

**ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK KIEGÉSZÍTÉSE
A MASTERCARD EZÜST KINCSTÁRI KÁRTYÁKRA VONATKOZÓAN**



OTP BANK Nyrt.

MAGYAR ÁLLAMKINCSTÁR

KINCSTÁRI VIP EZÜSTKÁRTYÁHOZ KAPCSOLÓDÓ UTAZÁSI BIZTOSÍTÁS

SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK

I. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. A biztosítás terjedelme

A Kincstári VIP Ezüstkártyához (továbbiakban Kártya) kapcsolódó Utazási Garancia Biztosítási szerződés (továbbiakban Utazási Garancia Biztosítás) az OTP Bank Nyrt., mint Szerződő, és a Groupama Biztosító Zrt. (1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/c.), mint Biztosító között jelen feltételek valamint a 2007. szeptember 1-jétől hatályos megállapodás szerint jön létre.

A Biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében a jelen feltételekben rögzített betegség-, baleset- és poggyászbiztosítási valamint segítségnyújtási (asszisztencia) szolgáltatásokat nyújtja a Biztosított, illetve a Biztosított halála esetén a kedvezményezett részére. A biztosítás kizárólag a jelen Szerződési Feltételekben megnevezett szolgáltatásokra terjed ki.

2. Biztosított

Az Utazási Garancia Biztosítás szempontjából Biztosított azon Kártyabirtokos természetes személy, aki turistaként, ösztöndíjasként, napidíjasként vagy bármilyen más minőségben, de nem fizikai munkavégzés céljából külföldre utazik.

A biztosítás szempontjából nem minősülnek Biztosítottnak:

- a) az egy éven túli tartamú, folyamatos, tartós külszolgálatot teljesítők, valamint a külföldön tartósan (egy éven túl) munkát vállalók és együtt utazó családtagjaik, illetve bármely oknál fogva életvitelszerűen külföldön élők, fizikai munkavállalók,
- b) azok a devizakülföldinek minősülő személyek, akik részére a mindenkor hatályos devizajogszabályok nem teszik lehetővé a biztosítás megkötését, illetve abba az országba utaznak, amely ország hatósága kiállította útlevelüket.

A biztosítás nem terjed ki a munkahelyi balesetnek minősülő káreseményre.

3. A szerződés létrejötte

Az Utazási Garancia Biztosítási szerződés jelen feltételek szerint, a Kártya szerződés megkötésével jön létre.

A Biztosított a Kártyára vonatkozó Adatlap aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy az OTP Bank Nyrt. (továbbiakban: Bank) a Kártyaszerződés és ezzel a biztosítási szerződés létrejöttéről tájékoztassa a Biztosítót, ezzel egyidejűleg átadja részére a Kártyabirtokosra vonatkozó alábbi adatokat: név, személyi igazolvány/útiokmány száma, kártyaszám.

4. A biztosítás tartama, biztosítási időszak

A biztosítás tartama megegyezik a Kártya érvényességi idejével. A Biztosító kockázatviselése a Kártya átvételét követő nap 0. órájaktól kezdődik, a Kártya érvényessége (év – hónap) utolsó napjának 24. órájáig tart.

A felek közös megegyezéssel megállapodhatnak a biztosítási szerződés megújításában. Külön nyilatkozat nélkül közös megegyezésnek minősül a Kártya megújítása.

5. A Biztosító kockázatviselése

A Biztosító kockázatviselése a Biztosított külföldi utazása során, utazásonként legfeljebb 60 napig áll fenn. A 60 napot meghaladó utazáshoz kiegészítő biztosítás köthető a Bank, illetve a Biztosító fiókjaiban, az Utazási Garancia Biztosítás feltételei szerint.

A kockázatviselés a magyar határon történő kilépés időpontjától a visszaérkezés (Magyarországra történő belépés) időpontjáig tart.

6. Kedvezményezett

Kedvezményezett az a szerződő által megjelölt személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor, vagy a Biztosított halála esetén a szolgáltatás igénybevételére jogosult. Ha a Biztosított nem azonos a szerződéssel, akkor a kedvezményezett megjelöléséhez és módosításához a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

A Biztosító egyéb rendelkezés hiányában a Biztosított örökösét tekinti kedvezményezettnek.

7. A biztosítás területi hatálya

Az utazási betegség-, baleset- és poggyászbiztosítás, segítségnyújtási (asszisztencia), valamint jogvédelmi szolgáltatások a Magyarországon kívül bekövetkező biztosítási eseményekre, a világ összes országába történő utazás esetén érvényesek.

A biztosítási fedezet nem terjed ki a külföldi állampolgárságú Biztosított állandó lakóhelye országának területére.

II. BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS

8. A biztosítási esemény, a biztosítás kockázati köre

A biztosítás a Biztosított külföldön felmerült, kizárólag sürgős orvosi beavatkozást igénylő betegsége, egészségi állapotában hirtelen fellépő negatív változás (sürgős szükség) miatt szükséges, a jelen fejezetben felsorolt ellátások költségeinek jelen feltétel szerinti fedezésére terjed ki. Nem nyújt fedezetet a biztosítás tartama megkezdése előtt már fennálló állapot külföldön történő kezelésére, gyógyítására.

A biztosítás a káreseményből adódó összes költségek fedezetére, **maximum 1 millió Ft** összeg erejéig terjed utazásonként és évenként.

Jelen biztosítással fedezett kockázatok közül a Kártya érvényességi időtartama alatt a biztosítás maximum 5 alkalommal igénybe vett orvosi ellátásra, 2 fogorvosi ellátásra, 1 alkalommal műtetre nyújt fedezetet.

Sürgős szükség esete akkor áll fenn, ha az azonnali orvosi ellátás elmaradása előreláthatóan a Biztosított életét, illetve testi épségét veszélyezteti, vagy a Biztosított egészségében helyrehozhatatlan károsodást okozhat. Sürgős szükség esetének minősül továbbá, ha a Biztosított betegségének tünetei (tudatzavar, eszméletvesztés, vérzés, heveny megbetegedés stb.) alapján, illetve baleset folytán vagy hirtelen bekövetkezett súlyos egészségkárosodás miatt azonnali orvosi ellátásra szorul.

9. A biztosítás terjedelme

Sürgős szükség esetén a biztosítás a mindenkor érvényes helyi, átlagos orvosi költségek figyelembevételével, az alábbi események indokolt és szokásos – orvosválasztás nélküli – külföldön felmerülő költségeire terjed ki a mindenkor érvényes helyi orvosi díjszabások figyelembevételével:

- a) orvosi vizsgálat,
- b) akut megbetegedés esetén járóbetegkénti egyszeri orvosi ellátás,
- c) kórházi ápolás,
- d) névre szóló orvosi rendelvényre történő gyógyszervásárlás,
- e) orvos által indokoltnak tartott mankó, bot vásárlása, illetve egyéb gyógyászati segédeszköz orvosi rendelvényre történő kölcsönzése,
- f) személyi sérülést okozó baleset miatt orvos által rendelt szemüveg vagy kontaktlencse pótlása,
- g) fájdalomcsökkentő fogászati kezelés (fogpótlás nélkül) maximum 2 fogra, foganként maximum 150 Euro összegig,
- h) szülészeti ellátás, spontán vetélés, koraszülés (a terhesség 28. hetéig),
- i) a Biztosított orvosi értelemben vett járóképtelensége esetén a külföldi kórházba, vagy orvoshoz történő mentőszállítás vagy taxi költsége.

10. Korlátozások, kizárások

A kórházi ápolás költségeit a Biztosító addig az időpontig fizeti, amíg az orvos engedélye alapján a beteg hazaszállítása – a Biztosító vagy megbízottja közreműködésével – az orvos által meghatározott közlekedési eszközökkel megoldható.

Kórházi felvétel esetén a Biztosított, vagy az általa meghatalmazott személy köteles haladéktalanul kapcsolatba lépni a segélyszolgálattal. A költségek segélyszolgálat általi előzetes jóváhagyásának elmaradása esetén a kórházi ellátás költségeit maximum 1000 Euro összegig téríti meg a Biztosító.

Az orvos által rendelt gyógyszer vásárlásának költségeit a Biztosító csak olyan mértékig és csak abban a mennyiségben téríti, amely a heveny állapot, rosszullet megszüntetéséhez a Biztosító orvos szakértőjének véleménye szerint – hazai orvosi gyakorlatra is tekintettel – feltétlenül szükséges.

A biztosítás sürgősségi ellátást igénylő esetekben sem terjed ki:

- a) olyan megbetegedések kezelésére, amelyek már az utazás megkezdése előtt ismertek voltak, kivéve ha az orvosi ellátás elmaradása előreláthatóan a Biztosított életét, illetve testi épségét veszélyezteti, vagy a Biztosított egészségében, testi épségében helyrehozhatatlan károsodást okozhat,
- b) általános kivizsgálásra, hosszantartó gyógykezelésre, illetve olyan egészségügyi szolgáltatásra, amelyet nem akut megbetegedés tesz szükségessé és nem feltétele a diagnózis megállapításának,
- c) a kezelőorvos és a Biztosító orvosának véleménye szerint a Magyarországra történő hazautazást követő időpontra halasztható vizsgálatokra, műtétre,
- d) utókezelése,
- e) gyógykezelési céllal bonyolított kiutazásokra és az ezzel kapcsolatban felmerülő költségekre,
- f) a nem orvosi rendelvényre vásárolt gyógyszerekre,
- g) meglévő betegségek gyógyszereinek – kivéve baleset, betöréses lopáskár esetét – külföldön történő pótlására,
- h) nem sürgős, nem fájdalomcsillapító fogászati kezelésre, fogpótlásra, fogkorona, -híd készítésre, fogszabályozásra, fogkő eltávolítására, végleges foggyökérkezelésre,
- i) fizioterápiás, pszichoterápiás, akupunktúrás kezelésre, orvosi szakképzettséggel nem rendelkező személy, természetgyógyász vagy csontkovács által végzett bármilyen gyógyító tevékenységre,
- j) alkohol vagy kábítószer fogyasztása következtében szükségessé váló kezelésre és alkoholos vagy kábítószeres állapot következtében, illetve elvonási tünetek miatt felmerült költségekre még közvetlen életveszély esetén sem,
- k) öngyilkosság, illetve öngyilkossági kísérlet miatt felmerülő költségekre,
- l) védőoltásra, rutin-, illetve szűrővizsgálatokra,
- m) terhességvizsgálásra, a terhesség 28. hetét követően szükségessé váló szülészeti ellátásra,
- n) szexuális úton terjedő betegségekre,
- o) AIDS-re és az ezzel összefüggő megbetegedésekre,
- p) foglalkozási megbetegedésre,
- q) az egészségügyi szolgáltatást nyújtó orvos, intézmény stb. műhibája következtében bekövetkezett károkra.

III. BALESETBIZTOSÍTÁS

11. Biztosítási esemény, a biztosítás kockázati köre

A biztosítás a Biztosítottnak Magyarország területén kívül bekövetkezett balesetéből eredő, a jelen fejezetben felsorolt ellátások költségeinek jelen feltétel szerinti fedezésére terjed ki. Jelen feltételek alkalmazása szempontjából baleset a Biztosított akaratától függetlenül, olyan hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a baleseti esemény bekövetkeztével súlyos sérülést, illetve az ettől számított 2 éven belül maradandó egészségkárosodást szenved, vagy egy éven belül meghal.

12. A biztosítás terjedelme

Balesetből eredő sürgős szükség (lásd II.8.) esetén a biztosítás az alábbi események indokolt és szokásos orvosválasztás nélküli, külföldön felmerülő költségeire terjed ki a szerződésben rögzített összeghatáron belül a mindenkor érvényes helyi orvosi díjszabások figyelembevételével, a 13. és 14. pontban foglalt korlátozások és kizárások értelemszerű alkalmazásával:

- a) orvosi vizsgálat,
- b) orvosi ellátás,
- c) kórházi ápolás, halaszthatatlan műtét,
- d) névre szóló orvosi rendelvényre történő gyógyszervásárlás,
- e) orvos által indokoltnak tartott, rendelvényre történő mankó, bot vásárlás, illetve egyéb gyógyászati segédeszköz orvosi rendelvényre történő kölcsönzése,
- f) fájdalomcsökkentő fogászati kezelés (fogpótlás nélkül) maximum 2 fogra, foganként maximum 150 Euro összegig, fogsor-javítás maximum 150 Euro összegig,
- g) személyi sérülést okozó baleset következtében szükségessé vált, orvos által rendelt, legolcsóbb kivitelű szemüveg, vagy kontaktlencse-pótlás (maximum 150 Euro összegig),
- h) a Biztosított orvosi értelemben vett járóképtelensége esetén a külföldi kórházba, vagy orvoshoz történő mentőszállítás, vagy taxi költsége.

13. Korlátozások – kizárások

Kórházi felvétel esetén a Biztosított, vagy az általa meghatalmazott személy köteles haladéktalanul kapcsolatba lépni a segélyszolgálattal. A költségek segélyszolgálat általi előzetes jóváhagyásának elmaradása esetén a kórházi ellátás költségeit maximum 1000 Euro összegig téríti meg a Biztosító.

A balesetbiztosítási fedezet nem terjed ki:

- a) a szerződés létrejöttékor már meglévő károsodásokra,
- b) az értelmi fogyatékosokra,
- c) a Biztosított foglalkozása körében vagy más, díjazásért végzett fizikai munka során bekövetkező balesetekre,
- d) a versenyszerűen űzött sporttevékenység, a testi épségre, egészségre a szokásosnál nagyobb veszélyt jelentő szabadidős tevékenység (pl. búvárkodás, jetski, bundgee jumping, rocky jumping stb.) során bekövetkező balesetekre,
- e) háborús vagy harci cselekmények, valamint terrorizmus miatt bekövetkező balesetekre, és
- f) az a)–e) pontban felsoroltak miatt szükségessé váló orvosi ellátásra.

14. Kockázati kizárások

A biztosítás szempontjából nem minősül baleseti eseménynek, így a sürgősségi orvosi ellátás sem terjed ki az alábbi eseményekre:

- a) az öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet,
- b) a megemelés, rándulás, fagyás, napszúrás,
- c) az öncsonkítás,
- d) a foglalkozási megbetegedés,
- e) a repülőeszközök, továbbá az ejtőernyő használatából – ide nem értve a polgári légi közlekedési eszköz igénybevételét – eredő balesetek,
- f) a motoros járművek versenyein (edzésein) a nézőt érő baleset, ideértve a tesztúrákat és a rally versenyeket is,
- g) a téli sportok versenyein (edzésein) a nézőt érő baleset,
- h) a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartásából fakadó baleset,
- i) ha a Biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét,
- j) a bűncselekményben vagy azok kísérletében való részvétellel összefüggő baleset,
- k) a felkelésben, lázadásban, zavargásban való aktív részvételből eredő baleset,
- l) az atomenergia, illetve ionizáló sugárzás hatása következtében fellépő baleset,
- m) a Biztosított 0,8 ezrelékű véralkoholszintet meghaladó ittas állapotával okozati összefüggésben bekövetkező baleset,
- n) olyan baleset, amely a Biztosított vezetői vagy más hatósági engedély nélküli, vagy ittas állapotban történő vasúti, légi, vízi, közúti jármű vezetése közben, azzal okozati összefüggésben következett be,
- o) kábító vagy bódító hatású anyag, továbbá gyógyszer fogyasztásával összefüggésben bekövetkező baleset.

15. A balesetből eredő sürgősségi ellátás, betegszállítás

A biztosítás a balesetből eredő a 12. pontban felsorolt valamennyi szolgáltatás költségeinek fedezetére maximum **2 millió Ft** összeg erejéig terjed utazásonként és évente, a Kártya érvényességi időtartama alatt.

16. Baleseti halál

A Biztosított baleseti halála esetén a Biztosító **1 millió Ft** összeget fizet ki a kedvezményezett részére.

A Biztosító a kifizetendő biztosítási összegből a Biztosított ugyanezen balesetéből eredő tartós egészségkárosodása miatt korábban kifizetett összeget levonja. A kifizetéssel a biztosítás megszűnik.

17. Baleseti rokkantság

A Biztosított baleseti eredetű 100%-os egészségkárosodása esetén a Biztosító **1 millió** forintot fizet a Biztosított részére. A kifizetéssel a biztosítás megszűnik.

A Biztosított baleseti eredetű állandó részleges egészségkárosodása esetén, ha annak mértéke a 10%-ot eléri vagy meghaladja, a 100%-os rokkantság esetén fizetendő biztosítási összegnek a rokkantság fokával arányos részét fizeti a Biztosító a Biztosított részére, amelyből levonásra kerül az ugyanezen balesetből kifolyólag már korábban kifizetett 6 000 Ft mulékony sérülés egyszeri térítési összege.

A balesetből eredő állandó egészségkárosodás fokát – tekintet nélkül a Biztosított foglalkozására – a lentebb rögzített esetekben az alábbiak szerint kell megállapítani:

– egyik felső végtag vállizületből való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	70%
– egyik felső végtag könyökizület fölöttig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	65%
– egyik alsó végtag combközépig fölöttig teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	70%
– egyik felső végtag könyökizület alattig való, vagy egyik kéz teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
– egyik hüvelykujj teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	20%
– egyik mutatóujj teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	10%
– egyik alsó végtag combközépig való teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	60%
– egyik alsó végtag lábszár közepéig való, vagy egyik lábfej teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	50%
– egyik lábfej boka alatti elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	30%
– mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
– egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
– amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	65%
– mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
– egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
– amennyiben a Biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	45%
– a beszélőképesség teljes elvesztése	60%
– a szaglóérzék teljes elvesztése	10%

18. Az egészségkárosodás fokának megállapítása

A baleseti eredetű állandó egészségkárosodás fokát

- a fentiekben foglalt esetekben a Biztosított Magyarországra érkezését követően azonnal,
- a fentiekben fel nem sorolt esetekben pedig leghamarabb 1 év után, de legkésőbb a baleset bekövetkeztétől számított 2 év elteltével kell megállapítani.

A baleseti rokkantság címén teljesített összes kifizetés az állandó teljes (100%-os) megrokkulás esetére megállapított biztosítási összeget nem haladhatja meg.

A baleseti állandó egészségkárosodás fokát a fentiekben fel nem sorolt esetekben az esetleges társadalombiztosítási orvosszakértői véleménytől függetlenül, a Biztosító orvosa állapítja meg.

19. Egyszeri térítés csonttörésre

A Biztosított baleseti eredetű csonttörése (ide nem értve a fogtörést), csontrepedése vagy 10%-ot el nem érő állandó egészségkárosodása esetén a Biztosító ezen mulékony sérülésre egyszeri **6 000 Ft** összeget fizet ki a Biztosított részére.

A fogtörés nem minősül csonttörésnek.

20. Baleseti kórházi térítés

A Biztosító a Biztosított külföldön bekövetkezett balesete miatti kórházi ápolásának idejére, a kórházi ápolás költségein felül utazásonként és balesetenként egy alkalommal **300 Ft** napi térítési összeget fizet a Biztosított részére. A napi térítés összegét a Biztosító a kórházi tartózkodás 3. napjától, annak 100. napjáig, az ápolás kezdetétől visszamenőlegesen folyósítja.

Ha a Biztosított a kórházi ápolás során, a baleseti sérülés következtében meghal, a haláláig járó térítést a kedvezményezett részére fizeti ki a Biztosító.

IV. POGGYÁSBIZTOSÍTÁS

21. A biztosítás kockázati köre

A biztosítás kiterjed a Biztosított Magyarországról magával vitt útipoggyászának és/vagy ruházatának az illetékes külföldi rendőrségnél vagy más hatóságnál, közlekedési szervnél, szállodánál jegyzőkönyvileg bejelentett

- betöréses/feltöréses lopására,
- elrablására és
- balesetből/elemi csapásból eredő megsemmisülésére vagy megrongálódására.

Betöréses/feltöréses lopásnak minősül a tettes által a lezárt helyiség/gépjármű erőszakos felnyitásával elkövetett lopás.

Rablásnak minősül a vagyontárgyak olyan jogtalan eltulajdonítása, melynek során a tettes erőszakot, élet vagy testi épség elleni közvetlen fenyegetést alkalmazott, illetve a Biztosított személyt a cselekmény elkövetése érdekében öntudatlan vagy védekezésképtelen állapotba helyezte illetve az a magatartás, melynek során a tetten ért tolvaj, az ellopott ingóság megtartása érdekében erőszakot, élet vagy testi épség elleni közvetlen fenyegetést alkalmazott.

22. Biztosítási összeg

A biztosítás a károsodott vagyontárgy kárcori értéke erejéig, de **maximum 70 000 Ft** összegig terjed utazásonként és évente, a Kártya érvényességi időtartama alatt legfeljebb 3 alkalommal.

A biztosítási összegben felül a Biztosító megtéríti a vezetői engedély, forgalmi engedély és útlevel igazolt újrabetétkelési költségeit is, **maximum 5 000 Ft** összeg erejéig.

23. Korlátozások - kizárások

A Biztosított poggyászára vonatkozó kockázatviselés nem terjed ki:

- a) ékszerekre, nemesfémekre,
- b) művészeti tárgyakra, gyűjteményekre,
- c) nemes szőrmékre,
- d) készpénzre és készpénzt helyettesítő fizetési eszközökre,
- e) menetjegyre,
- f) mágneses és optikai adathordozókra,
- g) kerékpárokra és egyéb sporteszközökre,
- h) egyedi újértéket számítva 30 000 Ft-ot meghaladó tárgyakra, valamint
- i) az előző pontban meghatározott okmányokon kívüli egyéb okmányokra.

A Biztosító nem fizet kártérítést

- a) az őrizetlenül hagyott tárgyak kárait, valamint
- b) a gépjárműben hagyott tárgyak kárait, amennyiben azok nem a lezárt, az utastértől elválasztott, beláthatóság ellen védett csomagtérben kerültek elhelyezésre, illetve ha tulajdonosuk nem vitte magával azokat szálláshelyére.

Nem terjed ki a biztosítási fedezet a háborús zavargások és a terrorizmus, illetve azok veszélyei miatt bekövetkező károkra.

24. A Biztosító mentesülése

A Biztosító mentesül fizetési kötelezettsége alól, amennyiben bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen

- a) a Biztosított, illetőleg szerződő fél;
- b) velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozták.

Ezeket a rendelkezéseket a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.

Nem terjed ki a Biztosító kártérítési kötelezettsége a Biztosított más forrásból ténylegesen megtérülő káraitra.

V. SEGÍTSÉGNYÚJTÁS (ASSZISZTENCIA) SZOLGÁLTATÁSOK

25. Személyi asszisztencia

Amennyiben külföldi utazása során szüksége van segítségre, a Biztosított az asszisztencia kártyán szereplő telefonszámokon kérhet jelen biztosításhoz kapcsolódó szolgáltatásokkal összefüggésben felvilágosítást, illetve külföldi tartózkodásának helyén működő orvosok, ügyvédek, tolmácsok és más szolgáltató intézmények címének, telefonszámának megadását.

26. Betegszállítás - beteg hazaszállítása

A Biztosító vállalja, hogy betegség- vagy balesetbiztosítási esemény bekövetkezésekor – amennyiben ezt a külföldön tartózkodó beteg állapota lehetővé teszi – a Biztosítottat Magyarországra szállítja és a hazaszállítás költségeit a 8. illetve baleset esetén a 15. pontban meghatározott biztosítási összeg

keretén belül megtéríti. A hazaszállításra a Biztosító által megbízott orvos és a Biztosított kezelőorvosának szakvéleménye alapján kerül sor.

A Biztosító nem téríti meg a hozzájárulása nélkül bonyolított hazaszállítás költségeit.

A Biztosított járóképtelensége esetén a Biztosító a kórházba történő szállítás mentő vagy taxi költségeit téríti.

27. Tartózkodás meghosszabbítása

Amennyiben a Biztosítottnak külföldön tartózkodását kórházi elbocsátását követően – orvosilag indokolt esetben – meg kell hosszabbítania, vagy hazautazására betegségi/baleseti káresemény miatt csak későbbi időpontban kerülhet sor, a Biztosító a felmerülő szállodaköltségeket legfeljebb 5 éjszakára és **maximum 40 000 Ft** összeg erejéig fedezi.

28. Beteglátogatás

Amennyiben a Biztosított életveszélyes állapota vagy 10 napnál hosszabb tartamú kórházi kezelése miatt haza nem szállítható, a Biztosító egy, a Biztosított által megnevezett, Magyarországon bejelentett lakóhellyel rendelkező személy részére, a Biztosított kórházban történő meglátogatásának költségeit **maximum 140 000 Ft** összeg erejéig fedezi.

A költségtérítés keretében a Biztosító az oda-vissza utazás (saját személygépkocsi üzemanyagköltsége, vonat II. osztály, repülőjegy turistaosztályon, valamint az ehhez kapcsolódó számlával utólag igazolt taxiköltség) költségeit, valamint legfeljebb 5 éjszakára szóló szállodai költségeket fedezi.

29. Idő előtti hazautazás haláleset vagy megbetegedés miatt

Amennyiben a Biztosított Magyarországon élő közvetlen hozzátartozója (házastársa, szülője, gyermeke) meghal vagy életveszélyes állapotba kerül, a Biztosító a Biztosított váratlan hazautazásából eredő igazolt többletköltségeket **maximum 100 000 Ft** összeg erejéig átvállalja.

30. Holttest hazaszállítása

A Biztosított halála esetén a Biztosító megszervezi a holttest hazaszállítását és **maximum 1 millió Ft** összeg erejéig fedezi annak szokásos költségeit.

A Biztosító hozzájárulása nélkül bonyolított hazaszállítás költségeit a Biztosító nem téríti.

31. Értesítés

A Biztosító, ha erről értesítik vagy tudomást szerez, a Biztosítottat ért balesetről, megbetegedésről a Biztosított által megnevezett személyt Magyarországon haladéktalanul értesíti, amennyiben ennek technikai feltételei adottak.

32. A Biztosító mentesülése

A Biztosító a segítségnyújtási szolgáltatások térítése alól mentesül, amennyiben:

- a) a fenti segítségnyújtási szolgáltatásokat a Biztosító hozzájárulása nélkül vették igénybe,
- b) a fedezet nem terjed ki a baleset, illetve betegségbiztosítási szolgáltatásokra.

VI. VEGYES RENDELKEZÉSEK

33. Orvosi titoktartás alóli mentesítés

A Biztosított a biztosítási szerződés megkötéséhez való hozzájáruló nyilatkozatával egyidejűleg a biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyeknél kezelték és felhatalmazza a Biztosított, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a kockázat elvállalása és a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszeresse, valamint ugyanebből a célból más Biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen. Továbbá a haláleseti szolgáltatás vonatkozásában a Biztosított felmentést ad az orvosi titoktartás alól a biztosítási eseménnyel kapcsolatos információkra nézve minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyek őt kezelni fogják, és felhatalmazza a Biztosított, hogy ugyanebből a célból más Biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen.

A Biztosított a kárbejelentéssel egyidejűleg köteles felmentést adni az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyek a Biztosítottat kezelték és felhatalmazza a Biztosítót, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése és a szolgáltatás teljesítése céljából ezektől a szükséges információkat beszeresse, valamint ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen. Amennyiben a Biztosított, a szerződő vagy a kedvezményezett a kárbejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, vagy az orvosi titoktartás alóli felmentő nyilatkozatot nem adja meg és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, a Biztosító kötelezettsége nem áll be.

34. Kárbejelentés

A poggyászkárok kivételével a Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy, a biztosítási esemény bekövetkeztétől köteles haladéktalanul, de legkésőbb 24 órán belül értesíteni a Biztosítót vagy szerződéses megbízottját az asszisztencia kártyán szereplő telefonszámokon. A bejelentésnek tartalmaznia kell a Biztosított nevét és kártyaszámát. Az értesítés alapján a Europ Assistance nevű asszisztencia cég magyar nyelvű segélyszolgálatával rendelkezésre áll és megteszi a szükséges intézkedéseket.

Amennyiben ez a bejelentés kórházi felvétel esetén nem, vagy nem határidőn belül történik, a Biztosító a felmerült költségeket kártyánként maximum 1000 Euro összegig téríti meg utólag.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll fenn, ha a Biztosított fenti bejelentési kötelezettségét nem teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

A poggyász, illetve ruhakárt a biztosítási esemény bekövetkeztekor haladéktalanul be kell jelenteni a tartózkodási hely illetékes hatóságánál vagy egyéb illetékes szervénél (rendőrség, szálloda stb.). A Biztosított a bejelentésről, illetve az esetleges eljárásról készült jegyzőkönyvet, határozatot, a Biztosító részére történő későbbi bemutatás céljából köteles beszerezni. A jegyzőkönyvnek tartalmaznia kell a károsodás körülményeit, a kár mértékét (összszerszerűen), valamint az eltűnt poggyász és ruhaféleségek tételes felsorolását.

35. Kárrendezés

A Biztosított a káreseményt a hazaérkezést követő 5 munkanapon belül köteles írásban bejelenteni a Biztosítónál. A bejelentés a Biztosító bármely egységénél vagy a Bank bármely fiókjánál megtehető.

A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez, a Kártya és az asszisztencia kártya bemutatása mellett, az alábbi iratokat kell a Biztosítóhoz benyújtani:

- a) utazási okmányok,
- b) a káreseményről felvett külföldi hivatalos (hatóságok által kiállított, szállodai stb.) jegyzőkönyv, határozat,
- c) a káreseménnyel kapcsolatban készült, eredeti, névre szóló, a diagnózist és a kezeléseket leíró orvosi igazolás, zárójelentés, részletezett számla,
- d) a Biztosító által igényelt és a kárigény elbírálásához szükséges egyéb iratok, valamint
- e) a Biztosító által erre a célra rendszeresített, a Biztosított által kitöltött kárbejelentő nyomtatvány.

Poggyászkár esetén, amennyiben rongálódás történt, a Biztosító kérésére a károsodott tárgyat is be kell mutatni.

A biztosító a kárrendezéshez szükséges iratok beérkezésétől számított 30 napon belül teljesíti szolgáltatásait a hatályos deviza törvényben foglaltaknak megfelelően.

Poggyászkár esetén a kártérítés a károsodott tárgyak káridőponti értéke alapján kerül megállapításra. A kár megtérítését követően a biztosítót illetik meg azok a jogok, amelyek eredetileg a biztosítottat illették meg a kárért felelős személlyel szemben, kivéve ha ez a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó.

36. Elévülés

A biztosításból eredő igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 2 év alatt évülnek el.

Groupama Biztosító Zrt.

2016. május 1.