cover, furthermore: psychiatric and psychological disorders (including anxiety, depression and other mood disorders), check-ups, follow-up treatment, nursing care, physiotherapy, acupuncture, treatment by a naturopath, physical therapy, immunization or vaccination, routine or screening tests, treatment by a close relative, sexually transmitted diseases, acquired immune deficiency diseases (e.g. AIDS) and related diseases, costs of contact lenses, corrective glasses, prenatal care, routine pregnancy examinations, infant care, child care, definitive dental care, orthopaedic treatment of the jaw (except in case of an accident), orthodontic treatment, periodontal treatment, dental calculus removal, dental prosthesis, dental crowns (except for temporary repair of a broken crown), preparation and repair of dentures and bridges (except for temporary repair of a broken bridge), expenses incurred after the date of return to the country of residence, except for the covered services in the "Sport-Extra - continuation of health care in the country of residence" cover.

B) Extended 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 undertakes to reimburse the costs set out in Clauses 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 of Part V occurs.

(3) If the approval or permission of EUB-Assistance or that of the Insurance Company has not been obtained to receiving a service related to or arising out of an insured event, through the fault or omission of the Insured, the Insurance Company shall not be liable to reimburse any additional or excess costs or expenses arising out of it.

2. Rescheduling the trip home due to illness or accident

The insurance reimburses the accommodation costs of the Insured and his/her close relatives or a travel companion staying with him/her abroad as well as the associated additional travel expenses if they travel 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 costs of the close relatives or a travel companion staying abroad with the Insured during the emergency hospital treatment of the Insured.

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 (from and to the country of residence to and from the Insured's place of stay), 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 additional travel expenses 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 additional travel expenses 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. 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.

8. 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.

9. Documents required to provide the service in case of the B) Extended travel assistance and C) Standard vehicle assistance services (in addition to the documents listed in section 10.2 of the I General Terms and Conditions and section A) 3.):

- (1) for claims concerning travel costs, the ticket and travel contract for the originally planned travel home or, in the case of travel with own vehicle, the vehicle registration certificate and the driver's licence must be submitted to EUB-Assistance before the service is provided,
- (2) for the "Dispatching driver in case of illness or accident of the Insured Person" services, the opinion in proof of the Insured Person's inability to drive vehicle issued by the attending foreign medical practitioner as well as the photocopy of the registration certificate of the vehicle and the driver's licence of the Insured Person must be submitted to EUB-Assistance before the service is provided,
- (3) for claim concerning accommodation costs, the invoice for the originally booked accommodation.

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

C) Standard vehicle assistance services

1. 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.**

2. Assistance for repatriation of vehicle(Driver service) in the event of the insured's illness or accident

If as a consequence of an insured event set out in Clause A) 1. 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.**

3. The list of documents required to provide the "C) Standard vehicle assistance services" is included in section B) 9.

4. The Exclusions concerning the "C) Standard vehicle assistance services" are included in section A) 4.

D) Accident insurance

1. Insurance for death arising from accident

1.1. Insured Incident

An accident resulting in that the Insured Person dies within one year after the accident, but for a reason related to the accident provided that the Insured Person received emergency medical care at the accident scene immediately after the accident. The time of the occurrence of the incident is the time of the accident.

1.2. Service provided by the Insurer

(1) The Insurer will pay the sum insured to the Beneficiary.

(2) Where, before the death of the Insured Person, the Insurer also provided service relevant to irreversible accidental health damage (disability) arising from the same Insured Incident, **the amount of the disability service already paid will be deducted from the amount of the insurance service concerning the accidental death.**

2. Insurance for irreversible health damage arising from an accident (100%)

3.1. Insured Incident

(1) An accident, which results in that the Insured Person suffers irreversible health damage of or exceeding 25% within 2 years, and maximum after the lapse of two years, of the occurrence of the Insured Incident provided that the accident caused anatomical damage, as proven by the foreign specialist, which justified emergency medical intervention at the scene of the accident.

(2) Health damage means permanent loss of physical and/or mental function which restricts the normal way of living. The basis of the degree of irreversible health damage is determined by the permanent loss of function associated with the anatomical damage suffered in the accident.

(3) The health damage is irreversible when the health status of the Insured Person is considered medically established and stable. The degree of irreversible health damage is determined after the development of the final status on the basis of the medical documents at hand and, if medically justified, personal medical examination, taking into account the principles laid down in the accident insurance medical examiner's guidelines of MABISZ.

(4) In determining the irreversible health damage, the changes in work capacity and/or the need to abandon sports activity are not decisive. Adverse aesthetic consequences and other (social, financial, etc.) disadvantage themselves, emerging as a result of an accident, cannot serve as basis for service claim for health damage.

The time of the occurrence of the incident is the time of the accident.

3.2. Service provided by the Insurer

(1) The Insurer provides the service when the degree of irreversible health damage is considered final. If the degree of the health damage is constantly changing, the Insurer determines the amount of the service after the lapse of two years of the occurrence of the accident at latest and based on the condition as at the last day of the period.

(2) If the Insured Incident occurs, the Insurer provides service from the sum insured corresponding to the percentage of the irreversible health damage.

(3) The amount of the service (degree of the health damage) is determined by the Insurer's medical expert based on the accident insurance medical examiner's guidelines of MABISZ and taking into account all the circumstances of the particular case.

(4) If, in order to determine the extent of irreversible health damage, the Insurer's medical practitioner may perform a personal medical examination if he considers it appropriate or require other tests (e.g. x-ray, ultrasound) from the Insured Person. The costs of the personal examination performed and those of the tests required by the Insurer's medical practitioner are borne by the Insurer and the Insurer also undertakes to reimburse, against invoices issued in his name, of the transportation expenses of travelling from the residence of the Insured Person to the place of the test. The degree of the irreversible health damage determined by the Insurer is independent of the decision of any other expert bodies. Decrease of working capacity, discontinuation of sports activities or aesthetic and social aspects alone do not constitute the legal basis for the service.

(5) If the Insured Person does not accept the first instance decision adopted by the Insurer's medical practitioner regarding the degree of irreversible health damage, a three-member medical board must be appointed for repeated medical examination. A member of the medical board is appointed by the Insured, the other member is appointed by the Insurer, and the chairman, holding a medical expert's licence in accidental surgery, is appointed by agreement of the two parties. The costs associated with the operation of the medical board are to be borne by the party against whom the decision is made.

(6) If illnesses or disabilities which existed already before the accident contributed to the degree of irreversible health damage, the Insurer reduces the amount payable with the degree of contribution.

(7) If the Insured Person dies within 15 days of the accident or before the health damage becomes final, the Insurer does not provide service for the accidental health damage.

3. Insurance for death caused by traffic accident

3.1. Insured Incident

The Insured Incident is a traffic accident where the Insured Person dies within one year of the traffic accident owing to accidental injuries suffered in the accident.

3.2. Service provided by the Insurer

The Insurer pays the sum insured specified in the Summary of Cover for "Death caused by traffic accident" to the beneficiary (in addition to the service amount specified for accidental death).

4. Documents required to provide the "D) Accident insurance" service (in addition to the documents listed in section 10.2 of I General Terms and Conditions):

(1) For insurance covering accidental death or death caused by traffic accident

(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 case of Insurance for irreversible health damage arising from an accident (100%)

- photocopy of all medical opinions concerning medical treatments abroad and in Hungary from the occurrence of the accident to the submitting of the claim.

5. EXCLUSION in case of "D) Accident insurance" (in addition to the exclusions listed in section 12 of I General terms and conditions):

For insurance covering irrecoverable health damage caused by accident, the cover does not extend to:

(a) disc herniation and other disc diseases,

(b) injuries marked with dislocation as a diagnosis,

(c) conditions after joint arthroscopy which healed without complication,

(d) accidents where anatomical deformation in direct causal relation to the recent accident cannot be determined from the available medical opinion,

(e) to the degree of prior damage in case of organs and bodily parts which were irrevocably damaged or not intact already before the accident.

E) Baggage Insurance

1. Terms and definitions

(1) baggage means the following:

(a) property **owned by the Insured Person** which the Insured Person takes with him for the travel for own person use. If the Policyholder of the insurance contract is not a natural person, property owned by the Policyholder but used or held by the Insured Person is also considered baggage,

If certain object is the joint property of several Insured Persons, the service of the Insurer in respect of the given object is due to each Insured Person in proportion to his ownership share, and the applicable service limits decrease pro rate to the ownership shares.

(b) the following **travel documents**: the Insured Person's passport, identity card, residence card, driver's license, and the registration certificate of the vehicle, which was lawfully driven by the Insured Person during the travel. For the purposes of these Terms and Conditions, visas in the travel document is not part of the travel document,

(2) For the purposes of these Terms and Conditions, the following **are not considered as baggage** (property not insured):

- (a) jewellery, precious metals, precious stones, semi-precious stones, or property which includes any of these as part or raw material,
- (b) monetary claims enforceable by using cash or cash equivalent payment methods, or savings books or securities of any kind,
- (c) vouchers and cards entitling to use the services (e.g. ski pass, mobile phone top-up cards, admission cards,), credit cards,
- (d) travel tickets and documents (except for travel documents listed in section 1(1) (c)),
- (e) precious furs, works of art, collections of properties of the same function, art collections,
- (f) any vehicle or transport vehicle and their parts, accessories or equipment (e.g. car roof rack, roof box, trailer, car radio-cassette player, CD player, power storage box),
- (g) sports equipment, except in case of the Tengerpart, Air-Holiday and Télisport products and the Sports-Extra extended service, within the framework laid down in the Summary of Cover and the Baggage Insurance chapter,
- (h) arms and ammunition, musical instruments, furniture, artificial teeth, dentures, orthodontic appliances,
- (i) computing device irrespective of size and type (e.g. laptop, notebook, palmtop, etc.) and their accessories, except for portable computers up to the sum insured specified in the Summary of Cover for "laptop insurance",
- (j) keys and remote controls,
- (k) food, beverages, tobacco and tobacco-related devices (e.g. pipe, cigar cutter, lighter, etc.),
- (l) tools and product samples for the purpose of work,
- (m) things carried in commercial quantities or quantities in excess of the personal needs of the Insured Person.

(3) **traffic accident**: for the purposes of the services described in the Baggage Insurance chapter, traffic accident means the following events:

- (a) in which the vehicle by which the Insured Person is travelling collides with another vehicle or other thing and, as a result, the vehicle transporting the Insured Person is damaged, provided that the circumstances of the accident, the fact of the damage to the vehicle and the extent of the damage are confirmed in writing by the police department competent at the site of the incident,
- (b) in which the Insured Person as a pedestrian is hit by a vehicle and the circumstances of the accident and the damage are confirmed in writing by the police department competent at the site of the incident,

(4) **sports equipment, sports gear**: means any object which is typically required to exercise any given sports activities. For the purposes of these terms and conditions, the following things are also considered sports equipment (and are not considered as a vehicle or transport device): kayak, canoe, bicycle, surf, any rowing boat without engine drive and sail (any motor-powered boat or sailing boat is considered a vehicle), fishing equipment, roller skates, roller, walking poles. Any other **means of transport and weapons are not considered as sports equipment, even** if they are used for exercising a sport.

(5) **used value**: means, in respect of the customary function of the given thing, the used value determined based on the age of the thing, assuming ordinary wear and tear, which may not exceed the amount of the purchase price.

(6) **accessories**: means things which are not parts but are necessary for the intended use or keeping safe of another thing, or to complete the functions thereof, regardless of whether it is distributed together with or independently from the main thing.

(7) **toiletries**: means toilet, cosmetic and personal care items and materials, including technical articles used for such purposes and their accessories (e.g. razor, hair dryer, electric toothbrush, etc.).

(8) **luggage compartment of a motor vehicle**: means the locked passenger or luggage or glove compartment of the vehicles which is protected against inspection as well as its rooftop box which has a hard cover, is equipped with lock and is locked respectively, for motorcycles, the container boxes of the motorcycle protected against inspection which has a hard cover, is equipped with lock and is locked.

- (9) **personal attendance:** means that the baggage is placed in the immediate surroundings the Insured Person (or, in case the Insured Person is a minor, his adult relative) in a clearly visible and accessible position so that a third party is not able to take it away without using physical force or threat.
- (10) **leaving unattended:** means if the baggage is not placed under personal attendance.
- (11) **technical device:** means camera, video or digital camera, mobile phone, GPS, CD, DVD, or MP3 player, watch, computer, as well as any other electrically (e.g. batteries) or power driven device.

2. Insured Incident

For the purposes of baggage insurance, the following are considered an Insured Incident:

- 2.1. if the baggage or travel documents of the Insured Person are **damaged or destroyed** in the context of the following reasons:
- (1) an accident occurring abroad, where the Insured Person receives, in a provable manner, immediate emergency medical care at the scene of the accident owing to the personal injuries suffered by him,
 - (2) traffic accident,
 - (3) elemental damage confirmed by the competent authority
- 2.2. if the baggage or travel documents of the Insured Person are **stolen**,
- 2.3. if the **passenger carrier company operating regular air, road, rail or water lines, on the vehicle of which the Insured Person is travelling with a valid ticket and which received the baggage for the duration of the travel recorded in the name of the Insured Person and in accordance with the terms and conditions of the given passenger carrier company does not return the baggage or returns it incompletely** (damage is not considered an Insured Incident).

The loss or shortage of baggage handled by the passenger carrier company is considered as Insured Incident only if the passenger carrier company credibly proves the occurrence and extent of the damage and accept responsibility for the damage in writing and pays compensation in accordance with applicable law, or certifies the damage as described above but does not expressly accept responsibility for the damage caused. The time of the Insured Incident is the time of arrival according to the ticket or travel contract.

3. Service provided by the Insurer

3.1. General Provisions

The service conditions and limitations laid down in the General Terms and Conditions apply to all of the services described in the Baggage Insurance chapter.

- (1) The Insurer will reimburse the current used value, at the time of the occurrence of the Insured Incident, of the **baggage** damaged, destroyed, or stolen as a result of the Insured Incident **up to the limit specified as single item limit** in the Summary of Cover **within the sum insured specified for E) Baggage Insurance** in the Summary of Cover respectively, in regards to the items placed in the same package, **up to the maximum amount specified as limit for one package** in the Summary of Cover. If the item can be repaired, the Insurer will reimburse the cost of the repairs, taking into account the above limitation.
- As regards the special services specified as part of the Baggage Insurance section in the Summary of Cover**, in addition to the above limitations, the sum insured relevant to the given service type applies as maximum but the Insurer **undertakes to provide not more than the total sum insured specified for Baggage Insurance jointly for the special service types**.
- (2) **If the purchase price and date of purchase of the baggage cannot be supported with the original invoice, in proof of purchasing the object as new, issued** in the Insured Person's or non-natural person Policyholder' or Premium Payer's name, the Insurer reserves the right to take into account the amount determined by it for the purpose of providing the service **on the basis of the used value in Hungary after one year of an average quality object providing the same basic function. The Insurer is entitled to determine the amount of the used value**.
- (3) **An object and its accessories, and property coming in pair or set are considered as one object** and the service of the Insurer in this respect extends up to the single item limit specified in the Summary of Cover for each pair, set or the object and its accessories combined.

3.2. Special service rules and limitations of service

- (1) **The service applicable to baggage which is lost or becomes incomplete while handled by the passenger carrier company (e.g. airline, ship or bus company) is defined as follows:**
- (a) if the passenger carrier company (e.g. airline, bus company) accepted responsibility for the loss in writing and paid the amount of compensation to the Insured Person according to the law in force and the travel contract (terms and conditions) in a proven manner, then the Insurer's service extends to the full baggage

loss **not reimbursed by passenger carrier company**, taking into account the exclusions, limitations and sums insured contained in these insurance terms and conditions,

- (b) if the passenger carrier company determines the amount of compensation not on the of the itemised contents of the baggage and the value of each item, but, instead, the weight of the baggage, then the Insurer undertakes payment up to 50% of the sum insured.
- (c) if the damage is officially proven to have been caused by the passenger transport company, but its amount cannot be quantified or the amount of damages received by the Insured from the tortfeasor is unknown, the Insured shall be liable to pay a 50% deductible and the benefit payout by the Insurance Company shall be limited to 50% of the sum insured applicable to the particular event type.
- (d) the cover of the Insurer does not extend to the following items if they are put in the custody of the passenger carrier company (e.g. airline, ship or bus company) (e.g. they are left in the package sent) or are left unattended in the vehicle:

travel documents, any technical device and its accessories, eyewear.

- (e) if the baggage is lost while handled by the airline and the Insurer provided service in relation to the delay of the given service on the basis of the F) Delayed baggage section of the Special Terms and Conditions in respect of the same flight, then the sum paid under the title "Delayed baggage" will be deducted from the amount of the "Baggage insurance" service.
- (f) The insurance benefit shall be maximum the amount which is not reimbursed by the passenger transport company.

(2) The cover provided by the Insurer extends to baggage stolen from **caravans and campers** only in cases where the caravan or motor home is, at the time of the occurrence of the Insured Incident, used for the purpose of accommodation in a proven manner in a guarded camping licenced by the local authority.

(3) **Services for passports and replacement of bank card**

In case of **travel documents** stolen, destroyed or becoming useless owing the Insured Incident, the insurer will reimburse consular costs of the issue of the licence to return home within a maximum period of 30 days after the occurrence of the insured event concerning the travel documents and the replacement costs of travel documents prescribed by law, up to the amount specified as "reimbursement for the replacement of travel documents" in the Summary of Cover per Insured Incident.

- (4) As regards baggage kept in the **luggage compartment of a vehicle**, the service of the insurer extends up to **50% of the sum insured** specified for Baggage insurance in the Summary of Cover, except for the following things, in which case the Insurer does not provide any services at all: travel documents, bank and credit cards, any technical device and their accessories.
- (5) In the event of **damage, destruction or theft of corrective eyeglasses or contact lenses**, the Insurer will reimburse the replacement or repair of the eyewear or contact lenses proven with invoice up to 50% of the single item limit specified in the Summary of Cover. Provision of the service is subject to that the repair or replacement takes place no later than within 30 days after the occurrence of the Insured Incident.
- (6) With respect to **toiletries**, the insurance only pays a benefit **up to the single article limit**.
- (7) **In case the baggage is stolen at the beach or other bathing resort**, the Insurer undertakes service up to the **10% of the sum insured**.
- (8) Service for **data carriers**: data carriers are considered as accessories of the player device. Data carriers of the same function are considered as one object for the purpose of the Insurer's service, regardless of their number, also if the service claim does not extend to the player.

3.3. Damage prevention obligations of the Insured Person

During the travel abroad, the Insured Person must fulfil the following damage prevention obligations:

- (a) if the vehicle contains baggage, it vehicle must be placed in a guarded parking lot, or the baggage must be removed from the vehicle and stored in a secure place,
- (b) the baggage may be kept in the vehicle only as long as absolutely necessary (in closed compartment not allowing inspection, in particular for vehicles which do not have a luggage compartment separated from the passenger compartment),
- (c) documents and technical devices and watches should not be left in the vehicle or the baggage handed over to the passenger carrier company for handling,
- (d) if the vehicle is equipped with an alarm, it must be turned on,
- (e) the baggage should be placed in the room, cloakroom or locker as soon as possible after arrival to the accommodation.

3.4. Damage mitigation obligations of the Insured Person

After the discovery of baggage damage, the Insured Person must:

(a) as soon as possible report the fact and circumstances of the perpetration of crime or occurrence of accident to the foreign police having jurisdiction for the place of perpetration or other competent authority having jurisdiction for the place of occurrence and, if the Insured Incident occurred in a scheduled vehicle, to the public transport company or, if the Insured Incident occurred within the responsibility of a hotel or camping, to the hotel or camp site, file charges and ask on-site inspection and a detailed protocol issued in his name.

(b) all relevant data must be recorded in the charges, in particular, a detailed description of the incident (date, location, and other relevant circumstances), itemised list of the damage (itemized list of property, including indication of their value), bodily injuries caused by theft, robbery, accidents or elemental damage (e.g. breaking or stretching of window or door, other damages),

(c) as regards baggage lost or damaged while handled by an airline or transport company or carrier, the requirements of the given company applicable to claim settlement and payment of compensation (e.g. regarding the time and method or place of notification) must be followed.

4. Documents to be submitted to provide the "E) Baggage Insurance" services (in addition to the documents listed in section 10.2 of I General Terms and Conditions):

(1) in case of any theft or robbery, report issued by the competent foreign police, which includes the description of the location, time and description of the incident, name and personal data of the victim, and a detailed indication of the stolen object and their value,

(2) in case of any theft or robbery committed in a hotel or campground, the report of the police and the minutes taken by the hotel or campground,

(3) for baggage not returned by the passenger carrier company: ticket issued in the Insured Person's name, boarding pass (for air baggage claims), baggage receipt issued by the passenger carrier company to the Insured Person upon receipt of the baggage, notification to the passenger carrier company about the missing baggage (which includes the itemised list of missing objects and their value), notification recorded about the incomplete baggage at the usual place of baggage release (e.g. for air baggage claims, at the destination airport), the minutes taken by the passenger carrier company which must include acceptance of responsibility for the missing of the baggage indicated in the given receipt which must include the name and person data of the aggrieved person, that the compensation was determined based on the value or weight of the missing objects and the amount of compensation paid by the passenger carrier company or a written declaration if the passenger carrier company does not accept responsibility for the missing of the baggage and does not agree to pay compensation, as well as a document issued by the passenger carrier company credibly proving the facts and extent of the loss,

(4) the original invoice, issued to the Insured Person, in proof of the date of purchase as new and value of the object, if available.

(5) as regards the replacement of travel documents, the original invoice issued to the Insured Person in proof of the costs incurred,

(6) for elemental damage, the certificate of the authority (depending on their competencies, the meteorological institute, police or fire department) on the occurrence of the elemental damage and, if the damage occurred in the area of a campsite, protocol issued by the operator of the operator on the time, extent and nature of the damage, the listed of damaged objects and the list accurately describing the persons injured,

(7) for claims for damaged baggage, the original invoice in proof of purchase of the damaged object, the invoices for repair or, if the damaged object cannot be repaired, the relevant expert report and, in case of damaged dioptric eyeglasses, the invoice for replacement.

5.Exclusions regarding E) Baggage insurance (in addition to the exclusions listed in section 12 of I General Terms and Conditions)

The Insurer will not reimburse:

(1) damage arising from the loss, abandonment or dropping of baggage or leaving the baggage unattended, except for objects left in locked residential building or vehicle,

(2) the cover of the Insurer does not extend to the following objects if such objects are handed over to the passenger carrier company (e.g. airline, ship or bus company) (e.g. left in checked-in baggage) or left unattended in any vehicle: travel documents, watch, any technical device (e.g. mobile phone, computers) and their accessories,

(3) in case of the theft of objects left in a vehicle or residential building, if forced entry is not clearly documented,

(4) damage caused by theft of objects left in a vehicle between 20 p.m. and 8 a.m.,

(5) damage occurring due to theft or robbery during camping if the camping takes place at a site which is not officially designated for that purpose,

(6) in case of damage of data carriers, the damage of data loss,

- (7) damage caused by that the baggage falls into water or gets soaked (regardless of the conditions of falling in the water or soaking), excluding traffic accidents and flood,
- (8) damage caused by the seizure or confiscation by an authority or destruction of property,
- (9) consequential damages and indirect losses related to the transportation of or damage to property,
- (10) damages resulting from the unique nature of the property,
- (11) damage attributable to construction, manufacturing, material and similar hidden defects of the property,
- (12) costs of visa replacement,
- (13) damages resulting from the failure of any vehicle or its accessories,
- (14) damages to objects transported by applying any external fixture on the vehicle (e.g. bike rack, roof rack, etc.) and damages caused by the opening or defect of roof rack box, except for damages to, or destruction of, baggage occurring in traffic accident if the transportation took place in accordance with the traffic regulations in force, and damages caused by breaking the locked roof top box (opening by violently destroying the lock),
- (15) damages arising from the absence or inadequacy of necessary packaging or, if carried out by the Policyholder/Insured Person or his relative, improper loading or placing of transported objects,
- (16) damage to baggage stored in a camper or caravan, except if the damage occurred when the caravan or camper was used, in a proven manner, for accommodation in a guarded campsite licenced by the local authority.

F) Delayed Baggage (abroad)

1. Insured Incident

(1) If the baggage of the Insured Person, duly checked in at the airline in the Insured Person's name, does not arrive at the destination of the foreign travel abroad within a reasonable time after the arrival of the given flight and the missing of the baggage is notified in writing to the representative of the airline after arrival in accordance with the terms of conditions of travel and no later than within 2 hours.

(2) In the interpretation of these conditions, the baggage does not arrive within a reasonable time if the Insured Person does not receive it after his arrival at the destination within twentyfour hours from the handing out time specified in the travel conditions (travel contract), and the fact thereof is proven by the airline by issuing a protocol. (The transfer point is not considered a destination.)

2. Service provided by the Insurer

(1) The Insurer undertakes to reimburse the difference of emergency shopping (sanitary ware, clothing) becoming necessary for the Insured Person abroad during the period of the time of arrival of the flight and the actual receipt of the baggage or, if the baggage is lost, within 48 hours of the arrival of the flight and in any case within the insurance period and the sum reimbursed by the airline owing to the Insured Incident, up to the ceiling specified in the Summary of Cover but depending on the duration of the baggage delay and for only on one occasion per Insured Person per flight, regardless of the number of affected packages.

(2) For a given package, the Insurer undertakes to pay the sum insured only once, regardless of the number of persons indicated as the sender of the package. For a particular package, the Insured Person whose rightful claim is first received by the Insurer is eligible for the service. If more than one rightful service claims are received simultaneously for a particular package, the Insured will pay to each Insured Person not more than the proportionally reduced amount of the service amount.

(3) The Insurer will provide the service retroactively, after the Insured Person returned home, and does not undertake payment at the scene of the incident.

3. Conditions of service for the F) Delayed Baggage (abroad) (in addition to the documents listed in section 10.2 of I General Terms and Conditions):

- (a) air ticket for the entire flight issued to the Insured Person's name, baggage tag, boarding pass,
- (b) the written protocol of the carrying airline issued to the Insured Person regarding the checked-in baggage if the Insured Person on the late delivery of the baggage and the time thereof and in case of a delayed flight, the fact thereof and in both cases the duration of the delay, as well as statement of the airline on the amount of compensation paid to the Insured Person or that it does not agree to pay compensation,
- (c) the original documents relating to the purchase of the things which became necessary because of the delay. Any document related to the purchase is accepted only if it clearly identified the things purchased, their value and date of purchase. The Insurer undertakes to make payment, up to 20% of the sum insured, for purchased things listed in the service claim even without itemised evidence on the shopping.

Európai Utazási Biztosító Zrt.

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

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

You may read the list of organizations and bodies to whom, pursuant to Act LXXXVIII of 2014 on the Business of Insurance (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 shall also be subject to – depending on the type of the insurance policy – the general terms and conditions, the special and additional conditions for each policies, the statements and declarations of the policyholder/insured, as well as the filled out the questionnaire furnished by the insurance company.

All matters not regulated in this Customer Information the general, special and additional terms and conditions (hereinafter jointly referred to as: general conditions), will be governed by the provisions of the Act on the Civil Code or the provisions of 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.

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

The company's name: Európai Utazási Biztosító Zrt.

The company's share capital (subscribed capital): HUF 400,000,000

The company's paid up share capital (paid up subscribed capital): HUF 400,000,000

The company's registered seat: H-1132 Budapest, Váci út 36–38.

State where the company is established: Hungary

Company Registration Number: 01-10-043228,

Incorporated by: the Court of Registration of the Metropolitan Court of Budapest

Tax number: 12185960-4-44

VAT group identification number: 17780058-5-44

Principal business activity: non-life insurance.

Company form: company limited by shares

Company classification: private

Telephone: (36-1) 452-3580,

Fax: (36-1) 452-3312.

The Company's shareholders:

Generali Biztosító Zrt. 61%

ERGO AG, München 26%

Europäische Reiseversicherung AG, Vienna 13%

Starting from January 1, 2016 the insurance company discloses an annual report on its solvency and financial conditions. The report is available on the insurance company's website (<https://eub.hu>).

II. Customer Service

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

Customer Service – Contact Information

Telephone: (36-1) 452-3580

Fax: (36-1) 452-3312

E-mail: ugyfelszolgalat@eub.hu

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

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

III. Handling Complaints

You may lodge a complaint about the conduct, activity or omission of the insurance company, agents of the insurance company, or ancillary insurance intermediaries contracted by the insurance company which you believe to be detrimental 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 can submit your complaint in writing (in person or via a document handed over by someone else, or by post, as well as to the email address provided) via the above contact details of the insurance company.

You may find additional detailed information about the company's complaints management process and practices as well as about the method of keeping records of complaints at the company's website or in the complaints management policy made available to customers in our customer service offices.

Please note that pursuant to Regulation No 524/2013/EU of the European Parliament and of the Council of 21 May 2013 (hereinafter: Regulation) on online dispute resolution for consumer disputes implemented in the Member States of the European Union, the European Union established an alternative online dispute resolution (ODR) platform at Union level, available at <https://webgate.ec.europa.eu/odr>

The platform may be used to initiate out-of-court resolution of disputes concerning contractual obligations stemming from online sales or service contracts between a consumer (private individual) resident in the Union and a trader established in the Union.

The online dispute resolution platform may also be used to settle financial consumer disputes.

The Regulation should not apply to disputes between consumers and traders that arise from contracts concluded offline and to disputes between traders.

The Regulation directly applies to financial service providers established in Hungary, including Európai Utazási Biztosító Zrt, if the insurance contract between the consumer and the insurance company has been concluded by the consumer on the website of the insurance company, or of the insurance intermediary (typically without the engagement of the insurance intermediary) through an application used for contract conclusion.

Pursuant to the Regulation consumers may initiate out-of-court resolution of disputes on the platform. The body authorized for out-of-court resolution of disputes in Hungary is the Financial Arbitration Board.

The National Bank of Hungary issued a consumer advice on the online dispute resolution (ODR) platform, which may be read at:

<https://www.mnb.hu/bekeltetes/online-vitarendezezesi-platform>

IV. Financial Supervision

IV.1 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: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.

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@mnb.hu

Web address: <https://www.mnb.hu/web/felugyelet>

Customer Service Address: 1122 Budapest, 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777.

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

Fax number of the Customer Service: (36-1) 489 9102

Customer Service Email Address: ugyfelszolgalat@mnb.hu

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

IV.2. 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, and a directly applicable EU act 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, or a leniency application rejected by the insurance company.

Financial Arbitration Board – Contact Information

Registered Seat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55. **Customer Service:** 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.

Write to: H-1525 Budapest, PO Box: 172.

Telephone: (36-80) 203-776

E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

You may find further information on the operations of the Financial Arbitration Board (including the Board's Rules of Procedure) at <http://www.mnbb.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 CXXX of 2016 on the Code of Civil Procedure.

VI. The Concept and Practice of Handling Confidential Insurance Information

VI.1. Confidential Insurance Information

'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.

VI.2. 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.

- the interest of the insurer makes this necessary for the sale of its claim against the customer or for the enforcement of its claim.

VI.2.1. 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) with the body conducting the preparatory procedure, the investigative authority, the prosecutor's office, as well as the police and the National Tax and Customs Administration,
- c) the competent court or the experts appointed by the court in criminal proceedings, in civil and non-contentious proceedings, or in administrative proceedings, as well as a self-employed private bailiff acting in an enforcement action, the administrator in bankruptcy proceedings, the interim administrator in liquidation proceedings, the administrator and the insolvency administrator, the main creditor, the Family Insolvency Services, the family 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 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) in the case of insured persons included in agricultural insurance contracts concluded for standing crops, with the agricultural damage assessment body, the agricultural administrative body, the agricultural damage mitigation body, and the institution dealing with economic analyzes under the control of the ministry headed by the minister responsible for agricultural policy,
- u) the authorities registering liquidating organizations
- (v) MABISZ with regard to the operation of the claims application, the collection of necessary information relating to the insurance event and the transmission to insurers for claims settlement purposes of the data provided in the e-claims application under MTPL Act

upon receipt of a data request, and/or written inquiry from an agency or person referred to in points a)-j), n), s), t) and u) 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.2.2 Insurance company shall be required to supply information forthwith where so requested in writing by the the body conducting preliminary proceedings, the investigating authority, the public prosecutor's office and the court, including data requests, if there is any suspicion that an insurance transaction is associated with:

- 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 of confidentiality is not breached if data is transferred within the meaning assigned to it in Act CCXXXVII of 2013 on Credit Institutions and Financial Enterprises (hereinafter: Hpt).

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 – request confidential insurance information from in writing
- b) the national financial intelligence unit makes a written request for information - that is considered insurance secret - from an insurance company acting within its powers conferred under Act LIII of 2017 on the Prevention and Combating of Money Laundering and Terrorist Financing or in order to fulfill the written requests made by a foreign financial intelligence unit, and in connection with the insurance or reinsurance company fulfilling its obligation relating to policies and procedures at the group level for combating money laundering and terrorist financing.

VI.2.3 The duty of confidentiality is not breached when the insurance company transfers information to a third-country insurance company, reinsurer or a third-country data processing agency:

- a) if the customer of the insurance company (data subject) has given a prior written consent, or
- b) if – in the absence of the data subject's consent – the data transfer is made in compliance with the provisions applicable to the transfer of personal data to third countries.

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

VI.2.4 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.2.1 or points a) and b) of Clause VI.2.2.

The insurance company is allowed to disclose the personal data of customers in the cases and to the bodies set out in Clauses VI.2.1 – VI.2.4 and in Clause VI.3.

VI.2.5 Until the day of becoming aware of the final termination of the probate proceedings, the existence of the insurance contract, the number of the insurance certificate, the general terms and conditions of the contract, the due balance of the contract, the insurance contract concluded by the deceased policyholder may provide information on the amount of the fee debt and the anniversary of the contract to the close relative of the deceased contractor or to the holder of the property upon its written request, provided that the applicant certifies this quality with a document. According to Subsection (5) of Section 143 of the Insurance Act to the close relative or the holder of the asset provision of data does not constitute a breach of insurance confidentiality. The insurance company shall be allowed to process the applicant's personal data for a period of five years after the time of disclosure, or – if the period provided for in Subsection (3) of Section 142 of the Insurance Act is longer – for the period specified in Subsection (3) of Section 142 of the Insurance Act.

VI.2.6. Any information that is declared to be information of public interest or public information, and as such is rendered subject to disclosure may not be withheld on the grounds of being treated as a trade secret or insurance secret.

VI.3. 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:

- a) personal identification data of policyholders, insured parties and beneficiaries;
- b) medical information of prospective insured or insured persons related to the insurable risks, disclosed at the time of the respective data collection;
- c) 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;
- d) 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 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:

- a) personal identification data of policyholders, insured parties, beneficiaries and the injured parties;
- b) information required for the identification of insurable or insured property or assets, claims or property rights;
- c) claims history information concerning the property, assets, claims or property rights referred to in subsection a) above;
- d) 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 the information request and the disclosure of the requested information, as well as the extent of the data requested at least once during the insured period, and shall provide access for the client upon request to his or her personal data. If a customer requests information on his or her personal data 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.

The Insurance Company shall process the data obtained from other insurance companies for the purpose of protecting the insured pool subject to the conditions and for the period set out in the foregoing.

VII. Privacy Notice on the Processing of Personal Data

Pursuant to REGULATION (EU) 2016/679 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing

Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation), this Privacy Notice on the Processing of Personal Data has been designed to notify You about how your personal data are processed and for what purposes.

VII.1. Who will process your personal data?

Your data will be processed on behalf of Európai Utazási Biztosító Zrt (data controller).

VII.2. How is your personal data processed and used?

The insurance company processes personal data for the following purposes:

- a) to conclude, modify, keep records of, and maintain your insurance policy,
- b) to underwrite coverage and manage insured risks,
- c) to assess claims made on the insurance policy,
- d) to prevent and combat the fraudulent use or abuse of insurance policies so as to protect the interest of the insurance pool
- e) to handle complaints
- f) preventing and preventing the financing of terrorism and complying with international sanctions provisions

Legal basis for data management:

- a) conclusion and performance of the insurance contract and enforcement of claims arising from the contract (Article 6 (1) point b) of the Data Protection Regulation);
- b) the insurer's legitimate interests: prevention and prevention of insurance-related abuses and risks; submission, enforcement and protection of legal claims arising from the insurance contract (Article 6 (1) point f) of the Data Protection Regulation);
- c) fulfillment of the legal obligation concerning the insurer: management and preservation of accounting documents; prevention of terrorist financing, compliance with international sanctions provisions, complaint handling activities (Article 6 (1) point c) of the Data Protection Regulation);

In the case of handling health data, an additional condition for data processing is the express consent of the data subjects to the data processing (GDPR Article 9 (2) point a) or if the processing of health data is necessary for the submission, enforcement or protection of legal claims (GDPR Article 9 (2) point f).

VII.3 What types of personal data are processed?

We only process personal data which are required for the above purposes of processing and are suitable for delivering the objective of the data processing. Depending on the type of insurance you conclude with us, the insurance company processes the following data in particular.

- general identification data of natural persons, address, gender
- other identification data (e.g.: taxpayer's ID, license plate number, telephone number, email address)
- financial data (e.g.: data on the amount and payment of insurance services, bank account number)
- data relating to the insurance contract, including data on claims/damages reported to the insurance contract (e.g. data on the insured property, the place of risk bearing, the place, time and circumstances of damage, medical data and documents in the case of personal injury damages).

In certain cases, the insurance company obtains your personal data from a third party: for instance, if you take out our insurance from an insurance broker or notify a claim or a loss through an insurance broker.

VII.4. Who will we share your personal data with?

VII.4.1. Organizations performing outsourced activities, data processors, dependent insurance brokers, additional insurance brokers

In the course of data management, we use external service providers referred to in this subsection, to whom we may transfer your data. If a dependent insurance intermediary or a person performing additional insurance intermediary activities performs data processing concerning you on behalf of our company, your data will be handled by these intermediaries in a data processing role. You can find out more about our data processors and the organizations performing outsourced activities from the data management information available on our website www.eub.hu, and you can find information about our company's dependent insurance brokers at all times, as well as the persons who carry out additional insurance broker activities on behalf of us, on the website of the Magyar Nemzeti Bank, as financial supervision: <https://regisztr.mnb.hu/Person> and <https://regisztr.mnb.hu/Company>

VII.5 Why do we need to obtain your personal data?

For the provision of your personal data, the conclusion and performance of the insurance contract, and VII.2. is necessary in order to fulfill the additional data management purposes listed in point. If medical data and medical documents are required to take out the insurance, or to perform the insurance service, but you do not consent to the handling of this data or do not make these documents available to our company, this may result in us not concluding a contract with you, or our company refuses to provide the insurance service in whole or in part.

VII.6. The law grants you certain rights in respect of the personal data we hold about you

- **Right of access** – you have the right to obtain from us confirmation as to whether or not your personal data are being processed, and, where that is the case, access to your personal data.
- **Right to rectification** – you have the right to obtain from the insurance company the rectification or complementation of inaccurate personal data concerning you.
- **Right to erasure** – you have the right to have your personal data erased where one of the following grounds applies:
 - a. the personal data are no longer necessary in relation to the purposes for which they were collected or otherwise processed;
 - b. You withdraw consent on which the processing is based, and there is no other legal ground for the processing;
 - c. You object to data processing based on a legitimate interest of the data controller, including profiling, and there are no overriding legitimate grounds for the processing, or if personal data are processed for direct marketing purposes, and you object to processing of personal data concerning you for such marketing, which includes profiling to the extent that it is related to such direct marketing
 - d. the personal data have been unlawfully processed;
 - e. the personal data have to be erased for compliance with a legal obligation in Union or Member State law to which the controller is subject;
 - f. the personal data have been collected in relation to the offer of information society services referred to in the Data Protection Regulation.
- **Right to restriction of processing** – you have the right to obtain from the insurance company restriction of processing where one of the following applies:
 - a. You contest the accuracy of the personal data, for a period enabling the insurance company as data controller to verify the accuracy of the personal data;
 - b. the processing is unlawful and you oppose the erasure of the personal data and requests the restriction of their use instead;
 - c. the insurance company no longer needs the personal data for the purposes of the processing, but you require them for the establishment, exercise or defence of legal claims;
 - d. You have objected to data processing pending the verification whether the legitimate grounds of the insurance company override those of your legitimate grounds.
- **Right to data portability** – If the data processing is based on a contract or consent and takes place in an automated manner, the personal data you provide to our company will be issued to you in a structured, commonly used, machine-readable format at your request. If it is technically possible, at your request, our company will directly transmit such data to another controller.

Right to withdraw consent – Where processing is based on consent, you have the right to withdraw your consent at any time. Withdrawal of consent shall not affect the lawfulness of the data processing prior to withdrawal.

You may lodge requests and objections related to data processing on the grounds of the above rights at any time addressed to the Data Protection Officer of the insurance company using any of the contact details shown in this notice. Requests, objections and complaints are assessed by the Claims Management and Customer Service area with the engagement of the Data Protection Officer without undue delay and you will receive notification about the follow-up measures no later than within one month upon receipt of your submission. Both the notification and the execution of follow-up measures are free of charge for you, unless your request is manifestly unfounded or excessive.

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.7. Your right to object to the processing of your personal data

If the processing of your personal data is carried out for a legitimate interest, including data processing for profiling or direct marketing purposes, you have the right to object, on grounds relating to your particular situation, at any time to processing of personal data concerning you.

VII.8. How long will we store your personal data?

We process your data during the existence of the insurance relationship, as well as during the period until a claim can be asserted in connection with the insurance relationship, but at least for nine years from the termination of the insurance contract or the conclusion of the service request reported for the insurance. In connection with insurance and insurance services, accounting documents are created, the preservation of which is required by the Accounting Act for at least eight years. We process personal data related to the insurance contract that has not been concluded until a claim can be asserted in connection with the failure of the contract to be concluded. If an accounting document is created during the steps and declarations taken to create the insurance contract, the data and documents are kept for nine years.

If we process the data based on your consent, the data processing will continue until the consent is withdrawn, provided that there is no other legal basis for the data processing.

VII.9. Who may you contact with a complaint?

If you fail to resolve an objection, complaint or request concerning the processing of your personal data with the insurance company to your satisfaction, or you believe that the processing of your personal data infringes the provisions of the Data Protection Regulation, you are entitled to lodge a complaint with the National Authority for Data Protection and Freedom of Information.

Registered seat: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11.
Mailing Address: 1363 Budapest, Pf. 9.
Telephone: +36 30 683 5969; +36 30 549 6838; +36 1 391 1400
Telefax: 06 1 391 1410
E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu
Website: <https://naih.hu/>

You are entitled to file a lawsuit in case the infringement of your personal data. The lawsuit can be brought to the court that is competent in your residence or habitual residence.

VII.10. More detailed information on the processing of personal data

Further detailed information on the processing of personal data can be found in our company's privacy notice. The privacy notice is available at www.general.hu under "Data Processing".

VIII. Information on taxation

VIII.1. Insurance benefits or proceeds paid to private individuals are exempt from tax if the payout qualified as a death, accident or illness services. Private individuals will not incur tax liability in connection with these payouts.

VIII.2. 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.

IX. Interest on late payment

If the insurance premium is paid after its due date, the insurance company may claim interest on late payment in the amount set out in the Act on the Civil Code (hereinafter: Civil Code). If the policyholder obliged to pay the premium has to be considered as an undertaking or contracting authority according to Act IX of 2016 about Recovery Costs, the insurance company, in addition to default interest, may lay claim to recovery costs defined in the abovementioned act in case of late payment of the premium.

X. Administration fee

The insurance company may charge an administration fee for certain procedures in order to recover the costs that incurred in relation to such procedures. The general, special and additional terms may contain further rules regarding administration fee.

XI. 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,
- 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.

XII. Insurance Intermediary

XII.1. Insurance policies may be sold by tied or independent insurance intermediaries, or ancillary insurance.

XII.2. Tied insurance intermediaries (agents) are engaged in selling insurance products under contracts they conclude with the insurance company. 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, and the insurance company is obliged to pay the restitution incurred.

XII.3. 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.
Independent insurance intermediaries are not authorized to receive insurance premiums on behalf of the insurance company.

Neither tied insurance agents nor independent insurance intermediaries are authorized to receive any amounts payable to the customer by the insurance company.

XII.4. Person engaged in insurance mediation activities as an ancillary activity shall mean a natural or legal person – differing from credit institution or investment firm as defined in Article 4. (1) 1. and 2. points of Regulation (EU) No 575/2013 of the European Parliament and of the Council – who carries on insurance mediation activities as an ancillary activity remunerated, with the liability of

the principal insurer, broker or multiple agent, and in a supplementary way related to the principal professional activity if all conditions below are met:

- a) the person's principal professional activity is not the insurance brokerage;
- b) the mediated insurance product is complementary to the product or service supplied by provider;
- c) the mediated insurance product does not cover any life or liability risks, except such life or liability risk cover completes the product or service provided as a principal professional activity by the person;
- d) does not collect beforehand premiums or amounts from the insurer intended for the client.

XII.5. 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.

XII.6. Tied agents are not authorized to receive insurance premiums in excess of the above limit.

XII.7. When distributing insurance products, the ancillary insurance intermediaries acting on behalf of the insurance company are entitled to receive no more than HUF 250 000 of premium or advance premium from the customer, provided that the customer cannot settle the payment with wire transfer. The ancillary insurance intermediary cannot sign a contract on behalf of the insurance company.

XII.8. Natural persons employed by the insurance company who do not qualify as insurance intermediaries within the meaning of Section 4 (1) 15 a) of the Insurance Act but sell insurance directly for the insurance company are provided performance related remuneration. This information also applies to cases when the customer of the insurance company makes a subsequent payment, other than regular, scheduled premium payments, after taking out an insurance policy.

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

XIII.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, or may stipulate additional provisions which shall be set out in the general terms and conditions or special conditions applicable to the insurance policy, or in the agreement made by and between the parties.

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

XIII.2. The insurance company and Europ Assistance undertake to maintain communication with the Insured or the person acting on behalf of the Insured in Hungarian or in English. In the case of disputes, statements made in Hungarian shall prevail.

XIII.3. It shall also be considered a written declaration, if the document is signed by the declarant and is sent to one of the insurer's contact addresses by fax or from any email address to which the scanned declaration is attached.

XIII.4. Items sent by the insurance company by post must be considered delivered on the 5th working day after dispatch (presumption of delivery), including the case if the item has "moved to an unknown location", "not searched for" or "delivery" from the recipient's address - registered by the insurance company comes back with the "blocked" signal.

The addressee may submit an objection within fifteen days from the date of learning that the presumption of delivery has been established, but no later than three months from the date of the presumption of delivery.

The insurance company will accept the objection if the addressee could not receive the postal item because the delivery was not regular, or if he was unable to receive the item due to other reasons other than his own fault.

A recipient who is not a natural person can only submit an objection if the delivery was not made properly.

The objection must include the facts and circumstances that prove the irregularity of the delivery or make it probable that the customer was not at fault. If the objection is accepted by the insurance company, the legal consequences related to the delivery are void and the insurance company will repeat the delivery.

Documents sent by the insurance company in a registered postal mail requesting return receipt shall be considered served

- if the mail is refused by the recipient, on the day of the refusal,
- if the mail is received by the recipient or a legal representative, on the day when they confirm receipt with their signature.

Documents sent by the insurance company electronically shall be considered served on the day when they are sent.

XIII.5. Distance legal statement addressed to the Insurance Company shall come into force when it is delivered, whereas a contract statement made by way of electronic means shall become effective when made available for the Insurance Company.

XIV. Miscellaneous Provisions

XIV.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.

XIV.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.

XIV.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, the United Kingdom 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.

In addition to the above, the insurance company does not provide liability insurance services
– in respect of any judgment, award, payment, legal costs and expenses or settlement delivered, made or incurred where legal actions are brought in a court of law within countries which operate under the laws of Fully Embargoed and Comprehensive Sanctioned Countries/Territories (these countries and regions can be found on the following website: <https://eub.hu/jogszabalyok/>),
or
– any order made anywhere in the world to enforce such judgment, award, payment, legal costs and expenses or settlement either in whole or in part.

XIV.4. The insurance company sells its insurance products without advise.

XIV.5. Please note that if you purchase an insurance product in a package or under a single agreement as an add-on to a product or service which is not insurance, the seller or service provider is obligated to inform you how the product or service may be purchased without the insurance.

XV. Governing Law, Jurisdiction

Unless otherwise agreed and stipulated by the parties, or otherwise provided for in legal regulations, the insurance contract shall be governed by Hungarian law.

If the policyholder has a permanent address, registered office or habitual residence in Hungary at the time when the insurance policy is concluded, all disputes arising from or in relation to the insurance policy shall be referred to the exclusive competence of Hungarian courts.

XVII. Rules Applicable to Electronic Contracts

XVII.1. An insurance policy is concluded electronically if the policyholder completes and submits the insurance application by electronic means on an electronic sales platform operated by the insurance company. Electronic sales platforms shall include, in particular, the eub.hu website, and – if the insurance application is made with the involvement of an insurance intermediary – the „Compline Utasbiztosítási Rendszer” (Compline Travel Insurance System).

XVII.2. To apply for insurance coverage and to conclude an insurance policy, the policyholder must first enter the data required on the electronic sales platform and then send the insurance application to the insurance company via the electronic sales platform. The data entered on the electronic sales platform may only be modified before the insurance application is sent. The steps of applying for insurance coverage (taking out insurance) – which may be different for different insurance products – are described on the electronic sales platforms.

XVII.3. The terms and conditions of the insurance policy (policy conditions) are always made available to the policyholder by the insurance company before the insurance application is submitted. The policyholder must declare that he/she has read, understood and agreed to the policy terms and conditions before he/she can submit an insurance application.

XVII.4. The insurance company sends a confirmation email to the policyholder when the insurance application is received. If the insurance company accepts the insurance application, it delivers to the policyholder a certificate of coverage with an advanced electronic signature and a time stamp.

The insurance policy is concluded in Hungarian and it is considered a written contract. Detailed provisions on the conclusion and inception of the insurance policy are set out in the applicable policy conditions.

XVII.5. The insurance company enters the insurance policy into its records. The policyholder may view the details of the insurance policy and may request their modification at the insurance company's customer service office.

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

This Chapter contains the provisions of the Customer Information which substantially derogate from the provisions of the Hungarian Civil Code and from the contractual practice between the parties.

XVIII.1. Formal requirements and conditions for the validity of legal statements (notifications, reporting) (Clause XIII.)

By way of derogation from Section 6:7 of the Civil Code, the statement of the policyholder shall also be considered a written declaration, if such document is signed by the declarant and is sent to one of the insurer's contact addresses by fax or from any email address to which the scanned declaration is attached.

XVIII.2. Conditions for objecting to the presumption of delivery (Section XIII.4)

The addressee may submit an objection within fifteen days from the date of learning that the presumption of delivery has been established, but no later than three months from the date of the presumption of delivery.

The insurance company will accept the objection if the addressee could not receive the postal item because the delivery was not regular, or if he was unable to receive the item due to other reasons other than his own fault.

A recipient who is not a natural person can only submit an objection if the delivery was not made properly.

The objection must include the facts and circumstances that prove the irregularity of the delivery or make it probable that the customer was not at fault. If the objection is accepted by the insurance company, the legal consequences related to the delivery are void and the insurance company will repeat the delivery.

XVIII.3. Miscellaneous Provisions (Clause XIV.1.)

By way of derogation from Section 6:63 of the Civil Code, under the insurance policy, the parties will not be bound by any prior business dealings or by any practice they have established between themselves. Furthermore, the parties shall not be bound by any practice considered generally applicable and widely known in the insurance industry by parties to similar policies.

Looking forward to a successful cooperation:
Márk Lengyel, Beáta Pollák



STUDIUM UTASBIZTOSÍTÁSI KÁRTYA - Általános és különös biztosítási feltételek EUB2024-08SD

Jelen általános biztosítási feltételek (a továbbiakban: általános feltételek) és különös biztosítási feltételek (a továbbiakban: különös feltételek) - ellenkező megállapodás hiányában - az Európai Utazási Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársasággal (a Biztosítási Cégcsoportok Jegyzékében szereplő, Generali Csoporthoz tartozó Társaság, székhelye: 1132 Budapest, Váci út 36-38. a továbbiakban: Biztosító;.) a jelen általános és különös feltételekre hivatkozással kötött biztosítási szerződésekre (a továbbiakban: biztosítási szerződés) hatályosak.

Jelen általános feltételekben, valamint a különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

A biztosítási szerződés részét képezi továbbá az Európai Utazási Biztosító Zrt. Ügyfélértékelője is.
Jelen szerződés fogasztói szerződésnek minősül.

I. Általános Feltételek

1. Fogalmak

(1) Autó-motorsport:

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

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

Nem minősül balesetnek:

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

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

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

(45) Biztosítási összeg: a Szolgáltatás-táblázatban és a II. Különös Feltételekben az adott szolgáltatás-típusra vonatkozóan meghatározott maximális összeg, amelyet a Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén megfizetni vállal. A biztosító szolgáltatását kárbiztosítási szolgáltatásként (a biztosított

káranak a szerződésben meghatározott módon és mértékben történő megtérítésével vagy a biztosított részére más szolgáltatás teljesítésével), vagy összegbiztosítási szolgáltatásként (a szerződésben meghatározott összeg megfizetésével) nyújtja.

(6) Biztosítási szerződés: a kötvény és az abban meghatározott biztosítási feltételek, valamint az Ügyféltájékoztató együttesen.

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

(8) EUB-Assistance: a Biztosító jelen biztosítási szerződés teljesítése során igénybe vett közreműködője, az Europ Assistance Magyarország Kft. (1132 Budapest, Váci út 36-38.), aki a Biztosító telefonon keresztül éjjel-nappal elérhető segítségnyújtó szolgáltatást működteti. (Tel.: +361 465 3666).

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

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

(11) Extrém sport: autó-motorsport, búvárkodás légzőkészülékkel vagy légzőkészülék nélkül (pl. sznorkelezés), sziklamászás, hegymászás, mesterséges fal-mászás, bármilyen jellegű expedíciós tevékenység, barlangászat, vadászat, vadvízi evezés és rafting, hótalpas túrázás, tengeri kajak, hydrospeed, motorcsónakkal vontatott "banán", motorcsónakkal vontatott „ gumitömlő, jetski, vízisí, wakeboard, kitesurf, surf, windsurf, vitorlázás, mountain-bike és downhill kerékpározás, hegyi roller, mountain-board, triál- vagy BMX kerékpár használata, pályán kívüli sielés vagy snowboardozás, quad (három- vagy négykerekes motor) használata, bungee jumping, canyoning, bármilyen jellegű ejtő- és siklóernyő használata, base-jumping, paplanernyőzés, motoros szán használata, küzdősportok, motor nélküli légi járművel történő utazás (személyzet vagy utas minőségben egyaránt), motoros légi járművel történő utazás (személyzet vagy utas minőségben egyaránt) kivéve a személyszállításra vonatkozóan az előírt hatósági engedéllyel üzemelő menetrendszerinti légi járatokon utasként történő utazás, és menetrendben szereplő charter légi járaton történő utazás, lovaglás, valamint minden egyéb jelentős balesetveszéllyel járó sporttevékenység gyakorlása, bármely vízisport a parttól számított 1 km távolságon kívül, bármilyen extrém hosszú (ultra) távú, időtartamú illetve minősítésű vagy extrém körülmények között megrendezett sportversenyen történő részvétel vagy ilyen jellegű nem versenyszerű sporttevékenység.

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

(13) Hegymászás: a hegyvidéken történő gyalogtúrázás, ha annak során a Biztosított a kijelölt turistaútról letér vagy az útvonal gleccseren vezet át, vagy az útvonalak 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 teljesülnek** az előbb leírt feltételek (pl. az útvonal egy része, "Klettersteig" / "via Ferrata" jellegű, vagy gleccseren vezet át), akkor **az adott útvonal egyéb szakaszain történő tartózkodás is hegymászásnak minősül.** A hótalpas túrázás kizárólag akkor minősül hegymászásnak, ha a fenti feltételek valamelyike teljesül az útvonal bármely részére.

(14) 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 esetén.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nem minősül közlekedési balesetnek:

(a) a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre, (b) a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű, vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.

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

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

(25) Külföld: Magyarországon és a lakóhely országán kívüli Európa (10) területe, kivéve, ha a Biztosított az adott ország állampolgára. A külképviseletek területe a biztosítási szerződés vonatkozásában nem minősül a képviselt állam területének, hanem azon ország területének tekintendő, amelynek területén földrajzilag található.

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

(27) Lakóhely országa: Az az ország, ahol a Biztosított állandó lakóhelye van.

(28) Online szerződéskötő rendszer: a biztosító használatában álló, vagy általa jóváhagyott elektronikus szerződéskötő alkalmazások, amelyek alkalmasak az utasbiztosítási szerződés megkötésére.

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

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

(31) 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.

(32) 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.

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

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

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

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

(d) baleset folytán azonnali orvosi ellátásra szorul.

(34) Szolgáltatás-táblázat: az I. Általános Feltételek 9.(7) pontja, amely termékenként az egyes szolgáltatásokra vonatkozóan meghatározott maximális biztosítási összegeket tartalmazza.

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

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

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

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

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

(3) **Biztosított** lehet az a természetes személy, akinek az életével, egészségi állapotával, a külföldi utazása során végzett tevékenységeivel, útipoggyászával és gépjárművével kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön, feltéve, hogy az adott személy **külföldi állampolgár és a biztosítási időszak alatt Magyarországon a Generali Biztosító Zrt. által nyújtott STÚDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítással rendelkezik.**

Kizárólag a II. „E) Poggyászbiztosítás” vonatkozásában a biztosítási szerződés Szerződője is Biztosítottnak minősül, ha a Szerződő nem természetes személy, és ha a Biztosított személy birtokában lévő útipoggyász egy része, vagy egésze a Szerződő tulajdonában áll.

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

- **kárbiztosítás esetén a biztosított,**

- **összegebiztosítás esetén a kedvezményezett.**

(1) A Biztosító szolgáltatására a Biztosított, annak halála esetén az örököse jogosult.

Ha egy kötvényen több Biztosított személy szerepel, akkor is kizárólag a biztosítási esemény által közvetlenül érintett biztosított személy jogosult a szolgáltatásra, a rá vonatkozó szerződéses jogviszonynak megfelelően (pl. betegség vagy baleset esetén, aki beteg vagy balesetet szenvedett, poggyász-kár esetén, akinek a tulajdonában álló útipoggyászt érintette a kár stb).

(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 hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis. A Biztosított életében esedékes balesetbiztosítási szolgáltatások Kedvezményezettje a Biztosított, ha a szerződésben más Kedvezményezettet nem neveztek meg. A Biztosított halála esetén a Balesetbiztosítási szolgáltatások Kedvezményezettje a Biztosított örököse, ha a szerződésben más Kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a Kedvezményezett jelölése hatályát veszítette, illetve érvénytelen. A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. Ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét a biztosító szolgáltatása az örökösöket illeti meg, és a kedvezményezett abból nem részesülhet.

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

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

(2) A biztosítási szerződés a Szerződő ajánlatának Biztosító által történő elfogadásával jön létre, melyet a biztosítási kötvény tanúsít. A biztosítási **szerződés létrejöttének feltétele, hogy a Biztosított** a szerződés létrejöttének időpontjában **Magyarország területén tartózkodjon.**

(3) Az ajánlattevő ajánlatához annak megtételétől számított tizenöt napig, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, hatvan napig van kötve. (Ptk. 6:443. § [A szerződés megkötése])

(4) A biztosító ráutaló magatartása fogyasztói szerződésben (Ptk. 6:444. §)

a) Ha a szerződő fél fogyasztó, a szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított tizenöt napon belül - ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, hatvan napon belül - nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették.

b) Az a) bekezdés szerinti esetben a szerződés - az ajánlat szerinti tartalommal - az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

c) Ha a kockázatelbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, az ajánlatot a biztosító csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az ajánlati lapon a figyelmet kifejezetten felhívta, és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

d) Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a biztosító általános szerződési feltételétől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az általános szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított tizenöt napon belül a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

(5) A Ptk. 6:452 § alapján a Szerződő köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett. A biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

A szerződő fél köteles a lényeges körülmények változását a biztosítónak írásban bejelenteni.

A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében. Ha a szerződés több vagyontárgyra vagy személyekre vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi vagyontárgy vagy személy esetén nem hivatkozhat. A közlésre és a változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

(6) A biztosítás díja a szerződés létrejöttekor esedékes.

4. A kockázatviselés

A biztosító kockázatviselése a biztosítási időszakon belül egy adott külföldi utazás megkezdésének időpontjában kezdődik meg, feltéve, hogy a biztosítási díj teljes összege ezt megelőzően a Biztosító (vagy megbízottja, illetve képviselője) pénztárába bizonyíthatóan befizetésre került vagy számlájára beérkezett, és legfeljebb 15 napig tart.

5. A szerződés illetve a kockázatviselés megszűnésének esetei

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

(a) a biztosítási szerződésben meghatározott lejáratú időpontban,

(b) a Biztosított halála esetén,

(c) amikor a Biztosított személy a 70. életévét betölti,

(d) ha egy biztosítási időszakon belül két olyan bejelentett biztosítási esemény történt, melyekre vonatkozóan a Biztosító szolgáltatott, akkor időrendben a második alkalommal bejelentett biztosítási eseménnyel kapcsolatos szolgáltatási igény Biztosító általi teljesítésével egyidejűleg (10. (3) pont).

6. A biztosítás területi hatálya

(1) A biztosítási szerződés hatálya **külföldre, ezen belül Európára** terjed ki. Amennyiben a Biztosított valamely Európán kívüli ország állampolgára, és a Magyarország területéről légiúton az állampolgársága szerinti országba utazik, akkor a biztosítás területi hatálya a légi utazás időtartamára – az állampolgárság szerinti ország területére történő belépésig – Európán kívüli területekre is kiterjed. Az Európán kívüli fedezet időtartama utazásonként az oda- és a visszaút alkalmával folyamatosan legfeljebb egy-egy nap lehet.

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

- II. D) Balesetbiztosítás részben: Baleseti halál, Baleseti rokkantság,

- II. E) Poggyászbiztosítás részben: közlekedési balesettel összefüggésben vállalt szolgáltatások.

(3) **A biztosítási szerződés területi hatálya nem terjed ki:**

- Fehéroroszország, Oroszország, Ukrajna területére, valamint

- **azokra az országokra, illetve térségekre, amelyeket a biztosítási esemény bekövetkezésének napján Magyarország külügyekért felelős minisztériuma az I. Utazásra nem javasolt térségek kategóriába sorol (lásd a <https://konzinfo.mfa.gov.hu/utazasra-nem-javasolt-tersegek>) és a beutazást nem javasolja.**

Ha egy olyan Biztosított személy, akire korábban érvényesen megkötött biztosítási szerződés alapján a minősítés kihirdetésekor fennáll a Biztosító kockázatviselése, ebben az időpontban már az adott területen tartózkodik, akkor a Biztosító kockázatviselése legfeljebb a kihirdetéstől számított 14 napig áll fenn – kivéve, ha a minősítést időközben feloldják.

7.A Biztosított kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettsége

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

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

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

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

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

(5) A kárenyhítés teljes körűen igazolt és szükséges költségei a biztosítási összeg keretei között akkor is a biztosítót terhelik, ha a kárenyhítés nem vezetett eredményre. A szerződő fél és a biztosított a biztosító előírásai és a káresemény bekövetkezésekor adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni. A kizárás szabályai a kárenyhítésre is alkalmazandók.

8. A biztosítási díj

8.1. A biztosítási díj megállapítása

A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének ellenértéke. A biztosítási díj mértékét a biztosítási szerződés tartalmazza. A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító – a szerződés megkötésének időpontjában - érvényes díjszabása alapján, a Biztosított életkorának, a biztosítás tartamának és szolgáltatásainak, valamint területi hatályának a figyelembe vételével történik.

8.2. A biztosítási díj fizetése

(1) A biztosítási szerződés egyszeri díjú. A díjat a szerződés létrejöttkor kell megfizetni.

(2) A Szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díj a Biztosító vagy képviselője (megbízottja) pénztárába befizetésre kerül, vagy a számlájára beérkezik.

9. A Biztosító szolgáltatása

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

(2) A Biztosító egy Biztosított személyre egy adott külföldi utazás vonatkozásában Szolgáltatás-típusonként legfeljebb egy biztosítási eseményre vonatkozóan nyújt szolgáltatást. A biztosítási szolgáltatás összege legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban (lásd (7) bekezdés) és a II. Különös Feltételekben megadott maximális szolgáltatási összeghatárokig terjedhet.

(3) A Biztosító egy biztosítási időszak alatt legfeljebb két biztosítási eseményre vonatkozóan vállal szolgáltatást. 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 eseményre vonatkozóan szolgáltat.

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

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

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

(7) Szolgáltatás-táblázat

Szolgáltatási összeghatárok (Ft-ettől eltérő esetben külön jelölve) - Biztosítási termék neve:	STUDIUM UTASBIZTOSÍTÁSI KÁRTYA
A) Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás (kárbiztosítás)	
Orvosi és mentési költségek térítése összesen:	8 500 000
Ezen belül:	
- mentőhelikopteres mentés	1 500 000
- hegyimentés	750 000
- mentőautóval történő szállítás	750 000
- sürgősségi fogászati ellátás összesen	€ 200
Hazaszállítás megszervezése, a felmerült többletköltségek térítése (mentőrepülőgépes szállítás is orvosilag indokolt esetben)	limit nélkül
Egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatások	24 órás magyar nyelvű segítségnyújtás
Holttest hazaszállításának megszervezése, a felmerült költségek térítése	2 000 000
B) További utazási segítségnyújtás (kárbiztosítás)	
Hazautazás időpontjának változása betegség vagy baleset miatt	
- Biztosított részére szállásköltség összesen (max. 7 éj)	€ 200
- hozzátartozó részére szállásköltség összesen (max. 7 éj)	€ 200
- hozzátartozónak a Biztosítottal egy időben történő hazautazása miatt felmerülő közlekedési többletköltségek térítése	150 000
Utastárs szállásköltségének térítése a biztosított kórházi tartózkodása alatt összesen (max. 7 éj)	€ 200
Beteglátogatás: - közlekedési költségek	300 000
- szállásköltség összesen (max. 7 éj)	€ 200
Gyermek hazaszállítása (ezen belül indokolt szállás-költség max. € 100 /fő/éjszaka)	300 000
Idő előtti hazautazás	150 000
Pénzsegély-közvetítés	250 000
Információ útiokmány elveszése esetén	szolgáltatás
C) Gépjármű-segítségnyújtás alapszolgáltatások (kárbiztosítás)	
Információ autómentő-cégről	szolgáltatás
Segítségnyújtás személygépjármű hazahozatalához a biztosított betegsége vagy balesete esetén (sofőr-küldés)	100.000
D) Balesetbiztosítás (összegbiztosítás)	
Baleseti eredetű halálra vonatkozó biztosítás	500 000
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás (100 %)	500 000
Közlekedési baleseti halálra vonatkozó biztosítás (baleseti halál szolgáltatáson felül)	1 000 000
E) Poggyászbiztosítás (kárbiztosítás)	
Útipoggyászra vagy útiokmányra vonatkozó térítés összesen:	100 000
Ezen belül:	
- tárgyankénti limit	25 000
- csomagonkénti limit	50 000

- útiokmányok pótlására vonatkozó költségtérítés	10 000
F) Poggyászkésedelem (külföldön) (kárbiztosítás)	
- 24 órát meghaladó poggyászkésedelem esetén fizetendő átalányösszeg	25 000

(8) 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.

(9) A kapcsolattartás nyelve

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

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

(11) A Biztosító az EUR devizanemben meghatározott szolgáltatási összeghatárral rendelkező szolgáltatásnál a kifizetést banki átutalás útján EUR-ban teljesíti. Forintban történő kifizetés esetén a biztosító az EUR összeg átszámítását a Magyar Nemzeti Bank által a kifizetés napján meghatározott aktuális EUR-HUF árfolyamon végzi.

10. A Biztosító teljesítésének feltételei

10.1. Biztosítási esemény bejelentésének kötelezettsége

(1) A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő, illetve a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben 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 kideríthetetlené válik.

(2) Az A) Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás, valamint a B) További utazási segítségnyújtás fejezetek szolgáltatásaira vonatkozó szolgáltatási igényeket az EUB-Assistance éjjel-nappal hívható telefonszámán (+36 1 465 3666) haladéktalanul, de legkésőbb 24 órán belül kell bejelenteni (feltéve, hogy a bejelentés objektív lehetősége fennáll).

BETEGSÉG VAGY BALESET esetén:

<https://eoperation.europ-assistance.hu/travel-5>



INTERNETES TELEFONÁLÁS – bármely szolgáltatás esetén:

https://eoperation.europ-assistance.hu/webrtc/M_EUB_HU



A bejelentési kötelezettség akkor minősül teljesítettnek, ha:

a) a bejelentő által indított telefonhívás eredményeként:

- vagy létrejött az élőszavas telefonos kapcsolat az EUB- Assistance-szal, és a beszélgetés során a kapcsolattartáshoz és a szolgáltatás szervezéséhez szükséges adatok megadásra kerültek,
- vagy a telefonhívás során a menürendszerből az online bejelentés választását követően az SMS-ben megkapott linken elérhető online bejelentés felületén megadásra kerülnek a kapcsolattartáshoz és a szolgáltatás szervezéséhez szükséges adatok és ezen bejelentés EUB- Assistance részéről történt e-mailes visszaigazolása a bejelentő részére hozzáférhetővé vált, vagy

b) a szolgáltatási igény típusának megfelelő linken (Betegség vagy baleset esetén: <https://eoperation.europ-assistance.hu/travel-5>) elérhető online bejelentő felületen a bejelentő által megadásra kerülnek a kapcsolattartáshoz és a szolgáltatás szervezéséhez szükséges adatok és ezen bejelentés EUB- Assistance részéről történt e-mailes visszaigazolása a bejelentő részére hozzáférhetővé vált.

Akadályoztatás esetén, az akadály elhárultát követően haladéktalanul meg kell tenni a bejelentést annak érdekében, hogy minden, a kárral kapcsolatos lényeges körülmény megismerhető legyen.

A bejelentés során a Biztosított kötelezettsége, hogy:

- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos minden tényről és adatról haladéktalanul tájékoztassa az EUB- Assistance-ot
- a kárt lehetőségekhez képest elhárítsa, illetve csökkentse és ennek során az EUB-Assistance útmutatását kövesse.

Ha a biztosítási eseménnyel kapcsolatos szolgáltatás igénybe vétele – a Biztosítottnak felróható okból – nem az EUB-Assistance illetve a Biztosító jóváhagyásával történt, akkor a Biztosító szolgáltatása az ebből eredő többletköltségekre nem terjed ki.

(3) A (2) pontban meghatározott szolgáltatásokra vonatkozó igények kivételével, a biztosítási eseményt legkésőbb annak bekövetkezését követő 30 napon belül kell bejelenteni a Biztosító Ügyfélszolgálati irodája felé (1132 Budapest, Váci út 36-38., E-mail: karrendezes@eub.hu, tel.: (1) 452-35-80, fax: (1) 452-33-12, aktuális nyomtatványok letölthetők, valamint **online kárbejelentés: www.eub.hu**) a feltételekben a teljesítés feltételeként előírt dokumentumok benyújtásával.

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

10.2. A teljesítéshez szükséges dokumentumok

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

A szolgáltatási igény előterjesztésekor az alábbiakban felsorolt iratokat, valamint - szolgáltatás típustól függően - a II. Különös feltételek részben az egyes szolgáltatásokra vonatkozóan meghatározott iratokat kell késedelem nélkül benyújtani, ha ez a bejelentett igény jogalapjának vagy összegszerűségének megállapításához szükséges és rendelkezésre áll, illetve az adott kárral kapcsolatban beszerezhető és a beszerzése a Szerződőtől, Biztosítottól, egyéb kifizetésre jogosulttól általában elvárható:

- (1) a biztosítási kötvényt, továbbá más biztosítónál azonos biztosítási érdekre megkötött és a biztosítási esemény napján is hatályos biztosítási szerződésre vonatkozó kötvényt, vagy más igazoló dokumentumot,
- (2) a Biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul, és a valóságnak megfelelően kitöltött és a biztosított illetve a kedvezményezett vagy meghatalmazottja által aláírt szolgáltatási igénybejelentőt,
- (3) 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,

(4) a külföldi utazással kapcsolatos összes utazási dokumentumot (teljes útvonalra szóló menetjegyek /repülő-, busz-, vonat- és hajójegy/, beszállókártyák, tankolási számlák, autópálya-matricák és kapu/alagút használati díjak számlái és azok megfizetését igazoló bizonylatok), útlevelet és vízummásolatot, szállásfoglalás visszaigazolását, hazaszállítás esetén útvonalleírást,

(5) forgalmi engedély másolatát, valamint szervezett társasutazás esetén utazási szerződés másolatát,

(6) baleseti jegyzőkönyvet,

(7) közlekedési baleset vagy azzal összefüggő esemény esetén az illetékes hatóság által kiállított részletes helyszíni jegyzőkönyvet és a vizsgálatot lezáró határozatot,

(8) a véralkoholszint megállapítására vonatkozó rendőrségi vagy orvosi szakvéleményt,

(9) ha a szolgáltatási igény vonatkozásában nem a jogosult kíván eljárni, akkor az erre vonatkozó eredeti meghatalmazást.

10.3. A Biztosító teljesítésének esedékessége

(1) A biztosító köteles a kárrendezéshez nélkülözhetetlen dokumentumok beérkezésétől számított 15 napon belül, de ezek beérkezésének hiányában is legkésőbb a szolgáltatási igény benyújtásától számított egy hónapon belül a biztosítási szolgáltatásra jogosult személynek:

a) kellően megindokolt javaslatot tenni a szolgáltatására azokban az esetekben, amelyekben a szolgáltatási kötelezettségének fennállását és a szolgáltatásának mértékét jogcímenként (beleértve a kamatra vonatkozó tájékoztatást) összegszerűen megállapította, vagy

b) indokolással ellátott választ adni a szolgáltatási igényben foglalt egyes követelésekre azokban az esetekben, amikor a szolgáltatási kötelezettségét nem ismeri el, az nem egyértelmű vagy a teljes szolgáltatását összegszerűen nem állapította meg.

(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.

11. A Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól

11.1. 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 az általános szerződési feltételben meghatározott munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk okozta,

(2) a Szerződő vagy a Biztosított valamely kármegelőzési és/vagy kárenyhítési kötelezettségének nem tett eleget.

11.2. A Biztosító a súlyos gondatlanság fennállását a konkrét eset összes körülményét értékelve mérlegeli. Mindezek alapján a súlyos gondatlanság megvalósulásának értékelése során a Biztosító a következő körülményeket veheti figyelembe:

(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. Kizárólag abban az esetben, ha az eseményre vonatkozó hivatalos jegyzőkönyv vagy orvosi dokumentáció az alkoholos állapot tényén kívül a biztosítási eseményt követően legfeljebb egy órán belül elvégzett véralkohol vizsgálat eredményét is rögzíti, akkor jelen feltételek vonatkozásában kizárólag a 0,5 ezreléket meghaladó véralkohol érték minősül alkoholos állapotnak.

(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.

11.3. „D) Balesetbiztosítás” esetén a Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a Biztosított halálát a biztosítási összegre jogosult szándékos magatartása okozta.

12. Kizárások

12.1. Nem fedezi a biztosítás azon eseményeket, amelyek oka egészben vagy részben: járványügyi intézkedések, kóros elmeállapot, ionizáló sugárzás, nukleáris energia, háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény (kivéve a V. rész A) 2.6. pont szerinti szolgáltatás vonatkozásában), munkahelyi rendbontás, határviillongások, felkelés, a Biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete, gyógyszer-, alkohol- vagy drog-elvonás.

12.2. 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,

(2) fizikai munkavégzés,

(3) bármely fegyver használata,

(4) extrém sportok gyakorlása.

12.3. 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.

12.4. A Biztosító a különös feltételekben az egyes szolgáltatás-típusoknál a fentiekén túl további kizárásokat is alkalmaz.

13. Elévülési idő

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

(2) Az elévülési idő a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában kezdődik.

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

14. (1) Az elévülési időszak tartama

A 13.(1) pont alapján a biztosítási szerződésből eredő igények 2 év elteltével évülnek el, mellyel a Biztosító eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésében meghatározott általános 5 éves elévülési időtől.

II. Különös Feltételek

A) Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás

1. Biztosítási esemény

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

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

2. Az egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás szolgáltatásai

2.1. Orvosi és mentési költségek térítése

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

(a) orvosi ellátás, valamint az orvos által névre szólóan felírt gyógyszer, diagnosztikai vizsgálatok, valamint mankó, térd-, könyökrögző, kompressziós harisnya,

(b) orvoshoz vagy kórházba történő betegszállítás mentőautóval, illetve indokolt esetben hegyi, 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 rendelvényre vásárolt gyógyszerekkel együtt,

(f) baleseti eredetű szájszészeti ellátás,

(2) 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.

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

(4) 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 Magyarország területére történő szállítását vagy hazautazását.

(5) 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 Magyarország területére történő hazaszállításának vagy hazautazásának megszervezését, és az emiatt felmerülő közlekedési többletköltségek, valamint az orvosilag indokolt kísérőszemélyzet költségének megtérítését:

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatások

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

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

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

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

2.4. Baleset vagy betegség miatt felmerülő egyéb költségek megtérítése

A Biztosító megtéríti a biztosítási esemény következtében külföldön felmerült **alábbi költségeket összesen legfeljebb 60 000 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 kommunikációs (pl. telefon-, fax-, internet) költségeket legfeljebb 30 000 Ft-ig.

2.5. Holttest hazaszállításának megszervezése, a felmerült költségek térítése

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

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

2.6. 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. A Biztosító nem vállal szolgáltatást, ha a Biztosított a helyi hatóságok által közzétett tiltás ellenére tartózkodott az adott területen.

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki bármely biológiai illetve vegyi anyaggal elkövetett terrorcselekményre.

3. Az „A) Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás” szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok:

Az I. Általános feltételek 10.2. pontban felsorolt dokumentumokon felül a Biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának vagy összegszerűségének megállapításához szükséges és rendelkezésre áll, illetve az adott kárral kapcsolatban beszerezhető és a beszerzése a Biztosítottól, egyéb kifizetésre jogosulttól általában elvárható:

(a) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, annak bekövetkezésétől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi szakvélemény,

(b) a Biztosító kérése alapján a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó előzményi adatok,

(c) a felmerült költségek (pl. külföldi orvosi ellátás, gyógyszer, telefon, szállás stb.) névre szóló, eredeti számlái,

(d) a Biztosító kérése alapján a hazautazást követően a lakóhely országában, a káreseménnyel összefüggésben keletkezett orvosi szakvélemények,

(e) mentési jegyzőkönyv,

(f) táppénzes igazolás és a lakóhely országában ellátást nyújtó kórház igazolása a kórházi fekvőbeteg ellátásról (zárójelentés),

(g) 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.

4. Kizárások az A) Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás, B) További utazási segítségnyújtás, és C) Gépjármű-segítségnyújtás alapszolgáltatások esetén (az I. Általános feltételek 12. 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 olyan egészségi állapot (pl. betegség, panasz, tünet), amellyel 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.

b) továbbá amelyek összefüggésben állnak a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodásával.

(2) A kockázatviselés nem terjed ki továbbá: pszichiátriai és pszichés megbetegedésekre (ideértve a szorongásos, depressziós és egyéb hangulatzavarral járó betegségeket is), kontrollvizsgálatra, utókezelésre, ápolásra, fizioterápiás kezelésre, akupunktúrára, természetgyógyász által nyújtott kezelésre, gyógytornára, védőoltásra, rutin-, illetve szűrővizsgálatokra, közeli hozzátartozó által

nyújtott kezelésre, 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.

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 a B) 2-5. pontban leírt költségek megtérítését az ott leírt körülmények fennállása, valamint a Biztosítottat érintő V. rész A)1. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkezése esetén vállalja, a további pontokban leírt szolgáltatásokat pedig az ott meghatározott biztosítási esemény bekövetkezésekor.

(3) Ha a biztosítási eseménnyel kapcsolatos szolgáltatás igénybe vétele – a Biztosítottnak felróható okból – nem az EUB-Assistance illetve a Biztosító jóváhagyásával történt, akkor a Biztosító szolgáltatása az ebből eredő többletköltségekre nem terjed ki.

2. Hazautazás időpontjának változása betegség vagy baleset miatt

A Biztosító megtéríti a Biztosított és a vele együtt külföldön tartózkodó közeli hozzátartozóinak vagy egy utastársának 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 vele együtt külföldön tartózkodó közeli hozzátartozóinak vagy egy utastársának a szállás-költségeit.

4. Beteglátogatás

A Biztosító megtéríti a Biztosított egy közeli hozzátartozója vagy gondviselője részére a beteglátogatás (lakóhely országából a Biztosított tartózkodási helyére történő oda- és visszautazás) 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. Gyermek 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 többletköltségeit, 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 többletköltségeit, 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. 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 valutában történő átváltása a Biztosító által megjelölt bank megfelelő valuta eladási árfolyamán történik. Az átutalás tranzakciós költségei a Biztosítottat terhelik.

8. 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.

9. A B) További utazási segítségnyújtás és a C) Gépjármű-segítségnyújtás alapszolgáltatások esetén a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok (az I. Általános feltételek 10.2. pontban és az A) 3. pontban felsorolt dokumentumokon felül):

- (1) utazási költségekre vonatkozó igény esetén – a szolgáltatás teljesítését megelőzően - el kell juttatni az EUB-Assistance-hoz az eredetileg tervezett hazautazásra szóló menetjegyet, utazási szerződést, vagy – saját gépjárművel történő utazás esetén – annak forgalmi engedélyét, és a vezető jogosítványát,
- (2) a “Sofőr küldés a Biztosított betegsége vagy balesete esetén” szolgáltatás esetén a szolgáltatást megelőzően el kell juttatni a Biztosított gépjárművezetésre való alkalmatlanságát igazoló – a külföldi ellátó orvos által kiállított - szakvéleményt, és a gépjármű forgalmi engedélyének és a Biztosított jogosítványának másolatát,
- (3) szállásköltségekre vonatkozó igény esetén az eredetileg foglalt szállásra vonatkozó számlát.

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

C) Gépjármű-segítségnyújtás alapszolgáltatások

1. 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!**

2. Segítségnyújtás személygépjármű hazahozatalához a Biztosított betegsége vagy balesete esetén (sofőr-küldés)

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 bejelentsék. A Biztosító a szolgáltatást nem köteles a biztosítási időtartam utolsó napja előtt nyújtani.**

3. A „C) Gépjármű-segítségnyújtás alapszolgáltatások”-ra vonatkozóan a teljesítéshez szükséges dokumentumok leírása a B) 9. részben található!

4. A „C) Gépjármű-segítségnyújtás alapszolgáltatások”-ra vonatkozóan a Kizárások az A) 4. részben találhatóak!

D) Balesetbiztosítás

1. Baleseti eredetű halálra vonatkozó biztosítás

1.1. Biztosítási esemény

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

1.2. A Biztosító szolgáltatása

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

(2) Ha a Biztosított elhalálását megelőzően a Biztosító ugyanazon biztosítási eseményből következően baleseti maradandó egészségkárosodásra vonatkozó (rokkantsági) szolgáltatást is teljesített, akkor a baleseti

2. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás

3.1. Biztosítási esemény

(1) Az a baleset, amelynek következtében a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 2 éven belül, de legfeljebb két év elteltével 25 %-ot elérő vagy meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodást szenved, feltéve, hogy a baleset a külföldi szakorvos által is igazolt olyan anatómiai károsodást okozott, amely a baleset helyszínén sürgősségi gyógyító beavatkozást indokolt.

(2) Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan állandósult testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza. A maradandó egészségkárosodás mértékének alapját a baleset alkalmával elszenvedett anatómiai károsodáshoz társult maradandó funkciócsökkenés határozza meg.

(3) Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakulnak, stabilnak tekinthető. A maradandó egészségkárosodás mértékének meghatározására a végállapot kialakulását követően a rendelkezésre álló orvosi iratok alapján és – ha ennek elvégzése orvosilag indokolt – személyes orvosi vizsgálatot követően kerül sor a MABISZ balesetbiztosítási orvosszakértői útmutatója irányelveinek figyelembe vételével.

(4) A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi, stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

(5) A biztosítási esemény bekövetkezéének időpontja a baleset időpontja.

3.2. A Biztosító szolgáltatása

(1) A Biztosító a szolgáltatását akkor teljesíti, amikor a 3.1 pont szerinti maradandó egészségkárosodás mértéke véglegesnek tekinthető. Ha az egészségkárosodás mértéke folyamatosan változik, a Biztosító legkésőbb a baleset bekövetkezésének időpontját követő 2 év elteltével állapítja meg a szolgáltatás mértékét, az időtartam utolsó napján fennálló állapot szerint.

(2) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási összegből a maradandó egészségkárosodás %-os mértékének megfelelően arányos összegű szolgáltatást nyújt.

(3) A térítés mértékét (az egészségkárosodás fokát) a Biztosító orvosszakértője állapítja meg a MABISZ balesetbiztosítási orvosszakértői útmutatójának és az adott eset összes körülményének figyelembe vételével.

(4) Ha a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítása érdekében a Biztosító orvosa indokoltnak tartja, személyes orvosi vizsgálatot végezhet, illetve egyéb szükséges vizsgálatokat (pl. röntgen, ultrahang) írhat elő a Biztosított részére. A Biztosító orvosa által végzett személyes vizsgálat, illetve az általa előírt vizsgálatok költségei a Biztosítót terhelik, a Biztosító vállalja továbbá a Biztosított lakhelyéről a vizsgálat helyszínére történő utazás közlekedési költségeinek megtérítését névre szóló számla alapján. A Biztosító által meghatározásra kerülő maradandó egészségkárosodás fokának mértéke más szakértői testületek határozatától független. A munkaképesség-csökkenés, a sporttevékenység abbahagyása, az esztétikai, illetve szociális szempontok önmagukban nem képezik szolgáltatás jogalapját.

(5) Ha a Biztosított a Biztosító orvosa által megállapított elsőfokú döntést a maradandó egészségkárosodás mértékére vonatkozóan nem fogadja el, akkor újabb szakvizsgálat céljából háromtagú orvosi bizottságot kell létrehozni. Az orvosi bizottság egyik tagját a Biztosított, másik tagját a Biztosító, a – baleseti sebészeti orvosszakértői jogosítvánnyal rendelkező – elnököt pedig a két fél együttes megállapodása alapján jelölik ki. Az orvosi bizottság működésével kapcsolatos költségeket az a fél viseli, akinek a terhére a döntés születik.

(6) Ha a baleset előtt már meglévő betegségek, vagy fogyatékosságok közrehatottak a maradandó egészségkárosodás mértékében, a Biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékével csökkenti.

(7) Ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül vagy az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, a Biztosító nem nyújt baleseti egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatást.

3. Közlekedési baleseti halálra vonatkozó biztosítás

3.1. Biztosítási esemény

Biztosítási esemény az a közlekedési baleset, melynek során elszenvedett baleseti sérülések következtében a Biztosított a közlekedési balesetet követő egy éven belül elhalálozik.

3.2. A Biztosító szolgáltatása

A Biztosító a Szolgáltatás-táblázatban „Közlekedési baleseti halálra” vonatkozóan megadott biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezett részére (a baleseti halálra vonatkozóan meghatározott szolgáltatási összegben felül).

4. A „D) Balesetbiztosítás”-ra vonatkozóan a teljesítéshez szükséges dokumentumok (az I. Általános feltételek 10.2. pontban felsorolt dokumentumokon felül):

(1) Baleseti eredetű halálra vonatkozó, illetve Közlekedési baleseti 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 iratok: kezelőorvos szakvéleménye, vagy ha készült, a kórbonctani lelet,
- (c) a Kedvezményezett jogosultságát igazoló okirat (jogerős hagyatékátadó végzés vagy annak olyan kivonatos másolata illetve kiadmánya, amely egyértelműen tartalmazza az örökös(ök) megjelölését, és a közjegyző adatait, illetve öröklési bizonyítvány) eredeti példánya vagy hiteles másolata.

(2) Baleseti rokkantságra vonatkozó biztosítás esetén:

- a baleset bekövetkezésétől a szolgáltatási igény benyújtásáig történt külföldi és magyarországi orvosi kezelésekre vonatkozó összes orvosi szakvélemény fénymásolata.

5. KIZÁRÁSOK „D) Balesetbiztosítás” esetén (az I. Általános feltételek 12. pontban felsorolt kizárásokon felül):

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás esetén a kockázatviselés nem terjed ki:

- (a) a porckorongsérvre, és egyéb sérvesedési megbetegedésekre,
- (b) a rándulásos kórismével jelölt sérülésekre,
- (c) a szövődmény nélkül gyógyult ízületi csőtükrözés utáni állapotokra,
- (d) az olyan balesetekre, ahol a friss baleseti eseménnyel közvetlen okozati összefüggésben anatómiai elváltozás a rendelkezésre álló orvosi szakvélemény alapján nem állapítható meg,
- (e) a baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek vonatkozásában a korábbi károsodás mértékéig.

E) 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 biztosítási szerződés Szerződője nem természetes személy, abban az esetben a Szerződő tulajdonát képező, de a Biztosított személy használatában vagy megőrzésében lévő dolgok is útipoggyásznak minősülnek.

Ha egy dolog több biztosított közös tulajdonát képezi, akkor a Biztosító szolgáltatása az adott dolog vonatkozásában biztosítottanként a tulajdonrész arányában jár, az alkalmazandó szolgáltatási összeghatárok pedig a tulajdonrész aráynak megfelelően csökkennek.

- (b) a következő **útiokmányok**: a Biztosított útlevele, személyi igazolványa, lakcímkártyája, jogosítványa, és annak a gépjárműnek a forgalmi engedélye, amelyet a Biztosított az utazás során jogszerűen vezet. Jelen feltételek szempontjából az útiokmányban található vízum nem képezi az útiokmány részét,

(2) Jelen feltételek alkalmazásában nem minősülnek útipoggyásznak (nem Biztosított dolgok):

- (a) ékszerek, nemesfémek, drágakövek, féldrágakövek, vagy ezeket alkotórészként, illetve alapanyagként tartalmazó vagyontárgyak,
- (b) készpénz vagy készpénzt helyettesítő fizetőeszközök használatával, illetve takarékettkönyv, vagy bármilyen értékpapír alapján érvényesíthető pénzkövetelések,
- (c) szolgáltatás igénybevételére jogosító utalványok, kártyák (pl. sibirlet, mobiltelefon feltöltő kártya, belépőjegyek),
- (d) menetjegy, és okmányok (az 1.(1) (c) pontban felsorolt útiokmányok kivételével),
- (e) nemes szőrme, művészeti tárgyak, azonos funkciójú tárgyakkól álló gyűjtemények, művészeti gyűjtemények,
- (f) bármely jármű, vagy szállítóeszköz illetve ezek alkatrészei, tartozékai vagy felszerelési tárgyai (pl. autótetőcsomagtartó, tetőbox, utánfutó, autórádió,-magnó,-CD lejátszó, motoros csomagtároló doboz),
- (g) sporteszközök,
- (h) fegyver és lőszer, hangszerek, bútorok, műfog, műfogsor, fogszabályzó,
- (i) bármilyen jellegű és méretű számítástechnikai eszköz (pl. laptop, notebook, palmtop stb.) és tartozékaik,
- (j) kulcs, elektromos távirányító,

- (k) élelmiszerek, italok, dohányárúk és dohányzáshoz kapcsolódó eszközök (pl. pipa, szivarvágó, öngyújtó stb.),
- (l) munkavégzés céljára szolgáló eszközök, áruminták
- (m) kereskedelmi mennyiségben, illetve a Biztosított személyi szükségleteit meghaladó mennyiségben szállított dolgok

(3) **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,

(4) **sporteszköz, sportfelszerelés:** bármely olyan dolog, amely jellemzően valamely sporttevékenység folytatásához szükséges. Jelen feltételek alkalmazásában sporteszköznek – és nem járműnek vagy közlekedési eszköznek – minősülnek a következő dolgok: kajak, kenu, kerékpár, surf, bármilyen motoros meghajtás és vitorla nélküli evezős csónak (bármely motoros meghajtású csónak vagy vitorlás hajó járműnek minősül), horgászfelszerelés, görkorcsolya, roller, túrabot. Bármely egyéb **közlekedési eszköz, valamint a fegyverek nem minősülnek sporteszköznek**, abban az esetben sem, ha azokat valamely sporttevékenység keretében használják.

(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) **piperecikk:** 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) **gépjármű – csomagtere:** a gépjármű lezárt, beláthatóság ellen védett utastere vagy csomagtartója, kesztyűtartója, továbbá szilárd burkolatú, zárszerkezettel ellátott és lezárt tetőcsomagtartó doboza, valamint motorkerékpár esetén a motorkerékpár szilárd burkolatú, zárszerkezettel ellátott és lezárt, beláthatóság ellen védett csomagtartó doboza.

(9) **személyes felügyelet:** az útipoggyász a Biztosított (vagy kiskorú biztosított esetén valamely nagykorú hozzátartozója) közvetlen közelében, általa jól látható és elérhető helyen úgy van elhelyezve, hogy harmadik személy nem tudja azt fizikai erőszak vagy fenyegetés alkalmazása nélkül elvenni.

(10) **örizetlenül hagyás:** ha az útipoggyász nincs személyes felügyelet alatt elhelyezve.

(11) **műszaki cikk:** Fényképezőgép, video- vagy digitális kamera, mobiltelefon, GPS, CD-, DVD-, vagy MP3 lejátszó, óra, számítógép, valamint bármely elektromossággal (pl. elemmel) vagy gépi meghajtással működő eszköz.

2. Biztosítási esemény

Poggyászbiztosítás vonatkozásában biztosítási eseménynek minősül:

2.1. ha a Biztosított útipoggyásza vagy útiokmányai **megsérülnek, vagy megsemmisülnek** a következő okokkal összefüggésben:

- (1) a külföldön bekövetkező baleset, melynek következtében elszenvedett fizikai sérülések miatt a Biztosított a baleset helyszínén igazoltan azonnali sürgősségi orvosi ellátásban részesül,
- (2) közlekedési baleset,
- (3) szakhatóság által igazolt elemi kár

2.2. ha a Biztosított útipoggyászeit vagy útiokmányait **jogtalanul eltulajdonítják**,

2.3. ha egy menetrendszerű légi, közúti, vasúti vagy vízi **személyszállítást végző cég**, melynek járművén a Biztosított érvényes menetjeggyel utazik, az utazás tartamára a Biztosított **nevére szólóan és az adott cég utazási feltételeinek megfelelően átvett útipoggyászt nem, vagy csak hiányosan szolgáltatja vissza** (a sérülés nem minősül biztosítási eseménynek).

A személyszállító cég kezelésében bekövetkező poggyász-eltűnés vagy -hiány kizárólag akkor minősül biztosítási eseménynek, ha a személyszállító cég a kár bekövetkezésének tényét, és mértékét hitelt érdemlően igazolja és a károkozásért a felelősségét írásban elismeri valamint a hatályos jogszabályok szerinti kártérítési összeget megtéríti vagy a kárt előzőek szerint igazolja, de kifejezetten nem ismeri el a károkozásért a felelősségét. A biztosítási esemény időpontja a menetjegy vagy utazási szerződés szerinti érkezési időpont.

3. A Biztosító szolgáltatása

3.1. Általános szabályok

Az Általános szabályokban meghatározott térítési feltételek és korlátozások a Poggyászbiztosítás fejezetben leírt összes szolgáltatásra érvényesek.

- (1) A Biztosító megtéríti a biztosítási esemény következtében sérült, megsemmisült, vagy eltulajdonított **útipoggyász** biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes használt értékét a Szolgáltatás-táblázatban **E) Poggyászbiztosítás vonatkozásában meghatározott biztosítási összegben belül vagyontárgyanként legfeljebb** a Szolgáltatás-táblázatban **tárgyankénti limitként megadott összeghatárig**, az egy csomagban 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.
A Szolgáltatás-táblázatban a Poggyászbiztosítás részen belül meghatározott speciális szolgáltatások vonatkozásában – a fenti korlátozások figyelembe vétele mellett – legfeljebb az adott szolgáltatás-típusra meghatározott biztosítási összeg az irányadó, de a Biztosító a speciális szolgáltatás-típusokra vonatkozóan együttesen **legfeljebb a Poggyászbiztosításra összesen meghatározott biztosítási összeg teljesítését vállalja**.
- (2) **Ha az útipoggyász beszerzési értéke és a beszerzés időpontja** az újkori beszerzést igazoló, a Biztosított nevére vagy a nem természetes személy Szerződő vagy Díjfizető **névére szóló eredeti számlával nem igazolt**, a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy az általa – **az azonos alapfunkciót ellátó átlagos minőségű dolog átlagos magyarországi egyéves használt értékének alapján** – meghatározott összeget vegye figyelembe a térítés megállapításakor. A használt érték összegét a Biztosító jogosult meghatározni.
- (3) **A tárgy és tartozékai, illetve a páros vagy készletben lévő vagyontárgyak egy dolognak minősülnek**, és ezekre vonatkozóan a Biztosító szolgáltatása legfeljebb a Szolgáltatás-táblázat tárgyankénti limitként megadott összeghatárig terjed páronként, készletenként illetve a tárgyra és tartozékaira összesen.

3.2. Speciális térítési szabályok és szolgáltatás-korlátozások

- (1) **A személyszállító cég** (pl. légitársaság, hajó- vagy busztársaság) **kezelésében eltűnt vagy hiányos útipoggyászra vonatkozó szolgáltatás a következők szerint kerül meghatározásra:**
 - (a) ha a szállítást végző személyszállító cég (pl. légitársaság, busztársaság) a károkozásra vonatkozó felelősségét írásban elismerte, és a hatályos jogszabályok és az utazási szerződés/feltételek szerinti kártérítési összeget a Biztosított részére igazoltan megtérítette, akkor a Biztosító szolgáltatása a **személyszállító vállalat által meg nem térített** teljes útipoggyász-kárra kiterjed a jelen biztosítási feltételekben szereplő kizárások, korlátozások és biztosítási összegek figyelembe vétele mellett,
 - (b) ha a személyszállító cég a kártérítés összegét nem a poggyász tételek tartalma és az adott tárgyak értéke szerint, hanem a poggyász tömege alapján állapítja meg, akkor a Biztosító legfeljebb a biztosítási összeg 50 %-áig vállal kifizetést.
 - (c) **ha a személyszállító cég által okozott kár bekövetkezése hivatalosan igazolt, de annak értéke összegszerűen nem állapítható meg, illetve a Biztosított által a károkozótól kapott kártérítés összege ismeretlen, akkor a Biztosítottat 50 % önrészesedés terheli, és a Biztosító szolgáltatása legfeljebb az adott esemény-típusra vonatkozó biztosítási összeg 50 %-áig terjed.**
 - (d) **a Biztosító kockázatviselése a következő dolgokra nem terjed ki, ha azokat személyszállító cég** (pl. légitársaság, hajó- vagy busztársaság) **megőrzésébe adják át** (pl. feladott csomagban hagyják) **vagy személyes felügyelet nélkül a járműben hagyják:**

útiokmányok, bármely műszaki cikk és tartozékai, szemüveg.

- (e) ha az útipoggyász légitársaság kezelésében tűnt el, és az adott poggyász késedelmes megérkezésére vonatkozóan a Biztosító ugyanazon légiútra vonatkozóan a különös feltételek F) Poggyászkésedelem része alapján szolgáltatást teljesített, akkor a Poggyászbiztosítás szolgáltatás összegéből a Poggyászkésedelem címen fizetett összeg levonásra kerül.
- (f) **A Biztosító szolgáltatása legfeljebb a személyszállító vállalat által meg nem térített összegre terjed ki.**

- (2) **Lakókocsból és lakóautóból** eltulajdonított útipoggyászra vonatkozóan a biztosító kockázatviselése kizárólag abban az esetben terjed ki, ha a biztosítási esemény bekövetkezésekor a lakókocsit illetve a lakóautót a helyi hatóság által engedélyezett, őrzött kempingben igazoltan szállás céljára használják.
- (3) **Útiokmányokra vonatkozó szolgáltatás**

Biztosítási esemény következtében eltulajdonított, megsemmisült vagy használhatatlanná vált **útiokmányok esetén** a biztosító megtéríti a biztosítási esemény bekövetkezését követő legfeljebb 30 napon belül a hazatérési engedély kiállításának konzulátusi költségét, valamint az útiokmányok pótlásának

jogszabály által előírt költségeit biztosítási eseményenként legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban „útiokmányok pótlására vonatkozó költségtérítés”-ként meghatározott összegig.

- (4) **Gépjármű csomagterében** tárolt útipoggyászokra vonatkozóan a biztosító szolgáltatása legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban a Poggyászbiztosításra vonatkozóan meghatározott **biztosítási összeg 50 %-áig** terjed, kivéve a következő dolgokra vonatkozóan, melyekre a Biztosító ebben az esetben egyáltalán nem nyújt szolgáltatást: útiokmányok, bármely műszaki cikk és tartozékai,
- (5) **Dioptriás szemüveg vagy kontaktlencse sérülése, megsemmisülése, vagy eltulajdonítása** esetén a Biztosító a szemüveg vagy kontaktlencse számlával igazolt pótlását, vagy javítását téríti meg legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban tárgyankénti limitként megadott összeg 50 %-áig. A szolgáltatás feltétele, hogy a javítás vagy pótlás legkésőbb a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 30 napon belül megtörténjen.
- (6) **Pipercikkek**re (pl. kozmetikumok, tisztálkodási szerek és eszközök) a szolgáltatás legfeljebb a **tárgyankénti limiting** terjed ki.
- (7) **Strandon** vagy egyéb fürdőhelyen történő poggyász-eltulajdonítás esetén a Biztosító legfeljebb a **biztosítási összeg 10 %-áig** vállal szolgáltatást
- (8) **Adathordozókra** vonatkozó szolgáltatás: az adathordozók a lejátszó készülék tartozékának minősülnek. Az azonos funkciójú adathordozók együttesen - darabszámuktól függetlenül - a Biztosító térítése szempontjából abban az esetben is legfeljebb egy tárgynak minősülnek, amikor a lejátszóra nem terjed ki a szolgáltatási igény.

3.3. A Biztosított kármegelőzési kötelezettségei

A külföldi utazás során a Biztosított az alábbi kármegelőzési kötelezettségeknek köteles eleget tenni:

- (a) Ha poggyászt tartalmaz, a járművet őrzött parkolóban kell elhelyezni, vagy a poggyászt a járműből ki kell venni, és őrzött helyen kell tárolni,
- (b) 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),
- (c) okmányokat, műszaki cikkeket, órát nem szabad a járműben, valamint személyszállító cég kezelésébe adott útipoggyászban hagyni,
- (d) ha a jármű riasztóval van felszerelve, azt be kell kapcsolni,
- (e) a poggyászt a szálláshelyre történő megérkezés után a lehető leggyorsabban el kell helyezni a szálláson, ruhatárban, vagy csomagmegőrzőben.

3.4. A Biztosított kárenyhítési kötelezettségei

A bekövetkezett poggyászkár felfedezése után a Biztosított köteles:

- (a) a lehető legrövidebb időn belül a bűncselekmény elkövetésének vagy a baleset bekövetkezésének tényét és körülményeit az elkövetés helye szerint illetékes külföldi rendőrségnél, vagy az esemény helye szerint illetékes egyéb hatóságnál, valamint – ha menetrendszerű járművön történt a biztosítási esemény - a közlekedési vállalatnál - ha a szálloda vagy kemping illetékességi körében történt a biztosítási esemény – a szállodánál vagy kempingnél bejelenteni, feljelentést tenni, és helyszíni szemlét és névre szóló részletes jegyzőkönyvet kérni.
- (b) 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),
- (c) 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. Az „E) Poggyászbiztosítás” szolgáltatások teljesítéséhez benyújtandó dokumentumok (az I. Általános feltételek 10.2. pontban felsorolt dokumentumokon felül):

- (1) bármely lopás vagy rablás esetén az esemény helyét, idejét és leírását, a károsultak nevét, és személyi adatait, valamint az eltulajdonított, elrabolt tárgyak részletes megjelölését és értékét feltüntetve, az illetékes külföldi rendőrség által kiállított jegyzőkönyvet,
- (2) szálloda vagy kemping területén történt lopás, vagy rablás esetén a rendőrségi jegyzőkönyvön kívül a szálloda vagy kemping üzemeltetője által készített jegyzőkönyvet is,
- (3) személyszállító vállalat által ki nem szolgáltatott útipoggyász esetén: a Biztosított nevére szóló menetjegyet, a beszállókarttyát (légipoggyász-károk esetén), a személyszállító vállalat által a poggyász átvételkor a Biztosított nevére szólóan kiállított poggyász-feladóvevényt, a hiányzó poggyászáról a személyszállító cég felé tett bejelentést (amely tartalmazza az eltűnt dolgok tételes felsorolását és azok

értékét), a poggyász-hiányról a csomag-kiadás szokásos helyén (pl. légitpoggyász-károk esetén az érkezési repülőtéren) rögzített bejelentést, valamint a személyszállító vállalat által – az adott feladóvevényen szereplő poggyász eltűnéséért vállalt - felelősség elismerésére vonatkozó jegyzőkönyvet, melynek tartalmaznia kell a károsult személy nevét, személyi adatait, azt, hogy a térítés meghatározása az eltűnt dolgok értéke vagy tömege alapján történt, és a személyszállító cég által fizetett kártérítés összegét, illetve ha a poggyász eltűnéséért a személyszállító vállalat a felelősségét nem ismeri el és kártérítést nem vállal, akkor az erről szóló írásbeli nyilatkozatot, valamint a személyszállító vállalat által a kár bekövetkezésének tényét és mértékét hitelt érdemlően igazoló, dokumentumot,

(4) a vagyontárgy újkori beszerzésének időpontját és értékét igazoló – a Biztosított nevére szóló – eredeti számlát, ha az rendelkezésre áll,

(5) útiokmányok pótlására vonatkozóan a felmerült költségeket igazoló, a Biztosított nevére szóló, eredeti számlát,

(6) elemi kárra vonatkozóan a szakhatóság (illetékességtől függően pl. meteorológiai intézet, rendőrség, tűzoltóság) igazolását az elemi kár bekövetkezéséről, valamint - ha a kár kemping területén történt - a kemping üzemeltetője által kiállított, a kár időpontját, mértékét és jellegét, a károsult dolgok felsorolását, valamint a károsult személyeket pontosan leíró jegyzőkönyvet,

(7) sérült útipoggyászra vonatkozó igény esetén a sérült dolog eredeti beszerzésére vonatkozó számlát, a javításra vonatkozó számlát, ha a sérült dolog nem javítható, az erre vonatkozó szakértői jegyzőkönyvet, valamint sérült dioptriás szemüveg esetén az újrapótlásra vonatkozó számlát.

5. Kizárások az E) Poggyászbiztosítás esetén (az I. Általános feltételek 12. pontban felsorolt kizárásokon felül.)

Nem téríti meg a Biztosító:

(1) az útipoggyász elvesztése, elhagyása, elejtése, vagy – kivéve lezárt lakóépületben vagy gépjárműben hagyott dolgok esetén – őrizetlenül hagyása miatt bekövetkező károkat,

(2) a Biztosító kockázatviselése a következő dolgokra nem terjed ki, ha azokat személyszállító cég (pl. légitársaság, hajó- vagy busztársaság) megőrzésébe adják át (pl. feladott csomagban hagyják) vagy személyes felügyelet nélkül bármely járműben hagyják: útiokmányok, óra, bármely műszaki cikk (pl. mobiltelefon, számítógép) és tartozékaik,

(3) gépjárműben vagy lakóépületben hagyott dolgok eltulajdonítása esetén, ha az erőszakos behatolás egyértelműen nem dokumentált,

(4) a helyi idő szerint este 20 és reggel 8 óra között a gépjárműben hagyott dolgok eltulajdonításával okozott kárt,

(5) sátorozás közben bekövetkező lopás vagy rablás miatti kárt, ha a sátorozás nem az erre hatóságilag kijelölt helyen történik,

(6) adathordozók kárai esetén az adatvesztés kárait,

(7) az útipoggyász vagy útiokmány vízbe esése illetve átnedvesedése miatt bekövetkező károkat (függetlenül a vízbeesés, vagy átnedvesedés körülményeitől), kivéve közlekedési baleset és árvíz esetén,

(8) a hatóság által történő lefoglalás, elkobzás, vagy a vagyontárgyak megsemmisítésének kárait,

(9) a vagyontárgyak szállításával, károsodásával összefüggő következményi károkat és közvetett veszteségeket,

(10) a vagyontárgyak sajátos természetéből eredő károkat,

(11) a vagyontárgyak konstrukciós, gyártási, anyag- és hasonló rejtett hibáira visszavezethető károkat,

(12) vízum pótlásának költségeit,

(13) valamely jármű vagy tartozékainak meghibásodásából eredő károkat,

(14) a járművön valamely külső rögzítő szerkezet alkalmazásával (pl. kerékpár-tartó, tetőcsomagtartó stb.) szállított dolgokban bekövetkező károkat, és tetőcsomagtartó doboz kinyílásából vagy sérüléséből adódó károkat, kivéve a közlekedési baleset során bekövetkező poggyász-sérülést vagy -megsemmisülést, ha a szállítás a hatályos közlekedésrendészeti szabályoknak megfelelően történt, valamint a lezárt tetőcsomagtartó doboz feltörésével (zárszerkezet erőszakos megrongálásával történő felnyitás) okozott lopáskárokat,

(15) a szükséges csomagolás hiányából, vagy hiányosságából, valamint – ha azt maga a Szerződő/Biztosított vagy hozzátartozója végezte – a szállított dolgok helytelen berakodásból vagy elhelyezéséből adódó károkat,

(16) lakóautóban vagy lakókocsiban tárolt poggyászra vonatkozó károkat, kivéve ha a kár akkor következett be, amikor a lakókocsit vagy a lakóautót a helyi hatóság által engedélyezett, őrzött kempingben igazoltan szállás céljára használták.

F) Poggyászkésedelem (külföldön)

1. Biztosítási esemény

(1) Ha a Biztosított a légitársaságnál saját nevére szólóan szabályszerűen feladott útipoggyásza külföldön az adott légijárat megérkezését követően az elvárható időn belül nem érkezik meg a külföldi utazás célállomására, és a poggyász hiányát a megérkezést követően - az utazási feltételekben foglalt szabályoknak megfelelően, de - legfeljebb 2 órán belül a fuvarozó légitársaság képviselőjének írásban bejelentik.

(2) Jelen feltételek értelmezésében a poggyász az elvárható időn belül nem érkezik meg abban az esetben, ha a Biztosított azt a célállomásra történő megérkezése után - önhibáján kívül - az utazási feltételekben (utazási szerződésben) meghatározott kiszolgáltatási időpontot követő huszonnégy órán belül nem kapja meg, és ennek tényét a légitársaság jegyzőkönyv kiállításával tanúsítja. (Az átszállási pont nem minősül célállomásnak.)

2. A Biztosító szolgáltatása

(1) A Biztosító vállalja, hogy a járat érkezési időpontja és a poggyász tényleges átvétele közti időtartamban, poggyász eltűnése esetén pedig a járat érkezését követő 48 órán – de legfeljebb a biztosítás időbeli hatályán – belül a Biztosított részére külföldön szükségessé vált sürgősségi vásárlások (tisztálkodás, ruhanemű) értékének valamint a légitársaság által a biztosítási esemény miatt térített összegnek a különbözetét megtéríti a poggyászkésés időtartamától függően legfeljebb a Szolgáltatás-táblázatban megadott összeghatárig, egy légiutazásra vonatkozóan egy Biztosított személy részére legfeljebb egyszeresen, az érintett csomagok számától függetlenül.

(2) Egy adott csomagra vonatkozóan a Biztosító legfeljebb egyszeresen vállalja a biztosítási összeg kifizetését, függetlenül a csomag feladójaként megjelölt személyek számától. Egy adott csomagra vonatkozóan az a Biztosított jogosult szolgáltatásra, akinek a jogos igénye először érkezik be a Biztosítóhoz. Ha egy csomagra vonatkozóan egyidejűleg érkezik be több jogos szolgáltatási igény, akkor a Biztosító az egyes Biztosítottak felé legfeljebb a szolgáltatási összeg arányosan csökkentett részét fizeti ki.

(3) A Biztosító a szolgáltatást a Biztosított hazaérkezését követően utólag nyújtja, az esemény helyszínén történő kifizetést nem vállal.

3. A teljesítés feltételei F) Poggyászkésedelem (külföldön) szolgáltatás esetén (az I. Általános feltételek 10.2. pontban felsorolt dokumentumokon felül):

(a) a biztosított nevére kiállított, teljes útvonalra szóló repülőjegy, poggyászcímke, beszállókártya,

(b) a fuvarozó légitársaság által a Biztosított nevére szólóan és a Biztosított nevére feladott útipoggyászra vonatkozóan kiadott írásos jegyzőkönyv a Biztosított poggyászának késedelmes kiszolgáltatásáról, annak időpontjáról, járatkésés esetén pedig annak tényéről, illetve mindkét esetben a késés időtartamáról, valamint a légitársaság nyilatkozata a Biztosított felé nyújtott kártérítés összegéről, vagy arról, hogy nem vállal kártérítésre vonatkozó térítést,

(c) a késés miatt szükségessé vált dolgok vásárlására vonatkozó eredeti bizonylatok. A vásárlásról szóló bizonylat elfogadásának feltétele, hogy azon azonosítható módon szerepeljen a vásárolt dolog, annak értéke és a vásárlás időpontja. A Biztosító legfeljebb a biztosítási összeg 20 %-ának megfelelő összeghatárig a vásárlások tételes igazolása nélkül is vállal térítést a szolgáltatási igényben felsorolt vásárolt dolgokra vonatkozóan.

Európai Utazási Biztosító Zrt.

Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések

Hatályos: 2024. május 6-tól

Köszönjük bizalmát, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával az Európai Utazási Biztosító Zrt.-hez 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 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bit.) alapján kiadhatja. Külön kitérünk a biztosítási ajánlat aláírása előtt szükséges leglényegesebb tudnivalókra, közöttük

a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati ismeretekre, amelyek birtokában a szerződéskötési szándékát kifejező jognyilatkozatát megfontoltan teheti meg. Megjelöljük a biztosítási szerződésre vonatkozó adózással kapcsolatos szabályokat is.

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

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

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

V. A Biztosítóra vonatkozó tájékoztató adatok

Az Európai Utazási Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság 1997. január 1-jén kezdte meg működését a magyar biztosítási piacon.

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

A társaság neve: Európai Utazási Biztosító Zrt.

A társaság alaptőkéje (jegyzett tőkéje): 400 000 000 Ft

Alap (jegyzett) tőke ténylegesen rendelkezésre bocsátott összege: 400 000 000 Ft

A társaság székhelye: 1132 Budapest, Váci út 36–38.

A székhely állama: Magyarország

Cégjegyzékszám: 01-10-043228

Adószáma: 12185960-4-44

ÁFA csoportazonosító száma: 17780058-5-44

Nyilvántartja: a Fővárosi Törvényszék Cégbírósága

Fő tevékenységi köre: nem-életbiztosítás

A társaság cégformája: részvénytársaság

Működési módja: zártkörű

Telefon: (36-1) 452-3580,

Fax: (36-1) 452-3312.

A társaság tulajdonosai:

Generali Biztosító Zrt. 61%

ERGO Reiseversicherung AG, München 26%

Europäische Reiseversicherung AG, Bécs 13%

A biztosító 2016. január 1-jétől kezdődően évente jelentést tesz közzé a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről. A jelentés a biztosító honlapján (<https://eub.hu/>) érhető el.

VI. Ügyfélszolgálat

A biztosítási szerződésével kapcsolatos kérdésével, problémájával, kérjük, forduljon bizalommal ügyfélszolgálati irodánkhoz, ahol 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

A biztosító, a biztosító ügynöke, vagy a biztosító által megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát a fenti elérhetőségi címeken **szóban** és **írásban** egyaránt előterjeszheti az alábbiak szerint:

Szóbeli panaszát személyesen a személyes ügyfélfogadásra nyitva álló ügyfélszolgálati irodánkban **hétfőtől szerdáig, valamint pénteken 8 órától 16 óráig, csütörtökön 8.00-17:00 óra között teheti meg.**

A telefonon közölt szóbeli panasz megtételére – csütörtöki nap kivételével, amikor 8:00-20:00 óra között - ugyanacsak a fenti időpontokban **biztosítunk lehetőséget.**

Írásbeli (személyesen vagy más által átadott irat útján, avagy postai úton, továbbá a megadott elektronikus levelezési címen) **panaszát** a biztosító fenti elérhetőségein keresztül közölheti.

Társaságunk panaszkezelési eljárásával, a panaszkezelés módjával és a panaszkezelési nyilvántartás vezetésével kapcsolatos további részletes információkat talál honlapunkon, illetőleg az ügyfélszolgálati irodáinknál kihelyezett panaszkezelési szabályzatban.

Tájékoztatjuk, hogy az Európai Unió tagállamaiban bevezetett alternatív, az Európai Parlament és a Tanács fogyasztói jogviták online rendezéséről szóló, 2013. május 21-i 524/2013/EU rendelete (a továbbiakban: Rendelet) alapján az Európai Bizottság létrehozta az uniós szintű online vitarendezési platformot (platform), amely az alábbi internetes oldalon érhető el: <https://webgate.ec.europa.eu/odr>

A platformon az Unióban tartózkodási hellyel rendelkező fogyasztók (magánszemélyek), az Unióban letelepedett kereskedőkkel szemben, online szolgáltatási szerződéssel kapcsolatos jogvitáik bírósági eljárásán kívüli rendezését kezdeményezhetik. Az online vitarendezési platform felhasználható a pénzügyi fogyasztói viták rendezéséhez.

A Rendelet nem alkalmazandó a fogyasztók és kereskedők közötti azon vitákra, amelyek a nem internetes (offline) úton létrejött szerződések kapcsán, illetve kereskedők között merülnek fel.

A Rendelet hatálya közvetlenül kiterjed a Magyarországon székhellyel rendelkező pénzügyi szolgáltatókra, így az Európai Utazási Biztosító Zrt-re is, amennyiben a fogyasztó és a biztosító között létrejött biztosítási szerződést a fogyasztó a biztosító, vagy biztosításközvetítő weboldalán (jellemzően biztosításközvetítő személyes közreműködése nélkül) elérhető, szerződéskötést lehetővé tévő alkalmazások igénybevételével kötötte meg.

A Rendelet értelmében a fogyasztók a platform használatával online kezdeményezhetik a jogvita bírósági eljárásán kívüli rendezését. A jogvita peren kívüli rendezésére Magyarországon a Pénzügyi Békéltető Testület jogosult. Az online vitarendezési platformról a Magyar Nemzeti Bank tájékoztatót adott ki, mely az alábbi internetes oldalon érhető el: <https://www.mnb.hu/bekeltetes/online-vitarendezesi-platform>

VIII. Felügyeleti Hatóság

IV.1. A biztosító felügyeleti szerve a **Magyar Nemzeti Bank** (a továbbiakban: MNB vagy Felügyelet).

A Felügyelet elérhetőségei:

Székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.

Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1850 Budapest

Központi telefon: (36-1) 428-2600

Központi fax: (36-1) 429-8000

E-mail: info@mnb.hu

Webcím: <https://www.mnb.hu/web/felugyelet>

Ügyfélszolgálat címe: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.

Ügyfélszolgálat levélcíme: 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777.

Ügyfélszolgálat telefonszáma: (36-80) 203-776

Ügyfélszolgálat faxszáma: (36-1) 489 9102

Ügyfélszolgálat elektronikus levelezési címe: ugyfelszolgalat@mnb.hu

Felhívjuk a figyelmét a Felügyelet fogyasztóvédelmi honlapjára (<http://www.mnb.hu/fogyasztovedelem>), az ott elérhető tájékoztatókra és összehasonlítást segítő alkalmazásokra.

IV.2. 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, továbbá közvetlenül alkalmazandó uniós jogi aktusban 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 kísérli meg, ennek eredménytelensége esetén az ügyben döntést hoz a fogyasztói jogok egyszerű, gyors, hatékony és költségkímélő érvényesítésének biztosítása érdekében.

A Testület eljárása megindításának feltétele, hogy azt megelőzően a fogyasztó a biztosítóval közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését, vagy a biztosítónál eredménytelenül méltányossági kérelemmel éljen.

A Pénzügyi Békéltető Testület elérhetőségei

Székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.
Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.
Levélcím: H-1525 Budapest, Pf.: 172.
Telefon: (36-80) 203-776
E-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu

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 érvényesíthetőek. A bíróság eljárására a Polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény rendelkezései irányadóak.

VI. A biztosítási titokra vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók.

VI.1. A biztosítási titok

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.

VI.2. 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,
- a biztosító érdeke ezt az ügyféllel szemben fennálló követelése eladásához vagy követelése érvényesítéséhez szükségessé teszi.

VI.2.1 A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal, az ügyészséggel, valamint a szabálysértési hatósági jogkörében eljáró rendőrséggel és a Nemzeti Adó- és Vámhivatallal,
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, 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 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 adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben,
- t) a lábon álló növénykultúrára kötött mezőgazdasági biztosítási szerződésekben szereplő 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,
- u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,
- v) a Gfbt. szerinti e-kárbejelentő felületen megadott adatoknak a kárbejelentő alkalmazás működtetése, a biztosítási eseményhez kapcsolódó, szükséges információk begyűjtése és a biztosítók részére kárrendezés céljából történő továbbítása tekintetében a MABISZ-szal szemben,

ha az a)-j), n), s) t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy adatkéréssel, illetve 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, ha 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 teljesítésében merül ki.

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.2.2 A biztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve 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 lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

- b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, 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.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvény (Hpt.) 164/B. § szerinti adattovábbítás.

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 2017. évi LIII. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmus-finanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.

VI.2.3 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 adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

VI.2.4 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.2.1. pont b) f) és j) pontjai, illetve a VI.2.2 pont a) és b) pontjai alapján végzett adattovábbításokról.

A biztosító a VI.2.1. - VI.2.4., továbbá a VI.3. pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

VI.2.5. A biztosító a hagyatéki eljárás jogerős lezárásáról történő tudomásszerzés napjáig az elhunyt szerződő által kötött vagyonbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan, kizárólag az érintett biztosítási szerződés díjfizetéssel történő fenntartása érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, az általános szerződési feltételekről, a szerződés díjegylenlegéről, az esedékes díjtartozás összegéről, valamint a szerződés évfordulójáról az elhunyt szerződő közeli hozzátartozója, illetve a

vagyontárgy birtokosa részére - annak írásbeli kérelmére - adatot szolgáltat, feltéve, hogy e minőségét a kérelmező okirattal igazolja.

A közeli hozzátartozó, illetve a vagyontárgy birtokosa részére történő – a Bit. 143. § (5) bekezdés szerinti – adatszolgáltatás nem jelenti a biztosítási titok sérelmét. A biztosító a kérelmező személyes adatait az adatszolgáltatást követően öt évig, illetve - ha a Bit. 142. § (3) bekezdése szerinti időtartam ezt meghaladja - a Bit. 142. § (3) bekezdésében meghatározott időtartamig kezeli.

VI.2.6. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

VI.3. A veszélyközösség védelme

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) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
- b) a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi - az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
- d) 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;

- 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) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
- b) a biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
- c) a b) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
- d) 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, továbbá az abban szereplő adatok köréről, a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a személyes adataihoz hozzáférést biztosít. Ha az ügyfél a személyes adataihoz hozzáférést kér és társaságunk – a fentiekben meghatározottakra tekintettel - már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről tájékoztatja a kérelmezőt.

Társaságunk a megkeresés eredményeként kapott adatokat a 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.

A biztosító a veszélyközösség védelme érdekében történő adatátvitel folytán más biztosítótól beszerzett adatokat a fent részletezett feltételekkel és időtartam elteltéig kezeli.

VII. A személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatás

A jelen adatkezelési tájékoztató keretében, az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (2016. április 27.) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről (a továbbiakban: Adatvédelmi Rendelet) alapján tájékoztatjuk Önt arról, hogy az Ön személyes adatait hogyan és milyen célokkal kezeljük.

VII.1. Ki fogja kezelni az Ön személyes adatait?

Az adatok kezelője ("adatkezelő") az Európai Utazási Biztosító Zrt.

VII.2. Hogyan kezeljük és használjuk az Ön személyes adatait?

Társaságunk az alábbi célokból kezeli az Ön személyes adatait:

- a) a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, nyilvántartása, állományban tartása,
- b) kockázatvállalás, kockázat elbírálás és kockázatkezelés
- c) a biztosítási szerződésből származó követelések megítélése
- d) a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása,
- e) panaszok kezelése,
- f) terrorizmus finanszírozásának megelőzése, megakadályozása és nemzetközi szankciós rendelkezések betartása

Az adatkezelések jogalapjai:

- a) a biztosítási szerződés megkötése, teljesítése, és a szerződésből eredő követelések érvényesítése (Adatvédelmi Rendelet 6. cikk (1) b) pont);
- b) a biztosító jogos érdekei: a biztosítással kapcsolatos visszaélések, kockázatok megelőzése, megakadályozása; a biztosítási szerződésből eredő jogi igények előterjesztése, érvényesítése, védelme (Adatvédelmi Rendelet 6. cikk (1) f) pont);
- c) a biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése: számviteli bizonylatok kezelése és megőrzése; terrorizmus finanszírozásának megelőzése, megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, panaszkezelési tevékenység (Adatvédelmi Rendelet 6. cikk (1) c) pont);

Egészségügyi adatok kezelése esetén az adatkezelések további feltétele az érintetteknek az adatkezeléshez adott kifejezett hozzájárulása (GDPR 9. cikk (2) a) pont) vagy ha az egészségügyi adatok kezelése jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez, illetve védelméhez szükséges (GDPR 9. cikk (2) f) pont).

VII.3 Milyen személyes adatokat kezelünk?

Kizárólag azokat a személyes adatokat kezeljük, amelyek a fent említett adatkezelési célok eléréséhez szükségesek, és a cél elérésére alkalmasak, különösen:

- természetes személyi azonosító adatok, lakcím;
- egyéb azonosító és kapcsolattartási adatok (pl. telefonszám, e-mail cím);
- pénzügyi adatok (pl. biztosítási szolgáltatás összegére, kifizetésére vonatkozó adatok, bankszámlaszám);
- a biztosítási szerződésre vonatkozó adatok, ideértve a biztosítási szerződésre bejelentett igények/károk adatait is (pl. a biztosított vagyontárgyra, a kockázatviselés helyére, kár bekövetkezésének a helyére, időpontjára, körülményeire vonatkozó adatok, személyi sérüléssel járó károk esetén egészségügyi adatok és dokumentumok).

Bizonyos esetekben harmadik személyektől kapunk Önre vonatkozóan személyes adatokat, például, ha Ön biztosítási alkusz közreműködésével köt nálunk biztosítást, vagy alkuszon keresztül jelent biztosítási igényt, kárigényt.

VII.4. Kikkel osztjuk meg az Ön személyes adatait?

VII.4.1. Kiszervezett tevékenységet végző szervezetek, adatfeldolgozók, függő biztosításközvetítők, kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végzők

Az adatkezelések során a jelen alcímben hivatkozott külső szolgáltatókat veszünk igénybe, akik részére az Ön adatait átadhatjuk. Amennyiben a függő biztosításközvetítő vagy kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy társaságunk megbízásából végez Önt érintő adatkezeléseket, úgy az Ön adatait ezen közvetítők adatfeldolgozó szerepkörben kezelik. Adatfeldolgozóinkat és a kiszervezett tevékenységet végző szervezeteket Ön a www.eub.hu weboldalunkról elérhető adatkezelési tájékoztatóból ismerheti meg, társaságunk mindenkor függő biztosításközvetítőiről, valamint a megbízásából kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személyekről pedig Ön a Magyar Nemzeti Bank, mint pénzügyi felügyelet honlapján tájékozódhat: <https://regisztrer.mnb.hu/Person>, illetve <https://regisztrer.mnb.hu/Company>

VII.5 Miért van szükségünk arra, hogy Ön megadja a részünkre a személyes adatait?

Személyes adatainak a megadására a biztosítási szerződés megkötése és teljesítése, illetve a VII.2. pontban felsorolt további adatkezelési célok teljesülése érdekében van szükség. Ha a biztosítás megkötéséhez egészségügyi kockázatfelmérés-, vagy a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez egészségügyi adatok, egészségügyi dokumentumok szükségesek, azonban Ön ezen adatok kezeléséhez nem járul hozzá, illetve ezen dokumentumokat nem bocsátja társaságunk rendelkezésére, úgy ez azzal a következménnyel járhat, hogy nem kötünk Önnel szerződést, vagy a biztosítási szolgáltatás teljesítését társaságunk részben vagy egészben megtagadja.

VII.6. Az Önt megillető jogok a személyes adatainak a kezelésével kapcsolatban

- Hozzáférés – Ön jogosult arra, hogy társaságunktól visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak a kezelése folyamatban van-e, és jogosult arra, hogy a személyes adataihoz hozzáférést kapjon.

- Helyesbítés – Ön jogosult arra, hogy a biztosítótól személyes adatainak a helyesbítését vagy kiegészítését kérje, ha azok pontatlanok vagy hiányosak.
- Törlés – Ön kérheti személyes adatainak a törlését, amennyiben az alábbi indokok valamelyike fennáll:
 - a. a személyes adatokra már nincs szükség abból a célból, amelyből azokat gyűjtöttük vagy más módon kezeltük;
 - b. Ön visszavonja az adatkezelés alapját képező hozzájárulását, és az adatkezelésnek nincsen más jogalapja;
 - c. Ön a tiltakozik a jogos érdeken alapuló adatkezelés ellen, ideértve a jogos érdekekre alapított profilalkotást is és nincsen elsőbbséget élvező jogszerű ok az adatkezelésre, vagy abban az esetben, ha az Ön adatainak a kezelése közvetlen üzletszerzés érdekében történik, és Ön tiltakozik adatainak ilyen célból történő kezelése ellen, ideértve a profilalkotást is amennyiben az közvetlen üzletszerzéshez kapcsolódik;
 - d. a személyes adatokat jogellenesen kezelték;
 - e. a személyes adatokat a társaságunkra alkalmazandó uniós vagy tagállami jogban előírt jogi kötelezettség teljesítéséhez törölni kell;
 - f. a személyes adatok gyűjtésére az Adatvédelmi Rendeletben hivatkozott információs társadalommal összefüggő szolgáltatások kínálásával kapcsolatosan került sor.
- Korlátozás – Ön kérheti, hogy társaságunk korlátozza személyes adatainak a kezelését, ha az alábbiak valamelyike teljesül
 - a. Ön vitatja a személyes adatok pontosságát, ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amely lehetővé teszi, hogy az adatkezelő ellenőrizze a személyes adatok pontosságát;
 - b. az adatkezelés jogellenes és Ön ellenzi az adatok törlését, és e helyett kéri azok felhasználásának korlátozását;
 - c. társaságunknak már nincsen szüksége a személyes adatokra adatkezelés céljából, de Ön igényli azokat jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez;
 - d. Ön tiltakozott az adatkezelés ellen; ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amíg megállapításra nem kerül, hogy társaságunk jogos indokai elsőbbséget élveznek-e az Ön jogos indokaival szemben.
- Adathordozhatóság – Amennyiben az adatkezelés szerződésen vagy hozzájáruláson alapul és automatizált módon történik, az Ön által társaságunk rendelkezésére bocsátott személyes adatait társaságunk az Ön kérésére tagolt, széles körben használt, géppel olvasható formátumban kiadja Önnek. Ha az technikailag megvalósítható, az Ön kérésére társaságunk az ilyen adatokat egy másik adatkezelő részére közvetlenül továbbítja.
- A hozzájárulás visszavonása – Ha az adatkezelés az Ön által adott hozzájáruláson alapul, akkor Ön jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni. A hozzájárulás visszavonása nem érinti a hozzájáruláson alapuló, a visszavonás előtti adatkezelés jogszerűségét.

Ön a személyes adatainak a kezelésével kapcsolatos, a fenti jogain alapuló kérelmeit, tiltakozását a jelen tájékoztatóban feltüntetett elérhetőségi címek bármelyikén bejelentheti, a biztosító adatvédelmi tisztviselőjének címezve. A kérelmeket, tiltakozásokat, panaszokat a társaságunk Kárrendezés és ügyfélszolgálat területe bírálja el az adatvédelmi tisztviselő bevonásával, és indokolatlan késedelem nélkül, de legkésőbb a kérelem beérkezésétől számított egy hónapon belül tájékoztatja Önt a kérelem nyomán hozott intézkedéséről. Az intézkedés és tájékoztatás az Ön részére díjmentes, kivéve, ha a kérelem túlzó jellegű vagy egyértelműen megalapozatlan.

Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi 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.7. A személyes adatainak a kezelésével szembeni tiltakozás joga

Amennyiben az Ön személyes adatainak a kezelése jogos érdeken alapul, ideértve a jogos érdeken alapuló profilalkotást vagy közvetlen üzletszerzési célú adatkezelést is, Ön jogosult arra, hogy a saját helyzetével kapcsolatos okokból bármikor tiltakozzon ezen jogos érdeken alapuló adatkezeléssel szemben.

VII.8. Meddig tároljuk az Ön személyes adatait?

Az Ön adatait a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeljük, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető, de legalább a biztosítási szerződés megszűnésétől, illetve a biztosításra bejelentett szolgáltatási igény lezárásától számított kilenc évig. A biztosítással, biztosítási szolgáltatással kapcsolatban számviteli bizonylatok keletkeznek, amelyeknek a legalább nyolc évig történő megőrzését a számviteli törvény írja elő. A létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezeljük, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. Ha a biztosítási szerződés létrehozása érdekében tett lépések, nyilatkozatok során számviteli bizonylat keletkezik, úgy az adatok, bizonylatok megőrzési ideje kilenc év. Amennyiben az Ön hozzájárulása alapján kezeljük az adatokat, az adatkezelés a hozzájárulás visszavonásáig tart, feltéve, hogy az adatkezelésnek nincsen más jogalapja.

VII.9. Hová fordulhat panaszával?

Amennyiben Önnek a személyes adataival kapcsolatos tiltakozását, panaszát, kérelmeit társaságunknál nem sikerült megnyugtató módon rendeznie, vagy az Ön megítélése szerint az Önre vonatkozó személyes adatok kezelése megsérti az Adatvédelmi Rendeletet, Ön a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult panaszbejelentést tenni.

A **Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság** elérhetőségei:

Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11.

Levelezési cím: 1363 Budapest, Pf. 9.

Telefon: +36 30 683 5969; +36 30 549 6838; +36 1 391 1400

Telefax: 06 1 391 1410

E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu

Web: <https://naih.hu/>

Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz fordulni. A pert Ön - választása szerint - a lakóhelye vagy tartózkodási helye szerint illetékes törvényszék előtt is megindíthatja.

VII.10. Részletesebb tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről

A személyes adatok kezelésével kapcsolatos további részletes tájékoztatást társaságunk adatkezelési tájékoztatójában talál. Az adatkezelési tájékoztató a www.eub.hu oldalon található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.

VIII. Adózási tudnivalók

VIII.1. Adómentes a magánszemély számára történő szolgáltatás, ha az haláleseti, baleseti vagy betegségi szolgáltatásnak minősül. Ezen kifizetésekhez kapcsolódóan a magánszemélynek adókötelezettsége nincs.

VIII.2. 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.

IX. Késedelmi kamat

A biztosító a biztosítási díj késedelmes megfizetése esetén jogosult a Polgári Törvénykönyvről szóló törvény (továbbiakban: Ptk.) szerinti késedelmi kamatot felszámítani.

Amennyiben a díjfizetésre köteles szerződő a behajtási költségátalányról szóló 2016. évi IX. törvény szerint vállalkozásnak, vagy szerződő hatóságnak minősül, úgy a biztosító a biztosítási díj késedelmes megfizetése

esetén a késedelmi kamat mellett ugyanebben a törvényben meghatározott behajtási költségátalányra tarthat igényt.

X. Adminisztrációs díj

A biztosító egyes eljárásokért adminisztrációs díjakat számíthat fel, az ezen eljárásokkal összefüggésben felmerülő költségei megtérülése érdekében. Az adminisztrációs díjakkal kapcsolatban a biztosítási feltételek további szabályozást tartalmazhatnak.

XI. 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 köteles megfizetni,
- 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 fentiekől eltérhet.

XII. A biztosításközvetítő

XII.1. A biztosítási szerződés közvetítője lehet függő vagy független biztosításközvetítő, valamint kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy.

XII.2. A függő biztosításközvetítő (ügynök) a biztosítási szerződést a biztosítóval fennálló jogviszonya alapján közvetíti. Függő biztosításközvetítő a többes ügynök is, aki egyidejűleg több biztosítóval fennálló jogviszonya alapján a biztosítók egymással versengő termékeit közvetíti. A függő biztosításközvetítő közvetítői tevékenysége során esetlegesen okozott károkért a biztosító felelős, és a biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni.

XII.3. 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 nevében nem jogosult biztosítási díj átvételére.

XII.4. Kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személynek – az 575/2013/EU európai parlamenti és tanácsi rendelet 4. cikk (1) bekezdés 1. és 2. pontjában meghatározott hitelintézettől vagy befektetési vállalkozástól eltérő – természetes vagy jogi személy minősül, aki az őt megbízó biztosító, többes ügynök vagy alkusz felelősségvállalása mellett, javadalmazás ellenében a főtevékenységéhez kapcsolódóan kiegészítő jelleggel végez kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet, amennyiben az alábbi feltételek mindegyike teljesül:

- a) a személy fő szakmai tevékenysége nem a biztosítási értékesítés,
- b) a közvetített biztosítási termék kiegészítője valamely szolgáltató által kínált terméknek vagy nyújtott szolgáltatásnak,
- c) a közvetített biztosítási termék nem tartalmaz életbiztosítási vagy felelősségi kockázatot, kivéve, ha az ilyen életbiztosítási vagy felelősségi kockázat fedezete kiegészíti a személy által fő szakmai tevékenységeként kínált terméket vagy nyújtott szolgáltatást,
- d) a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget előzetesen nem vesz át.

XII.5. 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.

XII.6. A biztosító megbízásából eljáró függő biztosításközvetítő (ügynök) és többes ügynök a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget előzetesen nem vehet át.

XII.7. A biztosító megbízásából eljáró kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy a biztosítási termék közvetítése során az ügyféltől díjat vagy díjelőleget legfeljebb 250.000 Ft erejéig vehet át, feltéve, ha az ügyfélnek nem áll módjában a díjfizetés átutalással történő teljesítése. A kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy a biztosító nevében nem kötheti meg a szerződést.

XII.8. A biztosítóval munkaviszonyban álló, részére közvetlenül értékesítési tevékenységet végző, biztosításközvetítőnek nem minősülő, a Bit. 4. § (1) bekezdés 15. pont a) alpont szerinti természetes személyek (a biztosító közreműködői) teljesítményarányos díjazásban részesülnek. Ez a tájékoztatás arra az esetre is kiterjed, ha a biztosító ügyfele a biztosítási szerződéssel összefüggésben, a szerződés megkötése után teljesít fizetést - a folytatólagos, előre ütemezett díjak kivételével.

XIII. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) alaki követelményei és hatályosságának feltételei

XIII.1. A biztosítási szerződés alanyai szerződéses nyilatkozataikat az alábbiakban meghatározott módon és formában tehetik meg, azok csak ilyen alakban érvényesek:

- a biztosító címére megküldött és aláírt postai levél,
- a biztosító által megjelölt és közzétett faxeszámra elküldött és aláírással ellátott faxküldemény,
- a biztosító által megjelölt és közzétett elektronikus levelezési címre megküldött szkennelt és aláírással ellátott okirat,
- a biztosító által megjelölt és közzétett elektronikus levelezési címre megküldött nyilatkozat, amennyiben a nyilatkozatot tevő ügyfél az elektronikus kommunikációhoz előzetesen hozzájárulását adta, és a nyilatkozatot a hozzájárulás során közölt elektronikus levelezési címről továbbítja a biztosító felé,
- a biztosító ügyfélszolgálatán személyesen vagy más által leadott, aláírt okirat,
- a biztosító által megjelölt és közzétett telefonszámon megtett nyilatkozat, - a biztosító által működtetett internetes szerződéskötő és kárbejelentő rendszerben megtett és a biztosító által rögzített, archivált nyilatkozat formájában.

A nyilatkozattételi lehetőséget a biztosító egyes szerződések és nyilatkozattípusok esetében fentiektől eltérően határozhatja meg, illetve további rendelkezéseket határozhat meg, melyeket 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.

XIII.2. 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.

XIII.3. A szerződő felek a biztosítási szerződés vonatkozásában írásban megtett nyilatkozatnak tekintik a nyilatkozó személy részéről aláírt azon nyilatkozatot is, melyet faxon vagy bármely elektronikus levelezési címről továbbított szkennelt okirat formájában a biztosító által megadott elérhetőségekre.

XIII.4. A biztosító postai úton küldött küldeményeit az elküldést követő 5. munkanapon kézbesítettnek kell tekinteni (kézbesítési vélelem), ideértve azt az esetet is, ha a küldemény a címzett – biztosító által nyilvántartott – címéről „ismeretlen helyre költözött”, „nem kereste” vagy „kézbesítés akadályozott” jelzéssel érkezik vissza.

A címzett a kézbesítési vélelem beálltáról való tudomásszerzés napjától számított tizenöt napon belül, de legkésőbb a kézbesítési vélelem beálltától számított három hónapon belül kifogást terjeszthet elő. A kifogást a biztosító akkor fogadja el, ha a címzett a postai küldeményt azért nem vehette át, mert a kézbesítés nem volt szabályszerű, vagy a küldeményt más, önhibáján kívüli okból nem volt módja átvenni.

Nem természetes személy címzett csak akkor terjeszthet elő kifogást, ha a kézbesítés nem szabályszerűen történt.

A kifogásban elő kell adni azokat a tényeket, illetve körülményeket, amelyek a kézbesítés szabálytalanságát igazolják vagy az önhiba hiányát valószínűsítik. Ha a kifogást a biztosító elfogadja, a kézbesítéshez fűződő jogkövetkezmények hatálytalanok és a biztosító a kézbesítést megismétli.

Postai úton tértivevénnyel történő közlés esetében a biztosító által küldött küldeményt,

- ha annak átvételét a címzett megtagadta, úgy az átvétel megtagadása napján,
- ha a küldemény átvételét a címzett vagy annak képviselője aláírásával elismerte, úgy az átvétel napján

kell kézbesítettnek tekinteni.

Az elektronikus úton küldött küldeményeket az elküldés napján kell kézbesítettnek tekinteni.

XIII.5. A biztosítóhoz címzett, távollevők között tett jognyilatkozat a biztosítóhoz való megérkezéssel, míg az elektronikus úton tett szerződési jognyilatkozat akkor válik hatályossá, amikor az a biztosító számára hozzáférhetővé válik.

XIV. Egyéb rendelkezések

XIV.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.

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

XIV.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.

A fentiekén túl, nem teljesít a biztosító felelősségbiztosítási szolgáltatást

- semmilyen olyan ítélet, ítélettel megegyező hatályú határozat vagy egyezségi megállapodás alapján, illetve az ezekből fakadó fizetési kötelezettség, jogi költségek és kiadások megtérítéseként, amelyet a totális embargó alatt álló vagy átfogóan szankcionált országokban/térségekben (ezen országok, térségek a következő weboldalon találhatóak: <https://eub.hu/jogszabalyok/>), azok joga alapján működő bíróságok hoztak meg, hagytak jóvá vagy hajtottak végre, vagy eljárásuk kapcsán merültek fel, illetve
- semmilyen olyan, bárhol a világon hozott bírósági vagy hatósági rendelkezés alapján, amely arra irányul, hogy a fenti ítéleteket/ döntéseket/ egyezségi megállapodásokat/ fizetési kötelezettségeket, illetve jogi költségek és kiadások megtérítését részben vagy egészben kikényszerítsék.

XIV.4. A biztosító a termékeit tanácsadás nélkül értékesíti.

XIV.5. Felhívjuk a figyelmét, amennyiben a biztosítási terméket egy csomag vagy ugyanazon megállapodás részeként olyan áru vagy szolgáltatás kiegészítőjeként vásárolja meg, amely nem biztosítás, úgy az áru vagy a szolgáltatás külön történő megvásárlásának lehetőségéről az eladó, illetve a szolgáltató köteles tájékoztatást adni.

XV. Irányadó jog, joghatóság kikötése

A biztosítási szerződésre, amennyiben a felek másként nem állapodnak meg, vagy jogszabály eltérően nem rendelkezik, a magyar jog szabályai az irányadók.

Amennyiben a szerződő fél a biztosítási szerződés létrejöttének időpontjában Magyarországon rendelkezik lakóhellyel, székhellyel vagy szokásos tartózkodási hellyel, úgy a szerződésből eredő jogviták rendezésére kizárólag a magyar bíróságok jogosultak.

XVI. Távértékesítési tájékoztató

XVI.1. Ha a szerződő által megkötni kívánt biztosítási szerződés a fogyasztó és a szolgáltató egyidejű fizikai jelenléte nélkül jön létre, arra a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény (továbbiakban: távértékesítési törvény) rendelkezései irányadók.

XVI.2. A távértékesítési törvény 3. § (2) bekezdésének ca) pontja és a törvény 6. §-a értelmében az e törvény szerint fogyasztónak minősülő szerződő azonnali hatállyal, indoklás nélkül felmondhatja a szerződést annak megkötésétől (a szerződés hallgatólagos létrejötte esetén az ajánlattételtől) számított 14 napon belül, amennyiben a szerződést a biztosító és a fogyasztónak minősülő szerződő kötötte meg egymással szervezett távértékesítés keretében olyan módon, hogy a szerződés megkötése érdekében a biztosító kizárólag a törvény 2. § (1) bekezdés g) pontja szerinti távközlő eszközt alkalmazott. Nem illeti meg a szerződőt a felmondási jog olyan biztosítások esetén, amelyek időtartama nem haladja meg az egy hónapot.

XVI.3. A felmondást írásban a biztosító ügyfélszolgálati elérhetőségeinek bármelyikére kell megküldeni, vagy személyesen benyújtani. A felmondási jogot határidőben érvényesítettnek kell tekinteni, ha a szerződő az erre vonatkozó nyilatkozatát a törvény 6. § (1)-(8) bekezdéseiben meghatározott határidő lejártá előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon a biztosítónak elküldi.

XVI.4. A biztosítási szerződés azon a napon szűnik meg, amikor az írásbeli felmondó nyilatkozat a biztosítóhoz beérkezik. A felmondásra nyitva álló határidő lejártá előtt a biztosító a szerződés alapján a szolgáltatás nyújtását csak a szerződő kifejezett hozzájárulását követően kezdheti meg. Amennyiben a szerződő a felmondásra nyitva álló határidőn belüli kockázatviselési kezdettel köti meg a szerződést, úgy azt a biztosító egyben a szolgáltatás nyújtásának megkezdésére vonatkozó hozzájárulásnak is tekinti.

XVI.5. A törvény 8. §-a értelmében amennyiben a szerződő a fentiek szerinti felmondási jogát gyakorolja, a biztosító kizárólag a szerződésnek megfelelően ténylegesen teljesített szolgáltatás, azaz a szerződés megszűnésének időpontjáig viselt kockázat időarányos ellenértékét jogosult követelni. A szerződő által fizetendő összeg tehát a már teljesített szolgáltatásért (kockázatviselésért) – a szerződésben meghatározott szolgáltatás egészéhez viszonyítottan – arányosan járó összeg. A szerződés megkötésével kapcsolatos szolgáltatások ellenértéke megtérítésének is csak a ténylegesen teljesített egyéb, a szerződés tárgyát képező szolgáltatással arányos mértékben van helye. A szerződés fentiek szerinti felmondása esetén a biztosító köteles a szerződő által esetlegesen már befizetett biztosítási díjnak a szerződés megszűnéséig teljesített kockázatviselés arányos ellenértékét meghaladó részét a felmondásról szóló nyilatkozat kézhezvételét követően haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül a szerződő részére visszatéríteni. A szerződő köteles a biztosító által teljesített szolgáltatást a felmondásról szóló nyilatkozatának elküldését követően haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül a biztosító részére visszatéríteni.

XVII. Elektronikus szerződéskötés szabályai

XVII.1. Elektronikus úton jön létre a biztosítási szerződés, ha a szerződő a biztosító által üzemeltetett elektronikus értékesítési felületek használatával, elektronikus úton teszi meg az ajánlatát. Elektronikus értékesítési felületek különösen az eub.hu weboldal, biztosításközvetítő közreműködésével tett ajánlat esetén a Compline Utasbiztosítási Rendszer.

XVII.2. A biztosítási ajánlat megtételéhez, illetve a szerződés megkötéséhez az elektronikus értékesítési felületeken feltüntetett adatokat kell megadni, majd az ajánlatot az elektronikus értékesítési felületen kell beküldeni a biztosítónak. Az elektronikus értékesítési felületen a megadott adatokat az ajánlat beküldéséig lehet módosítani. Az ajánlattétel (szerződéskötés) lépései – amelyek termékenként eltérhetnek – az elektronikus értékesítési felületeken láthatók.

XVII.3. A biztosítási szerződésre vonatkozó szerződéses feltételeket a biztosító még az ajánlat megtételét megelőzően a szerződő számára hozzáférhetővé teszi. A szerződéses feltételek megismeréséről és elfogadásáról a szerződőnek az ajánlat megtételét megelőzően nyilatkoznia kell.

XVII.4. A biztosítási ajánlat sikeres beküldéséről a biztosító emailben értesíti a szerződőt. A biztosítási ajánlat elfogadása esetén a biztosító fokozott biztonságú elektronikus aláírással és időbélyegzővel ellátott kötvényt állít ki a szerződésről.

A szerződés magyar nyelven jön létre és írásbeli szerződésnek minősül. A szerződés létrejöttének részletszabályait a biztosítási feltételek tartalmazzák.

XVII.5. A biztosító a szerződést rögzíti. A szerződés adatait a szerződő megtekintheti, és módosításukat bármikor kezdeményezheti a biztosító ügyfélszolgálati elérhetőségei útján.

XVIII. Jelen Ügyfélértékelőnek a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseitől lényegesen eltérő rendelkezései

Jelen fejezet az Ügyfélértékelő azon rendelkezéseit tartalmazza, amelyek lényegesen eltérnek a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseitől és a felek között kialakult szerződéses gyakorlattól.

XVIII.1. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) alaki követelményei es hatályosságának feltételei (XIII.3. pont)

A Ptk. 6:7. §-ban foglaltaktól eltérően, a szerződő felek a biztosítási szerződés vonatkozásában írásban megtett nyilatkozatnak tekintik a nyilatkozó személy részéről aláírt azon nyilatkozatot is, melyet faxon, vagy bármely elektronikus levelezési címről továbbított szkennelt okirat formájában a biztosító által megadott elérhetőségekre.

XVIII.2. A kézbesítési vélelemmel szembeni kifogás feltételei (XIII.4. pont)

A címzett a kézbesítési vélelem beálltáról való tudomásszerzés napjától számított tizenöt napon belül, de legkésőbb a kézbesítési vélelem beálltától számított három hónapon belül kifogást terjeszthet elő.

A kifogást a biztosító akkor fogadja el, ha a címzett a postai küldeményt azért nem vehette át, mert a kézbesítés nem volt szabályszerű, vagy a küldeményt más, önhibáján kívüli okból nem volt módja átvenni.

Nem természetes személy címzett csak akkor terjeszthet elő kifogást, ha a kézbesítés nem szabályszerűen történt.

A kifogásban elő kell adni azokat a tényeket, illetve körülményeket, amelyek a kézbesítés szabálytalanságát igazolják vagy az önhiba hiányát valószínűsítik. Ha a kifogást a biztosító elfogadja, a kézbesítéshez fűződő jogkövetkezmények hatálytalanok és a biztosító a kézbesítést megismétli.

XVIII.3. Egyéb rendelkezések (XIV.1. pont)

A Ptk. 6:63. §-ában foglaltaktól eltérően nem válik a biztosítási szerződés tartalmává a felek esetleges korábbi szerződéses/üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.

A sikeres együttműködés reményében:

Lengyel Márk, Pollák Beáta