

Utásbiztosítás

Biztosítási termékismertető



A társaság:

AWP P&C S.A. Magyarországi Fióktelep

A termék:

Airtransat Utásbiztosítási Csomag

Ezen biztosítási termékismertető egy rövid áttekintést nyújt Önnek biztosítási termékünk lényeges tartalmáról.

A biztosítási védelem teljes terjedelmében az Ön biztosítási dokumentumaiban található.

Hogy Ön átfogó tájékoztatásban részesüljön, olvassa el a teljes dokumentációt!

Milyen típusú biztosításról van szó?

Az **Airtransat Utásbiztosítási Csomag** egy útlemondást tartalmazó baleset-, betegség-, poggyászbiztosítás külföldi utazásokhoz, mely a következő szolgáltatásokat tartalmazza: Gyógyítási szolgáltatás, Balesetbiztosítás, Poggyászbiztosítás, Útlemondási biztosítás



Mire terjed ki a biztosítás?

Gyógyítási szolgáltatás

- ✓ Segítség személyes vészhelyzetben (betegség, baleset, haláleset) és betegszállítások orvosilag megfelelő eszközökkel, amennyiben ez orvosi szempontból ésszerű és indokolt

Utazási beteg- és balesetbiztosítás

- ✓ Utazás alatti betegség vagy baleset

Mi kerül megtérítésre?

- ✓ Gyógyítási költségek ambuláns és fekvőbeteg ellátás esetén max.150.000 EUR/fő
- ✓ Orvos által elrendelt gyógyszerek és sürgős kezelések költségei
- ✓ Baleset esetén mentési- és keresési költségek

Beteg-szállítások

- ✓ Beteg hazaszállítási költségtérítése orvosilag ésszerű és indokolt esetben valamint hazaszállítási költségek elhalálozás esetén.

Poggyászbiztosítás

- ✓ Költségtérítés rablás, lopás vagy a szállítócég által okozott rongálás, végleges elvesztés esetén
- ✓ Költségtérítés 12 órán túli poggyászkésés esetén a célországban

Mi kerül megtérítésre?

- ✓ Tönkretett, ellopott, rabolt vagy szállítócég által elvesztett dolgok időleges értéke
- ✓ Sérült dolgok szükséges javítási költsége
- ✓ Úti okmányok pótlásának költségei max. 100 EUR

Utazási-szolgáltatás

- ✓ Telefonos segítségnyújtás személyes vészhelyzetben –pl. utazási okmányok/ fizetési eszközök elvesztése, büntetési eljárás esetén – valamint a biztonság, pénzzel és hivatalokkal, otthonnal és családdal kapcsolatosan információ nyújtása

Útlemondási biztosítás

- ✓ Az utazás megkezdése nem lehetséges vagy nem elvárható többek között az alábbi okokból: haláleset, váratlan, súlyos betegségek, baleset, terhesség
- Mi kerül megtérítésre?
- ✓ Szerződés szerinti útlemondási költségek a megfizetett biztosítási díjhoz tartozó összeg erejéig max. 5.000 EUR
- ✓ Átfoglalás költségei, amennyiben nem haladja meg a lemondás költségét



Mire nem terjed ki a biztosítás?

Utazási beteg- és balesetbiztosítás

- ✗ Meglévő betegségek, melyekkel a biztosítottat az utazás előtt 12 hónapon belül ambuláns vagy fekvőbeteg ellátás keretében kezelték
- ✗ Krónikus betegségek
- ✗ Pszichikai megbetegedések és az idegrendszer betegségei (kivéve első alkalommal)
- ✗ Gyógykezelések és egyéb orvosilag elrendelt intézkedések, amelyek az utazás okát jelentik illetve amelyek szükségessége a biztosítás megkötése előtt ismertek voltak, vagy amelyekkel számolni kellett
- ✗ Terápiák, konzerváló vagy pótló fogkezelések, kontrollok, oltások, fizikai munkavégzés
- ✗ Fáradt vagy kimerült állapotok nyomán bekövetkező, illetve alkohol vagy kábítószer által befolyásolt állapottal összefüggő események
- ✗ Versenysportok, az ÁBF szerinti extrém sportok

Poggyász-biztosítás

- ✗ Értéktárgyak feladott poggyászként, beleértve ezek tartozékait
- ✗ Kézpénz, hitelkártyák, kulcsok, jegyek, nemesfémekhangszerek, orvosi eszközök...
- ✗ Elfelejtett, elhagyott, otthagott tárgyak

Útlemondási biztosítás

- ✗ Meglévő betegségek, melyekkel a biztosítottat az utazás előtt 12 hónapon belül ambuláns vagy fekvőbeteg ellátás keretében kezelték
- ✗ Pszichikai megbetegedések és az idegrendszer betegségei (kivéve első alkalommal)
- ✗ Krónikus betegségek



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

Utazási betegbiztosítás és betegszállítás

- ! Abban az esetben áll fenn biztosítási védelem meglévő betegségekre, amennyiben a szerződés megkötését megelőző 12 hónapban ambuláns vagy fekvőbeteg ellátás keretén belül nem kezelték, szakellátásban nem részesült
- ! Fogászati költségek max. 200 EUR/fő, csak sürgősségi ellátás
- ! Mentési- és keresési költségek max. 5.000 EUR/fő

Poggyászbiztosítás

- ! Bizonyos tárgyak, pl. szemüvegek, pótló segédeszközök, értéktárgyak csak a biztosítási összeg egy az ÁBF-ben rögzített százalékos részéig kerülnek megtérítésre.
- ! Útipoggyász gépjárművekből, hajókból történő lopása csak akkor biztosított, ha az jól záródó és lezárt csomagtartóból és bizonyíthatóan 6.00 és 21.00 óra között történik, max. a biztosítási összeg 50%-áig.
- ! Poggyászbiztosítás önrész magassága 10%, mely minimum 10 EUR
- ! Mobiltelefonok max. 15.000 HUF/50 EUR
- ! Poggyászkésés max. 200 EUR számlák ellenében
- ! Értéktárgyankénti limit 500 EUR

Útlemondási biztosítás

- ! Már lefoglalt utazásokhoz utólagosan megkötött szerződések esetén csak olyan események biztosítottak, amelyek a megkötéstől számított 10. naptól kezdődően következnek be, de utazás megkezdése előtt 31 nappal már utólagosan nem köthető.
- ! A szolgáltatási táblázatban meghatározott utazási árig köthető
- ! Önrész magassága 10%, mely minimum 10 EUR



Hol érvényes a biztosításom?

✓ A biztosítás területi érvényessége: Világszerte (kivéve Észak Korea), egy utazásra, kizárólag Airtransat repülőjegy foglalásával együttesen



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

- Ön kötelezett a biztosítás díját a szerződés megkötésekor kifizetni
 - Ön kötelezett a káreseményeket felénk haladéktalanul bejelenteni
- Utazási beteg- és balesetbiztosítás
- Súlyos sérüléseknél vagy betegségeknél, kiváltképp klinikai tartózkodás előtt haladéktalanul forduljon hozzánk
 - Ön kötelezett, a kezelő- vagy a véleményező orvost a titoktartási kötelezettsége alól felmenteni.
- Poggyászbiztosítás
- Büntethető cselekmények következtében bekövetkezett károk esetén (lopás, rablás) minden veszteség listájának dokumentációját haladéktalanul a rendőrségen be kell jelenteni
 - Feladott, harmadik fél részére átadott poggyász esetén a kárt a szállító cégnél/ szállás üzemeltetőnél/csomagmegőrzőnél haladéktalanul jelezni kell illetve hivatalos igazolás szükséges
 - Kívülről nem látható károkat a felfedezést követően haladéktalanul, a mindenkor reklamációs határidő betartásával – de legkésőbb a csomag kézbesítésétől számított 7 napon belül – írásban bejelenteni szükséges
- Útlemondási biztosítás
- Útlemondási káreseményt az ok beálltától 48 órán belül írásban kell bejelenteni
 - Ön kötelezett, a kezelő- vagy a véleményező orvost a titoktartási kötelezettsége alól felmenteni.



Mikor és hogyan kell fizetnem?

A szerződés díjának megfizetése a megkötést követően azonnal esedékes és a biztosítási kötvény kiállításakor a választott fizetési móddal fizetendő. Érvényes egy utazásra, ha a kifizetett díjtételt a járatfoglalással együtt kötötték és ezt a foglalási visszaigazoláson feltüntették.



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

Útlemondási kockázatviselés a megkötés időpontjában kezdődik és az utazás megkezdésével ér véget. A biztosítási szerződést az utazás teljes időtartamára kell megkötni, mely max. 31 nap lehet. A biztosítási védelem a biztosított utazás megkezdésével kezdődik és a hazaérkezés időpontjáig tart. Egyirányú utazás esetén a biztosítás az Airtransat repülőgép indulásától számított 31 nap után érvényét veszti.



Hogyan szüntethetem meg a szerződést?

A törlés, visszalépés a vásárlástól számított max. 14 napon belül kezdeményezhető írásban minden az online értékesítésben eladott kötvény után. Ebben az esetben az adott szerződésre nem nyújtható be káresemény.

How can we help?

Airtransat Travel Insurance including Cancellation

Valid: 1 April 2017. Page: 1 / 5



SZOLGÁLTATÁS ÁTTEKINTÉSE:

[Click here for the English version](#)

A díjtétel csakis foglalási visszaigazolással együtt (biztosítási kötvény) érvényes. Biztosítási kötvényén látható, hogy az utasbiztosítási védelem mely fajtájára kötött szerződést. Itt arról tájékoztatjuk Önt, hogy utasbiztosítási szerződése milyen biztosítási szolgáltatásokat tartalmaz.

Biztosítási szolgáltatás

24 ÓRÁS SEGÉLYKÉRŐ VONAL ☎ +36-1-814-9500

Azonnal segítségnyújtás a nap 24 órájában, az év 365 napján vészhelyzet esetén (betegség, baleset, letartóztatás vagy halál) külföldön. Airtransat repülőgép indulásától számított 31 nap után érvényességét veszíti.

ÚTLEMONDÁSI VÉDELEM

Érvényben lévő biztosítási feltételek szerint megtéríti az útlemondás költségeit az utazás meg nem kezdése esetén a biztosítási feltételekben megfogalmazott okok egyikének bekövetkezésekor (pl. betegség, baleset). Érvényes ha a kifizetett díjtételt a járatfoglalással együtt kötötték és ezt a foglalás visszaigazoláson feltüntették.

Önrész: 10% minimum 10 EUR

EGÉSZSÉGÜGYI VÉDELEM KÜLFÖLDÖN

Beleértve sürgősségi szolgáltatást betegség és baleset esetén orvosilag indokolt esetben.

max. 150.000 EUR

Hazaszállíttatási költségek, sürgős, orvosilag indokolt esetben ill. a kórházba szállítás költségei

Útlemondási biztosítás megkötésének határideje:

100%

Fogászati költségek (sürgősségi ellátás)

Az útlemondási védelemmel ellátott biztosítási megkötését, valamint a biztosítási díj megfizetését az utazás lefoglalásának napján kell végrehajtani. Későbbi megkötés esetén csak olyan események biztosítottak, amelyek a megkötéstől számított 30 nappal az utazás megkezdése előtt kerül sor, úgy az útlemondási védelem csak akkor adja, amennyiben a biztosítás megkötésére és az utazás lefoglalására egyszerre kerül sor. 30 nappal az utazás megkezdése előtt útlemondási védelmet nyújtó biztosítás utólag már nem köthető meg.

KERESÉSI ÉS MENTÉSI KÖLTSÉGEK

Keresési és mentési költségek

POGGYÁSZBIZTOSÍTÁS

Időérték térítése rablás, lopás vagy a szállító cég által okozott rongálás vagy elvesztés esetén.

Önrész: 10% minimum 10 EUR,

max. 1.000 EUR (értéktárgyankénti limit 500 EUR)
max. 200 EUR (számlák ellenében)

Poggyászkésés

Betegség-, balesetbiztosítás:

Fedezett nyújt az orvosilag szükséges külföldi gyógykezelések költségeire a fenti táblázatban található maximális értékhatárig:

- Sürgősségi szolgáltatást betegség és baleset esetén orvosilag indokolt esetben.
- Sürgősségi fogászati ellátásra.

Poggyászbiztosítás

- időérték térítése rablás, lopás vagy a szállító cég által okozott rongálás vagy elvesztés esetén a fenti táblázatban található maximális értékhatárig

Insurer

AWP P&C S.A.
Hungarian Branch Office
Budaörs, Szabadság út 117, H-2040
Company number: 13 17 000129,
Tax number: 23837324-1-13

Contact-Service Center

We will be more than happy to provide further information regarding our travel insurance.

+36 23 50 7416
ugyfelszolgalat@mondial-assistance.at

24h emergency line

Immediate help all over the world in case of an emergency.

+36 1 814 95 00
segelykozpont@mondial-assistance.at

How can we help?

Airtransat Travel Insurance including Cancellation

Valid: 1 April 2017. Page: 2 / 5



- számla ellenében történő térítés a feltétlenül szükséges új beszerzések költségeit, amennyiben a poggyászkiszállításának késése az üdülőhelyre meghaladja a 12 órát

24 órás segélykérő vonal

Azonnal segítséget nyújt vészhelyzet esetén (betegség, baleset vagy halál) külföldön. Hívja a Mondial Assistance 24 órás segélyhívó vonalat :+36 –1 814 9500.

Fontos!:

- Tartsa kéznél jelenlegi tartózkodási helyének pontos és teljes címét és telefonszámát!
- Jegyezze fel a hivatalos szervek (pl: orvos, kórház, rendőrség) kapcsolattartó személyének nevét!
- Ismertesse a tényállást, illetve adja meg az asszisztencia-szolgáltatáshoz szükséges egyéb adatokat

A megkötött biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez, a Mondial Assistance 24 órás segélyhívóközpontját azonnal értesíteni kell a bekövetkezett káreseményt követően.

Általános Szerződési Feltételek

A fent felsorolt biztosítási szolgáltatásokról az érvényben lévő általános szerződési feltételek rendelkeznek, amely a mondial-assistance.hu weboldaltól letölthető. Szóbeli megállapodások érvénytelenek. A kiegészítő feltételek, illetve eltérések csak abban az esetben érvényesek, ha azokat írásban határozták meg és a biztosító cégszerűen aláírta azokat. A biztosítási díjak a biztosítási adót is tartalmazzák. Illetékbehajtásra nem kerül sor. Biztosítási szerződésre a Magyar törvények vonatkoznak. A biztosítási díj kifizetésével és a biztosítási kötvény átadásával azonnali biztosítási védelem áll fenn a biztosítási kötvényben szereplő személyekre.

Káresemény benyújtása:

1. Útlemondás esetén:

A biztosított személy köteles haladéktalanul tájékoztatni a biztosítót és az utazásszervezőjét (légitársaság, utazási iroda, tour operator, stb) a lefoglalt utazás lemondásáról / törléséről és igazolást kell kérni róla, amelyet el kell juttatni a Mondial Assistance-hoz. A Mondial Assistance-nak minden útlemondási esetet maximum 48 órával a lemondási ok bekövetkezése után írásban jelenteni kell, lehetőleg e-mail-en: karbejelentés@mondial-assistance.at vagy fax-on: +36 23 50 74 14.

Szükséges dokumentumok a kárigények további kezeléséhez:

- Biztosítás igazolása (biztosítási kötvény)
- Visszaigazolás a foglalásról
- Kompletten kitöltött [Útlemondási kárnyomtatvány](#)
- Stornószámla az utazásszervezőtől
- Részletes igazolás az útlemondás okáról (pl: orvosi igazolás diagnózissal)
- Számlatulajdonos bankszámla száma és címe
- Részletek más biztosításról (pl. a hitelkártyát, autós asszisztencia, egészségügyi biztosítás, ...)

2. Baleset, betegség esetén

90.000 HUF értékhatár felett a Mondial Assistance 24 órás segélyhívóközpontja (+36–1 814 9500) azonnal értesítendő. A biztosított által külföldön kifizetett, kisebb összegű káresemények benyújtása hazaérkezés után történik.

Szükséges dokumentumok a kárigények további kezeléséhez:

- Biztosítás igazolása (biztosítási kötvény);
- Az utazásszervező foglalási igazolása;
- Kompletten kitöltött [Orvosi kárformanyomtatvány](#)
- Orvosi jelentés a páciens nevével, a diagnózis és a kezelés adataival, a munkaképtelenség, illetve rokkantság időtartamával és fokával;
- Eredeti orvosi, illetve kórházi számla a páciens nevével, születési dátumával, valamint a diagnózis és a kezelés adataival;
- Orvosi megállapítások, amelyeken igazolják a betegszállítások szükségességét;
- Egyéb számlák vagy eredeti igazolások, amelyekért kártérítést kérnek;
- Halotti anyakönyvi kivonat.
- Számlatulajdonos bankszámla száma és címe
- Részletek más biztosításról (pl. a hitelkártyát, autós asszisztencia, egészségügyi biztosítás, ...)

Insurer

AWP P&C S.A.
Hungarian Branch Office
Budaörs, Szabadság út 117, H-2040
Company number: 13 17 000129,
Tax number: 23837324-1-13

Contact-Service Center

We will be more than happy to provide further information regarding our travel insurance.

+36 23 50 7416
ugyfelszolgalat@mondial-assistance.at

24h emergency line

Immediate help all over the world in case of an emergency.

+36 1 814 95 00
segelykozpont@mondial-assistance.at

How can we help?

Airtransat Travel Insurance including Cancellation

Valid: 1 April 2017. Page: 3 / 5



3. Poggyászkár esetén:

A biztosított személy köteles haladéktalanul tájékoztatni a légitársaságot (csomagkiadáskor) a késve / véglegesen elvesztett csomagokról és igazolást kell kérni róla, amelyet el kell juttatni a Mondial Assistancehoz.

Budaörs
Szabadság út 117.
2040

karbejelentés@mondial-assistance.at

Szükséges dokumentumok a kárigények további kezeléséhez:

- Biztosítás igazolása (biztosítási kötvény)
- Visszaigazolás a foglalásról (eredeti szállókártya, poggyászcímke, vonatjegy, stb.)
- Kompletten kitöltött [Poggyászbiztosítási kárformanyomtatvány](#) egy mellékelt listával a poggyász tartalmáról (megadva a poggyász korát, márkáját és beszerzési árát)
- Eredeti rendőrségi jelentés rablás vagy lopás esetén
- Eredeti kárjelentés vagy a légitársaság ill. szállító cég (P.I.R) igazolása poggyász elvesztéséről vagy késéséről. (A légitársaság ill. szállító cég által kiállított – a végleges poggyász elvesztését megerősítő – igazolást legkésőbb a káresemény bekövetkezésétől számított 90 napon belül kell megküldeni.
- Vásárolt termékek eredeti számlái poggyászkésés esetén.
- Eredeti repülőjegy és szállókártya, stb.
- A biztosított személy köteles haladéktalanul tájékoztatni a légitársaságot (csomagkiadáskor) a késve / véglegesen elvesztett csomagokról és igazolást kell kérni róla, amelyet el kell juttatni a Mondial Assistancehoz.
- Pótvásárlások eredeti számlái, illetve eredeti elismervényei a költségtérítéshez
- Bőrönd sérülés esetén az eredeti javítási számla
- Számlatulajdonos bankszámla száma és címe
- Részletek más biztosításról (pl. a hitelkártyát, autós asszisztencia, egészségügyi biztosítás, ...)

Amennyiben káresetet szándékozik benyújtani, kérjük töltsse ki a megfelelő formanyomtatványt és azt az előbb felsorolt dokumentumokkal együtt a lehető leggyorsabban juttassa el hozzánk ajánlott levélben:

AWP P&C S.A.

Magyarországi Fióktelep,

Insurer

AWP P&C S.A.
Hungarian Branch Office
Budaörs, Szabadság út 117, H-2040
Company number: 13 17 000129,
Tax number: 23837324-1-13

Contact-Service Center

We will be more than happy to provide further information regarding our travel insurance.

+36 23 50 7416
ugyfelszolgalat@mondial-assistance.at

24h emergency line

Immediate help all over the world in case of an emergency.

+36 1 814 95 00
segelykozpont@mondial-assistance.at

A biztosítási szerződés megkötésével a Szerződő fél jelen Általános Biztosítási Feltételeket, valamint a választott biztosítási termékhez tartozó Kiegészítő Biztosítási Feltételeket elfogadja és azokkal egyetért. A biztosítási szerződésre a magyar jog az irányadó, az abból fakadó esetleges jogvitákra hatáskörtől függően a Budai Központi Kerületi Bíróság vagy a Tatabányai Törvényszék illetékes.

FIGYELEM! Minden esetben a választott biztosítási terméknek megfelelő általános és kiegészítő biztosítási feltételek valamint a vonatkozó Szolgáltatási Táblázatok érvényesek.

A Biztosító adatai:

Neve: AWP P&C S.A. Magyarországi Fióktelep
 Székhelye: 2040 Budaörs, Szabadság út 117., Magyarország
 Jogi formája: külföldi (tagállami) biztosító fióktelepe
 Nyilvántartását vezető bíróság: Budapest Környéki Törvényszék Cégbírósága
 Fő tevékenységi köre: Nem életbiztosítás
 Cégjegyzékszám: 13-17-000129;
 NAIH nyilvántartási száma: NAIH-54186/2012.; Közösségi adószáma: HU 23837324
 Bankszámláját vezető bank neve, bankszámla száma: UniCredit Bank Zrt.
 IBAN: HU96 1091 8001 0000 0129 1222 0007, SWIFT: BACXHUHB,
 Hatáskörrel rendelkező felügyeleti hatósága: Magyar Nemzeti Bank

A külföldi biztosító adatai:

Neve: AWP P&C S.A.
 Székhelye: 93400 Saint-Ouen, rue Dora Maar 7.; Francia Köztársaság
 Jogi formája: Société anonyme
 Nyilvántartási száma: 519 490 080 R.C.S. Bobigny
 Nyilvántartását vezető bíróság: Greffe du Tribunal de Commerce de Bobigny
 Hatáskörrel rendelkező felügyeleti hatósága: Autorité de contrôle prudentiel et de Résolution (ACPR),
 FR-93008 Bobigny CEDEX, 1-13 rue Michel de l'hospital 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09 / regisztrációs szám 4021319

A Biztosítóval vagy termékeivel kapcsolat bővebb információk:

www.mondial-assistance.hu

Ügyfélfogadás: Héftől csütörtökig 8.00-17.00, pénteken 8.00-16.00 között

Cím: 2040 Budaörs, Szabadság út 117. Telefon: +36 (23) 507-416 Fax: +36 (23) 507-414

E-Mail: ugyfelszolgalat@mondial-assistance.at ill. karbejelentés@mondial-assistance.at

Mondial Assistance 24 órás segélyhívó központ: +36 (1) 814-9500

Általános szerződési feltételek valamennyi biztosítási ág részére

I Biztosított események

A biztosítással fedezett események részletes listája az egyes biztosítási termékek feltételeiben és a Szolgáltatási Táblázatokban található. A hasonló, nem felsorolt eseményekre történő analóg kibővítés kizárt.

Figyelem! A Biztosító csak a kiválasztott biztosítási termék körébe tartozó események bekövetkezésére tekintettel teljesít és csak akkor, ha az adott termék teljes díja befizetésre került.

II Közvetítők, illetve segítők

A közvetítő nincs felhatalmazva arra, hogy szóbeli vagy írásbeli kiegészítő megállapodásokon keresztül a megjelölt Általános és Kiegészítő Biztosítási feltételektől eltérő biztosítási védelmet igényeljen, vagy hogy tényállást a biztosítóra nézve kötelező erővel bíró módon meghatározza. A kiegészítő feltételek, illetve eltérések csak abban az esetben érvényesek, ha azokat írásban határozták meg, és a biztosító cégszerűen aláírta azokat.

1. A biztosítási szerződés alanyai

1.1.1 Biztosított: A Biztosítási Kötvényben olyan személy jelölhető meg biztosítottként, aki a biztosítás megkötésének időpontjában legalább hat hónapja állandó lakóhellyel rendelkezik Magyarországon vagy az Európai Unió (EU) valamelyik tagállamában, Svájcban vagy Liechtensteinben. A családi biztosításban legfeljebb 2 felnőtt és – rokonsági foktól függetlenül – legfeljebb 5 fiatalonú gyermek jelezhető be név szerint társbiztosított személyként a biztosítási kötvénybe. Meg nem született gyermekek biztosítottként nem jelezhetőek be.

1.1.2 Kedvezményezett: A biztosított halála esetén a kedvezményezett a biztosított örököse. A szerződő fél a haláleseti kedvezményezettet a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor visszavonhatja vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, mindezekhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

1.1.3 Szerződő fél: Az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötését és a biztosítási díj megfizetését magára vállalja. (Eltérő megállapodás hiányában Biztosítotton a Szerződő Felet is érteni kell.

1.1.4 Biztosító: AWP P&C S.A., Magyarországi Fióktelep /Mondial Assistance

1.2 Kizárások: **! Figyelem ! Nem áll fenn biztosítási védelem az alábbi betegségekkel összefüggő eseményekre:**

1.2.1 Pszichikai megbetegedések és az idegrendszer betegségei (kivéve, ha a betegség a foglalkozást, illetve a biztosítás megkötését követően első alkalommal jelentkezik és kórházi fekvőbeteg szakellátással jár); szervtranszplantáció; dialízis; HIV+; szellemi vagy testi fogyatékoság;

1.2.2 Az ütlemondási védelemre, az utazás megszakítására, az utazással kapcsolatban gyógyítási költségekre kiterjedő biztosítás esetében nem áll fenn biztosítási védelem az alábbi meglévő betegségek és panaszok esetén, amennyiben a biztosítás megkötését megelőző 12 hónapban járóbeteg- és/vagy fekvőbeteg- szakellátásra került sor: szív- és érrendszeri betegségek; agyvérzés; rákos megbetegedés; diabétesz (1-es és 2-es típusú); migrén; epilepszia.

2. A biztosítás időtartama / A szerződés megkötése / Biztosítási Kötvény

2.1. A biztosítás időtartama:

A biztosítási szerződés határozott időre jön létre, legalább egy napra, legfeljebb egy évre. Bármilyen más utazás, mely a hazaérkezés után kezdődik, nem biztosított (Kivéve az „Éves Biztosítás” esetét.) Bármilyen utazás, ami 365 napnál hosszabb ideig tart, nem biztosított. A kötvény egyszer hosszabbítható, az eredeti biztosítási kötvény lejáratá előtti legalább 2 nappal, bármennyiségű és az arról tett írásbeli nyilatkozat megtétele esetén, a biztosító írásbeli hozzájárulásával, a maximális 365 nap időtartam eléréseig. Bármelyik feltétel hiányában a kötvény hosszabbítása nem hatályos. **! Figyelem ! A Biztosító hozzájárulása képviselő útján (pl. biztosításközvetítő) kizárt!**

2.1.1 Biztosítási ág – Ütlemondási védelem:

A biztosítási védelem a biztosítási szerződés megkötésével és a biztosítási díj megfizetésével kezdődik és az utazás kötvényben meghatározott megkezdésének időpontjával végződik. A sztrornó-vevélemmel ellátott biztosítási csomagok biztosításának megkötését, valamint a biztosítási díj megfizetését az utazás lefoglalásának napján végre kell hajtani. Későbbi megkötés esetén csak olyan események biztosítottak, amelyek a megkötéstől számított 10. naptól kezdődően következnek be (kivételek: baleset, haláleset, természeti esemény). Amennyiben a biztosítás megkötésére kevesebb, mint 31 nappal az utazás megkezdése előtt kerül sor, úgy a sztrornó-vevélem csak akkor adott, amennyiben a biztosítás megkötésére és az utazás lefoglalására egyszerre került sor.

2.1.2. Egyéb biztosítási ágak (ütlemondási védelem kivül) a többi biztosítási ágba a biztosítási védelem (a biztosító kockázatviselése) legkorábban a biztosítási kötvény kiállítását követő nap 00:00 órakor kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási díjat az utazás megkezdése előtt megfizették, és a felek eltérő megállapodása hiányában a szerződéskötés időpontjában ismert utazás-megkezdési időponttól az utazás végéig időpontjáig, legfeljebb azonban a tarifa alapján választott utazási időtartamig tart.

Figyelem! A Biztosító kockázatviselése (biztosítási védelem) csak akkor kezdődik, ha a Szerződő fél / Biztosított a teljes biztosítási díjat megfizette az utazás megkezdése előtt. A biztosítás díja eszerint alkalommal fizetendő összeg, amely az adott biztosítási termék szolgáltatási köréhez, a Biztosított életkorához, egészségi állapotához, a választott úti célhoz és egyéb körülményekhez igazodik.

2.2. A biztosítási szerződés megkötése / Biztosítási Kötvény:

2.2.1. A biztosítási szerződés a Szerződő fél és a Biztosító írásbeli megállapodásával jön létre

2.2.2. A biztosítási szerződésből fakadó jogvitákra a magyar jog irányadó, az ezzel kapcsolatos perekben hatáskörtől függően a Budai Központi Kerületi Bíróság, vagy a Tatabányai Törvényszék jár el.

2.2.3. A szerződés megkötése során a Biztosító teljes körű tájékoztatást nyújt a Szerződő fél/Biztosított részére a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény („Bt.”) alapján. A Szerződő fél/Biztosított a díj megfizetésével igazolja, hogy a szerződés megkötése előtt a Biztosítóra és a biztosítási szerződés tartalmára vonatkozó teljes körű tájékoztatást megkapta

2.2.4. A Biztosító a díj átvétele után kötvényt állít ki. A szerződés megkötésekor kiállított Biztosítási Kötvény, valamint a mindenkor hatályos általános és kiegészítő biztosítási feltételek együtt alkotják a biztosítási szerződést. A Biztosítási Kötvény tartalmazza a szerződés megkötésének napját, a tervezett utazás kezdőnapját, a hazaérkezés napját, a választott biztosítási terméket, a biztosítási fedezet területi hatályát, a kötvényszámot, a biztosítási díjat és a Biztosított(ak), illetve a Szerződő fél nevét és egyéb adatait Figyelem! Kárigeny érvényesítéséhez szüksége lesz Biztosítási Kötvényére, ezért tartsa azt biztonságos helyen!

2.3. Biztosított/Szerződő fél adatszolgáltatási kötelezettsége

A Biztosított/Szerződő fél a szerződéskötéskor köteles a Biztosítóval minden olyan körülményt közölni, amely a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, és amelyet ismert vagy ismernie kellett. Köteles továbbá a Biztosítóval szembeni adatszolgáltatásnak a valóságnak megfelelően, a jóhiszemű üggyvitel követelményei szerint maradéktalanul eleget tenni. Köteles a szerződés adataiban és a biztosítási szerződés szempontjából lényeges körülményekben történő bármilyen változásról a Biztosítót haladéktalanul, de legkésőbb 3 munkanapon belül írásban tájékoztatni. Figyelem! A Biztosító mentesül a teljesítési kötelezettség alól, amennyiben a Biztosított vagy a Szerződő fél a fenti adatszolgáltatási kötelezettségét megszegte vagy egyben megsértette (valótlan adatok szolgáltatása, valós körülmények elhallgatása stb.). Kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében. A Biztosítási szerződés aláírásával a Biztosított hozzájárul ahhoz, hogy az egészségi állapotára vonatkozó és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezése szerint kezelje. (Az adatvédelem részletes szabályairól a 12. pontban tájékozódhat.)

2.4. A biztosítási kötvény módosítása

A Biztosított/Szerződő fél a szerződés módosításához – ha a Szerződő fél és a Biztosított nem azonos – a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

2.5. A biztosítási szerződés megszűnése

A szerződés megszűnik a biztosítási szerződésben meghatározott lejáratú időpontban, de legkésőbb a befizetett díjjal fedezett időszak utolsó napján 24:00 órakor, illetve a lakóhely szerinti ország területére történő visszaérkezés időpontjában. Megszűnik a szerződés továbbá a Biztosított halála esetén

3. A biztosítás területi hatálya

A biztosítás hatálya kiterjed a lakóhely szerinti államon kívüli országokra (külföldi országok), kivéve Észak Koreát.

4. A biztosítási összeg

Az adott biztosítási termék biztosítási összege meghatározott mindazon biztosított eseményekre vonatkozó szolgáltatást, amely a biztosítás időtartama alatt történik. Amennyiben a biztosítási védelem több mint egy utazásra szól, úgy az adott biztosítási összeg a maximális fedezetet jelenti valamennyi, egy biztosítási termékben belüli káresemény (ütlemondási védelem, poggyszáz, gyógyászati költségek stb.) a biztosítási időtartama alatt. (Kivételek ez alól: az „Éves utasbiztosítás” fedezete).

5. Harmadik féllel szemben támasztott igények

Valamennyi biztosítási szolgáltatás másodlagos szolgáltatásnak minősül, vagyis a biztosító csak annyiban teljesít, amennyiben a kár más fennálló biztosításokból (pl. magán- vagy társadalombiztosítás) nem került megtérítésre.

6. Nem biztosított események

Figyelem! Az alábbiakban felsorolt, a biztosítási védelem alól történő általános kivételek mellett egyes biztosítási termékekre további kivételek vonatkoznak.

Nem áll fenn biztosítási védelem az alábbi eseményekre:

- 6.1.1. a biztosított által szándékosan vagy súlyos gondatlanságból okozott események;
- 6.1.2. zavaróakkal, háborús eseményekkel vagy bármennyű terrorselekménnyel közvetlenül vagy közvetetten összefüggő események, kivéve a HU Országgyűlési 1704 és a HU Országgyűlési 1704 biztosítási termékeket, a termék tájékoztatásban felsorolt szolgáltatások és a megadott fedezetek szerint;
- 6.1.3. sztrájk által okozott események;
- 6.1.4. nyilvános gyűlésből vagy tüntetésből fakadó erőszakos cselekedetekkel összefüggő események, amennyiben a biztosított ezeken aktívan részt vesz;
- 6.1.5. a biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete által okozott események;
- 6.1.6. hatósági intézkedés által okozott események;
- 6.1.7. a hatályos, atomenergiáról szóló törvény szerinti ionizáló sugarak vagy atomenergia által közvetetten vagy közvetlenül okozott események;
- 6.1.8. a biztosított alkohollal, kábítószerekkel vagy gyógyszerrel okozta befolyásoltsága, illetve az elrendelt terápia felbontása révén bekövetkezett események;
- 6.1.9. motorsport-versenyeken (értékeléssel egybekötött futamok és ralik), valamint az ezekhez a rendezvényekhez tartozó edzések során bekövetkezett események;

- 6.1.10. a biztosítás megkötésének, az utazás foglалásának, illetve az utazás megkezdésének időpontjában már bekövetkezett vagy várható események, pl. meglévő betegségek vagy azok rosszabbodása folytán bekövetkező események; a szerződéskötés előtt meglévő panaszokkal összefüggő események;
- 6.1.11. járványok és pandémiák révén bekövetkező események;
- 6.1.12. azon események, amelyek a Külügyminisztérium által utazási célra nem javasolt I. kategóriába tartozó országokba tett utazások során következnek be, az utazási célra nem javasolt ilyen országban;
- 6.1.13. természeti katasztrófákra, szeizmikus jelenségekre vagy időjárási hatásokra közvetett vagy közvetlen módon visszavezethető események;
- 6.2. Az elmaradt nyaralási élmény nem kerül megtérítésre.
- 6.3. A nem vagyoni károk nem kerülnek megtérítésre.
- Figyelem! Biztosító nem téríti meg a károk és költségek azon részét, amelyek abból eredtek, hogy a Biztosított a kár vagy a felmerülő költségek csökkentése vagy elhárítása érdekében nem tett meg mindent, ami az adott helyzetben általában elvárható.
- 6.4. Járattörles.

7. Szükséges teendők káresemény bekövetkezésekor

Figyelem! A Biztosított minden esetben köteles az alábbi feltételeknek eleget tenni, ellenkező esetben a Biztosító mentesül a teljesítési kötelezettség alól. Az alább felsorolt általános feltételek mellett az adott biztosítási ágra vonatkozó különös feltételek is irányadóak. Káresemény bekövetkezésekor a Biztosított köteles:

- 7.1. minimalizálni a kárt és elkerülni a felesleges költségeket;
- 7.2. a kárt közvetlenül a biztosítónak jelenteni (email: karbejelentes@mondial-assistance.at; Telefon: +36 (1) 814-9500; Fax: +36(23)507414) és követni annak utasításait;
- 7.3. az igazságnak megfelelően előadni és igazolni a biztosítási eseményt és a biztosítás mértékét. A biztosítottnak meg kell adnia minden, az ügyet előmozdító tájékoztatást és be kell nyújtania az eredeti számlákat és igazolásokat. Adott esetben meg kell határozni és ösztönözni kell az orvosokat és/vagy kórházakat, valamint a társadalombiztosítottakat és az ügygel foglalkozó hatóságokat, hogy adják meg a kért tájékoztatást, és engedélyezzék a biztosítónak, hogy megvizsgálja az érvényesített igényt okát és mértékét; Amennyiben szükséges, hogy a biztosító felvegye a kapcsolatot a biztosított orrossával, kérjük, hogy orrossának telefonszámát tüntesse fel a biztosítással kapcsolatos iratokon.
- 7.4. határidőben és formailag megfelelően érvényesíteni a harmadik személyekkel szemben fennálló kártérítési igényeit, és szükség esetén – a Biztosító által megtérített összeg erejéig – engedményezni azokat a Biztosítóra;
- 7.5. bűncselekménnyel okozott károkat haladéktalanul jelenteni az illetékes rendőrkapitányságon a tényállás pontos ismertetésével a károsult személyek és a kár mértékének megadásával, továbbá a fejletésről készült jegyzőkönyvet beszerezni;
- 7.6. eredetiben átadni a Biztosítónak a bizonyítékokat, mint pl. a rendőrségi jegyzőkönyveket, hatósági igazolásokat, orvosi és kórházi számlákat, vásárlási bizonylatokat, stb..
- 7.7. A kitöltött formanyomtatványt és az eredeti dokumentumokat, számlákat a következő címre kell eljuttatni:
AWP P&C S.A. Magyarországi Fióktelep
2040 Budaörs, Szabadság út 117.
Az egyes biztosítási termékek esetében további dokumentumok szükségesek az eset körülményeinek megfelelően. Ezek az adott biztosítási termék szabályainál vannak felsorolva. A formanyomtatványok a Mondial Assistance honlapján (<http://www.mondial-assistance.hu>) a „Káreset bejelentése” menüpont alatt találhatóak.
- 7.8. Betegség bekövetkezésekor a Biztosított köteles haladéktalanul alávetni magát a Biztosító által megbízott orvos által elrendelt vizsgálatnak, amely az adott biztosítási termék szolgáltatási körével megegyezik.
- 7.9. Figyelem! A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, ha a Biztosított a fenti bejelentési kötelezettségének haladéktalanul, de legkésőbb a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 48 órán belül nem tesz eleget, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenül válnak. Ha egészségi állapota miatt a Biztosított külföldön kórházi kezelésre szorul, és ennek azonnali bejelentése akadályba ütközik, akkor a Biztosított megbízottjának – az akadályozó ok megjelölésével – a lehető legrövidebb időn belül értesítenie kell a segélykérő telefonközpontot

8. A 24 órás segélykérő telefonközpont száma +36 (1) 814 9500

A Biztosított a 24 órás segélykérő telefonközponton keresztül segítséget kérhet az általános feltételek keretében vészhelyzet bekövetkezése esetén. A 24 órás segélykérő telefonközpont dönt a megfelelő intézkedés kiválasztásáról és végrehajtásáról. Ha a Biztosított nem értesíti haladéktalanul a 24 órás segélykérő telefonközpontot, akkor az alábbi ágak esetében nem áll fenn teljesítési igény: utazás megszakítása; extra visszautazás; külföldi utazás-, beteg- és baleset-biztosítás, gépjármű mobilitás-védelem.
A hívónak a következő információkat kell megadnia a telefonban:
- a biztosítási kötvény száma;
- a biztosított neve; születési dátuma; lakcíme, telefonos elérhetősége;
- az igényelt szolgáltatás természete;

9. A biztosítási szolgáltatásra való igény elvesztése

- A Biztosító mentesül a teljesítési kötelezettség alól, ha -
9.1. a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésével kapcsolatban, különösen a kárbejelentés során szándékosan valótlan adatokat közöl, a káresemény szempontjából lényeges körülményeket elhallgat vagy bizonyítékokat hamisít, akkor is, ha ezáltal a biztosítónak nem keletkezik kára.
9.2. az útlemondási káreset bejelentése a Biztosító részére 48 órán belül nem történik meg
9.3. ha a Biztosított nem követi a Biztosító utasításait.
9.4. Az utazás megszakítása, extra visszautazás és külföldi utazás, beteg- és baleset-biztosítás és gépjármű mobilitás-védelem esetében a biztosító csak akkor károsulási kifizetést teljesíten, ha a 24 órás segélykérő telefonközpontot haladéktalanul értesítették és követték a biztosító utasításait.
9.5. 2 év elévülési idő után.

10. Mikor fizeti a Biztosító a kártérítési összeget?

- Amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági vizsgálatokat vagy eljárásokat folytattak le (ide nem értve a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető- vagy szabálysértési eljárást), úgy az esedékesség csak azok lezárását követően áll be.
10.2. Amennyiben a Biztosító az utolsó szükséges dokumentumot is megkapta, amelyeket a baleset bekövetkezteként és a felmerülő költségek igazolásához, és így az ok és a mérték szerint is fennáll a Biztosító teljesítési kötelezettsége, úgy a teljesítés 30 nappal a lezárás után esedékes. Rókkantság esetén a Biztosító köteles a baleset bekövetkezteként és a baleset következményeit, valamint a rókkantság megállapításának lezárását igazoló dokumentumok benyújtásától számított három hónapon belül nyilatkozni arról, hogy megilleti-e, és ha igen, milyen mértékű igény a Biztosítottat.

11. Kiegészítő rendelkezések a távértékesítés a Biztosítottal kötött szerződésekkel kapcsolatban

- Amennyiben biztosítási szerződését távértékesítés keretében (interneten, telefonon keresztül) a 2005. évi XXV. törvény (Távér. törvény) alapján kötötte meg, kérjük, figyelmesen olvassa el az alábbiakat.
- 11.1. A biztosítási szerződést a Szerződő fél a szerződés megkötésének napjától számított tizenegynégy napon belül azonnali hatállyal felmondhatja indokolás nélkül.
11.2. Nem illeti meg a Szerződő felet a 11.1. pontban szabályozott felmondási jog olyan utazási vagy poggyászbiztosítás vonatkozásában, amelynek időtartama nem haladja meg az egy hónapot.
11.3. A Biztosító a felmondásra nyitva álló határidő lejártát megelőzően csak a Szerződő fél kifejezett hozzájárulását követően kezdhetheti meg a biztosítási szerződésben foglaltak teljesítését.
11.4. Amennyiben a Szerződő fél a 11.1. pontban meghatározott felmondási jogát gyakorolja, a Biztosító a biztosítási díjaknak csak azt az arányos részét követelheti, mely arra az időszakra vonatkozik, amely vonatkozásában a biztosítást fedeztet fennáll, vagyis a Szerződő fél kifejezetten hozzájárult, hogy a Biztosító a biztosítási szerződésben foglaltak teljesítését felmondásra nyitva álló határidő lejártát megelőzően megkezdje. A Biztosító ezen felül nem jogosult a Biztosítottal szemben más költségigényt támasztani.

- 11.5. Amennyiben a Biztosító a Szerződő 11.4 pontban meghatározott kifejezett hozzájárulása nélkül megkezdte a biztosítási szerződésben foglaltak teljesítését a felmondásra nyitva álló határidő lejártát megelőzően, a biztosítási díj követelésére nem jogosult.

Fogyasztóvédelmi információk

12. Adatvédelem

- 12.1. Jelen Utasítástíási Feltételek elfogadásával Ön kötelezettséget vállal arra, hogy a szolgáltatási igény elbírálása során, és annak érdekében szükség esetén a) nyilatkozik a Biztosító felé arról, hogy a Biztosítóval, illetve az asszisztencia-szolgálatnál szemben felmenti a vizsgálatot vagy kezelést végző orvost titoktartási kötelezettség alól, és felhatalmazza őt, hogy a Biztosítónak, illetve az asszisztencia-szolgálatnak az általa végzett kezelésekről a kár rendezéséhez szükséges felvilágosítást megadja;
b) hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító felvilágosítást kérjen a biztosítási szerződés megkötése előtt meglévő betegségeinek kezelésével kapcsolatban a kezelőorvostól vagy az Önt kezelő egészségügyi szervtől.
12.2. Tudomásul veszi, hogy amennyiben nem teszi meg a szükséges nyilatkozatokat, és ezért a Biztosító számára lényeges körülmények kideríthetetlenül válnak, a Biztosító mentesül a biztosítási feltételekben foglalt káreseményhez kapcsolódó fizetési kötelezettsége alól.
12.3. A Biztosító kijelenti, hogy tiszteltelen tartja a személyes adatok védelméhez fűződő alkotmányos alapjogot, ennek keretében maradáktalanul betartja az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, továbbá az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló 2001. évi CVIII. törvény rendelkezéseit.
12.4. Tájékoztatjuk, hogy biztosítási titoknak minősül minden olyan - minősített adatot nem tartalmazó -, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaknácadó rendelkezőre álló adat, amely a biztosító, egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítót, illetve a viszontbiztosítótól kötött szerződéseire vonatkozik.
12.5. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a Biztosító az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. Törvény rendelkezési szinten, a törvény 155. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.
12.6. A személyes adatok védelmét a biztosító az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseinek megfelelően biztosítja.
12.7. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:
a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
b) a folyamatosan lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,
c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
e) az adóhatósággal abban az esetben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosított törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaknácadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaknácadó magyarországi képviselőjével, ezek érdekképviseleti szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaknácádói tevékenységgel kapcsolatos versenyszféryeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervezettel,
k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
l) a biztosítási törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel,
m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízáttal és a kárképviseletével, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelelteli jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
p) főkelelele 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, szaknácadóval,
q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatósággal
s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben, ha az a)-j), n), s) és t) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k)-m) és p)-r) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.
12.8. A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fentebb meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.
A Biztosító a segélykérő telefonközponton keresztül bejelentett események esetén a
AWP Austria GmbH
(Pottendorfer Straße 25, 1120 Wien, Ausztria),
míg a telefonos ügyfélszolgálaton keresztül bejelentett panaszok esetén a
AWP Austria GmbH
(Pottendorfer Straße 25, 1120 Wien, Ausztria)
és
AWP P&C S.A.
(Pottendorfer Straße 25, 1120 Wien, Ausztria)
bizta meg az események illetőleg panaszok kezelésével és feldolgozásával. Ennek során a személyes és biztosítási titoknak minősülő adatok továbbítása, kezelése és feldolgozása részben az Európa Unió másik tagállamában történik, ahol az adatok védelme a magyar jogszabályok által előírtakkal azonos módon biztosított.
12.9. A biztosítási veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében a Biztosító - a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségeinek teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszáesetek megakadályozása céljából - a 2015. év január hó 1. napjától kezdődően hatályba lépő, a biztosítókrol és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (Bit.) 161/A. §-ában biztosított felhatalmazás alapján, 2015. január 1. napjától kezdődően jogszabály megkereséssel fordulni más biztosítóhoz az a) és a b) pontban által a Bit. 155. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével kezelt - a Bit. 161/A. § (3)-(5) bekezdésében 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.
A Biztosító ennek keretében,
- a Bit. 1. számú melléklet A) rész 1. és 2. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó biztosítási szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a Bit. 161/A. § (3) bek a-e) pontjaiban felsorolt adatokat;
- a Bit. 1. számú melléklet A) rész 3., 8., 9., 17. és 18. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a Bit. 161/A. § (4) bek a-e) pontjaiban felsorolt adatokat;

- továbbá a Bit. 1. számú melléklet A) rész 10. és 13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a Bit. 161/A § (5) bek. a)-c) pontjaiban felsorolt adatokat kérheti más biztosítótól.

A Biztosító által megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított 15 napon belül köteles átadni a Biztosítóknak. A Biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő 90 napig kezelheti. Ha a megkeresés eredményeként a Biztosító tudomására jutott adat a Biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés fentebb meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig. Ha a megkeresés eredményeként a Biztosító tudomására jutott adat a Biztosító 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. A Biztosító az e célből végzett megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információk örendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben szabályozott módon tájékoztatja. A Biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a fenti céltől eltérő célből nem kapcsolja össze. A megkeresésben megjelölt adatok helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

13. Panaszkezelés

- 13.1. Kérésével, észrevételével forduljon hozzánk bizalommal. Célnk, hogy az ügyfeleink elégedettek legyenek szolgáltatásainkkal és ügyintézésünkkel. Ezért kiemelkedően fontos számunkra az Ön visszajelzése, termékeinkkel vagy munkatársaink eljárásával kapcsolatos minden észrevétele, kritikája.
- 13.2. Biztosítónknál a panaszok kezelése az alábbi módon zajlik: Törekszünk arra, hogy ügyfeleink panaszát a lehető legrövidebb időn (30 napon belül) kivizsgáljuk és arra minden esetben kielégítő választ adjunk. A jogos panaszokat minél előbb orvosoljuk, tisztázzuk az esetleges félreértést, lehetőség szerint az ügyfélhez legközelebbi ügyintézőszinten. Bonyolultabb esetekben, amelyek megoldása több időt vesz igénybe, tájékoztatjuk ügyfeleinket a panaszkezelési eljárás menetéről és arról, hogy mikorra számíthatnak kérdésükre végleges válasza.
- 13.3. A Biztosító biztosítja, hogy az ügyfél a biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) közölhesse.
- 13.4. A Biztosító a szóbeli panaszt ügyfélszolgálatán hétfőn, kedden, szerdán, és pénteki munkanapon 8 órától 16 óráig, csütörtöki munkanapon 8 órától 20 óráig fogadja. A Biztosító ügyfélszolgálatának címe: 2040 Budaörs, Szabadság út 117.
- 13.5. A Biztosító a telefonon közölt szóbeli panaszt minden munkanapon 8 órától 16 óráig +36 23 507 419 telefonszámon, illetve minden munkanapon 24 órán keresztül a +36 1 814 95 00 telefonszámon fogadja.
- 13.6. A Biztosító az írásbeli panaszt postai úton, elektronikus levelezési címén, és fax száman folyamatosan fogadja. A Biztosító postai címe: H-2040 Budaörs, Szabadság út 117. A Biztosító elektronikus levelezési címe: panasz@mondial-assistance.at A Biztosító fax száma: +36 23 507 414
- 13.7. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a Biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolatát példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, a telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.
- 13.8. A Biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokollással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek. A Biztosító a panaszkezelés során úgy jár el, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi jogviták kialakulását.
- 13.9. A panasz elutasítása esetén a biztosító válaszában írásban tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXIX. törvényben meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a pénzügyi közvetítőrendszer felügyeletével kapcsolatos feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásával és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, amennyiben a Pénzügyi Békéltető Testület eljárására vonatkozó szabályok alapján fogyasztónak minősül. A Biztosító tájékoztatja a fogyasztót arról, hogy tett-e általános alvételési nyilatkozatot, és megadja a Pénzügyi Békéltető Testület székhelyét, telefonos és internetes elérhetőségét, valamint levelezési címet, továbbá a fogyasztó külön kérésére megküldi a Pénzügyi Békéltető Testület által készített és a Biztosító rendelkezésére bocsátott kérelem nyomtatványt.
- 13.10. A Magyar Nemzeti Bank székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.; telefonos elérhetősége: (+36 1) 428-2600; fax száma: (+36 1) 429-8000; elektronikus levelezési címe: info@mnb.hu; levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest; ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.; az ügyfélszolgálat telefonos elérhetősége: (+36 80) 203-776; a pénzügyi fogyasztóvédelem elektronikus levelezési címe: ugyfelszolgalat@mnb.hu.
- 13.11. A Pénzügyi Békéltető Testület székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.; telefonos elérhetősége: (+36 80) 203-776; elektronikus levelezési címe: ugyfelszolgalat@mnb.hu.
- 13.12. A Biztosító a panaszkezelési szabályzatát a székhelyén kifüggeszti és a honlapján közzéteszi.

Ütlemondási védelem

1. Biztosított költségek

- 1.1. A biztosított utazásszervezőből adódó sztorozási költségei, amelyek az utazási szerződés szerint esedékesek, és a foglalási dokumentáció alapján ténylegesen kifizetésre kerültek a biztosított esemény kezdeti időpontjában történő sztorozás esetén. A későbbi sztorozás többletköltségei nem kerülnek megtérítésre.
- 1.2. Nettó áras repülőutak lefoglalása esetén a Ticket-Service Fee legfeljebb HUF 20.000,- (200.000,- HUF ár felett legfeljebb a végár 10%-a), valamint szolgáltató foglalási díja (utazási szerződésenként) biztosított; Egyéb más foglalás esetén az ügyfélnek felszámított foglalási díj: max. HUF 7.500,-/személy ill. max. HUF 15.000/utazás; amennyiben a megállapodott díjakat az utazás visszaigazolásán feltüntettek és figyelembe vették a biztosítási összeg mértékénél.
- 1.3. Sztorozó-önrészbiztosítás Utazási/utazásszervezési díjba foglalt sztorozóbiztosítás önrészének megtérítése. Kérjük, vegye figyelembe az utazásának megszervezésében foglalt biztosítási biztosítási feltételeit. Káresemény esetében először annál a biztosítónál szíveskedjék benyújtani igényeit, amely benne foglaltatik a szervezésben.
- 1.4. Mekkora önrészt visel a biztosított személy? Egy személyenkénti HUF 4.500.000,- vagy családonkénti ill. foglalásonkénti HUF 9.000.000,- összeget meghaladó ütlemondási káresetnél az ügyfél a HUF 4.500.000,- ill. HUF 9.000.000,- összeg feletti rész 20%-át viseli önrészként.

2. Biztosított események

- 2.1. A biztosított váratlan, súlyos betegsége, oltás-elviselhetetlensége (csak az előirt oltások esetében), baleseti sérülése vagy elhalálása. A megbetegedés akkor minősül súlyosnak, ha abból kényszerűen utazás- és munkaképtelenség következik. Ezzel utalunk az Általános Szerződési Feltételek 1.2.-es pontjában valamennyi biztosítási ág számára meghatározott kizárásokra.
- 2.2. A biztosított kezelt, krónikus, az utazást megelőzően legalább tizenkét hónapon keresztül panaszmentes betegségből eredő megbetegedése. Ezzel utalunk az Általános Szerződési Feltételek 1.2.-es pontjában valamennyi biztosítási ág számára meghatározott kizárásokra.
- 2.3. A biztosított várandósága, amennyiben a várandóságot a biztosítás megkötése és az utazás lefoglalása után orvos állapítja meg és igazolja.
- 2.4. A munkaadó által történő váratlan felmondás. Biztosítási védelem nem áll fenn a munkavállaló saját akaratából történő felmondása esetén, vagy a szolgálati viszony közös megegyezéssel történő felbontása esetén, valamint a munkahelyi rendkívüli helyzetek következtében történő utazás-visszalépés esetén.

- 2.5. A biztosított házasafele által benyújtott bontókereset benyújtása.
- 2.6. Amennyiben természeti károk vagy betöréses lopás súlyosan megkárosítja a biztosított tulajdonát és ezért elkerülhetetlen a jelenléte.
- 2.7. Végzős osztály vagy érettségi sikertelen elvégzése, illetve letétele.
- 2.8. Az alábbi személyek váratlan, súlyos betegsége, baleseti sérülése vagy elhalálása: házastárs, élettárs (azonos bejelentőlap 3 hónapja), szülők (nevelőszülők, após és anyós, nagyszülők), gyermekek (mostoha, unokák) testvérek, sógor, sógornő – vagy egy, a biztosítási kötvényben név szerint megemlített rizikó személy (kötvényenként 1 személy lehetséges. Csoportos kötvényeknél, 16 főtől nem jelölhető meg rizikó személy). A fenti személyekre az Általános Szerződési Feltételek 1.2.1.-es pontjában felsorolt kizárások érvényesek valamennyi biztosítási ág esetében. Nem minősül biztosított eseménynek az, ha a fenti személyek a biztosítás megkötésekor meglévő panaszra súlyosodik, illetve ha ápolásra szorulnak.
- 2.9. Legfeljebb 7 olyan személy esetében, akik egy biztosítási kötvényben biztosítottak és közösen foglaltak le egy utat, akkor is biztosítási esemény áll fenn, ha a 2.1. – 2.9.-es pontok valamelyik oka a 7 személyből csak egyet érint.

3. Nem biztosított események

- Az Általános Szerződési Feltételekben valamennyi biztosítási ág számára felsorolt kizárások mellett nem áll fenn biztosítási védelem az alábbiak esetén:
- 3.1. amennyiben az utazási vállalat visszalép a szerződéstől;
 - 3.2. az alkohollal vagy kábítószerral való visszaélés okozta események és betegségek esetén;
 - 3.3. ha egy esemény vagy panasz már a biztosítás megkötésének vagy az utazás lefoglalásának időpontjában bekövetkezett vagy várható volt;
 - 3.4. tervezett, illetve kilátásba helyezett műtétek, elhalasztott műtéti időpontok vagy orvosi beavatkozások esetén,
 - 3.5. amennyiben egy gyógyulási folyamat vagy terápia elhúzódsága miatt nem kezdhető meg az utazás,
 - 3.6. kúra engedélyezése esetén.

4. Magatartás káresemény esetén

- Az Általános Szerződési Feltételek valamennyi biztosítási ágra vonatkozó kötelezettségei mellett – a biztosító egyéb szolgáltatási szabadsága mellett – az alábbiak érvényesek:
- 4.1. A 24 órás segélykérő telefonközpont haladéktalan értesítése nélkül nem áll fenn teljesítési igény.
 - 4.2. A biztosító részére az alábbi dokumentumokat kell megküldeni:
 - biztosítás igazolása (biztosítási kötvény);
 - az utazásszervező foglalási igazolása;
 - a bérbeadó/idegenvezető utazás megszakításáról szóló igazolása;
 - az utazásszervező igazolása a nem megtéríthető utazási szolgáltatásokról;
 - azon orvos helyszíni orvosi igazolása (páciens neve, diagnózis, valamint kezelési adatok), aki írásban elrendelte az utazás megszakítását, valamint azé az orvosé, aki Magyarországon átvette a további kezelést;
 - halotti anyakönyvi kivonat;
 - egyéb hivatalos igazolások;
 - betegsegélyező orvos beteggé nyilvánítása.

Az utazás megszakítása

1. Biztosított költségek

- 1.1. Az utazás előtt lefoglalt, de igénybe nem vett utazási szolgáltatások költségei (pl. szálloda, bérautó, körutazás). Az elutazás napja, illetve a biztosított esemény bekövetkezésének napja felhasználható utazási vagy bérbevételi napnak számít.
- 1.2. A közvetlenül a biztosítottnak fizetendő esedékes visszatérítések vagy kárpótások közvetlenül levonásra kerülnek a Mondial Assistance-szint szemben fennálló követeléseiből az 1.1.-es pont szerint.
- 1.3. A lefoglalt visszaút költségei nem kerülnek visszatérítésre.

2. Biztosított események

- 2.1. A biztosított testi épségét az üdülőhelyen veszélyeztető események, amelyek miatt nem várható el az utazás folytatása, valamint az Általános Feltételek 6.1.7 és 6.1.13. pontjában felsorolt valamennyi esemény esetén is, ha az a biztosított testi veszélyeztetni. Az ütlemondási védelemmel a 2.1., 2.2., 2.6. és 2.8.-es pontban felsorolt események és az utazás megszakítása.
- 2.2.

3. Nem biztosított események

- Az Általános Szerződési Feltételekben valamennyi biztosítási ág számára, valamint az ütlemondási védelem biztosítási ágánál felsorolt kizárások érvényesek.

4. Magatartás káresemény esetén

- Az Általános Szerződési Feltételek valamennyi biztosítási ágra vonatkozó kötelezettségei esetén – a biztosító egyéb szolgáltatási szabadsága mellett – az alábbiak érvényesek:
- 4.1. A 24 órás segélykérő telefonközpont haladéktalan értesítése nélkül nem áll fenn teljesítési igény.
 - 4.2. A biztosító részére az alábbi dokumentumokat kell megküldeni:
 - biztosítás igazolása (biztosítási kötvény);
 - az utazásszervező foglalási igazolása;
 - a bérbeadó/idegenvezető utazás megszakításáról szóló igazolása;
 - az utazásszervező igazolása a nem megtéríthető utazási szolgáltatásokról;
 - azon orvos helyszíni orvosi igazolása (páciens neve, diagnózis, valamint kezelési adatok), aki írásban elrendelte az utazás megszakítását, valamint azé az orvosé, aki Magyarországon átvette a további kezelést;
 - halotti anyakönyvi kivonat;
 - egyéb hivatalos igazolások;
 - betegsegélyező orvos beteggé nyilvánítása.

Extra visszatérítési költségek

1. Biztosított költségek

- Biztosítottak számitanak
- 1.1. a pluszban felmerülő visszatérítési költsége a biztosított vagy a vele utazó, biztosított hozzátartozóinak (legfeljebb 2 felnőtt és 5 fiatalokor gyermek) idő előtti vagy megkészt visszautazása esetén külföldről a lefoglalt és biztosított utazás típusa és minősége szerint, amennyiben a visszautazás benne volt a biztosított megállapodásban.
 - 1.2. Az utazás során elhunyt biztosított hazaszállítási költségei.

2. Biztosított események

- 2.1. A biztosított testi épségét az üdülőhelyen veszélyeztető események, amelyek miatt nem várható el az utazás folytatása, valamint az Általános Feltételek 6.1.7 és 6.1.13. pontjában felsorolt valamennyi esemény esetén is, ha az a biztosított testi épségét veszélyeztetni.
- 2.2. A 2.1., 2.2., 2.6. és 2.8.-as pontban az ütlemondási védelemmel felsorolt események.

3. Nem biztosított események

- Az Általános Szerződési Feltételekben valamennyi biztosítási ág számára, valamint az ütlemondási védelembiztosítási ágánál felsorolt kizárások érvényesek.

4. Magatartás káresemény esetén

- Az Általános Szerződési Feltételek valamennyi biztosítási ágra vonatkozó kötelezettségei esetén – a biztosító egyéb szolgáltatási szabadsága mellett – az alábbiak érvényesek:
- 4.1. A 24 órás segélykérő telefonközpont haladéktalan értesítése nélkül nem áll fenn teljesítési igény.
 - 4.2. A biztosító részére az alábbi dokumentumokat kell megküldeni:
 - biztosítás igazolása (biztosítási kötvény);
 - az utazásszervező foglalási igazolása;
 - azon orvos HELYSZÍNI orvosi igazolása (páciens neve, diagnózis, valamint kezelési adatok), aki írásban elrendelte a visszautazást, valamint azé az orvosé, aki Magyarországon átvette a további kezelést;
 - halotti anyakönyvi kivonat;
 - egyéb hivatalos igazolások;
 - betegsegélyező orvos beteggé nyilvánítása;
 - extra visszautazási jegyek, boarding-igazolvány, stb. eredeti példány.

Külföldi betegség- és balesetbiztosítás (utazásokon)

1. Biztosított események

- 1.1. Biztosítottak számát a lefoglalt biztosítási csomag fedezeti összege alapján:

- az első ellátás és a közvetlen fájdalom elleni küzdelem kezelési költségei (dekompressziós kamra is a biztosított tartózkodási helyen külföldön)
 - beteg-, illetve hazaszállítás, keresési és mentési költségek,
 - rokkantság,
 - hazaszállítás haláleset esetén,
 - a biztosított utazás során külföldön sürgősen fellépő betegségei és balesete.
- 1.2. Amennyiben nincs érvényes társadalombiztosítása Magyarországon, vagy a kártalanítás a biztosított által benyújtandó dokumentumok hiányában, következtében hiúsul meg, úgy a gyógyulási költségek kártérítési összegéből 20%-os önrész kerül levonásra, illetve előreteljesítés esetén visszakövetelésre.

2. Mi minősül balesetnek?

A szerződés értelmében balesetnek minősül olyan, a biztosított akaratától független esemény, amely hirtelen és mechanikus módon kívülről hat a testére, és amely a biztosított testi károsodásával vagy halálával jár. Balesetnek minősülnek továbbá:

- 1.1. Hűzódások, izom- és insztrakadások;
- 1.2. Mérgezőesek vagy marások, mérgező vagy maró anyagok, folyadékok vagy gázok bevitelre vagy belélegzése;
- 1.3. Vízbe fulladás.

3. Biztosított költségek / teljesítendő szolgáltatások

- 3.1. Biztosítottak számíthatnak a szükséges orvosi, betegszállítási, kórházi tartózkodási és gyógyszerköltségek külföldön történő baleset vagy sürgős megbetegedés esetén.
- 3.2. Az egyszeri, orvosi szempontból szükséges betegszállítás költségei külföldön a legközelebb eső kórházba kórházi vagy ambuláns ellátás céljából és vissza a szálláshelyre.
- 3.3. Mentési és keresési költségek.
- 3.4. Sürgősségi-/hazaszállítás.
- 3.4.1. Orvosi szempontból szükséges hazaszállítás (beleértve szükség esetén a mentőrepülőgépet is). Amennyiben a helyszínen nem elegendő az orvosi ellátás, és a biztosított az őt kezelő helyi orvos és a Mondial Assistance beleegyezésével szállításra alkalmas állapotban van, úgy a Mondial Assistance átvállalja a biztosított betegszállítás megszervezését és végrehajtását.
- 3.4.2. Orvosi szempontból nem szükséges hazaszállítás (kivéve a mentőrepülőgépet). A biztosított vagy a biztosító kérésére a biztosítottat 3 napnál hosszabb kórházi ápolás esetében – amennyiben orvosilag igazolt a szállíthatósága – hazaszállítják, ha a szállítás mentőrepülőgéppel történő megoldható.
- 3.4.3. A hazaszállítás az állandó lakhely országába történik. A visszaszállítás konkrét kialakítását a biztosító az orvosi szükségesség alapján határozza meg.
- 3.4.4. Nem áll fenn sürgősségi- és hazaszállítási igény, ha a biztosítottnak a sürgősségi szállítási költségeit megtéríti egy harmadik fél, vagy ha maga szervezi meg a szállítást. Amennyiben mégis szállításra kerülne sor, úgy a biztosított valamennyi, más biztosítókkal szembeni igényét átruhazza a Mondial Assistance-ra.
- 3.5. Rokon odautazásának plusz költségei: 5 napnál hosszabb kórházi tartózkodás esetén a Mondial Assistance a biztosított kérésére átvállalja egy, a biztosítotthoz közelálló személy oda- és visszautazási költségét (kivéve a szállásköltségeket) a kórházi tartózkodás helyszínére, vagy a biztosítottal utazó, szintén biztosított személyek szállás-, illetve átvételezési költségeit (a lefoglalt és biztosított utazás típusától és minőségétől függően) legfeljebb egy héttel későbbi visszautazás esetén.
- 3.6. A biztosítottnak mentőrepülőgéppel történő sürgősségi szállítást követően (3.4.-es pont) jogában áll úgy dönteni, hogy lemond az „Utazás megszakítása” biztosítási ágban ott megillető szolgáltatásokról, és ehelyett ismételt utazást kérjen egy utazási bon formájában, amelynek értéke megfelel az utazás előtt lefoglalt utazással (legfeljebb HUF 400.000,-).

4. Rokkantság és haláleset

- 4.a. Rokkantság

Rokkantság esetén akkor kerül megtérítésre az alábbi szabályok szerint kiszámított kártérítés, ha a biztosítottnak a balesetet követő egy év elteltével tartós egészségkárosodása marad. A kártérítés a rokkantság foka és a megállapodás szerinti biztosítási összeg alapján számítandó ki. Az össz biztosítási összeg több testrészt vagy szerv esetében a biztosítási összegre korlátozódik.
- 4.a.1. Rokkantsági fokok teljes elvesztés vagy teljes használhatatlanság esetén:
 - Kar a vállüzletűl 70%
 - Kar a könyöküzlet fölöttig 65%
 - Kar a könyöküzlet alatt vagy egy kéz 60%
 - Hüvelykujj 20%
 - Mutatóujj 10%
 - Egyéb ujj 5%
 - Láb a comb közepe fölöttig 70%
 - Láb a comb közepéig 60%
 - Láb az alsó lábszár közepéig vagy egy lábfej 50%
 - Nagy lábujj 5%
 - Más lábujj 2%
 - Egyik szem látóképességének elvesztése 30%
 - Mindkét szem látóképességének elvesztése 100%
 - amennyiben a másik szem látóképessége már a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elvesztett 60%
 - Egyik fül hallóképességének elvesztése 15%
 - Mindkét fül hallóképességének elvesztése 60%
 - amennyiben a másik fül hallóképessége már a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elvesztett 30%
 - Ízező képesség elvesztése 5%
- 4.a.2. Részleges elvesztés vagy részleges használhatatlanság esetén megfelelően csökkentett rokkantsági fok kerül meghatározásra.
- 4.a.3. Fent meg nem nevezett esetekben a rokkantsági fok meghatározása a fenti százalékos arányoknak megfelelően történik.
- 4.a.4. A szerződés megkötése előtt meglévő testi fogyatékoságok súlyosbító kihatása a baleseti következményekre nem jogosít fel nagyobb mértékű rokkantsági szolgáltatásra. Amennyiben már a baleset előtt meglévő betegségek vagy testi fogyatékoságok befolyásolták a baleset következményeit, úgy a teljesítést a betegség vagy testi fogyatékoság arányában kell csökkenteni.

4.b. Haláleset

- 4.b.1. Amennyiben a biztosított egy fent megnevezett baleset nyomán meghal, vagy a balesetet követő két éven belül annak következményeibe hal bele, úgy a biztosító megtéríti a megállapodás szerinti, haláleset esetén esedékes összeget. A halál esetén esedékes összeg kifizetése – a biztosított ettől eltérő, írásbeli rendelkezésének hiányában – a jogos örökösök részére történik az átvételi jogosultság (hagyatékadó okirat) bemutatását követően. A halál esetén esedékes összegből levonásra kerülnek azok a fizetések, amelyek ugyanazon eseményből adódo, tartós rokkantság következtében kerültek teljesítésre.
- 4.b.2. Amennyiben a halál a baleset következtében a baleset után egy éven belül következik be, úgy nem áll fenn rokkantsági teljesítési igény.
- 4.b.3. Amennyiben a biztosított a balesettől idegen (balesettől független) okból hal meg és volt rokkantsági teljesítési igény, úgy a legutóbb végzett orvosi megállapítások alapján kell teljesíteni a várható rokkantsági foknak megfelelő összeget.

5. Mikor fizeti a biztosító a biztosítási teljesítést tartós rokkantság következtében?

Amikor a biztosító megkapta azokat a dokumentumokat, amelyek a baleset bekövetkezését és a baleset következményeinek igazolásához szükségesek, valamint a rokkantság megállapításának tényét igazoló dokumentumot benyújtja, a biztosító köteles három hónapon belül nyilatkozni arról, hogy megilleti-e, és ha igen, milyen mértékű igény a biztosítottat.

6. Biztosítás időtartama

Amennyiben a biztosítottat külföldön bekövetkezett baleset vagy betegség következtében nem lehet hazaszállítani, úgy a teljesítési kötelezettség a biztosított esemény bekövetkeztét követően 2 hónappal ér véget.

7. Hogyan számítható ki a biztosító teljesítése, ha a gyógyulási költségeket máshol is biztosítják?

Amennyiben gyógyulási költségekre több biztosítás áll fenn koncessziós társaságoknál, úgy azok összességében csak egyszer térítendő meg.

8. Nem biztosított események

- A valamennyi biztosítási ágra vonatkozó, az Általános Szerződési Feltételekben meghatározott kizárások mellett nem áll fenn biztosítási védelem az alábbiak esetében:
- 8.1. Gyógykezelések és egyéb orvosiag elrendelt intézkedések, amelyek az utazás okát jelentik, illetve amelyek szükségessége a biztosítás megkötése, illetve az utazás megkezdése előtt ismertek voltak, vagy amelyekkel számolni kellett;
 - 8.2. Helyhez kötött gyógyászati előfordulások igénybevétele (pl. kúrák);
 - 8.3. Karcsúsító vagy szépségkúrák;
 - 8.4. Fáradt vagy kimerült állapotok nyomán bekövetkező események;
 - 8.5. Várandóságok, szülések a 36. terhességi hét után, terhesség-megszakítások vagy kezelések fogamzásgátlási intézkedések következtében; a kótvény érvényességi időtartama alatt született gyermek ellátása, kezelése.
 - 8.6. Konzervatív vagy pótlo fogkezelések, illetve azok a kezelések, amelyek nem a közvetlen fájdalom elleni küzdelem első ellátását szolgálják;
 - 8.7. Gyógyító szerek, eszközök rendelkezésre bocsátása (pl. szemüvegek, protézisek, kerekesszékek, mankó, stb.);
 - 8.8. Óltások, orvosi szakvélemények és igazolások;
 - 8.9. Mindennemű fizikai munkavégzés, fegyverhasználat összefüggő esetek, vagy a katonai szolgálat során keletkező események;
 - 8.10. Kontrollvizsgálatok, utókezelések és terápiák;
 - 8.11. Külön osztály vagy külön szolgáltatások többletköltségei (pl. telefon, TV, stb.) a kórházban;
 - 8.12. A biztosított, illetve kísérőjének telefon-, taxi-, illetve bérauto költségei (kivéve a 3.2 pont szerinti egyszeri betegszállítást);
 - 8.13. Plusz szállodaköltségek vagy a kísérők költségei (kivéve a 3.4.-es pontot);
 - 8.14. Karantén-költségek;
 - 8.15. Alkohollal vagy kábítószerral való visszaéléssel összefüggő gyógyászati kezelések és beteg-visszaszállítás;
 - 8.16. Mindennemű repülő tárggyal történő repülés okozta egészségkárosodás, kivéve, ha a biztosított repülő géputasként egy, a civil légi forgalomban engedélyezett motoros vagy sugárhajtású repülőgépet használ;
 - 8.17. Extrém sportok, ide értve különösen a barlangászat, sziklamászás, hegymászás (kötél mentén is), gyors-kerékpározás, kanyoning, hydrospeed, bázis ugrás, ejtőernyőzés, siklóernyőzés, engedély nélküli búvárkodás, szabad tüdős merülés, nyíltvízi úszás, meztlábás vízi, motorcsónak verseny, autó- és motorsport verseny, kaszkadőr tevékenység, extrém motorozás, extrém magashegyi túrák engedéllyel rendelkező vezető nélkül (1500 métertől), 6000 méternél magasabb hegyen kifejtett tevékenységek, melyeket nem szervezett túra részeként foglaltak le; valamint a versenysportok.
 - 8.18. Gépjárművezetés, amennyiben a biztosított nem rendelkezik az előírt vezetői engedéllyel (jogvisvánnyal);
 - 8.19. Merülések az adott mélységre szóló alkalmassági igazolás nélkül;
 - 8.20. A csak 2 évvel a baleset bekövetkezése után történő elhalálozás vagy rokkantság.

9. Magatartás káresemény esetén

- Az Általános Szerződési Feltételek valamennyi biztosítási ágra vonatkozó kötelezettségei esetén – a biztosító egyéb szolgáltatási szabadsága mellett – az alábbiak érvényesek:
- 9.1. A biztosított köteles minden olyan esetben, amely előreláthatólag igényt teremt a biztosítási szolgáltatásokra, minél hamarabb orvosi segítséget kérni és követni az orvos utasításait.
 - 9.2. A 24 órás segélykérő telefonközpontt haladéktalanul értesíteni kell a szükséges kórházi tartózkodásokról, illetve az olyan megbetegedések esetén, amelyek többszöri sürgős kezelést tesznek szükségessé. Az értesítés elmaradása és az HUF 90.000.– összegű költségek meghaladása esetén a biztosító fenntartja magának a jogot a levonásra az érvényesített költségek mértékének függvényében.
 - 9.3. A haláleseteket – még akkor is, ha a balesetet már jelentették – olyan hamar jelenteni kell, hogy a temetés előtt még el lehessen rendelni a boncolást.
 - 9.4. A biztosított köteles haladéktalanul alávetnie magát egy, a bizalmi orvos által elrendelt vizsgálatnak.
 - 9.5. A biztosító részére az alábbi dokumentumokat kell megküldeni:
 - biztosítás igazolása (biztosítási kötvény);
 - az utazásszervező foglalási igazolása;
 - orvosi jelentés a páciens nevével, a diagnózis és a kezelés adataival, a munkaképzetelenség, illetve rokkantság időtartamával és fokával;
 - eredeti orvosi, illetve kórházi számla a páciens nevével, születési dátumával, valamint a diagnózis és a kezelés adataival;
 - orvosi megállapítások, amelyeken igazolják a betegszállítások szükségességét;
 - egyéb számlák vagy eredeti igazolások, amelyekért kártérítést kérnek;

Pet Care

1. Biztosított költségek

A külföldi utazás során szükséges sürgősségi állatorvosi kezelés költségei.

2. Biztosított események

Az utazásra elvitt kutya váratlanul vagy akut módon fellépő betegsége vagy baleseti sérülése, ha állatorvosi kezelés szükségessége áll fenn.

3. Magatartás káresemény esetén

Az Általános Szerződési Feltételek valamennyi biztosítási ágra vonatkozó kötelezettségei mellett – a biztosító egyéb szolgáltatási szabadsága mellett – az alábbiak érvényesek:

- 3.1. A biztosító részére az alábbi dokumentumokat kell megküldeni:
 - biztosítás igazolása (biztosítási kötvény)
 - az utazásszervező foglalási igazolása
 - állatorvosi jelentés (a páciens nevével, a diagnózissal és a kezelés adataival);
 - eredeti állatorvosi számla a páciens nevével, a diagnózissal és a kezelés adataival;
 - oltási könyv másolata

Poggyászbiztosítás

1. Biztosított események

Az utazás megkezdésekor magával vitt vagy az utazás során megszerzett dolgok a személyes utazási szükségletre, az alábbi rendelkezések fenntartásával:

- ha lopás és kirablás esetén 48 órán belül rendőrségi feljelentés történt az illetékes biztonsági szervnél;
- sérülés harmadik személy által történt igazolt idegen ráhatás esetén;
- elvesztés a szállítás során, amlyért egy harmadik fél felelős, amennyiben az okozó ezt igazolja;
- késedelmes leszállítás az üdülőhelyen a tömegközlekedés egyik megbízott szállítmányozó társasága révén.

2. Értéktárgyak meghatározása

Értéktárgynak minősülnek különösen:

- 2.1. Nemesfémekkel vagy nemesfémekből, drágakövekkel vagy azokból; gyöngyökkel vagy azokból megmunkált tárgyak.
- 2.2. Órák, ékszerek, prémek és bőrúruk.
- 2.3. Elektromos, elektronikus és optikai készülékek (beleértve a mobiltelefonokat) tartozékokkal, különösen fényképező-, film-, videó- és hangfelszerelések, mindennemű számítógép és tartozékai, tablet.

3. Biztosított költségek

A 6. pont fenntartásával:

- teljes elvesztés vagy teljes megsemmisülés esetén az időleges érték (ld. 4. pont), legfeljebb azonban az egykori beszerzési ár;
- sérült dolgok esetén a javítási költségek, amennyiben ezek nem haladják meg a maradványértékkel csökkentett időleges értéket, legfeljebb azonban a maradványértékkel csökkentett egykori beszerzési ár;
- több mint 12 óráig igazolt késedelmes, az üdülőhelyre történő poggyászkiszállítás esetén a poggyász átvételéig megvásárolt, számlával igazolt indokolt új beszerzésék költségei (ld. 6.7.es pont).

4. Időleges érték

Az időleges érték a biztosított tárgyak beszerzési árának felül meg, csökkentve a kor és a használat következtében keletkező értékcsökkenéssel.

- Az időleges érték az alábbiak szerint számítható ki:
- 4.1.1. Írásbeli érték-, illetve tulajdonigazolással
 - 0-1/2 év = 100%
 - 1/2 -1 év 80%
 - minden további megkezdett év mínusz 10%
 - 4.1.2. Írásbeli érték-, illetve tulajdonigazolás nélkül
 - 0-1/2 év 80%
 - 1/2 -1 év 70%

- minden további megkezdett év mínusz 10%
- 4.2. Elektronikus gépeknél a műszaki fejlődéstől függően nagyobb értékcsökkenést feltételezünk.
- 4.3. Kosmetikumok, parfüm, gyógyszerek, használati tárgyak időleges értékének kiszámítása: mínusz 50%.

5. Bizonyos körülmények között biztosított események

- A 2. pont szerinti értéktárgyak csak akkor biztosítottak, ha:
 - személyes felügyelet alatt testi érintkezéssel vagy rálátással biztosan szállítják. Úgy őrzik azokat /folyamatos testi érintkezéssel/, hogy harmadik személy nem tudja a tárgyakat akadálytalanul elvenni;
 - bizonyíthatóan (pl. megőrzési jegy) átadták azokat egy megőrző cégnek vagy őrzött ruhatárnak megőrzésére, vagy
 - zárt, nem mindenki számára hozzáférhető helyiségben őrzik azokat valamennyi meglévő biztonsági berendezés (széf, szekrények) használatával. Mindennemű táská, szépség- és attasé-táskák, ékszerdobozok, bőröndök vagy hasonló tárolók nem minősülnek biztosított tárolásnak. A megőrzés módjának minden esetben meg kell felelnie az értéktárgy értékének (pl. széf). Amennyiben az értéktárgyat nem lehet biztosítottan őrizni, úgy nem áll fenn biztosítási fedezet.
- A 2. pont szerinti értéktárgyak egy harmadik fél által végzett szállítás során és bármely járműből történő lopás esetén nem biztosítottak.
- A sportfelszerelések és mindennemű közlekedési eszközök csak a tömegközlekedési vállalat által történő szállítás során biztosítottak. Kérjük, vegye figyelembe a 7.3.-as pont szerinti kizárásokat.
- A gépjárművekből vagy hajókból történő lopások csak abban az esetben minősülnek biztosítottak, ha bizonyíthatóan 6.00 és 21.00 óra között történtek. Kivételt jelent az őrzött garázsból történő lopás. További feltétel, hogy a poggyász a jól záródó és lezárt csomagtartóban legyen elhelyezve. Amennyiben nincs csomagtartó, úgy a megőrzésnek kívülről nem látható módon kell történnie.
- A kempingben kívül lévő lakókocsikból történő lopások nem biztosítottak.

6. Korlátozott biztosítási szolgáltatások

- A személyes okmányok, igazolványok újra-beszerzési költségei: legfeljebb a biztosítási összeg 10%-a.
- Látásjavító eszközök (szemüvegek és kontaktlencsék) és egyéb pótló segédeszközök (pl. tolokocsik, halló készülékek, stb.): legfeljebb a biztosítási összeg 20%-a.
- Törési károk (kivéve a bőröndöket): legfeljebb a biztosítási összeg 10%-a.
- Mobiletelefonok, okostelefonok: a telefonért ténylegesen fizetett összeg, legfeljebb HUF 15.000,-.
- A 2. pont szerint biztosított értéktárgyak összessége: a biztosítási összeg 50%-a.
- Gépjárműből történő lopás esetén a biztosított tárgyak összessége: a biztosítási összeg 50%-a.
- Több mint 12 óras késedelmes, az üdülőhelyre történő poggyázkiszállítás esetén a feltétlen szükséges új beszerzések költségei. A hazai repülőtéren történő késedelmes poggyázkiszállítás esetében nem történik térítés. A késedelmes poggyász plusz kiszállításának, illetve elhozatalának esetleges költségeit nem tudjuk átvállalni. Amennyiben a poggyászt végérvényesen elveszettek minősítik, úgy az üdülőhelyen már korábban szolgáltatott, az új beszerzést szolgáló pótlás levonásra kerül a biztosítási térítésből.

A taxi- és telefonköltségek nem számítanak biztosítottaknak.

7. Nem biztosított események/tárgyak

A valamennyi biztosítási ágra vonatkozó, az Általános Szerződési Feltételekben meghatározott kizárások mellett nem áll fenn biztosítási védelem az alábbiak esetében:

- Készpénz, bankkártyák, kulcsok, menetjegyek, bélyeg- vagy éremgyűjtemények, okiratok és értékel bíró papírok, nemesfémek, egyes drágakövek, kereskedelmi áruk és elsősorban művészeti és műgyűjteményi értékkel bíró tárgyak, a munkavégzést szolgáló szerszámok, illetve tárgyak, hangszerek, gépjármű-tartozékok, -szerszámok, és -alkatrészek, orvosi eszközök, műszerek, fegyverek, számítógép-szoftverek, mobilelfon-értékkártyák, illetve bonusz-megállapodások vagy beszélgetési jóváírások, tiltási díjak vagy újra-bejelentési költségek a mobiltelefon elvesztése esetén.
- Azon tárgyak, amelyeket nem lezárt járművekben, hajókon hagynak, valamint motor- és kerékpártáskák vagy -bőröndök és azok tartalma, amennyiben ezeket a táskákat/bőröndöket a járművön hagyják hátra.
- Autók, mobil házak, lakókocsik, motoros és vitorlás hajók, sporteszközök és -felszerelések HUF 150.000.- összértéktől, valamint motorkerékpárok, légi járművek, sárkányrepülő és siklóernyők, papírsárkányok valamint az adott tartozékok, illetve alkatrészek és különleges felszerelések.
- Szándékoságon vagy gondatlanságon alapuló károk. Gondatlanság áll fenn, ha a lopás azért vált lehetségessé, mert nem volt meg a megfelelő testi érintkezés és/vagy rálátás.
- A nem megfelelő, illetve hiányos csomagolásból vagy megőrzésből eredő károk.
- Azok a károk, amelyek arra vezethetők vissza, hogy ott felejtették, elterítették valahová, elhagyták, vagy elejtették az adott tárgyat.
- Kopási károk, használatból eredő károk, valamint romló áruk okozta károk. Kifolyó folyadékok vagy időjárási hatások.
- A háborús események, zavargások, fosztogatások, hatósági rendelkezések és sztrájkok okozta közvetlen vagy közvetett károk.
- Az egyéb biztosítások, szolgáltatók vagy károkozók által fedezett károk
- Az esemény járulékos kárai (pl. a fizetési eszközök vagy mobilelfonok zárolásának díjai).

8. Magatartás káresemény esetén

Az Általános Szerződési Feltételek valamennyi biztosítási ágra vonatkozó kötelezettségei esetén – a biztosító egyéb szolgáltatási szabadsága mellett – az alábbiak érvényesek:

- A szállítmányozási vállalat vagy szállásadó megőrzése során bekövetkező károkat haladéktalanul jelenteni kell annak, és igazolást kell kérni róla az adott vállalattól.
- Kivülről nem azonnal észrevehető károk esetén a szállítót a felfedezést követően haladéktalanul fel kell szólítani, hogy tekintse meg és igazolja a kárt. A vállalkozások megfelelő reklamációs vagy igénykére vonatkozó határidejét be kell tartani.
- A biztosító részére az alábbi dokumentumokat kell megküldeni:
 - biztosítás igazolása (biztosítási kötvény);
 - az utazásszervező foglalási igazolása;
 - a poggyással kapcsolatban hiánytalanul kitöltött kárúrlap a poggyász tartalmának felsorolásával, a kor, márka és beszerzési ár megadásával (értékigazolás, illetve - ha lehetséges - eredeti számlák benyújtása);
 - az illetékes biztonsági szerv eredeti rendőrségi feljelentése rablás, illetve lopás esetén;
 - a repülőársaság, illetve a szállító eredeti kárjelentése (a repülőársaság, illetve a szállító végleges elvesztési igazolását legkésőbb 90 nappal a káresemény után állítják ki) sérülés, illetve késedelmes poggyász-átadás esetén;
 - a pótvásárlások eredeti számlái, illetve eredeti elismervényei a költségtérítéshez
 - eredeti repülőjegy, illetve boarding-igazolvány, eredeti poggyászcímke, sérülés esetén eredeti javítási számla.

Utazási privát felelősségbiztosítás

1. Biztosított események

Biztosított esemény akkor áll fenn, ha a biztosított utazása során magánemberi minőségében kárt okoz idegen tárgyakkban vagy személyekben, és vele szemben ezek miatt kártérítési igényt érvényesítenek, vagy más módon felelősségre vonják az alábbi esetekben:

- a napi élet veszélyeiből fakadóan, kivéve az üzemi, munka- vagy kereskedelmi tevékenységet;
- kerékpárok tartásából és használatából fakadóan;
- a nem munka keretében végzett sporttevékenységből fakadóan (kivéve a vadászatot);
- az elektromos és vitorlás hajók alkalmi használatából fakadóan, de az üzemeltetéséből nem;
- egyéb - nem motoros hajtású - vízi járművek üzemeltetéséből és használatából fakadóan;
- lakóhelyiségek és egyéb, privát célra bérelt helyiségek használata esetén.

2. Személyi és anyagi károk

AVB-HU 170401

- Haláleset, testi sérülés vagy emberek egészségének károsítása.
- Dolgok károsítása vagy megsemmisítése.

3. Biztosított költségek / szolgáltatások

- Azon kártérítési kötelezettségek és azok érvényesítésével kapcsolatos eljárások költségeinek kielégítése, amelyek a biztosított esetében a magánjogi tartalmú, a törvényi kárfelölősség viselésére vonatkozó rendelkezések alapján olyan személyi vagy anyagi kár következtében keletkeznek, amely biztosított eseményre vezethető vissza.
- A harmadik személy által állított kártérítési felelősség megállapításának és elhárításának költségei.
- A kártérítés a megállapodás szerinti biztosítási összegre korlátozódik, akkor is, ha több biztosított személy jogosult kártérítésre egy káreseményről.

4. Mely károk biztosítottak csak bizonyos körülmények esetében?

Jogos kártérítési igény megtérítésére külföldön csak akkor áll fenn igény, ha az igényt bejelentő személy végrehajthat a biztosított vagyontól illetően.

5. Nem biztosított események

A valamennyi biztosítási ágra vonatkozó, az Általános Szerződési Feltételekben meghatározott kizárások mellett nem áll fenn biztosítási védelem az alábbi esetekben:

- ha az állami hatalom, harmadik személy vagy a biztosított megakadályozza a kár felmérését, rendezését, vagy a Mondial Assistance egyéb kötelezettségeinek teljesítését;
- jugellenes és szándékos, illetve súlyosan gondatlan cselekedetekből adódó igények esetében;
- olyan károkból származó kártérítési kötelezettségek esetében, amelyet a biztosított vagy a helyettes cselekvő személy mindennemű légi jármű és eszköz, valamint motoros és elektromos jármű üzemeltetésével vagy használatával okoz;
- azon károkról, amelyeket a biztosított saját magának vagy rokonának, (házastárs, élettárs, szülők /nevelőszülők, após és anyós, nagyszülők/, gyermekek /nevelt gyermekek, vő és meny, unokák/, testvérek, sógor, sógornő, nagybácsi, nagynéni), illetve egy a biztosítási kötvényben név szerint említett személynek, vagy a biztosítási szerződés egyik biztosítottjának okoz;
- azon károkról, amelyeket a biztosított sportverseny keretében okoz;
- az elhasználatból, kopásból és túlzott igénybevételből eredő károkról;
- azon tárgyban bekövetkezett károkról, amelyeket a biztosított kölcsönzött, bérbbe vett, haszonbérbbe vett, vagy őrzésre átvett, illetve a károsult személy használati tárgyiban bekövetkezett károkról;
- a környezet szennyezéséből vagy rongálásából eredő károkról;
- azon tárgyban bekövetkezett károkról, amelyek a használatból, szállítástól, megmunkálástól, vagy egyéb tevékenységtől erednek;
- a biztosított által terjesztett betegség esetén.

6. Magatartás káresemény esetén

Az Általános Szerződési Feltételek valamennyi biztosítási ágra vonatkozó kötelezettségei esetén – a biztosító egyéb szolgáltatási szabadsága mellett – a biztosított köteles:

- meghatározni a biztosító által kirendelt ügyvédet (védőt, jogi tanácsadót), hogy biztosítsa számára valamennyi szükséges információt és engedje át neki a per vezetését;
- meghatározni a biztosított teljesítési kötelezettségei keretében, hogy tegye meg valamennyi, általa célszerűnek vélt nyilatkozatot;
- Amennyiben a biztosított nem tudja időben megtudakolni a biztosító utasításait, úgy ónszántából kell végrehajtania valamennyi perceseikményt az előírt határidőn belül.
- A biztosított nem jogosult igény teljes vagy részleges elismerésére a biztosító hozzájárulása nélkül.

Késési védelem

1. Megkésést indulásnál

- Biztosított események
 - A repülőút vagy az indulás véten lekésése a lefoglalt utazás keretében a nyilvános odaszállító (pl. vonat, taxi) igazolt késése esetében, amennyiben az odaszállító kiválasztásánál a minimum átszállási idő be lett tervezve, valamint a repülőtérről/kikötőbe történő magán-odautazás esetében, ha a magán-személygépkocsi balesetet szenved.
- Nem biztosított események
 - Az Általános Szerződési Feltételek valamennyi biztosítási ágra vonatkozó kizárásai esetén nem áll fenn biztosítási védelem
 - ha az esemény az időjárásból következő eseményekre vezethető vissza,
 - a közlekedés terheltség esetén (pl. közlekedési dugó) . az esemény a légitársaság intézkedése/hibája miatt történt

- Biztosított költségek
 - Biztosítottak számíthatnak az üdülőhelyre történő késedelmes, közvetlen odautazás költségei a lefoglalt és biztosított utazás típusa és minősége szerint, legvégső esetben az üdülőhelyre történő közvetlen odautazás fiktív repülési költségei turistaosztályon.

2. Megkésést visszautazásnál

- Biztosított események
 - Biztosítási eset áll fenn, ha a lefoglalt megérkezés a hazai repülőtéren/pályaudvaron igazoltan késedelmes, és ezáltal nem lehetséges vagy nem várható el a repülőtérről/pályaudvarról való hazautazás az eredeti terveknek megfelelően éjszakázás nélkül.
- Biztosított költségek
 - Térítéses kerülnék a szükséges taxi-út költségei (legfeljebb 50 km) amennyiben nem áll rendelkezésre tömegközlekedési eszköz, illetve a szükséges éjszakázás többletköltségei, beleértve az ellátást is (személyenként legfeljebb HUF 30.000,-).

3. Magatartás káresemény esetén

Az Általános Szerződési Feltételek valamennyi biztosítási ágra vonatkozó kötelezettségei esetén – a biztosító egyéb szolgáltatási szabadsága mellett – az alábbiak érvényesek:

- A biztosító részére az alábbi dokumentumokat kell megküldeni:
- biztosítás igazolása (biztosítási kötvény);
 - az utazásszervező foglalási igazolása;
 - a légitársaság illetve a szállító igazolása a késésről, mely tartalmazza a késés okát is;
 - az eredeti repülőjegy, illetve boarding-igazolvány, vonatjegy;
 - nem felhasznált odautazási repülőjegy, illetve menetjegyek,
 - újonnan vásárolt odautazási repülőjegy, illetve beszállóártya,
 - rendőrségi jelentés baleset esetén, illetve baleseti jelentés.
 - a pót-hazautazás, a szállás- és ellátási költségek eredeti számlája.

Segítségnyújtás

1. A segítségnyújtás tárgya

- A biztosító az alábbi segítségnyújtási szolgáltatásokat nyújtja azokban az alábbi vészhelyzetekben, amelyek a biztosítottat az utazás során érik:
- betegség/baleset,
 - haláleset,
 - utazási fizetőeszközök elvesztése,
 - utazási dokumentumok elvesztése,
 - büntetőjogi felelősségre vonási intézkedés.

A segítségnyújtás feltétele, hogy a biztosított vagy egy általa megbízott személy értesíti a 24 órás segélykérő telefonszolgálatot a biztosítási esemény bekövetkezése esetében (személyesen, telefonon vagy e-mailen).

2. Betegség / baleset

- Ambuláns ellátás
 - A 24 órás segélykérő telefonközpont kérésre tájékoztatást nyújt az ambuláns orvosi ellátás lehetőségéről, de nem teremt meg magát a kapcsolatot az orvossal.
- Kórházi tartózkodás
 - Amennyiben a biztosított megbetegszik, vagy balesetet szenved, és emiatt kórházi ápolásra szorul:
 - a 24 órás segélykérő telefonközpont egy általa megbízott orvoson keresztül kapcsolatot teremt az adott háziorvossal és a helyszínen kezelést végző orvosokkal;
 - a megbízott orvos a kórházi tartózkodás ideje alatt gondoskodik a résztvevő orvosok közötti információ cseréről;
 - a 24 órás segélykérő telefonközpont a biztosított kérésére tájékoztatja a rokonokat.

3. Haláleset

A biztosító a döntésnek megfelelően megszervezi az elhunyt biztosított elszállítását a magyarországi temetkezési helyre, vagy a helyszínen történő temetést. (kedvezményezett választási joga)

4. Utazási fizetőeszközök elvesztése

Utazási fizetőeszközök elvesztése esetén a 24 órás segélykérő telefonközpont kapcsolatot teremt a számlavezető bankkal. Amennyiben szükséges, úgy a 24 órás segélykérő telefonközpont segítkezik egy, a számlavezető bank által rendelkezésre bocsátott összeg a biztosított részére történő kifizetésében.

5. Utazási dokumentumok elvesztése

Utazási dokumentumok elvesztése esetén a 24 órás segélykérő telefonközpont segítkezik a dokumentumok pótlásában.

6. Büntetőjogi felelősségre vonási intézkedések

Amennyiben a biztosítottat letartóztatják, vagy letartóztatással fenyegetik, úgy a 24 órás segélykérő telefonközpont segítkezik egy ügyvéd és tolmács megszervezésében, valamint az esedékes óvadék előteremtésében.

Saját otthon biztosítása

1. A 24 órás segélykérő telefonközpont

Annak érdekében, hogy igénybe lehessen venni a Home-Assistance szolgáltatásait, minden esetben haladéktalanul értesíteni kell a 24 órás segélykérő telefonközpontot. A 24 órás segélykérő telefonközpont ezt követően elrendeli valamennyi szükséges intézkedést, különösen a szerelőkkel, kulcsszolgálatokkal és egyéb, nyilvános vagy magánszolgálatokkal kapcsolatos szükséges intézkedést. Vészhelyzet áll fenn:

- a biztosított életminőségének hátrányos csorbitása vagy lakásának/lakóingatlanának az 5. pontban megadott részein bekövetkezett károk miatt
- lakásában/lakóingatlanában bekövetkezett súlyos kár elhárításához közvetlenül szükséges intézkedések esetén...

2. Biztosított személyek

Biztosítási védelem áll fenn a biztosított, valamint a vele közös háztartásban élő személyek számára.

3. A biztosítás érvényességi területe

A biztosítási védelem a biztosított által használt, Magyarországon belüli fő és másodlagos lakóhelyek esetében érvényes.

4. Mikor érvényes a biztosítás?

A Home-Assistance biztosítási szolgáltatásaira a biztosítási szerződés futamideje alatt áll fenn igény (az utazás megkezdésének és befejezésének időpontja között).

5. Biztosított szolgáltatások

5.1. Szerelőszolgálat

24 órás segélykérő telefonközpont vészhelyzet bekövetkezése esetén az alábbi szerelőket szervezi meg a biztosított lakás számára és átvállalja a költségeket (kiszállási költség és munkaidő) biztosítási esetenként legfeljebb a megállapodott biztosítási összegig:

- szaniter-szerelő a gáz-, víz- és fűtésberendezések meghibásodásai esetén;
- villanyszerelő az elektromos vezetékek meghibásodásai esetén;
- vízmentesítési szolgálat;
- lakatos, asztalos és megfelelő szaküzemek a bejárati ajtók és ablakok meghibásodásai esetén;
- tetőfedő, ács és bádogos a saját tulajdonú lakóház és a szomszédos épületek meghibásodásai esetén;
- üveges a külső üvegezés törése esetén;
- duguláselhárító cégek a csőrendszer eldugulása esetén.

5.2. Bér-fűtőberendezések

Amennyiben a biztosított lakás fűtőberendezése meghibásodik a fűtési szezon során bekövetkező hiba, illetve zavar következtében, úgy a 24 órás segélykérő telefonközpont a fűtés kiesésének időtartamára bér-fűtőberendezést szervez meg és átvállalja a költségeket biztosítási esetenként legfeljebb a megállapodott biztosítási összegig.

5.3. Kulcsszolgálat

Amennyiben a biztosított kizárja magát a biztosított lakásból, elveszíti a kulcsát, vagy ellopják azt, úgy a 24 órás segélykérő telefonközpont megszervezi a felnyitást, illetve az elhagyott vagy ellopott kulcs pótlását és átvállalja a költségeket biztosítási esetenként legfeljebb a megállapodott biztosítási összegig.

5.4. Költségtéti szolgálat és vészátrolás

Amennyiben a biztosított lakás káresemény következtében használhatatlanná válik, és átmenetileg el kell szállítani és tárolni kell a lakás berendezését, úgy a 24 órás segélykérő telefonközpont megvezi a megfelelő cégeket (fuvarozókat) és átvállalja a költségeket biztosítási esetenként legfeljebb a megállapodott biztosítási összegig.

6. Szavatosság

A biztosító nem szavatol a közvetített és/vagy megbízott segítségnyújtókért/szolgáltatókért.

7. Nem biztosított események

Az Általános Szerződési Feltételek valamennyi biztosítási ágra vonatkozó kizárási mellett az alábbi károk és körülmények nem biztosítottak, vagy korlátozzák a biztosító szolgáltatási kötelezettségét:

- 7.1. Azon szolgáltatások, illetve teljesítések, amelyek közvetett vagy közvetlen módon összefüggnek a rendes karbantartással.
- 7.2. Nem áll fenn szolgáltatásra igény, ha a biztosító nem adta meg a szolgáltatásnyújtáshoz való hozzájárulását, vagy a kárelhárítást a biztosított saját maga szervezi meg és intézi.
- 7.3. Nem kerülnek megtérítésre a károk, amennyiben ezekért egy másik biztosítási szerződés alapján kártérítés kérhető.

8. Magatartás káresemény esetén

Az Általános Szerződési Feltételekben valamennyi biztosítási ágra vonatkozóan megadott magatartási szabályok érvényesek.

Gépjármű mobilitás-védelem Európán belül

1. A 24 órás segélykérő telefonközpont

A 24 órás segélykérő telefonközponton keresztül kérhet segítséget a biztosított baleset, meghibásodás vagy járműlopás esetében az alábbi feltételek szerint. A szolgáltatás igénybevételéhez minden esetben szükséges, hogy, haladéktalanul értesítsék a 24 órás segélykérő telefonközpontot. A 24 órás segélykérő telefonközpont intézkedik valamennyi szükséges intézkedés tekintetében, különösen az autómentő társaságokkal, autójavitókkal, szállodákkal és nyilvános, valamint magán szállítóvállalatokkal való kapcsolat megszervezését illetően, és dönt a megfelelő segítség kiválasztásáról és végrehajtásáról.

2. Biztosított járművek

A biztosítási védelem azon (az első üzembe helyezettől számított max. 15 évig) személygépkocsikra, motorkerékpárokra, lakókocsikra és legfeljebb 9 férőhelyes kombi-járművekre érvényes, amelyek rendszáma a kötvény lefoglalásakor meg lett adva, és azt a kötvényen feltüntették. Nem áll fenn fedezet bérelt vagy haszongépjárművekre.

3. Biztosított személyek

Biztosítottnak számítanak az egy kötvényben biztosított személyek, akik a meghibásodás vagy a balesetidején a biztosított járműben tartózkodnak.

4. A biztosítás érvényességi területe

A biztosítási védelem biztosított személy azon utazásain érvényes, amelyek Európán belül, földrajzi értelemben a biztosított lakóhelyétől több mint 50 km-re illetve határátlépésnél vagy minimum egy lefoglalt éjszakázás ideje alatt történnek.

5. Biztosított szolgáltatások

5.1. Autómentés a helyszínen vagy elvontatás

Amennyiben a jármű meghibásodás vagy baleset következtében már nem üzemképes, úgy a 24 órás segélykérő telefonközpont megszervezi és kifizeti a helyszíni segítségnyújtást vagy a legközelebbi alkalmas autójavitóba történő

elszállítást (beleértve a mentést is). A javítás és a pótalkatrészek költségei, amelyek meghaladják az egyszerű autómentést, nem biztosítottak.

5.2. Jármű visszaszolgáltatása / hazautazás

Amennyiben a járművet meghibásodás vagy baleset után nem lehet 24 órán belül (külföldön szakvélemény alapján 5 napon belül) az eseményhez közeli autójavitóban megjavítani, úgy a biztosító a biztosítási összeg erejéig az alábbi szolgáltatásokat szervezi meg és fizeti:

- a jármű utasai hazautazásának igazolt költségei a biztosított lakhelyére, legvégső esetben azonban a hazautazás költségei tömegközlekedési eszközzel. Amennyiben a vonatút meghaladja a 6 óra időtartamot, úgy a biztosító választhat, hogy a kártérítési igényt egy 1. osztályú vonatjegyre vagy egy turistaosztályon történő repülőút formájában kívánja érvényesíteni;
- az állandó lakhely államán belül átvállaljuk egy személy utazási költségeit a jármű elhozatala céljából;
- az üzemképtelen, illetve megtalált jármű visszaszállításának költségei a biztosított lakhelyére;
- bérautó-hozzájárulás a biztosított csomagnak megfelelően a haza-, illetve továbbutazás érdekében
- szállodai éjszakázás – amennyiben a járművet nem lehet aznap megjavítani, és a meghibásodás nem a foglalás helyszínén történik, úgy a biztosító legfeljebb két éjszakára megszervezi az éjszakázást egy szállodában, és a választott biztosítási csomag alapján átvállalja a költségeket.

6. Nem biztosított események

Az Általános Szerződési Feltételek valamennyi biztosítási ágra vonatkozó kizárási mellett az alábbi esetekben nem áll fenn biztosítási védelem:

- a jármű hiányos karbantartása révén keletkezett károk és
- azon járműhiányosságok, amelyek a kár bekövetkezéséhez vezettek, már az utazás megkezdése előtt megvoltak és/vagy észlelhetők voltak;
- a kárelhárítás saját intézés keretében történik.

7. Magatartás káresemény esetén

Az Általános Szerződési Feltételekben valamennyi biztosítási ágra vonatkozóan megadott magatartási szabályok érvényesek.

Télisport biztosítás

1. Biztosított események

- A sífelszerelés lopása, kizárólag egy zárt, nem mindenki számára hozzáférhető, megfelelően lezárt helyiségből
- Váratlan pályazárás. Az üdülőhely siterületén lévő lesiklópályák több, mint 50%-ának előre nem várt lezárása esetén
- A célhoz-, illetve hazavezető út lavina miatti lezárása által okozott többlet szállás- és közlekedési költség térítése
- A síruházat kórházban történő elkerülhetetlen rongálódása sürgősségi ellátás esetén

2. Biztosított költségek

Elopott vagy sérült sífelszerelés és síruházat költségtérítése, további felmerülő szállás- és utazási költségek megkéséett érkezés vagy hazautazás esetén, amennyiben lavina miatti útzárat van érvényben, költségtérítés a lesiklópályák lezárása esetén a már megvásárolt sibirletre, a szolgáltatási táblázatnak megfelelően.

3. Magatartás káresemény esetén

Az Általános Biztosítási Feltételeinkben rögzített összes módozat mellett – a Biztosító szolgáltatási szabadsága szerint – a biztosított köteles az alábbi dokumentumokat a biztosító részére megküldeni:

- Biztosítási kötvény
- Foglalási igazolás az utazásról
- Rendőrségi feljelentés lopás esetén, továbbá igazolás a megőrző cégtől vagy a tárolást biztosító szállásadótól
- Igazolás a pályazárásról a helyi üzemeltető cégtől
- Rendőrségi igazolás útlezárásról lavinaveszély esetén
- Eredeti számlák szállás- és utazási többletköltségekről útlezárás esetén
- Kórház igazolása a síruházat elkerülhetetlen rongálásáról
- Vásárlást vagy bérletet igazoló számlák az ellopott vagy sérült sífelszerelésről

Travel Insurance

Information about insurance products

Insurer: AWP P&C S.A., Austrian branch

Product: Air Transat Travel Insurance incl. Cancellation

This information sheet only gives a general overview of the essential contents of the insurance product. It is not a part of the contract. The complete scope of insurance can be found in the insurance documents (insurance policy or confirmation, general and special insurance conditions, separate detailed description of benefits)!

What type of insurance is it?

Air Transat Travel Insurance incl. Cancellation is a travel insurance and includes the benefits described below:

What is insured?

Cancellation

- ✓ Reimbursement of cancellation costs due to a reason stated in the general terms & conditions according to the booked premium

Health Insurance Abroad

- ✓ In-patient and out-patient treatment up to € 150.000
- ✓ Home- and/ or emergency transportation for medical reasons
- ✓ Dental emergency up to € 200

- ✓ Search- and rescue up to € 5.000

Baggage Insurance

- ✓ Current value in case of damage or loss by the carrier, robbery or theft up to € 1.000
- ✓ Delayed luggage (after 12 hours at arrival on destination) up to € 200

What is not insured?

Non-insured events for all cover sections

No insurance cover is provided for events that

- ✗ Are associated directly or indirectly with civil unrest, acts of war or terror of any kind
- ✗ Are caused by a strike
- ✗ Are caused as a result of acts of violence that are associated with a public gathering or demonstration, if the insured person actively participates
- ✗ Are triggered by the suicide or attempted suicide of the insured person
- ✗ Are caused as a result of official orders
- ✗ Are caused directly or indirectly through the influence of ionizing radiation as defined by the current amendment of the radiation protection act or through nuclear energy
- ✗ The insured person suffers as a result of an impairment due to alcohol, addictive drugs or medications or upon discontinuation of a prescribed therapy
- ✗ Occur during motor sport competitions (performance trials and rallies) and the relevant training for those events
- ✗ Have already occurred or were to be expected at the time of conclusion of the insurance or of booking the travel or starting the travel. This also applies to pre-contractual complaints
- ✗ Occur as a consequence of epidemics and pandemics
- ✗ Occur on trips that are undertaken despite travel warnings by the Federal Ministry for Foreign Affairs (Foreign Office) or are not interrupted immediately
- ✗ Are attributable directly or indirectly to natural disasters, seismic phenomena or weather influences
- ✗ Loss of holiday enjoyment will not be compensated
- ✗ In case of embargos, economical-, financial- or trading sanctions, that apply to the insurance policy, prevent the payment of an indemnification, insurance coverage is not granted.

Additional non-insured events for dedicated cover sections

Cancellation Insurance

- ✗ If the travel company withdraws from the contract
- ✗ For events or illnesses caused by alcohol or drug abuse
- ✗ If an event or complaint has already occurred or was to be expected at the time of conclusion of the insurance/ of booking the trip

- ✗ For scheduled operations of prospective operations, postponed operation appointments or medical interventions
- ✗ If the trip cannot be started due to the delaying of the healing process or therapy
- ✗ In the case of the authorization of a course of health care
- ✗ For insured events caused by gross negligence of intent

Health Insurance Abroad

- ✗ Medical treatment or other medically ordered measures that are the reason for the trip or whose necessity was known prior to conclusion of the insurance or prior to the start of the trip or had to be expected
- ✗ Slimming or beauty courses
- ✗ Events that occur while exercising a vocational manual activity or in military service
- ✗ Check-ups, post-treatments and therapies
- ✗ Extreme sports, skydiving or the like; extreme mountain tours without a qualified mountain guide, tours above 6,000 m and tours that have not been booked as package tours, expeditions (travels to unexplored territories), sports activities in whitewater; extreme sports, that are booked via a tour operator in Austria, Germany or Switzerland, are included in cover for foreign travel health insurance.

Baggage Insurance

- ✗ Cash, bank notes, credit cards, keys, travel tickets, stamp or coin collections, deeds and documents of value, precious metals, loose gemstones, merchandise or objects with a primarily artistic and collector's value, tools and devices used for the purpose of practicing a profession or objects, musical instruments, motorcar accessories, motocartools and spare parts, medical equipment, weapons, EDP software, mobile phone prepaid cards or bonus agreements or airtime, disabling charges or re-registration costs in the event of the loss of a mobile phone
- ✗ Damage that is due to intent or negligence.
- ✗ There is negligence in any case, if a theft has been made possible through a lack of bodily and/ or visual contact.
- ✗ Damage due to insufficient or deficient packaging or safekeeping
- ✗ Damage that is attributable to leaving behind, mislaying, losing or dropping

Are there any restrictions on cover?

Cancellation Insurance

- ! Excess of 10% of the cancellation costs, min. € 10

Baggage Insurance

- ! Excess of 10%, min € 10
- ! Limitation of coverage for valuables and photographic, film, video and music equipment, souvenirs up to € 150
- ! In the event of complete loss or complete destruction of the time value, however, at the maximum the purchase price at that time resp. the repair costs

- ! Replacement costs for official documents and cheques up to a max. of 10% of the sum insured
- ! Visual aids and other prosthetic aids up to a max. of 20% of the sum insured
- ! Breakage damage up to a max. of 10% of the sum insured
- ! Mobile phones: the amount actually paid for the phone amount - € 50 at the maximum
- ! For the entirety of the insured valuables to 50% of the sum insured
- ! In the event of theft from a motor vehicle for the entirety of the insured objects to 50% of the sum insured

Where am I covered?

- The travel insurance is valid for travel worldwide (excl. Northern Korea)

What are my obligations?

The insured person is obligated

- To minimize the damage as much as possible and to avoid unnecessary costs and to directly notify the insurer about the claim
- To truthfully describe and provide proof of the loss
- To immediately report any damages caused by criminal acts with a precise description of the circumstances and stating the extent of the loss to the police department responsible and to have the report certified
- To hand over any evidence, such as the originals of police reports, confirmations of tour guides, medical practitioner and hospital invoices etc.
- To carry and keep valuables in some form of secure personal custody (in physical or visual contact) so that their removal by third parties is not possible without overcoming some resistance

When and how do I pay?

- The premium is a single premium and is due immediately after conclusion of the insurance policy

When does the cover start and end?

- Cancellation coverage begins with the conclusion of the insurance contract for the booked event and ends with commencement of the journey
- For all other sections the cover begins with commencement of the insured journey and ends after the agreed period.

How do I cancel the contract?

- The insurance contract ends after the agreed period.

How can we help?

Airtransat Travel Insurance including Cancellation

Valid: 1 April 2017. Page: 4 / 5



SERVICES:

[Kérjük
kattintson ide a Magyar nyelvű
változathoz](#)

On your policy you can find the type of the insurance you have purchased. In the following chart you can find a survey of the cover amounts of this travel insurance. The following benefits are included on the basis of the General Terms and Conditions.

Customer Information:

Please note

The Airtransat Travel Insurance including Cancellation

- is valid for one trip and one person (for maximum 7 persons per policy and due to the policy certification but up to the above mentioned amount)
- is valid for a trip duration of max. 31 days.
- is valid worldwide (except North-Korea)
- is valid, if it has been taken out at the time of booking your flight and is documented on your booking confirmation and if the premium has been paid.
- can only be purchased in connection with an Airtransat online-ticket and only for the respective flight/travel person

Benefits

24h EMERGENCY LINE ☎ +36-1-814-9500

Worldwide Emergency Support: 24 hours a day – 365 days a year: for illness, accidents, criminal prosecution, loss of travel documents/travel funds.

CANCELLATION PROTECTION

Reimbursement of cancellation fees when cancelling the trip (for the reasons listed in the General Terms and Conditions).
Excess: 10%, minimum 10 EUR

HEALTH INSURANCE ABROAD

In-patient and out-patient treatment.
Air Ambulance / repatriation for medical reasons or after 3 days in hospital.
Cost of dental emergency

Date of purchasing your insurance policy

Tariffs including cancellation coverage: up to 150.000 EUR

Immediate cancellation coverage exists, if the policy has been concluded on the day of the booking of the trip, irrespective of the period of the remaining time until departure. In case of delayed insurance arrangement, only events occurring after a 6 days grace period are insured (exception: accident, death, elementary damage). If the policy is purchased only 31 days before departure, cancellation protection is only constituted if the insurance policy is taken out simultaneously with the purchase of the travel. up to 200 EUR per person

PERSONAL ACCIDENT INSURANCE

Costs of search and rescue operations up to 5.000 EUR per person

LUGGAGE INSURANCE

Replacement in the case of damage/loss caused by the carrier; or robbery, theft.
Excess: 10%, minimum 10 EUR

24h Emergency Line

When you really need us, our 24 hour emergency call centre will help you and be at your side with moral and practical support. We organise your safe repatriation, at any time and from anywhere in the world. Telephone +36-1-814 9500.

up to 1.000 EUR
(valuable limit 500 EUR)

up to 200 EUR
(with receipts)

Important!

- Have the exact address and phone number of your residence ready.
- Have the names of your contact persons on behalf of the police, hospital, offices.
- Report incidents and provide further details for assistance service

Insurer

AWP P&C S.A.
Hungarian Branch Office
Budaörs, Szabadság út 117, H-2040
Company number: 13 17 000129,
Tax number: 23837324-1-13

Contact-Service Center

We will be more than happy to provide further information regarding our travel insurance.

+36 23 50 7416
ugyfelszolgalat@mondial-assistance.at

24h emergency line

Immediate help all over the world in case of an emergency.

+36 1 814 95 00
segelykozpont@mondial-assistance.at

How can we help?

Airtransat Travel Insurance including Cancellation



Valid: 1 April 2017. Page: 5 / 5

In order to avail in-patient and out-patient treatment, extra return trip or emergency transport, the Mondial Assistance emergency call centre must be informed immediately upon occurrence of the event or medical problem.

General Terms and Conditions

All listed benefits are offered according to the General Terms and Conditions of Mondial Assistance, which are part of this product description and can also be found on www.mondial-assistance.hu. The offered premiums, benefits and conditions must not be altered. Premiums include insurance tax. No other fees are taken. Insurance cover is valid for the persons stated on the insurance policy and after redemption of the premium. Hungarian law applies to the insurance contract.

Claims Handling:

1. In case of Cancellation:

Cancel your trip with your airline / service provider. File your claim **within 48 hours** in written form (preferably via E-Mail to karbejelentes@mondial-assistance.at) to the Mondial Assistance claims department (contact details: see below)

Required documents:

- Policy document/proof of insurance
- Booking confirmation
- Cancellation notice made out by airline / service provider
- Original documents giving proof to the claim (e.g. medical report)
- Fully completed [Cancellation Claim Form](#)
- Details on other insurances (e.g. creditcards, motoring association, health insurance,...)
- Bank account number and address of the account holder
- As much evidence as possible to support your claim.

2. Health Insurance Abroad:

Please consider that an immediate notification of the 24h emergency call centre (+36 –1 814 9500) is needed in case the filed claim is more than 90.000 HUF,- or in case of in-patient treatment.

Required documents for the subsequent claims handling:

- Policy document/proof of insurance
- Booking confirmation
- Completed [claim form for medical costs](#)
- Doctor's report (including the patient's name, diagnosis,, treatment data, the duration and extent of incapacity to work or invalidity),
- Original doctor's or hospital invoice (including the patient's name, date of birth, diagnosis and treatment data)
- Medical results where the need to transport the patient is confirmed;
- Other invoices or original documents where compensation has been requested
- Bank account number and address of the account holder
- Details on other insurances (e.g. creditcards, motoring association, health insurance,...)

3. Luggage Insurance:

The insured person is obliged to inform the airline (directly at the airport) about the delayed/non-delivery of the piece(s) of luggage. The airline will issue a confirmation that you have to pass on to Mondial Assistance.

Required documents for the subsequent claims handling:

- Policy document/proof of insurance
- Booking confirmation
- Fully completed [Luggage Claim Form](#) with a list of baggage contents stating the age, brand, purchase price (proof of value or original invoices, where available)
- Original Police report of the police agency responsible in case of robbery or theft
- Original damage report of the airline or carrier (P.I.R.) in case of delayed or damaged luggage (the final loss confirmation of the airline or carrier is issued no later than 90 days after the loss-causing event)
- Original invoices or original receipt vouchers for replacement purchases;
- Original flight ticket, boarding pass, etc.
- The original repair bill in case of luggage damage
- Original invoices of necessary purchases in case of luggage delay
- Bank account number and address of the account holder
- Details on other insurances (e.g. creditcards, motoring association, health insurance,...)

Please send the filled out claim form and the original documents to the following address:

AWP P&C S.A. Magyarországi Fióktelep
Budaörs, Szabadság út 117. 2040
✉ karbejelentes@mondial-assistance.at

Insurer

AWP P&C S.A.
Hungarian Branch Office
Budaörs, Szabadság út 117, H-2040
Company number: 13 17 000129,
Tax number: 23837324-1-13

Contact-Service Center

We will be more than happy to provide further information regarding our travel insurance.

+36 23 50 7416
ugyfelszolgalat@mondial-assistance.at

24h emergency line

Immediate help all over the world in case of an emergency.

+36 1 814 95 00
segelykozpont@mondial-assistance.at

By entering into the insurance contract the Policyholder accepts and agrees with these General Insurance Terms and Conditions and the Additional Insurance Terms and Conditions for the selected insurance product. The insurance contract shall be governed by the law of Hungary; any dispute arising therefrom shall be within the jurisdiction – depending on their powers – of the Central District Court of Buda or the Tatabánya Regional Court.

PLEASE NOTE! In any and all cases only the general and additional insurance terms and conditions and the relevant Schedule of Benefits apply that correspond to the chosen insurance product. Important: These insurance conditions in English are for information purposes only. Only the current insurance conditions in the Hungarian language version form an integral part of the contract.

Details of the Insurer:

Name of the company: AWP P&C S.A. Branch Office in Hungary
 Registered seat: 117 Szabadsági út, Budaörs, H-2040, Hungary
 Court of registration: Company Registry Court of Budapest Environs Regional Court
 Main scope of activity: Non-life insurance
 Company registration number: 13-17-000129; registration number at the Hungarian National Authority for Data Protection and Freedom of Information: NAIH-54186/2012; Community tax number: HU 23837324
 The insurer's bank account number: UniCredit Bank Hungary Zrt. IBAN: HU96 1091 8001 0000 0129 1222 0007. SWIFT: BACXHUHB,
 Competent supervisory authority: Magyar Nemzeti Bank (Hungarian National Bank)

Details of the foreign insurer: AWP P&C S.A.

Registered seat: FR - 93400 Saint-Ouen, 7, rue Dora Maar; France
 Legal form of the company: branch office of a foreign (member state's) insurance company
 Company registration number: 519 490 080 R.C.S. Bobigny
 Court of registration: Greffe du Tribunal de Commerce de Bobigny
 Competent supervisory authority: Autorité de contrôle prudentiel et de Résolution (ACPR),
 FR-93008 Bobigny CEDEX, 1-13 rue Michel de l'hospital, rue TaiTbout, 75436 Paris Cedex 09 / registration number 4021319

Detailed information on the Insurer or its products:

www.mondial-assistance.hu

Office hours: from 8.00 a.m. to 5.00 p.m. from Monday to Thursday / from 8.00 a.m. to 4.00 p.m. on Friday

Address: 117 Szabadság út, Budaörs, H-2040, Hungary

Telephone: +36 (23) 507-416 Fax: +36 (23) 507-414

E-Mail: ugyfelszolgalat@mondial-assistance.at or karbejelentes@mondial-assistance.at

Mondial Assistance 24-hour emergency call centre: +36 (1) 814-9500

General insurance terms and conditions for all lines of insurance

I Insured events

The exhaustive list of insured events is set out in the conditions of the individual insurance products and the relevant Schedule of Benefits. An extension analogously to similar events not listed shall be excluded.

Please note! The insurer will pay only for occurrence of events in the scope of the selected insurance product and only when premium of the relevant product has been fully paid.

II Agents or assistants

No agent is authorised to make oral or written auxiliary agreements to provide insurance cover that varies from the general and additional insurance terms and conditions or to make a determination of facts that is binding for the insurer.

Additional insurance terms and conditions or variations are only valid if they are set out in writing and produced by the insurer on behalf of the company.

1. Subjects of the insurance contract

1.1.1. The insured: Persons that at the time the insurance was taken out have had their regular place of residence in Hungary, or a State of the European Union (EU), Switzerland or Liechtenstein for at least six months can be designated as the insured in the policy.

In the family insurance up to max. 2 adults and 5 minors can be named as co-insured in the policy, regardless of their degree of relationship. Unborn children cannot be named as insured persons.

1.1.2. Beneficiary: The beneficiary is any person who is entitled to claim the insurance benefits: In the case of the death of the insured person, the beneficiary is the heir of the insured person. The policyholder may, however, also designate another person as beneficiary in the case of death, specified in a written declaration addressed and sent to the insurance company. This may be revoked at any time before the occurrence of the insured event, or another beneficiary may be designated instead of the aforementioned person. If the policyholder is not the insured person, then the written approval of the insured person is required.

1.1.3. Policyholder: the person who undertakes to take out the insurance and pay the premium. (In the absence of any agreement to the contrary, the insured shall be interpreted as the contracting party as well.)

1.1.4. Insurer: AWP P&C S.A.'s Branch Office in Hungary /Mondial Assistance

1.2. Exclusions:

Please note! No insurance cover exists for events in relation to the following illnesses

1.2.1. Psychological illnesses and diseases of the nervous system (excluding the first occurrence with out-patient or in-patient treatment after the reservation has been made and the policy taken out); ;

1.2.2. The following illnesses and existing complaints are not covered by insurance in case of policy covering cancellation of travel, curtailment of travel and foreign travel treatment costs where the insured has received treatment for these complaints as an outpatient and/or in-patient within the 12 months prior to the insurance being taken out: heart and cardiovascular diseases; stroke; cancer; diabetes (type 1+2); migraine; epilepsy.

2. Insurance period / Taking out the insurance / Insurance policy

2.1. Insurance period:

The insurance contract is entered into for a definite term, at least for one day, maximum for one year. Any other travel that starts after returning home is not insured (except for the case of "Annual insurance"). Any travel that lasts longer than 365 days is not insured. The period of insurance cover may be extended by the AWP Service Center before the policy expires on the exclusive written application by the policyholder, provided that no loss has occurred during the originally agreed term. The maximum total insurance period is 365 days. Please note: The approval of the insurance company cannot be granted via a representative (for example, an insurance broker)

2.1.1 Line of insurance – Cancellation cover

Insurance cover starts when the insurance policy is taken out and the insurance premium is paid and ends on the commencement date of travel stipulated on the insurance policy. The insurance policy must be taken out and the premium paid for insurance packages containing cancellation insurance cover on the day travel is booked. If the policy is taken out at a later date, only events are insured which take place after the 10th day following purchase of the policy (exception: accident, death, elementary event). If insurance cover is taken out less than 31 days before commencement of travel, cancellation insurance is only provided if the insurance policy is taken out at the same time as travel is booked.

2.1.2. Lines of insurance (other than the Cancellation cover):

In case of other lines of insurance the insurance cover comes into effect at 00:00 a.m. on the day following the issuance of the insurance policy the earliest, provided that insurance premium has been paid prior to the commencement of the travel; and, unless the parties agree otherwise, the cover period starting on the beginning date of the travel lasts until the end date of the travel known at the time of conclusion of the insurance contract up to a maximum travel duration selected with the insurance tariff.

Please note! The insurer's risk tolerance (insurance cover) will only start when the Contracting Party/the insured has fully paid the premium before start of travel. The premium is an amount to be paid as one-off payment, which is adjusted to the scope of service of the relevant insurance product, the age, health condition of the insured, the selected travel destination and other circumstances.

2.2 taking out the insurance / Insurance Policy

2.2.1 The insurance contract is concluded by written agreement of the Contracting Party and the insurer.

2.2.2 The insurance contract is concluded by written agreement of the Contracting Party and the insurer.

2.2.2. Legal disputes arising from the insurance contract are governed by Hungarian law and any lawsuits arising therefrom shall be submitted by the parties to the exclusive jurisdiction – depending on their powers – of the Central District Court of Buda or the Tatabánya Regional Court.

2.2.3. During contracting the insurer will provide full-scope information for the Contracting Party/the insured pursuant to Act LXXXVIII of 2014 on the Insurance Business. By paying the premium the Contracting Party/the insured certifies that he was provided with full-scope information regarding the insurer and the content of the insurance contract before entering into the contract and that he was enabled to become familiar with the present general and additional insurance terms and conditions before entering into the insurance contract, he read and understood and accepted them and has received one copy thereof from the insurer's representative. Having received the premium the insurer issues a policy. The Insurance Policy issued when entering into the contract and the currently effective general and additional insurance terms and conditions jointly constitute the insurance contract. The Insurance Policy contains the date of entering into the contract, the start date of the planned travel, the date of returning home, the selected insurance product, the scope of the insurance cover, the number of the policy, the premium and the name and other details of the insured and the Contracting Party.

Please note! To enforce your damage claim you will need your Insurance Policy, therefore, keep it at a safe place.

2.3. Obligation of the insured/Contracting Party to supply data

When contracting the insured/Contracting Party must disclose all circumstances to the insurer that are essential in terms of undertaking the insurance and that were or should have been known to them. Furthermore, they shall fully perform data supply to the insurer by providing true facts, in accordance with the requirements of administration in good faith. They shall immediately but maximum within 3 days notify the insurer in writing of any and all changes in their personal details and any circumstances essential in terms of the insurance contract.

Please note! The insurer does not have to pay benefits if the insured or the Contracting Party party or fully breached their above obligation to supply data (supplying untrue data, concealing true circumstances, etc.), except when they prove that the concealed or unreported circumstance was known to the insurer when contracting or they did not contribute to the occurrence of the insured event.

By signing the insurance contract the insured consents to the insurer handling his personal details regarding his health condition and the insurance pursuant to the provisions of Act XLVII of 1997 on Handling Medical and Related Personal Data. (You can have further information on detailed rules of data protection in point 12).

2.4. Amendment of the Insurance Policy

Amendment of the insurance contract – if the Contracting Party and the insured are not identical – requires the written consent of the insured.

2.5. Termination of the insurance contract

The contract terminates on the date of expiry determined in the insurance contract but at 24:00 on the last day of the period covered by the paid premium or at the time of return to the territory of the country of residence the latest.

Furthermore, the contract terminates in case of death of the insured.

3. Territorial scope of insurance

The territorial scope of insurance includes any and all countries outside the territory of the country of residence (foreign countries), except for North Korea.

4. Insurance sum

The insurance sum of the respective insurance product limits all benefits for insured events which occur during the insurance term.

If the insurance cover applies to more than one trip, the respective insurance sum represents the max. cover for all occurrences of damage overall within an insurance product (cancellation cover, luggage, treatment costs, etc.) for the duration of the term of insurance (exception: Annual Travel Cover).

5. Claims against third parties

All insurance benefits are subsidiary, i.e. the insurer will only pay if they cannot be reimbursed from other existing cover (e.g. private or social insurance policies).

6. Events that are not insured

Please note! In addition to the general exclusions from insurance cover listed below, special exclusions also apply to the respective insurance products.

6.1. No insurance cover exists for events which have been caused as follows:

6.1.1. As a result of deliberate or grossly negligent acts by the insured;
 6.1.2. Directly or indirectly in connection with riots, war events or act of terrorism of any kind; Exception: the services listed in the performance overview of the Órangyal 1704 insurance product in accordance with the specified cover

6.1.3. As a result of a strike;

6.1.4. Through violence resulting from a public meeting or demonstration, if the insured has been an active participant;

6.1.5. As a result of the suicide or attempted suicide initiated by the insured;

6.1.6. Resulting from orders by the authorities;

6.1.7. Directly or indirectly as a result of the influence of ionising radiation or nuclear energy as defined by the current version of the Nuclear Energy Law;

6.1.8. The insured is suffering from impairment caused by alcohol, addictive drugs or medicine or if a course of treatment prescribed for whatever reason has not been followed;

6.1.9. The claim is caused by motor sports competitions (time trials and rallies) and training associated with these events;

6.1.10. Conditions that were already in existence or were expected at the time the insurance was taken or at the time the journey was booked or at the time the journey was

- started; e.g. conditions arising as a result of existing illnesses or deterioration thereof; conditions related to medical conditions existing before contracting.
- 6.1.11. Occurred as a result of epidemics and pandemics;
- 6.1.12. Any events occurring during a trip to and within the territory of such countries which fall within the 1st category of countries not recommended for travel purposes by the Ministry of Foreign Affairs and Trade.
- 6.1.13. Directly or indirectly as a result of a natural catastrophe, seismic activity or the effects of the weather.
- 6.2. No reimbursement will be made for loss of enjoyment during the holiday.
- 6.3. No reimbursement will be paid for non-pecuniary loss.
- 6.4. No reimbursement will be paid in case the flight is cancelled by the Airline.
- Please note! The insurer will pay no reimbursement for the part of damages and costs resulting from the insured having failed to take every effort in order to reduce or prevent the loss or the arising costs as it is generally expected in the given situation.
- 7. Procedure in the event of a claim**
- Please note! The insured has an obligation to observe the following procedure, otherwise the insurer has a right to deny benefits or claims.
- In addition to the general obligations listed below, particular obligations exist in the respective lines of insurance.
- 7.1. To keep the losses to a minimum and to avoid unnecessary costs;
- 7.2. To indicate the losses directly to the insurer (email: karbejelentes@mondial-assistance.at ; Telephone: +36 (1) 814-9500; Fax: +36(23)507414) and to follow the insurer's instructions;
- 7.3. To present the occurrence and extent of the damage truthfully and to furnish proof. The insured must provide any information that is relevant to the matter and submit original invoices or original receipts. If applicable, doctors and/or hospitals as well as social insurers and public bodies involved are to be authorised and requested to provide the information required and the insurer is to be allowed to verify the cause and amount of the claim asserted; If it is necessary for the insurer to contact the doctor of the insured; please, indicate the telephone number of your doctor on the documents concerning the insurance.
- 7.4. To enforce claims for damages against third parties in the correct form and within the time allowed and, if required, to assign the amount of damages, to the extent paid by the insurer, to the insurer;
- 7.5. Losses caused by criminal activities are to be reported to the police without delay giving precise information about the facts and the extent of the loss and all related persons, and proof is to be obtained that the crime has been reported;
- 7.6. Original copies of proofs such as police reports, confirmations from travel company couriers, invoices from doctors and hospitals, proofs of purchase, etc. are to be given to the insurer.
- 7.7. The completed forms and original documents, invoices must be forwarded to the following address:
AWP P&C S.A. Branch Office in Hungary
117 Szabadság út, Budaörs, H-2040, Hungary
Individual insurance products require further documents pursuant to the circumstances of the case. They are listed under the rules of the relevant insurance product.
Forms are available on the insurer's web site (<http://www.mondial-assistance.hu>) under the menu item "Notice of Loss".
- 7.8. Upon occurrence of illness, the insured shall immediately comply with instructions to attend an examination by the doctor appointed by the insurer, which corresponds to the scope of service of the relevant insurance product.
- 7.9. Please note! The insurer does not have to provide service if the insured fails to fulfil his above obligation to report immediately but the latest within 48 hours from occurrence of the insured event and as a result of that essential circumstances cannot be clarified.
If owing to his health condition the insured is in need of hospital treatment abroad and the insured is prevented from reporting it immediately, then the authorised representative of the insured must notify the emergency call centre as soon as possible and specify the causes that prevent reporting.
- 8. The 24-hour emergency call centre telephone number +36 (1) 814 9500**
- In the event of an emergency the insured can obtain help via a 24-hour call centre as part of the general insurance terms and conditions. The 24-hour emergency call centre makes the decision about the selection and implementation of the appropriate assistance.
Unless the 24-hour emergency call centre is notified by the insured without delay, no benefits can be claimed for the following lines of insurance: curtailment of travel, unscheduled return journey home, illness and accident insurance and Roadside Assistance during foreign travel.
The caller must provide the following information by phone:
- number of the policy;
- name, date of birth, address, phone number of the insured;
- nature of required service;
- 9. Loss of entitlement to insurance benefits**
- The insurer does not have to pay benefits if
- 9.1. As a result of the insurance case, the insured deliberately provides information that is untrue, in particular in the notification of loss, conceals important facts or falsifies evidence, even if the insurer does not suffer any disadvantage as a result of it.
- 9.2. cancellation of travel is not reported to the insurer within 48 hours,
- 9.3. the insured fails to comply with the insurer's instructions.
- 9.4. The insurer must pay for curtailment of travel, unscheduled return journey home, illness and accident insurance and Roadside Assistance during foreign travel only when the 24-hour emergency call centre has been notified immediately and the insurer's instructions have been complied with.
- 9.5. The statute of limitations shall apply within two years following the date of the claim arising.
- 10. When does the insurer pay the compensation?**
- 10.1. If investigations or proceedings are initiated by the authorities in relation to the insurance case (not including criminal and offence procedure initiated concerning notified loss), the payment will not be due until after these have been completed.
- 10.2. If the insurer has received even the last necessary document requested for certifying occurrence of the accident and costs incurred and so pursuant the grounds and amount of the benefits the insurer has an obligation to pay, the payment is due 30 days thereafter.
In the case of invalidity the insurer shall within three months from submission of the documents certifying occurrence of the accident and the consequences of the accident as well as conclusion of determination of invalidity declare whether or not and at what rate the insured is entitled to claim.
- 11. Additional provisions on contracts concluded within the frameworks of distance marketing**
- If you have entered into your insurance contract within the frameworks of distance marketing (by the Internet, phone) pursuant to Act XXV of 2005 (Distance Marketing Act), please, carefully read the provisions below.
- 11.1. The Contracting Party can terminate the insurance contract within fourteen days from the date of entering into the contract with immediate effect without giving reasons.
- 11.2. The Contracting Party is not entitled to right of termination regulated in point 11.1 with respect to travel and luggage insurance whose duration does not exceed one month.
- 11.3. Prior to expiry of the deadline available for termination the insurer can commence performance of the provisions set out in the contract only with the Contracting Party's express consent.
- 11.4. When the Contracting Party exercises his right of termination determined in point 11.1, the insurer can demand only the proportionate part of the premium that pertains to the period where insurance cover applied, i.e., the Contracting Party expressly consented to the insurer commencing to perform the provisions set out in the insurance contract before expiry of the deadline available for termination. In addition to the above the insurer is not entitled to claim any other costs from the insured.
- 7.1.1. If the insurer commenced performance of the provisions set out in the insurance contract before expiry of the deadline available for termination without the Contracting Party's express consent set out in point 11.4, the insurer will not have right to claim premium.
- Consumer protection information**
- 12. Data protection**
- 12.1. By accepting these Travel Insurance Conditions you assume the obligation that during and for the purposes of assessment of the service claim when necessary you will
- a) declare to the insurer that you exempt the doctor carrying out examination and treatment from his secrecy obligation towards the insurer and the assistance service and authorise him to provide information for the insurer and the assistance service necessary for loss adjustment on the treatments carried out by him.
- b) consent to the insurer requesting information on the treatment of your illnesses existing before entering into the insurance contract from your therapist or the health body treating you.
- 12.2. You acknowledge that in the event that you fail to make the necessary declaration and as a result of that it becomes impossible for the insurer to clarify essential circumstances, the insurer does not have to pay benefits in relation to the damage set out in the insurance conditions.
- 12.3. The insurer declares that it will respect the fundamental right to protection of personal data provided under the constitution and as part of that will fully comply with the provisions set out in Act CXII of 2011 on Informational Self-determination and Freedom of Information and Act CVIII of 2001 on Certain Issues of Electronic Commerce Services and Information Society Services.
- 12.4. We inform you that any and all data – not containing qualified data – available to the insurer, reinsurer, insurance broker, insurance advisor that apply to the personal circumstances, financial standing and business management of the insurer, its individual clients (including the injured party) or to the contracts entered into with the insurer or reinsurer shall qualify as insurance secret.
- 12.5. The insurer can handle data related to the health condition of the insured in accordance with the provisions set out in Act XLVII of 1997 on Handling Medical and Related Personal Data, for the purposes determined in Section 155 (1) of the Act, exclusively with the written consent of the person concerned.
- 12.6. The insurer ensures protection of personal data in accordance with the provisions set out in Act XLVII of 1997 on Handling Medical and Related Personal Data.
- The obligation of preserving the insurance secret is not valid against the:
- a) the supervisory authority proceeding in his own scope of tasks,
- b) the investigating authority and prosecutor proceeding within the on-going criminal procedure, and the expert assigned by them,
- c) the court proceeding in criminal procedures, civil procedure and proceeding in connection with bankruptcy respectively liquidation, the expert assigned by the court as well as the independent court executor proceeding for the execution case,
- d) the public notary proceeding for the inheritance and the expert assigned by him,
- e) the tax authority if the insurance company is obliged to make a statement in connection with tax issues, called by the tax authority within the scope specified by law, respectively the insurer has to supply data about the payment deriving from the insurance policy that is subject to tax according to the law.
- f) the national security service proceeding in his own scope of tasks,
- g) the insurer, the insurance broker, the professional consultant, the Hungarian agent of the third country's insurer, independent insurance broker or professional consultant, their interest-representing organisations, respectively the Competition authority proceeding in his own scope of competition supervisory tasks related to the insurance, insurance brokerage, professional consulting activity,
- h) the foster authority proceeding in his own scope of tasks,
- i) the health authority specified in the paragraph 108. § (2) of the act CLIV of 1997 on health,
- j) the organ authorised to apply the secret service tools, collect confidential information in case the conditions specified by the specific law are met,
- k) the reinsurance company and in case of joint risk assumption (co-insurance): the risk covering insurers,
- l) the policy recording organ regarding the data delivered during the data supply regulated in the insurance act,
- m) the receiving insurer regarding the insurance policy portfolio going to be handed over within the portfolio transfer,
- n) regarding the data required for the damage settlement and the enforcement of the reimbursement claim, and in connection with their transfer between them: the organisation that is handling the Reimbursement invoice respectively the Reimbursement fund, the National office, the correspondence party, the Information centre, the Reimbursement organisation, the damage settling assignee and the damage agent, respectively the damage-causing party, if by using his self determination right he intends to have access to the repair data of the other vehicle (from the loss adjustment protocol of the damage settlement related to the public road accident) that is concerned with the accident,
- o) the party performing the outsourced activity regarding the data required for performing the outsourced activity,
- p) in case of a branch – if the conditions of the data handling that specify requirements set by the Hungarian law are met for each and every datum, and the state corresponding to the seat of the third country's insurer is possessing a data protection law that meets the requirements set by the Hungarian law – the third country's insurer, insurance broker, professional consultant,
- q) with the ombudsman proceeding in his scope of tasks,
- r) with the National Authority for Data Protection and Freedom of Information proceeding in his scope of tasks,
- s) against the insurer in the cases regulated by decree regarding the bonus-malus system, the classification into it, respectively regarding the damage history data, and bonus-malus classification specified in the decree on the detailed regulation of proving the loss, if the organ or person specified in a)-j), n), s) and t) is contacting him in writing that contains the name of the client or the specification of the insurance contract, the type of the required data, the purpose and legal grounds of the data enquiry on condition that the organ or person specified in k)-m) and p)-r) is obliged to specify only the type, purpose and legal grounds of the requested data. Even the specification of the legal provision entitling to know the data is considered to be the certification of the purpose and the legal grounds. Even the specification of the legal provision entitling to know the data is considered to be the certification of the purpose and the legal grounds.
- Beyond the proceeding the insured's confidentiality obligation shall cover the employees of the above-mentioned organs, too.
- 12.8. In case of the events reported through the assistance call centre the Insurer assigned
AWP Austria GmbH
(Pottendorfer Straße 23-25, 1120 Wien, Austria),
while in case of the complaints reported through the phone-based customer service the
AWP Austria GmbH
(Pottendorfer Straße 23-25, 1120 Wien, Austria),
or
AWP P&C S.A.
(Pottendorfer Straße 23-25, 1120 Wien, Austria),
to handle and process the events respectively the complaints. During this the forwarding, handling and processing of the data that are considered personal and insurance secrets takes partly place in another member state of the European Union where the protection of the data is assured in the same way as stipulated by the Hungarian law.
- 12.9. In order to protect the interests of the insured risk community the Insurer - from January 1, 2015 during the fulfilment of his obligations assumed in the contract or in the legal provisions, in order to properly provide the services according to the law and the contract, in order to prevent the abuse related to the insurance contracts, based on the authorisation assured in the paragraph 161/A § of the LX Act of 2003 on the insurers and the insurance activity (Bit.) effective from January 1, 2015 – is entitled to enquire from other insurers in connection with the data handled by this insurer according to the contents of the paragraph 155. § (1) of the Bit., by taking into consideration the characteristics of the insurance product and specified in paragraphs 161/A. § (3)-(5) of the Bit. The enquiry shall contain the data required for the identification of the person, asset or property right, the type of the required data and the specification of the purpose of the data enquiry. The enquiry and its non-fulfilment shall not be considered breach of the insurance confidentiality.
- Within this the Insurer may ask from another insurer for the data
- listed in the paragraphs 161/A. § (3) a-e) of the Bit. in connection with the conclusion or fulfilment of the insurance contract belonging to the industries specified in articles 1 and 2 of part A) of attachment 1 of the Bit.;
 - listed in the paragraphs 161/A. § (4) a-e) of the Bit. in connection with the conclusion or fulfilment of the insurance contract belonging to the industries specified in articles 3, 8, 9, 17 and 18 of part A) of attachment 1 of the Bit.;
 - and those listed in the paragraphs 161/A. § (5) a)-c) of the Bit. in connection with the conclusion or fulfilment of the insurance contract belonging to the

industries specified in articles 10 and 13 of part A) of attachment 1 of the Bit. in case of the victimised person's prior consent.

The insurer contacted by the Insurer shall supply the Insurer with the data of the enquiry that correspond to the law by the deadline specified in the enquiry, and if there is no deadline, then within 15 days from receiving the enquiry. The Insurer may handle the data received as the result of the enquiry for 90 days following the reception. If as the result of the enquiry the data received by the Insurer are required for enforcing the insurer's lawful interests, the above-mentioned period of the data handling shall be prolonged till the legally binding ending of the procedure that commenced in connection with the enforcement of the demand. If as the result of the enquiry the data received by the Insurer are required for enforcing the insurer's lawful interests and in connection with the enforcement of the demand the procedure is not commenced for one year following the reception of the data, then the data can be handled for one year following the receipt. The Insurance company shall notify the customer at least once during the insurance period about the enquiry performed for this purpose, about the data featuring therein and the fulfilment of the enquiry, and being requested by the client he shall inform him according to the way specified in the act on the information-related self-determination right and the information freedom. For another purpose that differs from the above purpose the Insurer is not connecting the data received as the result of the enquiry with the data received or handled by him that do not relate to the interest to be insured or being already insured. The contacted insurer shall be liable for the correctness and accuracy of the data specified in the enquiry.

13. Complaint Management

- 13.1. When you have any questions, remarks, please, contact us with confidence. Our aim is to ensure that our clients should be satisfied with our services and administration. Therefore, your feedback, any and all of your remarks, criticism regarding our products or our staff members' procedure are of paramount importance to us.
- 13.2. Our insurance company follows the following complaint management process:
We make every effort to investigate our clients' complaints within the shortest possible time (within 30 days) and to provide them with a satisfactory answer in each case. We redress lawful complaints as soon as possible, clarify any possible misunderstandings, preferably at an administration level that is the closest to the client.
In more complicated cases, which require more time for their solution, we inform our clients on the process of complaint management and the date when they can expect to get a final answer to their question.
- 13.3. The Insurer ensures that the clients may communicate their complaints pertaining to the conduct, action or omission of the insurer orally (in person or via telephone) or in writing (by way of a written document submitted in person or by a third party, via post, facsimile or e-mail).
- 13.4. Complaints made orally may be presented at the customer service of the insurer on working days from **8.00 a.m. to 4.00 p.m.** on Mondays, Tuesdays, Wednesdays, Fridays and Saturdays; and from **8.00 a.m. to 8.00 p.m.** on Thursdays. Address of the Insurer's customer service: 117 Szabadság út, Budaörs, H-2040, Hungary.
- 13.5. The Insurer accepts oral complaints via telephone on workdays at +36 23 507 419 available from 8.00 a.m. to 4.00 p.m. or at +36 1 814 9500 available 24 hours.
- 13.6. The Insurer accepts written complaints continuously via post, facsimile and e-mail. Postal address of the Insurer: H-2040 Budaörs, Szabadság út 117
E-mail address of the Insurer: panasz@mondial-assistance.at
Facsimile number of the Insurer: +36 23 507 414
- 13.7. If immediate investigation of the complaint is not possible, the Insurer makes a record thereof, hands over a copy to the client in case of oral complaints made in person or sends it to the client within 30 days of submission in case of oral complaints made via telephone or, in any other cases, follows the complaint management process according to the provisions on written complaints.
- 13.8. The Insurer provides the client with its reasoned position on the written complaint within thirty days of submission. The Insurer, in the course of its complaint management, acts in such way as to avoid a financial legal dispute as far as possible under the given circumstances.
- 13.9. If the Insurer rejects the complaint, it shall notify its client in writing in its response, that in case of the infringement of rules on consumer protection set out in Act CXXXIX of 2013 on the Hungarian National Bank (Magyar Nemzeti Bank), the client may initiate a consumer protection procedure before the Hungarian National Bank acting in its supervisory capacity over the financial intermediary system; or in case of any disputes arising from the conclusion, validity, legal effects and termination of the insurance contract, the client may turn to court or initiate a procedure before the Financial Arbitration Board if, according to the procedural rules of the Financial Arbitration Board, the client shall be considered as a consumer. The Insurer informs the consumer whether it has made a general declaration of subjection and provides the client with the seat address, telephone number, e-mail address and postal address of the Financial Arbitration Board and, at the request of the consumer, with the request form of the Financial Arbitration Board made available to the Insurer.
- 13.10. Contact details of the Hungarian National Bank are as follows: seat address: 9 Szabadság tér, Budapest, H-1054, Hungary; telephone number: (+36 1) 428-2600; facsimile: (+36 1) 429-8000; e-mail address: info@mnb.hu; postal address: Magyar Nemzeti Bank, Budapest, H-1850, Hungary; customer service: 39 Krisztina krt., Budapest, H-1013, Hungary; telephone number of the customer service: (+36 80) 203-776; e-mail address of the financial consumer protection centre: ugyfelszolgalat@mnb.hu.
- 13.11. Contact details of the Financial Arbitration Board are as follows: seat address: 39 Krisztina krt., Budapest, H-1013, Hungary; telephone number: (+36 80) 203-776; e-mail address: ugyfelszolgalat@mnb.hu.
- 13.12. The Insurer displays its complaint management policy at its registered seat and publishes it on its website.

Cancellation cover

1. **Insured costs**
 - 1.1. Cancellation costs due under the travel contract and actually paid according to the booking documentation, which have been incurred as a result of cancellation at the time of the occurrence of the insured event. Additional costs incurred as a result of cancellation at a later date will not be reimbursed.
 - 1.2. • For reservation of flights at net prices, the ticket service fee: max. HUF 20.000,- (prices beyond HUF 200.000,- max. 10% of the all round price), as well as the travel agency booking fee (per travel contract).
• For other bookings the booking fee charged to the client with a maximum of HUF 7.500,- per person and a maximum of HUF 15.000,- per trip;
only if the booking fees are indicated as such on the booking confirmation and were considered for the calculation of the sum insured..
 - 1.3. Cancellation deductible insurance
If the insurance package taken out is "travel protection without cancellation", it does not contain any cancellation insurance..
Reimbursement of the deductible of the cancellation insurance included in your travel package.
Please note the insurance conditions included in your travel package. In the event of a claim, please first submit your claims to the insurance company included in your package.
2. **Insured events**
 - 2.1. Sudden serious illness, reaction to inoculation (only for prescribed inoculations), injury in an accident or the death of the insured.
An illness is considered to be serious if it results in mandatory incapacity to travel and work. Please see the exclusions listed in point 1.2 of the general insurance terms and conditions for all lines of insurance.
 - 2.2. Any illness of the insured person resulting from a treated, chronic illness provided that the insured person was asymptomatic for at least 12 months prior to the travel. Please see the exclusions listed in point 1.2 of the general insurance terms and conditions for all lines of insurance.
 - 2.3. Pregnancy of the insured, if pregnancy has been ascertained and confirmed after the insurance has been taken out and travel booked.
 - 2.4. Unexpected termination of employment by the employer.
No insurance cover exists in the event of termination of employment or termination of an employment contract by mutual consent or cancellation of insurance on account of exceptional work-related situations.
 - 2.5. -
 - 2.6. Service of a petition for divorce by the spouse of the insured.
 - 2.7. If damage by the elements or theft causes serious impairment to the insured's property and therefore the insured's presence is essential.

- 2.8. Failure to pass a final class examination or a final school-leaving examination
 - 2.9. Sudden serious illness, serious injury in an accident or the death of the following persons: Spouse, partner (identical residential address for previous 3 months), parents (step, in-law, grandparents), children (step- grandchild), sibling, brother-in-law, sister-in-law or a single specified person at risk named in the policy (1 person at risk per policy. No person at risk possible for more than 16 persons insured on one policy) . Exclusions for the above listed persons stated in point 1.2.1 of the general insurance terms and conditions apply to all lines of insurance. If an existing illness of the persons listed above, which existed when the insurance was taken out, deteriorates, it is not an insured event, even if care is required.
 - 2.10. If up to seven persons have booked travel together and are insured on one policy, an insurance case exists if one of the reasons set out in points 2.1 to 2.9 has occurred for only one of these 7 persons.
3. **Events that are not insured**
In addition to the exclusions listed in the general insurance terms and conditions for all lines of insurance, no insurance exists for the following situations:
 - 3.1. If the travel company cancels the contract;
 - 3.2. For events and illness caused by misuse of alcohol or drugs;
 - 3.3. If an event or illness already existed or could be expected at the time the insurance was taken out or at the time the journey was booked;
 - 3.4. For planned or expected operations, postponed operation dates or medical interventions,
 - 3.5. If on account of a delay in recovery from treatment or a therapy travel is not possible,
 - 3.6. In the event of a health treatment being granted.

4. Procedure in the event of an insurance case

- In addition to the obligations of the general insurance terms and conditions for all lines of insurance, if the insurer has a right to deny benefits and claims in other respects, the following shall apply:
- 4.1. After the occurrence of an insured event arising from the causes stipulated in point 2, the place where the reservation was made (travel agency) and the insurer shall be notified in writing (via email or Fax as well) within 48 hours or two working days in order to allow the insurer to appoint a medical examiner to assess the claim. If the client fails to comply with his obligation of notification within 48 hours, the client automatically loses his damage claim.
 - 4.2. The insured undertakes without delay to comply with instructions to attend an examination by the medical examiner, which corresponds to the scope of service of the relevant insurance product.
 - 4.3. The following documentation is to be sent to the insurer:
 - Proof of insurance (policy);
 - Fully completed claim form;
 - Confirmation of reservation by the tour operator;
 - Cancellation invoice and the tour operator's cancellation scale overview;
 - Detailed medical documentation incl. medical history in respect of the illness (e.g. patient file, treatment documentation, medical results);
 - Notification of sickness by a health insurance panel physician
 - Mother-child booklet;
 - Death certificate, proof of relationship (e.g. marriage certificate, birth certificate);
 - Proof of that partners live together by means of a registration slip;
 - Application for divorce / termination of employment / call-up order, etc.;
 - School notification, final certificate, certificate of final school-leaving examination;

Curtailed of travel

1. **Insured costs**
 - 1.1. The costs of travel services that have been booked prior to the travel but not used (e.g. hotel, hired car, round trip). The day of departure or the day on which the insured event occurs is considered to be a used day of travel or hire.
 - 1.2. Any reimbursements or alternative services given directly to the insured will be deducted from his claim to insurer as set out in point 1.1.
 - 1.3. Not reimbursed are the costs of a booked return trip.
2. **Insured events**
 - 2.1. Events that will endanger the physical safety of the insured at the holiday destination and therefore continuation of travel cannot be reasonably expected. Even events that are listed under points 6.1.7. and 6.1.13. in the general insurance terms and conditions for all lines of insurance, if the physical safety of the insured is endangered.
 - 2.2. Events which are listed under points 2.1., 2.2., 2.6. and 2.8. for cancellation cover and travel is curtailed.
3. **Events that are not insured**
The exclusions listed in the general insurance terms and conditions for all sectors and the exclusions listed in the field of travel cancellation cover apply.
4. **Procedure in the event of a claim**
In addition to the obligations of the general insurance terms and conditions for all lines of insurance, if the insurer has a right to deny benefits and claims in other respects, the following shall apply:
 - 4.1. If the 24-hour emergency call centre is not notified immediately, no benefits can be claimed.
 - 4.2. The following documentation is to be sent to the insurer:
 - Proof of insurance (policy);
 - Confirmation of reservation by the tour operator;
 - Confirmation of the landlord/travel company courier concerning curtailment of travel;
 - Confirmation of the tour operator concerning travel services that cannot be reimbursed;
 - Doctor's confirmation (including patient name, diagnosis and treatment data) of the doctor ON SITE, who ordered curtailment of travel in writing, and the doctor who continued the treatment in Hungary;
 - Death certificate;
 - Other official certificates;
 - Notification of sickness by a panel physician

Extra costs incurred by the additional return journey

1. **Insured costs**
The following costs are insured
 - 1.1. Additional costs for the return journey in the event of early or delayed return travel by the insured and other relatives insured in his party (max. 2 adults and five minors) from a foreign destination, depending on the nature and quality of travel booked and insured, providing that the return journey was included in the insured package.
 - 1.2. Repatriation costs in the event of the insured dying during the journey.
2. **Insured events**
 - 2.1. Events that will endanger the physical safety of the insured at the holiday destination and therefore continuation of travel cannot be reasonably expected. Even events that are listed under points 6.1.7. and 6.1.13. in the general insurance terms and conditions for all lines of insurance, if the physical safety of the insured is endangered
 - 2.2. Events which are listed under points 2.1., 2.2., 2.6. and 2.9. for cancellation cover.
3. **Events that are not insured**
The exclusions listed in the general insurance terms and conditions for all sectors and the exclusions listed in the field of cancellation cover apply.
4. **Procedure in the event of an insurance case**
In addition to the obligations of the general insurance terms and conditions for all lines of insurance, if the insurer has a right to deny benefits and claims in other respects, the following shall apply:
 - 4.1. If the 24-hour emergency call centre is not notified immediately, no benefits can be claimed.
 - 4.2. The following documentation is to be sent to the insurer:
 - Proof of insurance (policy);
 - Confirmation of reservation by the tour operator;

- Doctor's confirmation (including patient name, diagnosis and treatment data) of the doctor ON SITE, who ordered the return travel in writing, and the doctor who continued the treatment in Hungary;
- Death certificate;
- Other official certificates;
- Notification of sickness by a health insurance panel physician
- Original ticket for the additional return journey, boarding pass, etc.

Health- and accident insurance (for foreign travel)

1. Insured events

- 1.1. The following insurance is provided in accordance with the limit provided by the insurance package
 - Treatment costs for initial assistance and direct pain relief (also decompression chamber) (at the place the insured stays abroad),
 - Transport of patient or repatriation costs, cost of search and rescue activities,
 - Invalidity,
 - Repatriation costs in the event of death,
 - In the event of acute illnesses and accidents of the insured which occur during travel abroad.
- 1.2. Where no valid social insurance exists in Hungary or if subrogation fails by virtue of the documents to be furnished by the insured, a 20% deductible is deducted from the amount reimbursed for treatment costs or, if payment was made in advance, a repayment is required.

2. What is considered to be an accident?

An accident as defined by this policy is an event that is not intended by the insured, which occurs suddenly as a result of mechanical impact from outside on the insured's body and causes physical injury or death.

The following scenarios are also considered to be accidents:

- 2.1. Pulled or torn muscles and tendons;
 - 2.2. Poisoning or burns, the ingestion or inhalation of toxic or caustic substances, fluids or gasses;
 - 2.3. Drowning.
- ### 3. Insured costs / benefits to be paid
- 3.1. The costs required for doctors, transporting patients, hospital stays and medicines, which occur in relation to an accident or acute illness which occurs abroad.
 - 3.2. Cost to transport the patient for one-off medical treatment for in-patient or outpatient care in the closest hospital abroad and return transport to accommodation.
 - 3.3. Recovery, search and rescue costs.
 - 3.4. Emergency transport/repatriation
 - 3.4.1. Repatriation where this is required for medical reasons (incl. ambulance aircraft)
If medical treatment on site is not adequate and the insured is fit for transport with the agreement of the doctor providing treatment on site and the medical director of the insurer, the insurer will organise and undertake transport to repatriate the insured.
 - 3.4.2. Repatriation where there is no medical need (excl. ambulance aircraft)
In the event of a hospital stay of more than three days, the insured can be repatriated at the request of the insured or the insurer, providing that the insured is fit to travel, if transport is possible without an ambulance aircraft.
 - 3.4.3. Transport for repatriation will be to the country of residence. The actual form of return transport will be selected by the insurer according to medical need.
 - 3.4.4. The insured will not have any claim to emergency transport and repatriation, if the insured receives the cost of emergency transport from the third party or organises the transport himself. If in spite of this transport takes place, the insured assigns all claims against other insurers to the insurer.
 - 3.5. Additional costs for a relative to travel to the insured
In the event of a hospital stay in excess of five days, the insurer will pay – at the request of the insured – the cost of travel to and from the place where the insured is in hospital (excl. the cost of overnight stays) of a person close to the insured or the overnight costs and/or rebooking costs (depending on the nature and quality of the booked and insured travel) of a person travelling with the insured in the event of return travel being delayed by up to one week.
 - 3.6. Following repatriation via ambulance jet (item 3.4) the insured is given the choice of waiving the benefits due to him from the travel curtailment insurance policy and instead request to repeat travel in the form of a travel voucher up to the value of the package booked before travel (max HUF 400.000,-)

4. Invalidity and death

4.a. Invalidity

The calculated compensation for invalidity will be paid in accordance with the following principles if the insured is still suffering from permanent impairment to health one year after the accident.

Compensation is calculated in accordance with the degree of disability and the agreed insurance sum. The total insurance benefit for several parts of the body or organs is limited with the insurance sum.

- 4.a.1. Degrees of invalidity in the case of full loss or full inability to use

- Arm below the shoulder joint	70%
- Arm up to above the elbow joint	65%
- Arm below the elbow joint or one hand	60%
- Thumbs	20%
- Index finger	10%
- Other fingers	5%
- Leg up to above the middle of the hip	70%
- Leg up to the middle of the hip	60%
- Leg up to the middle of the lower leg or one foot	50%
- Big toe	5%
- Other toes	2%
- Loss of sight in one eye	30%
- Loss of sight in both eyes	100%
- If the sight in the other eye had already been lost before the event insured against occurred	60%
- Loss of hearing in one ear	15%
- Loss of hearing in both ears	60%
- If the hearing in the other ear had already been lost before the event insured against occurred	30%
- Loss of sense of taste	5%
- 4.a.2. In the case of partial loss or partial use a correspondingly reduced level of disability is assumed.
- 4.a.3. For cases not listed above the level of invalidity is set on the basis of the above percentage rates.
- 4.a.4. The fact that the consequences of an accident are worse as a result of a physical deficiency that existed before the insurance was taken out does not give entitlement to a higher invalidity payment.
If illnesses or ailments that existed before the accident influenced the consequences of the accident, the benefit is to be reduced in line with the proportion of the illness or the ailment.
- 4.b. Event of death
- 4.b.1. Should the insured die on the occasion of an accident as listed above or within 2 years as a result of injuries sustained during the accident, the insurer will instead pay the sum agreed in the event of death. Unless the insured has left written instructions to the contrary, the sum in the event of death will be paid out to the rightful heirs upon presentation of proof that they are the beneficiaries (certificate of inheritance). Payments made on account of permanent invalidity arising from the same event will be deducted from benefits paid upon death.
- 4.b.2. If the death occurs as a result of the accident within a year of the accident, no claim shall exist for invalidity benefit.
- 4.b.3. If the insured dies for a reason not related to the accident (without an accident) and a claim already existed for invalidity benefit, this is to be paid on the basis of the last medical results indicating the level of invalidity to be expected.

5. When does the insurer pay the insurance benefits on account of permanent invalidity?

As soon as the insurer has received the documents which furnish proof concerning the circumstances and consequences of the accident and the completion of the treatment

required for assessing invalidity, the insurer undertakes to explain within three months whether and to what extent the insured has a claim.

6. Duration of the insurance

If the insured is not fit for transport as a result of the consequences of the accident or illness abroad, the obligation to pay benefits shall end two months after the occurrence of the insured event.

7. How are the benefits paid by the insurer calculated if the treatment costs are also insured elsewhere?

If the treatment costs are insured with several insurers at other undertakings, they will only be reimbursed in total once.

8. Events that are not insured (exclusions)

In addition to the exclusions listed in the general insurance terms and for all lines of insurance, no insurance cover exists for the following situations:

- 8.1. The journey and other measures prescribed by physicians which were the purpose of the insurance was taken out and/or the journey commenced;
- 8.2. Use of treatments associated with the destination (e.g. health cures);
- 8.3. Health cures to lose weight or for aesthetic reasons;
- 8.4. Events resulting from tiredness or exhaustion;
- 8.5. Pregnancy, occurrence of birth after the 36th week of pregnancy, abortions or treatment following contraceptive measures; No insurance cover for the newborn child.
- 8.6. Dental treatment relating to the preservation of teeth or prostheses or treatment not related to emergency treatment for direct pain relief;
- 8.7. Provision of therapeutic aids (e.g. spectacles, prostheses, wheelchair, crutches etc.)
- 8.8. Inoculations, medical reports and certificates;
- 8.9. Events which occur as a result of manual labour, use of weapons, or during military service.;
- 8.10. Examinations to monitor health, post-treatment and therapies;
- 8.11. Additional costs for a special class or special services (e.g. telephone, TV, etc.) in hospital;
- 8.12. Telephone and taxi costs of the insured or accompanying persons (excluding the one-off transportation of the patient, except transportation of a sick person as per 3.2.); Additional hotel costs or expenses of accompanying persons (excluding point 3.4).
- 8.13. Quarantine costs;
- 8.14. Therapeutic treatments and patient repatriation in relation to misuse of alcohol or drugs;
- 8.15. Impairment to health caused by flying with any kind of aircraft, unless the insured is a passenger on an engine-powered aircraft or jet approved for civil air transport;
- 8.16. Extreme sports, in particular caving, rock-climbing, mountaineering (including rope climbing), race cycling, canyoning, hydro speed, base jump, parachuting, paragliding, diving without a licence, freediving, open water swimming, barefoot skiing, powerboat racing, motor-racing and motorcycle racing, stunt work, extreme hikes in high mountains without a qualified mountain guide (over 1,500 metres), activities in mountains over 6,000 metres which are not booked as part of an organized tour, and competitive sports.
- 8.17. Driving vehicles if the insured does not have the specified permission to drive (driving licence);
- 8.18. Underwater diving without proof of the diving qualification for the relevant depth;
- 8.20. Death or disability which only occurs two years after the accident

9. Procedure in the event of a claim

In addition to the obligations of the general insurance terms and conditions for all lines of insurance, if the insurer has a right to deny benefits and claims in other respects, the following shall apply:

- 9.1. The insured undertakes in all cases where insurance benefits are likely to be claimed to seek medical help as soon as possible and to follow the physician's instructions.
- 9.2. Immediate notification of the 24-hour emergency call centre where in-patient treatment is required or in the case of illnesses which require a number of outpatient treatments. If the insurer is not notified and the costs exceed HUF 90.000,- the insurer reserves the right to make a deduction, depending on the amount of the costs claimed.
- 9.3. Deaths, even if the accident has already been reported, are to be reported in as timely a manner as possible so that a post mortem can be arranged before burial.
- 9.4. The insured undertakes to comply with a request to attend an examination by a medical examiner immediately.
- 9.5. The following documentation is to be sent to the insurer:
 - Proof of insurance (policy),
 - Confirmation of reservation by the tour operator,
 - Doctor's report (including the patient's name, diagnosis, treatment data, the duration and extent of incapacity to work or invalidity),
 - Original doctor's or hospital invoice including the patient's name, date of birth, diagnosis and treatment data;
 - Medical results where the need to transport the patient is confirmed;
 - Other invoices or original documents where compensation has been requested;
 - Death certificate.

Travel Insurance for dogs

1. Insured costs

Costs for medical necessary veterinarian treatment for a dog during the journey abroad.

2. Insured events

Unforeseen and acute illness or accident of the insureds dog travelling travelling with him abroad, with the necessity of veterinarian treatment.

3. Procedure in the event of a claim

In addition to the obligations of the general insurance terms and conditions for all lines of insurance, if the insurer has a right to deny benefits and claims in other respects, the following shall apply:

- 3.1. The following documentation is to be sent to the insurer:
 - Proof of insurance (policy),
 - Confirmation of reservation
 - Veterinarians report (including the patient's name, diagnosis, treatment data);
 - Veterinarians Invoice (including the patient's name, diagnosis, treatment data);

Luggage insurance

1. Insured events

Items taken on the journey by the insured or items purchased for personal requirements in the course of travel, subject to the following provisions:

- Theft and robbery, if the police are notified within 48 hours at the relevant public security office;
- Damage where proof is furnished of negligent third-party intervention;
- Loss during transport in the area of accountability of a third party if there is confirmation from the originator;
- Delayed delivery to the holiday destination by a public transport company commissioned with the transport.

2. Definition of valuables

In particular, valuables are:

- 2.1. Items containing or made out of precious metal, precious stones or pearls.
- 2.2. Timepieces, jewellery, furs and leather goods
- 2.3. Electrical, electronic and optical equipment (incl. mobile phones) including accessories, in particular photographic, film, video and sound equipment, computers of whatever kind, tablets.

3. Insured costs

Subject to point 6

- Where the loss is complete or the current value has been completely destroyed (see point 4) but up to a maximum of its acquisition price;
- In the case of damaged items, the cost of repair providing that this does not exceed the current value minus the residual value but up to a maximum of the cost of acquisition at the time minus the residual value.
- If the delay in delivering the luggage to the holiday location exceeds 12 hours, the reasonable costs of new items which are purchased until delivery of the luggage, supported by invoices (see point 6.7).

- 4. Current value**
The current value is equivalent to the purchase price of the insured items minus a reduction in value in line with age and use.
- 4.1. The current value is calculated as follows:**
- 4.1.1. With written proof of value and/or ownership**
- | | |
|-------------------------------------|-----------|
| - 0-6 months | = 100% |
| - 6 months - 1 year | 80% |
| - Each further year or part thereof | minus 10% |
- 4.1.2. Without written proof of value and/or ownership**
- | | |
|-------------------------------------|-----------|
| - 0-6 months | 80% |
| - 6 months - 1 year | 70% |
| - Each further year or part thereof | minus 10% |
- 4.2.** A higher loss of value is assumed in the case of electronic equipment, depending on technical progress.
- 4.3.** Cosmetics, perfume, medicines, consumer goods, calculation of current value minus 50%.
- 5. Insured events under certain prerequisites**
- 5.1.** Valuables in accordance with point 2 are only insured if
- They are being carried and looked after safely in personal custody (physical or visual contact) so that a third person cannot take it away without having to overcome resistance;
 - Proof is furnished that the items have been handed over to an accommodation provider or cloakroom service (e.g. receipt) or
 - The items are stored in a locked room that is not accessible to the general public, using all available security equipment (safe, cupboards). Bags of whatever kind – vanity cases, briefcases, jewel boxes, suitcases or similar containers – are not considered to be safekeeping.
- In each case the type of storage must be appropriate for the value of the item (e.g. safe). If a valuable cannot be stored in a secure place, no insurance cover is available.
- 5.2.** Valuables in accordance with point 2 are not insured during transport if they are entrusted to a third party as well as in the case of theft from any vehicle.
- 5.3.** Sports equipment and forms of transport of whatever kind are only insured during transportation by public transport. Please note the exclusions in accordance with point 7.3.
- 5.4.** Thefts from vehicles or boats are only insured if proof can be furnished that this occurred between the hours of 6.00 a.m. and 9.00 p.m. An exception to this is theft from a vehicle in a guarded garage. A further precondition is that luggage is locked in a securely locked luggage compartment. If the vehicle does not have an enclosed luggage compartment, it must be stored where it is not visible from the exterior.
- 5.5.** Thefts from caravans outside camping sites are not insured.
- 6. Limited insurance benefits**
- 6.1.** Replacement cost of personal documents and licences up to a limit of 10% of the insured sum.
- 6.2.** Viewing aids (spectacles and contact lenses) and other prosthetic aids (e.g. wheelchairs, hearing aids, etc.) up to max. 20% of the insurance sum.
- 6.3.** Breakages (excluding the suitcase) up to max. 10% of the insurance sum.
- 6.4.** Mobile phones (also Smartphones): The actual amount paid for the telephone - max. HUF 15,000,-
- 6.5.** For all the valuables insured in accordance with point 2, limited to 50% of the insurance sum.
- 6.6.** In the case of theft from a vehicle, for all the insured items limited to 50% of the insurance sum.
- 6.7.** If the delay in delivering the luggage to the holiday location exceeds 12 hours, the cost of hiring or purchasing new items that are absolutely essential up to 10% of the insurance sum. No benefit is paid if there is a delay in delivering luggage at the home airport. Costs incurred for special delivery or collecting the delayed items of luggage cannot be reimbursed.
- If the luggage is finally declared to be lost, any new items purchased by way of replacement at the holiday location will be deducted from the insurance benefit. Costs for taxis and telephone expenses are not insured.
- 7. Events/items that are not insured**
- In addition to the exclusions listed in the general insurance terms and conditions for all lines of insurance, no insurance cover exists for the following situations:
- 7.1.** Cash, bank notes, credit cards, keys, tickets, collections of stamps or coins, documents and paperwork with a value, precious metals, loose precious stones, trading goods and items that are valuable as art or as collectors' items, tools, equipment and items for the exercise of a profession, musical instruments, vehicle accessories, tools and spare parts, medical supplies, instruments, weapons, computer software, mobile phone cards, bonus agreements or credit for calls, cost of having a mobile phone blocked or cost of reregistering the phone if it is lost.
- 7.2.** Objects on or in unlocked vehicles or boats as well as motorcycle and bicycle bags or suitcases and their contents, insofar as these bags/suitcases are left on the vehicle.
- 7.3.** Vehicles, mobile homes, caravans, motor and sailing boats, sports equipment and kit from HUF 150,000,- total value (excluding: golf travel insurance packages), motorcycles, aircraft, hanging and paragliding, hanggliders and the relevant accessories or spare parts and special equipment.
- 7.4.** Damage which is due to premeditation or negligence
Negligence is always deemed to have occurred if theft was possible due to a lack of physical and/or visual contact.
- 7.5.** Damage due to insufficient or defective packaging or storage.
- 7.6.** Damage that can be attributed to leaving something behind, misplacing it, losing it or dropping it.
- 7.7.** Damage caused by wear and damage caused by spoiling goods, leaking fluids or the effects of the weather.
- 7.8.** Damage which is caused indirectly or directly by acts of war, civil unrest, plundering, seizure by the authorities and strikes.
- 7.9.** Losses covered by other insurance or any third party.
- 7.10.** Consequential losses as a result of the event (e.g. charge to block forms of payment or mobile phones).
- 8. Procedure in the event of an insurance case**
- In addition to the obligations of the general insurance terms and conditions for all lines of insurance, if the insurer has a right to deny benefits and claims in other respects, the following shall apply:
- 8.1.** Losses which are sustained while in the custody of a transport company or accommodation provider are to be notified to these organisations immediately and a certificate requested.
- 8.2.** In the case of damage which cannot be identified immediately from the outside, the transporting company is to be requested immediately after discovery to inspect and certify the damage. The respective time allowed by the company for complaints and making claims must be observed.
- 8.3.** The following documentation is to be sent to the insurer:
- Proof of insurance (policy);
 - Confirmation of reservation by the tour operator,
 - Fully completed loss form for luggage, with a list of the contents of the luggage, stating the age, brand, purchase price (with proof of value or original invoices, if available);
 - Original notification to the police at the relevant public security office in the event of robbery or theft;
 - Original assessment of loss form of the airline or the transporting company in the event of damage or delayed delivery of luggage, and confirmation from the airline or transporting company of definitive loss in the event of loss of/losing luggage (confirmation from the airline or transporting company of definitive loss is issued at the latest 90 days after the loss occurred);
 - Original invoices or original receipts for replacement purchases;
 - Original airline ticket or boarding card; original luggage tag, original repair invoice in case of damage.

Private travel liability insurance

1. Insured events

- An insured event occurs if the insured causes damage to the property of a third person or to a third person during his travel in his capacity as a private individual, and as a result a claim is made against him or he is held otherwise liable in the following cases:
- 1.1.** Arising from the hazards of daily life, with the exception of the risk of a business, professional or commercial activity;
- 1.2.** Relating to the keeping and use of bicycles;

- 1.3.** Relating to non-professional sporting activity (excluding hunting);
- 1.4.** Arising from the occasional use of motor and sailing boats but not the keeping of such boats;
- 1.5.** Relating to the keeping and use of other watercraft not powered by an engine;
- 1.6.** During the use of living accommodation and other premises rented for private purposes.

2. Injury to persons and damage to property

- 2.1.** Death, bodily injury and damage to a person's health.
- 2.2.** Damage to or destruction of property.

3. Insured costs / services

- 3.1.** The fulfilment of an obligation to pay damages and any procedural costs incurred in relation with its enforcement, arising from bodily injury or property damage attributable to an insured event for which the insured may be held liable in accordance with legal liability provisions under private law.
- 3.2.** The cost of determination and defence in respect of an obligation to pay damages claimed by a third party.
- 3.3.** Compensation is limited to the sum insured, even if several insured persons are liable.

4. Which claims are only insured under certain prerequisites?

A claim for compensation of justified claims for compensation only exists abroad if the claimant can enforce a claim against the insured's property.

5. Events that are not insured

In addition to the exclusions listed in the general insurance terms and conditions for all lines of insurance, no insurance exists for the following situations:

- 5.1.** If the assessment of the loss and settlement or the fulfilment of other obligations by Mondial Assistance is prevented by the state prosecutor, a third party or the insured;
- 5.2.** For claims arising from unlawful and deliberate or grossly negligent actions;
- 5.3.** For compensation obligations arising from losses which the insured or persons acting for him have caused through the operation or use of an aircraft and air tool, or any motor-driven or electronic vehicles;
- 5.4.** For losses the insured has caused to himself or his relations (spouse, partner, parents (step, in-law, grandparents), children (step, in-law, grandchildren), sibling, brother-in-law, sister-in-law, uncle, aunt, of a person listed in the policy or an insured person covered by the same insurance policy);
- 5.5.** For damage the insured has caused during a sporting competition;
- 5.6.** For damage caused by use, wear and excessive strain;
- 5.7.** For damage to property which the insured has borrowed, rented, hired, leased or taken for safekeeping, or damage to the personal items of the claimant;
- 5.8.** For losses caused through contamination or damage to the environment;
- 5.9.** For damage to property caused to or with them as a result of their use, transportation, processing or other activities;
- 5.10.** Through the transmission of an illness by the insured.

6. Procedure in the event of an insurance case

In addition to the obligations of the general insurance terms and conditions for all lines of insurance, if the insurer has a right to deny benefits and claims in other respects, the insured has an obligation to:

- 6.1.** Authorise the lawyer appointed by the insurer (defending counsel, legal executive), give him all the information required and leave him to manage the case;
- 6.2.** Authorise the insurer within the scope of his obligation to provide benefits to make all declarations that he deems to be useful;
- 6.3.** If the insured is unable to obtain the insurer's instructions in good time, he must on his own initiative take all necessary actions for the case within the specified period.
- 6.4.** The insured is not entitled to acknowledge a claim in part or in full without the insurer's permission.

Delayed departure & arrival

1. Delayed arrival at destination

1.a. Insured events

The failure to catch the flight/sailing for reasons for which the insured is not to blame within the scope of the booked travel package - caused by proved delay of the public means of transport (e.g. train, taxi) if the minimum connecting time has been taken into consideration when choosing the public means of transport.

- caused by an accident with the private automotive when using it for getting to the airport/harbour.

1.b. Events that are not insured

In addition to the exclusions listed in the general insurance terms and conditions for all lines of insurance, no insurance exists for the following situations:

- if an event is due to weather-related events
- for high traffic volumes (e.g. traffic jams)
- if an event is caused by a mistake/measure of the airline

1.c. Insured costs

The costs for delayed direct travel to the holiday destination are insured depending on the nature and quality of travel booked and insured, at most the fictitious flight costs in economy class to fly directly to the holiday destination.

2. Delayed arrival at home

2.a. Insured events

An event insured against applies if the booked arrival at the airport/railway station in the insured's home country is delayed (with proof of this provided) and as a result of this the return journey from the airport/railway station to the insured's place of residence is not possible or cannot be reasonably expected in accordance with the original plan without an overnight stay.

2.b. Insured costs

The cost of a taxi (max. 50 km) required because public transport is not available or the additional cost of an overnight stay required including subsistence (max. HUF 30,000,- per person) will be reimbursed.

3. Procedure in the event of a claim

In addition to the obligations of the general insurance terms and conditions for all lines of insurance, if the insurer has a right to deny benefits and claims in other respects:

The following documentation is to be sent to the insurer:

- Proof of insurance (policy),
- Confirmation of reservation by the tour operator,
- Confirmation of the delay by the airline or transporting company incl. a description of the cause,
- The original flight ticket or boarding pass, train ticket;
- The unused document for the outbound flight or ticket,
- The newly purchased ticket for outbound travel or boarding pass,
- Police notification in the case of an accident or an accident report
- Original invoice for alternative journey home, overnight stay and subsistence costs;

Assistance

1. Reason for the assistance

The insurer provides the assistance listed below for the following emergencies in which the insured may be involved during travel:

- Illness/accident
- Death
- Loss of travel funds
- Loss of travel documents
- Prosecution

The prerequisite for providing assistance is that the insured or his representative notifies the 24-hour emergency call centre (personally, by telephone, fax or email) when the event insured against occurs.

1.1. Illness/accident

1.1.1. Outpatient treatment

The 24-hour emergency call centre will advise, if requested, about the possibility of outpatient treatment by a doctor but will not actually contact the doctor.

1.1.2. Hospital stays

- If the insured falls ill or has an accident and is therefore treated in hospital as an in-patient,
 - the 24-hour emergency call centre will appoint a doctor to make contact with the insured's own doctor and the doctors providing treatment on site;
 - During the hospital stay the appointed doctor will ensure that information is exchanged between the doctors involved;
 - If requested to do so by the insured, the 24-hour emergency call centre will advise the relatives.
- 1.2. **Death**
The insurer will either organise the transfer of the insured's corpse to the place of burial in Hungary or arrange burial at the travel destination, as requested.
- 1.3. **Loss of travel funds**
If travel funds are lost, the 24-hour emergency call centre will make contact with the insured's own bank. If required, the 24-hour emergency call centre will assist with the transfer to the insured of an amount of money made available by the insured's own bank.
- 1.4. **Loss of travel documents**
If travel documents are lost, the 24-hour emergency call centre will help to obtain replacement documents.
- 1.5. **Prosecution**
If the insured is imprisoned or threatened with imprisonment, the 24-hour emergency call centre will help to obtain a lawyer and an interpreter and also raise any bail that may be required.

Requirements for home assistance

1. **The 24-hour emergency call centre**
The 24-hour emergency call centre must always be notified immediately in order to claim the Home Assistance benefits. The 24-hour emergency call centre will then arrange all necessary activities, in particular it will make contact with the necessary trades, locksmiths and other public or private service providers.
An emergency situation exists
 - If sustained impairment in the insured's quality of life occurs because of unforeseen damage to the parts of his flat/house mentioned in pt. 5, or
 - Action is required immediately to prevent serious damage to the insured flat/house.
2. **Insured persons**
Insurance protection is provided for the insured and persons who live with him in the same household.
3. **Scope of insurance**
Insurance cover applies to main and second residences used by the insurer within Hungary.
4. **When does the insurance apply?**
A right to Home Assistance insurance benefits exists during the term of the insurance policy (between departure and arrival).
5. **Insured services**
 - 5.1. **Services from skilled tradesmen**
If an emergency situation occurs for the insured dwelling, the 24-hour emergency call centre organises the following trades and covers the cost (travel time and working time) up to the max. agreed sum insured per insured event:
 - Plumber in the event of damage to or defects with gas, water and heating installations;
 - Electrician in the event of damage to or defects with electrical lines;
 - Drying service;
 - Locksmith, joiner and relevant specialist services in the event of damage or defects to entrance doors and windows;
 - Roofer, carpenter and fitter for roof repairs on the insured's own home and ancillary buildings;
 - Glass fitter if outside glass is broken;
 - Pipe cleaning companies if blockages occur in the pipe system.
 - 5.2. **Loan of heaters**
If the heating system in the insured dwelling fails because of a breakage or fault during the heating period, the 24-hour emergency call centre will organise hired heaters for the time during which the heating system will not work and will cover costs up to the max. agreed sum insured per insured event.
 - 5.3. **Locksmiths**
If the insured is locked out of the insured dwelling or keys to the insured dwelling are lost or stolen, the 24-hour emergency call centre will organise the unlocking and/or the replacement of the lost or stolen keys and will cover the cost of this up to the max. agreed sum insured per insured event.
 - 5.4. **Relocation services and emergency storage**
If the insured dwelling cannot be used because damage has occurred and the contents of the dwelling have to be temporarily removed and stored, the 24-hour emergency call centre will provide the names of suitable companies (removal companies) and cover costs of up to the max. agreed sum insured per insured event.
6. **Liability**
The insurer is not liable for providers of help and services for which it has given contact details and/or commissioned work.
7. **Events that are not insured**
In addition to the exclusions listed in the general insurance terms and conditions for all lines of insurance, the following damage and situations are not insured or are limited to the insurer's obligation to pay benefits.
 - 7.1. Services or benefits related directly or indirectly to routine maintenance and servicing.
 - 7.2. No claim to a payment exists if the insurer has not given permission for the work to be carried out or the insured himself organises and undertakes rectification of the damage.
 - 7.3. Damage will not be reimbursed if compensation can be obtained under another insurance policy.
8. **Procedure in the event of a claim**
The rules on how to respond as listed in the general insurance terms and conditions for all lines of insurance shall apply:

Roadside Assistance within Europe

1. **The 24-hour emergency call centre**
The insured can call for help via the 24-hour emergency call centre in the event of an accident, breakdown or vehicle theft within the framework of the following conditions. In order to be able to claim for the benefit, it is always necessary to notify the 24-hour emergency call centre.
The 24-hour emergency call centre arranges all activities required, in particular the necessary contacts to breakdown organisations, repair workshops, hotels and both public and private transport companies and decides on the choice and implementation of the relevant assistance.
2. **Insured vehicles**
The insurance cover extends to (max. 15 years old) passenger cars, motorcycles, caravans and people carriers with up to 9 seats registered in the name of the insured with registration number specified when reserving the policy and indicated in the policy. No insurance coverage for rental car or commercial activities.
3. **Insured persons**
The insurance covers the insured and the persons who are in the insured vehicle at the time the breakdown or accident occurs.
4. **Scope of insurance**
The insurance cover applies to events during travel within Europe as a geographical area which occur more than 50 km away from the insured's place of residence, or after crossing the border to a foreign country, or for which the insured has booked at least one overnight stay.
5. **Insured services**
 - 5.1. **Roadside breakdown assistance or towing**

- If the vehicle can no longer be driven as a result of a breakdown or accident, the 24-hour emergency call centre will organise and pay for roadside help or towing (including recovery) to the nearest suitable repair workshop.
The cost of repairs and spare parts that are more extensive than pure roadside assistance are not insured.
- 5.2. **Return of vehicle / Journey home**
If a vehicle cannot be repaired following a breakdown or accident within 24 hours (when abroad, within 5 days because of the need for an expert report) at a repair workshop near to the place where the problem occurred, the insurer will organise and pay for the following services up to the sum insured:
 - The documented cost for the vehicle occupants to return home to the place of residence of the insured but at the most the cost of the journey home using public transport. If travel by rail will last more than 6 hours, the insurer may opt as an alternative to claim a first class rail ticket or an Economy Class flight;
 - Within the country of residence the travel costs for one person to collect the repaired vehicle again will be covered.
 - The cost of return transportation to the insured's place of residence of the vehicle that is not fit to drive or the vehicle that has been recovered.
 - Car rental allowance in accordance with the insured package for the journey home or the onward journey.
 - Overnight hotel accommodation – if the vehicle cannot be repaired on the same day and the breakdown occurs at a location other than the place of booking, the insurer organises hotel accommodation for a maximum of 2 nights and covers the costs in accordance with the selected insurance package.

6. Events that are not insured

- In addition to the exclusions listed in the general insurance terms and conditions for all lines of insurance, no insurance exists if
- The problem occurs as a result of inadequate vehicle maintenance and the defects on the vehicle which caused the problem to occur already existed at the start of travel and/or could be ascertained;
 - The insured resolved the problem himself.
7. **Procedure in the event of a claim**
The rules on how to respond as listed in the general insurance terms and conditions for all lines of insurance shall apply.

Winter Sports Insurance

1. **Insured events**
 - Theft of ski equipment if it is properly locked in a room not open to the public.
 - Unforeseen blockade of more than 50% of the ski trails of the skiing region at the holiday destination, during the ski season.
 - Blockade of the streets leading to the holiday destination in the skiing region because of an avalanche.
 - Damage of the ski clothes in hospital due to medical necessities.
2. **Insured costs**
Reimbursement of stolen or damaged ski equipment and ski clothes; additional hotel costs and travel costs in case of delayed travel due to the blockade of the street because of an avalanche; reimbursement of the costs for a pre-paid ski-pass in case of unforeseen blockade of the skitrails; respectively according to the max. sum insured.
3. **Procedure in the event of a claim**
In addition to the obligations of the general insurance terms and conditions for all lines of insurance, if the insurer has a right to deny benefits and claims in other respects, the insured has an obligation to provide the insurer with the following documents:
 - Proof of insurance (policy),
 - Confirmation of reservation by the tour operator,
 - Original notification to the police at the relevant public security office in the event of theft and confirmation of the respective host.
 - Confirmation of the local tourist information office regarding the blockade of the ski trails
 - Original invoice for additional journey home or additional overnight stay.
 - Confirmation of the hospital regarding the necessity of destroying ski clothes
 - Original invoice, or rental confirmation regarding the stolen or damaged ski equipment.

Privacy Notice

The protection of your privacy is important to us.

In pursuance of Article 13 of the General Data Protection Regulation (GDPR), we are informing you about the processing of your personal data by AWP P&C S.A., Austrian branch, and about your rights under data protection law.

1. Who is responsible for processing your personal data and whom can you turn contact?

The following is responsible for processing your personal data

AWP P&C S.A., Austrian branch
Pottendorfer Str. 23 - 25
1120 Vienna

The data protection officer can be reached by ordinary mail at the address above, with the title "Data Protection Officer" added, or by email sent to datenschutz.azpat@allianz.com

AWP P&C S.A., Austrian branch ("we", "us", "our"), is part of Allianz Worldwide Partners SAS Paris, an insurance company registered in France, offering insurance products and services around the world. In turn, AWP SAS Paris is part of the Alliance Group.

2. For what purpose and on what legal basis are your personal data processed?

a. What applies to all categories of personal data?

We process your personal data in compliance with the EU General Data Protection Regulation (GDPR), the Data Protection Act, the Act on Insurance Contracts and all other applicable laws.

When you apply for insurance cover, we require the details you provide in order to conclude the contract and assess the risk which we are to assume. If the contract is concluded, we process these personal data in order to administer the insurance relationship, e.g. to issue invoices. For instance, we require the details of losses to assess whether an insured event has occurred and establish the size of the loss.

Without processing your personal data, the conclusion and implementation of the insurance contract are impossible.

The legal basis on which we process personal data for pre-contractual and contractual purposes is Article 6 (1) (b) GDPR.

We also process your personal data to pursue our legitimate interests or those of third parties (Article 6 (1) (f) GDPR). This may be particularly necessary in order to:

- ensure IT security and IT operation,
- advertise our own insurance products and conduct market research and opinion polls,
- prevent and clarify criminal offences, in which case we use data analyses to identify evidence of possible insurance fraud.

Furthermore, we use your personal data to perform legal obligations, e.g. supervisory duties and corporate and fiscal retention duties. The legal basis for data processing in this case are the appropriate legal provisions in connection with Article 6 (1) (c) GDPR.

If we intend to process your personal data for a purpose not stated above, we shall notify you upfront in compliance with the legal regulations.

b. What applies to special categories of personal data, especially data concerning health?

Processing special categories of personal data, which include data concerning health, is subject to special protection. As a rule, processing is only permissible if you have given consent to the processing or one of the possibilities of processing provided under the law exists (Article 9 (2) GDPR).

aa) Processing your special categories of personal data

In many cases, we require special categories of personal data in order to investigate entitlement to benefits. These include data concerning health. By providing us with such data in a specific insurance event, coupled with the request to investigate and assess the loss, you give us your express consent to process the data concerning health required to process the insurance claim. You will be informed about this again on the claims form.

Consent may be revoked at any time, effective for the future. Please note, however, that in such a case it may be impossible to verify our duty to provide benefits under the insurance claim. If the investigation of the insurance claim has already been completed, statutory duties of data retention may prohibit the erasure of the data.

bb) Access to data concerning health by third parties to verify a duty to provide benefits

To verify a duty to provide benefits, we may need to check the details concerning your health which you provided in support of a claim or which emanate from the documentation (e.g. invoices, prescriptions, reports) or doctors' or other medical practitioners' reports which we received.

For this we require your consent, including a discharge from the duty of confidentiality for us and for all other entities who are under this duty but who nevertheless are obliged to give information to verify a duty to provide benefit.

In each case we shall tell from whom or what institution we require the information and for what purpose. You may then decide whether to allow us to collect and use your data concerning health, discharge the above persons and institutions and their employees from their duty of confidentiality, and allow us to convey your data concerning health or submit the required documents yourself.

3. Who are the recipients of your personal data?

Recipients of your personal data may be:

- Public authorities, the ombudsman
- Other companies of the Allianz Group
- Other insurers (regress claims)
- Co-insurers / Re-insurers
- Insurance agents/brokers and banks
- Legal services
- Service providers (e.g. medical services and assistance)
- Advertisers and advertising networks

4. For how long do we store your personal data?

We store your personal data solely for the purposes for which they were collected and, in principle, only for the length of time required to perform our contract or laid down in the appropriate legislation. The appropriate provisions are to be found in the following legal, § 12 of the Act on Insurance Contracts and § 21 of the Financial Markets-Money Laundering Act. Under these regulations, the retention periods are seven to ten years. Consequently, the legal time limits for the submission of claims against or by our company are to be observed.

5. Where will my personal data be processed?

Your personal data may be processed both inside and outside of the European Economic Area (EEA) by the parties specified in section 3 above, subject always to contractual restrictions regarding confidentiality and security in line with applicable data protection laws and regulations. We will not disclose your personal data to parties who are not authorized to process them.

Whenever we transfer your personal data for processing outside of the EEA by another Allianz Group company, we will do so on the basis of Allianz' approved binding corporate rules known as the Allianz Privacy Standard (Allianz' BCR) which establish adequate protection for personal data and are legally binding on all Allianz Group companies. Allianz' BCR and the list of Allianz Group companies that comply with them can be accessed here https://www.allianz-partners.com/en_US/allianz-partners---binding-corporate-rules-.html. Where Allianz' BCR do not apply, we will instead take steps to ensure that the transfer of your personal data outside of the EEA receives an adequate level of protection as it does in the EEA. You can find out what safeguards we rely upon for such transfers (for example, Standard Contractual Clauses) by contacting us as detailed in section 1.

6. What rights do you have with regard to your personal data?

You have the right of access to the personal data stored by us and to rectify any personal data that are incorrect. Also, under certain conditions, you have the right to erase your personal data, the right to object to the processing of and the right to restrict the processing of your personal data, and the right to data portability.

Right to object

You may object to the processing of your personal data for the purposes of direct advertising at any time. If we process your data to pursue legitimate interests, you may object to this processing for reasons emerging from your particular situation.

You may exercise these rights by contacting us.

If you wish to lodge a complaint with regards to the handling of your personal data, you may contact the above-named data protection officer. You also have the right to submit a complaint to a data protection authority.