

**A Budapest Kártyához
tartozó utasbiztosítás
Általános és Különös Feltételei**

Szolgáltatási Táblázat

Biztosítási Fedezetek	Biztosítási összegek / Ft
Baleseti halál	1.000.000.-
Baleseti maradandó részleges rokkantság (1-100%)	2.000.000.-
Sürgősségi gyógyászati költségek baleset esetén	5.000.000.-
Sürgősségi gyógyászati költségek betegség esetén	5.000.000.-
Segítségnyújtási (Asszisztencia) Szolgáltatások	
Sürgősségi betegszállítás/Gyógyászati hazaszállítás	2.000.000.-
Holttest hazaszállítása	2.000.000.-
Koporsó költségeinek megtérítése	500.000.-
Gépjárműbalesetet követő jogsegélyszolgálat	500.000.-
Óvadékelőleg gépjárműbalesetet követően	500.000.-
Sürgősségi utazási költségek egy családtag részére (szállásköltség max. 4 éjszaka, Limit/éj)	200.000.- 15.000.-
Poggyászbiztosítás Teljes Limit:	75.000.-
Limit/ tárgy	15.000.-
ebből útiokmányok pótlása	10.000.-
Sürgősségi szállodai szoba meghosszabítása	
Maximum 4 éjszaka, Limit / éj	15.000.-
Sürgősségi fogászati kezelés	100.000.-
Limit/fog	50.000.-
Telefonköltség	10.000.-
Baleseti kórházi napi térítés (max. 90 nap)	2.000.-

Preambulum

Az AIG Europe, S.A. Magyarországi Fióktelepe (AIG Hungary) az American International Group (AIG) tagja (továbbiakban: Biztosító) a jelen biztosítási feltételek alapján arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítás díja ellenében a biztosítási kötvényben meghatározott kockázatok esetére, a szerződésben megjelölt biztosítási összeg erejéig biztosítási védelmet nyújt.

A biztosítási feltételekre és a feltételekben nem rendezett egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadóak.

A károkat kizárólag az AIG Europe S.A. Magyarországi Fióktelepe vagy az ISOS rendezheti, illetve vizsgálhatja ki. Amennyiben a Biztosítottak Magyarországon területén egészségügyi ellátásra, vagy jogsegélyszolgálatra van szüksége, minden egyes esetben köteles felvenni a kapcsolatot az asszisztencia társasággal. Az előzetes jóváhagyás nélkül igénybevett szolgáltatások esetében a Biztosító kötelezettsége bármely kár vonatkozásában maximum 150 USD-nak megfelelő forintösszegre korlátozódik.

ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK

I. FEJEZET

FOGALOM MEGHATÁROZÁSOK

Biztosító: Az AIG Europe, S.A. Magyarországi Fióktelepe (AIG Hungary), (1088 Budapest, Rákóczi út 1-3., cégjegyzékszám: 01-17-000387) amely a biztosítási szerződést a Szerződéssel megkötöti és a szerződésről kötvényt állít ki.

International SOS (Asszisztencia szolgálat): A Biztosító képviseletében eljáró jogi személy, amely a Biztosítóval kötött szerződés alapján a feltételekben meghatározott asszisztencia szolgáltatásokat nyújtja.

Szerződő: ROMbrandt Kft. (1037 Budapest, Montevideo u. 3/b), amely a Biztosítási Keretszerződést a Biztosítottak javára megkötöti és a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállal.

Biztosítottak: a Szerződő által a Biztosítóval megkötött Biztosítási Keretszerződés alapján Biztosítottá az a 75 év alatti természetes személy, és/vagy a vele együtt utazó legfeljebb egy 14 alatti gyermek válik, aki a Budapesti Turisztikai Hivatal által kibocsátott érvényesített Budapest Kártyával rendelkezik. Nem lehet biztosított a fizikai munkavállalás céljából Magyarországra utazó személy.

Magyar állampolgárságú biztosított személyek vonatkozásában a Biztosító felelőssége kizárólag azokra a szolgáltatásokra terjed ki, melyeket az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nem finanszíroz.

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon Biztosítottakra, akinek a Budapest Kártyáján szereplő érvényesség dátuma átírt, átjavított vagy olvashatatlan.

Kedvezményezett: Az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a szerződés szerint járó szolgáltatás(ok) igénybevételére jogosult. A Biztosított baleseti halála esetére kedvezményezettet jelölhet. Amennyiben a Biztosított írásban nem rendelkezett, a kedvezményezett(ek) a Biztosított örököse(i). Minden egyéb szolgáltatás esetében a kedvezményezett maga a Biztosított, amennyiben erről eltérően nem rendelkezik. A Biztosított az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. A Biztosított nyilatkozata a Biztosítóval szemben akkortól hatályos, amikor a nyilatkozat a Biztosító tudomására jut.

Bennfekvő beteg: Az a személy, aki bennfekvőként legalább 24 órán keresztül folyamatosan kórházi ellátásban részesül.

Orvos: Az - a Biztosítottól, vagy annak közeli hozzátartozóitól eltérő személy -, aki a jogszabályban meghatározott vizsgákkal és engedéllyel rendelkezik az igény alapjául szolgáló biztosítási esemény gyógyítására.

Kórház: Az a létesítmény, amely mindenben megfelel az alábbi követelményeknek:

- a. kórházi működésre vonatkozó engedéllyel rendelkezik (ha az ilyen engedély hatósági előírás),
- b. elsősorban a kórházban történő kezeléssel, bennfekvő betegek ellátásával foglalkozik,
- c. a betegápolást napi 24 órán át, szakképzett személyzettel látja el,
- d. egy, vagy több engedéllyel rendelkező orvost foglalkoztat,
- e. biztosítja a diagnosztizálás és a magas szintű orvosi beavatkozások szervezett szolgáltatását,
- f. elsődlegesen nem rendelőintézet, szanatórium, vagy rehabilitációs intézet és nem foglalkozik alkohol, vagy kábítószer függőségi terápiával.

Biztosítási esemény időpontja:

- a. betegség tekintetében a diagnózis első napja,
- b. baleset tekintetében a baleset napja.

Biztosítási összeg: A szerződésben Biztosítottanként és kockázatviselésenként megjelölt, az egyes biztosítási eseményekre fizethető legmagasabb összeg.

Ügyfél-azonosító: A Budapest Kártyán feltüntetett 9 jegyű egyedi azonosító szám.

Időbeli hatály: A Biztosító kockázatviselésének kezdete a Budapest Kártyán érvényesség kezdetével jelölt nap, és időpont (dátum, óra) feltéve, hogy a Biztosított személy a Budapest Kártyát aláírta. A Biztosító kockázatviselése megszűnik a Budapest kártyán megjelölt érvényesség kezdetét követő 48, illetve 72 óra elteltével (kártyatípustól függően).

Területi hatály: A biztosítás kizárólag Magyarország területén érvényes. A Biztosító kötelezettsége (kockázatviselése) nem terjed ki arra az időszakra, amely alatt a Biztosított – a Budapest Kártya érvényességére tekintet nélkül – a Magyar Köztársaság területén kívül tartózkodik.

Baleset: Olyan esemény, amely a Biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás következménye, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül a Biztosított halálát, maradandó rokkantságát, vagy a szerződésben meghatározott egyéb testi sérülését okozza.

Betegség: Bármely, a Biztosított egészségi állapotában bekövetkező egészségkárosodás feltéve, hogy :

- a. ez a változás a biztosítási időszakon belül, a biztosítás időbeli hatálya alatt következik be,
- b. az adott betegség nem tartozik a kizárások hatálya alá,
- c. nem már meglévő bármely betegség.

Gyógyászati költségek: Magyarország területén felmerülő, kórházi operációval, érzéstelenítéssel és egyéb orvosi kezeléssel, illetve orvos által előírt kezeléssel kapcsolatos szükséges költségek.

Gyógyászati kezelés: Orvosi tanácsadás, kezelés, konzultáció.

Háború: A háború (akár kinyilvánították a hadiállapotot, akár nem) vagy egyéb harci cselekmények, ideértve azt az esetet is, amikor bármely szuverén állam katonai erőt alkalmaz valamely gazdasági, földrajzi, nemzeti, politikai, faji, vallási vagy más cél érdekében.

II. FEJEZET

A Szerződés tárgya és érvényessége

A Biztosító a Budapest Kártya díjában foglalt biztosítási díj ellenében szereplő szolgáltatásokat nyújtja. A biztosítási fedezetek csak azon biztosítási eseményekre vonatkoznak, melyek a fent nevezett kártya érvényességi ideje alatt következnek be.

Közlési kötelezettség

A Biztosított és a Szerződő a szerződéskötéskor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a Biztosítóval a valóságnak megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyekre a Biztosító írásban kérdést tett fel, és amelyeket ismertek, vagy ismerniük kellett.

A Biztosító mentesülése

A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, amennyiben:

- a. a Biztosított a közlési kötelezettségének, illetve a szerződés fennállása alatt változás-bejelentési kötelezettségének nem tett eleget kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében,
- b. bizonyítást nyer, hogy a biztosítási esemény a Biztosított szándékosan elkövetett bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben következett be, vagy azt a Biztosított súlyosan gondatlan magatartása jogellenesen idézte elő.

A biztosítási esemény akkor minősül súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak, ha az a Biztosított:

- alkoholos befolyásoltsággal (0,8 ezrelék fölötti véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be,
- jogosítvány nélkül, vagy ittas gépjárművezetés közben következett be,
- kábító, vagy bódító hatású anyag használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt.

A biztosítás megszűnésének esetei

A biztosítás megszűnik:

- a. a Biztosított halálakor,
- b. a Kártya megsemmisülésével,
- c. a Budapest Kártya érvényességi idejének lejáratakor,
- d. amennyiben a Biztosított a biztosítás időbeli hatálya alatt elhagyja Magyarország területét,
- e. amennyiben a Biztosított olyan repülőjáraton illetve hajón utazik, mely nem rendelkezik a megfelelő hatóság által kiadott lajstromszámmal, utasszállítási engedéllyel, valamint nem rendelkezik rendszeres és közétett menetrenddel.

A biztosítás megszűnése nem érinti a megszűnés előtt bekövetkezett biztosítási eseményekkel kapcsolatos, folyamatban lévő, vagy függő károk elbírálását.

A Biztosított kárenyhítési kötelezettsége

Bármilyen testi sérülés, vagy betegség bekövetkeztét követően a Biztosítottnak a lehető legrövidebb időn belül gyakorló szakorvoshoz kell fordulnia és kárenyhítési kötelezettségéből adódóan annak orvosi tanácsait köteles pontosan betartani. A Biztosító nem felelős azokért a következményekért, amelyek a Biztosítottnak a biztosítási esemény káros következményei elhárítására, illetve enyhítésére vonatkozó kötelezettségeinek elmulasztásából erednek.

Jognyilatkozatok

A Biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a biztosítási szerződésben érdekelt személyeknek, az általuk megadott és a Biztosító által ismert utolsó értesítési címre. A Biztosító a szerződéskötéskor vagy azt követően hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a Biztosító központjába megérkezett.

Elévülés

Jelen feltételekből származó biztosítási igények a káresemény bekövetkezésétől számított 2 év után évülnek el.

Tájékoztatás személyes adatok kezeléséről

Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely egy meghatározott természetes személlyel kapcsolatba hozható. A személyes adat biztosítási titoknak minősül. A Biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. Az adatkezelés céljával összefüggésben a biztosító tudomására jutott adatokat a Biztosító a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény értelmében az ügyfél külön hozzájárulása nélkül kezelheti.

Az adatkezelés időtartama: a Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A Biztosító a tevékenysége során a tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettsége alól az ügyféltől vagy annak törvényes képviselőjétől a kiszolgáltatható titokkört pontosan megjelölve írásban felmentést kapott.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító által az Európai Unió kívüli országba történő adattovábbítás abban az esetben, ha a Biztosított ahhoz írásban hozzájárult, és az adott országban a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint az adott állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:

- a. a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b. a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c. büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
- d. a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- e. a (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
- f. a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,

- g. a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h. a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i. az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
- j. a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k. a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l. az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető Hivatallal,
- m. az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- n. a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal,
- o. a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben.

Fogyasztói panaszokkal foglalkozó szerv

AIG Europe, S.A. Magyarországi Fióktelepének vezetője,
(1088 Bp., Rákóczi út 1-3.), Tel: 801-0801, Fax: 801-0899).

A Biztosítók felügyeleti szerve: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete
(1013 Budapest, Krisztina krt. 39.).

Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség
(1088 Bp., József Krt. 6.)

Írányadó jog és jogvita esetén alkalmazandó eljárás

A Biztosító és a Biztosítottak jogviszonyára a magyar jog rendelkezései, a jelen Általános Szerződési Feltételek, az abban nem szabályozott kérdésekben pedig a Magyar Köztársaság Polgári Törvénykönyvéről szóló 1959. évi IV. törvény, a fogyasztóvédelemről szóló 1997. évi CLV. törvény, valamint a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény rendelkezései irányadóak.

Bármely vitában, amely az Utazási Biztosítási Szerződésből vagy azzal összefüggésben, annak megszegésével, megszűnésével, érvényességével vagy értelmezésével kapcsolatban keletkezik, a vita tárgyát képező összeg nagyságától függően, kizárólagosan vagy a Pesti Központi Kerületi Bíróság, vagy a Fővárosi Bíróság jogosult eljárni.

A Biztosító és a Biztosított között keletkező esetleges vitás ügy egyezsége alapult rendezésének megkísérlése végett, a Biztosított a lakóhelye szerinti

Békéltető Testületnél is eljárást kezdeményezhet. A Békéltető Testület a területi gazdasági kamarák mellett működő független testület, melynek eljárását a Biztosított akkor kezdeményezheti, ha azt megelőzően a Biztosítóval közvetlenül megkísérelte a panaszügy rendezését. A Békéltető Testület határozata nem érinti a Biztosított jogát arra, hogy igényét bírósági eljárás keretében érvényesítse.

A kapcsolattartás és az ügyfél-tájékoztatás nyelve

A Biztosító és a Biztosított kapcsolattartása valamint a Biztosítottak tájékoztatása magyar és angol nyelven történik.

III. FEJEZET

KÁRIGÉNYEK

A biztosítási jogviszony alapján támasztott bármely igényt a Biztosító részére írásban, az alapul szolgáló esemény bekövetkezésétől számított legkésőbb 8 napon belül kell benyújtani. Baleseti halál esetén a Biztosítót azonnal, vagy a lehető legrövidebb időn belül kell értesíteni. A bejelentési kötelezettség elmulasztása esetén a Biztosító annyiban mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, amennyiben emiatt lényeges körülmények kiderítése meghiúsul.

A Biztosító által igényelt minden igazolást, nyilatkozatot és bizonyítékot a Biztosítónak az általa meghatározott formában és tartalommal, a kötvényszámra való hivatkozással kell benyújtani. Az ezzel kapcsolatos költségeket a Biztosító nem téríti meg.

A bejelentésnek az érvényes Budapest Kártya bemutatásán túl, a következőket kell tartalmaznia:

- a. az orvosi jelentést valamennyi sérülés jellegének és mértékének leírásával és diagnózisával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával,
- b. minden elszámolás, számla, vény, kórházi igazolás, amely a káreseménnyel kapcsolatosan keletkezett, és amely alkalmas arra, hogy a felmerült gyógyászati költségek teljes összege pontosan megállapításra kerüljön,
- c. azon harmadik személy nevét, elérhetőségét biztosítására vonatkozó adatait, – amennyiben lehetséges – aki a Biztosítotton kívül a biztosítási eseményben érintett volt (pl.: autóbaleset esetén), vagy szemtanúja volt az esetnek,
- d. baleseti halál esetén a halotti anyakönyvi kivonatot és a halál okát igazoló orvosi bizonyítványt,
- e. a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv, vagy más hivatalos jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült).

Betegség esetén továbbá az alábbi iratokat kell benyújtani:

- a. a Betegség kezdetének időpontja,
- b. diagnosztizálás első napja,
- c. a vizsgálatot végző Orvos adatai.

Poggyász ellopása, vagy sérülése esetén az alábbi iratokat kell benyújtani:

- a. a poggyász ellopásának, vagy károsodásának részletes körülményei,
- b. a szállítónak a kárral, lopással vagy rongálással kapcsolatos nyilatkozata,
- c. az elveszett, vagy sérült poggyász, illetve személyes ingóságok tételes listája, valamint a károsodás jellegének leírása,
- d. a poggyász/személyes ingóságok beszerzésének helye, beszerzési és/vagy javítási számlája,
- e. bármely, a kárral kapcsolatosan keletkezett rendőrségi vagy hatósági dokumentum.

A Biztosító szükség esetén egyéb okiratokat, vagy igazolásokat is bekérhet, illetve bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.

A Biztosító az igényelbírálás tartama alatt a saját költségén jogosult a Biztosítottat megvizsgáltatni olyan gyakran, amilyen gyakran az orvosilag indokolt.

A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

A Biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti.

A Biztosító a rokkantság jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően szolgáltatást nem teljesít. A rokkantság jellegét, maradandóságát és mértékét legkésőbb a biztosítási esemény bekövetkezését követő két (2) éven belül meg kell állapítani.

Amennyiben a Biztosító a baleseti rokkantság esetére járó összeget a Biztosított halála előtt már kifizette, úgy az ugyanazon okból bekövetkező baleseti halál esetére járó biztosítási összegből a már kifizetett rokkantsági szolgáltatás összege levonásra kerül és a Biztosító csak a különbözetet fizeti ki.

A károk kifizetése a Biztosító magyarországi központjából történik forintban.

KÜLÖNÖS FELTÉTELEK

1. BALESETI HALÁL

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt olyan baleseti testi sérülést szenved, amely közvetlenül és minden egyéb más októl függetlenül a baleset időpontját követő 365 napon belül a halálát okozza, a Biztosító kifizeti a kedvezményezett(ek)nek a szolgáltatási táblázatban megjelölt biztosítási összeget.

Amennyiben a Biztosított olyan balesetet szenved, amelynek következtében a Biztosított eltűnik és a holttestét nem találják meg a baleset időpontját követő 365 napon belül, valamint a baleset ténye és az okozati összefüggés bizonyítást nyer,

akkor a szerződés minden egyéb feltétele és kikötése értelmében a Biztosító a Biztosítottat halottnak tekinti és a baleseti halál esetére járó szolgáltatás kifizetését teljesíti.

Amennyiben a biztosítási összeg kifizetése után bármikor kiderül, hogy a Biztosított mégis életben van, valamennyi kifizetést a Biztosító részére teljes mértékben vissza kell fizetni.

2. MARADANDÓ RÉSZLEGES ROKKANTSÁG

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt olyan baleseti testi sérülést szenved, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül a baleset időpontját követő 365 napon belül a jelen fejezetben meghatározott egészségkárosodást okozza, a Biztosító kifizeti a szolgáltatási táblázatban megjelölt biztosítási összeg adott egészségkárosodásra meghatározott százalékát.

Szolgáltatások táblázata

Az egészségkárosodás	A teljes biztosítási összeg százalékában kifejezett szolgáltatás
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100 %
Teljes és gyógyíthatatlan elmebetegség	100 %
Mindkét kar vagy mindkét kézfej elvesztése	100 %
Mindkét fül hallóképességének traumatikus eredetű elvesztése	100 %
Az állkapocs eltávolítása	100 %
A beszédképesség teljes elvesztése	100 %
Egy kar és egy láb teljes elvesztése	100 %
Egy kar és egy lábfej teljes elvesztése	100 %
Egy kézfej és egy lábfej teljes elvesztése	100 %
Egy kézfej és egy láb teljes elvesztése	100 %
Mindkét láb teljes elvesztése	100 %
Mindkét lábfej teljes elvesztése	100 %
Koponyacsont teljes vastagságban való elvesztése	
- legalább 6 cm ² -es felület	40 %
- 3 és 6 cm ² közötti felület	20 %
- 3 cm ² -nél kisebb felület	10 %
Az állkapocs, a felemelkedő rész egészének vagy az arccsont felének eltávolítása	40 %
Egy szem teljes elvesztése	40 %
Egy fül hallóképességének teljes elvesztése	30 %

	JOB	BAL
Egy kar vagy egy kézfej elvesztése	60 %	50 %
A kar csontos anyaga jelentős részének elvesztése (végleges és gyógyíthatatlan eltávolítás)	50 %	40 %
A felső végtag teljes megbénulása (az idegek gyógyíthatatlan károsodása)	65 %	55 %
A nervus circumflexus teljes megbénulása	20 %	15 %
A váll megmerevedése	40 %	30 %
A könyök megmerevedése kedvező pozícióban (a megfelelő szögtől 15 fokos eltéréssel)	25 %	20 %
A könyök megmerevedése kedvezőtlen pozícióban	40 %	35 %
Az alkar két csontja anyagának jelentős vesztesége (végleges és gyógyíthatatlan veszteség)	40 %	30 %
A nervus medianus teljes megbénulása	45 %	35 %
A nervus radialis teljes megbénulása az ízületnél	40 %	35 %
Az alkar nervus radialisának teljes bénulása	30 %	25 %
A kézfej nervus radialisának teljes bénulása	20 %	15 %
A könyökhajlati ideg teljes bénulása	30 %	25 %
A csukló megmerevedése kedvező pozícióban (egyenesen és lefelé fordítva)	20 %	15 %
A csukló megmerevedése kedvezőtlen pozícióban (megcsavarodva vagy felfelé tartva)	30 %	25 %
A hüvelykujj teljes elvesztése	20 %	15 %
A hüvelykujj részleges elvesztése (körmös ízület)	10 %	5 %
A hüvelykujj teljes megmerevedése	20 %	15 %
A mutatóujj teljes amputációja	15 %	10 %
A mutatóujj két percének teljes elvesztése	10 %	8 %
A mutatóujj körmös percének teljes elvesztése	5 %	3 %
A hüvelykujj és a mutatóujj egyidejű amputálása	35 %	25 %
A hüvelykujj és valamelyik - nem a mutatóujj - teljes elvesztése	25 %	20 %
Két ujj – de nem a hüvelyk- vagy a mutatóujj – elvesztése	12 %	8 %
Három ujj - de nem a hüvelyk- vagy a mutatóujj - teljes elvesztése	20 %	15 %
Négy ujj teljes elvesztése, beleértve a hüvelykujjat	45 %	40 %
Négy ujj elvesztése, kivéve a hüvelykujjat	40 %	35 %
A középsőujj teljes elvesztése	10 %	8 %
Egy ujj elvesztése, de nem a hüvelyk- a mutató- vagy a középsőujj	7 %	3 %
A comb teljes elvesztése (felső fél)	60 %	

A comb (alsó fél) és a lábszár teljes elvesztése	50 %
A lábfej teljes elvesztése (sípcsonttövi ficam)	45 %
A lábfej részleges elvesztése (bokacsont alatti ficam)	40 %
A lábfej részleges elvesztése (lábközépficam)	35 %
A lábfej részleges elvesztése (láb-tő-lábközép ficam)	30 %
Az alsó lábszár teljes megbénulása (gyógyíthatatlan idegkárosodás)	60 %
A külső popliteal ischiaticus ideg teljes lebénulása	30 %
A belső popliteal ischiaticus ideg teljes lebénulása	20 %
A külső és belső popliteal ischiaticus ideg teljes megbénulása	40 %
A csípő megmerevedése	40 %
A térd megmerevedése	20 %
A comb illetve az alsó lábszár mindkét csontja csontos anyagának elvesztése (gyógyíthatatlan állapot)	60 %
A térdkalács csontos anyagának elvesztése a láb jelentős törött része eltávolításával és jelentős mozgási, nyújtási problémával	40 %
A térdkalács csontos anyagának elvesztése a mozgási képesség megőrzésével	20 %
Az alsó lábszár megrövidülése legalább 5 cm-rel	30 %
Az alsó lábszár megrövidülése 3-5 cm-rel	20 %
Az alsó lábszár megrövidülése 1-3 cm-rel	10 %
Az összes lábujj amputálása	25 %
Négy lábujj amputálása, beleértve a nagylábujjat,	20 %
Négy lábujj teljes elvesztése	10 %
A nagylábujj teljes elvesztése	10 %
Két lábujj elvesztése	5 %
Egy lábujj amputálása, mely nem a nagylábujj	3 %

Az ujjak (a hüvelykujj kivételével) és a lábujjak ízületmervisége esetén a nevezett tagok elvesztésére megállapított térítésnek 50%-át fizeti a Biztosító.

Meghatározások:

Elvesztés: a végtagok fizikai elvesztése (amputációja) vagy működőképességük teljes és maradandó elvesztése.

Halló- vagy beszédképesség elvesztése: A hallás vagy a beszéd elvesztése a halló- vagy a beszédképesség teljes és végleges elvesztését jelenti.

Szem elvesztése: a látás teljes és végleges elvesztését jelenti. Ez akkor tekinthető bekövetkezettnek, ha a korrekciót követően a megmaradt látás foka 3/60 rész vagy kevesebb a Sneller skála alapján.

Ugyanazon balesetből származó, több egészségkárosodás esetén az egyes egészségkárosodásra fizetendő százalékos értékek összegzésre kerülnek, de a szolgáltatás teljes összege nem haladhatja meg a teljes biztosítási összeget.

A fenti táblázatban nem említett maradandó rokkantság (egészségkárosodás) a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján, súlyosságával arányosan kerül elbírálásra, a Biztosított foglalkozásának figyelmen kívül hagyásával. A maradandó rokkantság mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg. A Biztosított számára a jelen fejezet alapján nyújtott fedezet megszűnik, amikor a teljes biztosítási összegnek megfelelő összeg kifizetése megtörtént.

Ha a Biztosított balkezes és ez a tény bizonyított, ez esetben a fenti arányok fordítottját kell érvényesnek tekinteni.

3. SÜRGŐSSÉGI GYÓGYÁSZATI KÖLTSÉGEK BALESET ÉS BETEGSÉG ESETÉN

Amennyiben a Biztosított az utazás során baleset, vagy betegség következtében Magyarország területén sürgősségi egészségügyi ellátásra szorul, a Biztosító megtéríti a Biztosítottnak a szükséges és indokolt orvosi költségeket a szerződés szolgáltatási táblázatában megjelölt biztosítási összeg erejéig.

Az orvosi költségek kizárólag az alábbi szolgáltatások szokásos és indokolt költségeit foglalják magukba:

- kórházi szoba (többágyas) és ellátás, a műtőhasználat, az intenzív szoba és az Ambuláns Központ díjai,
- orvosi díjak,
- kórházi és kórházon kívüli orvosi költségek, beleértve a laboratóriumi vizsgálatokat, a mentőszolgálatot (a kórházba és kórházból), a gyógyszerek, vagy gyógyárak felírását, a gyógykezelés és érzéstelenítés költségeit (beleértve az érzéstelenítők beadását), a transfúziók, művégtagok, vagy műszemek költségeit, (ezen eszközök javításának és pótlásának kizárásával), a röntgenvizsgálatok és a protézisek költségeit,
- szakképzett nővéri ellátás költségei kórházban és kórházon kívül.

Az Ambuláns Központ olyan engedéllyel rendelkező, a kórháztól, klinikától, vagy orvosi rendelőtől eltérő intézményt jelent, amely sürgősségi sebészeti, vagy orvosi kezelést nyújt.

Szükséges és indokolt költségek, azokat a költségeket jelentik, amelyeket az igénybe vett, orvosilag szükséges gyógykezelések, szolgáltatások és ellátások helyén, a hasonló súlyosságú és jellegű kezelések esetében általában alkalmaznak, kivéve azon ellátások költségeit, amelyeket a biztosítás hiányában nem vettek volna igénybe.

Kizárások

A Biztosító nem kötelezhető kártérítés kifizetésére azon esetekben:

- a. amelyek olyan utazás során merülnek fel, amelyet egy szakképzett, okleveles gyakorló orvos tanácsa ellenére tesznek,
- b. amelyek olyan utazás során merülnek fel, amelynek kifejezett célja a Biztosított orvosi kezelése, vagy orvosi tanácsadás megszerzése.
- c. amelyek a Magyar Köztársaság területén kívüli orvosi ellátás következtében felmerült orvosi költségek vonatkozásában,
- d. *Bármely* a kockázatviselés kezdete előtt előírt, vagy alkalmazott gyógykezelés, gyógyszer, vagy gyógyáru költségei vonatkozásában.

4. SEGÍTSÉGNYÚJTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

Amennyiben a biztosítás tartama alatt a Biztosított Magyarország területén balesetet szenved, vagy váratlanul megbetegszik, az International SOS a Biztosító nevében eljárva a Biztosított állapotának legjobban megfelelő szolgáltatásokat szervezi meg, a szolgáltatási táblázatban megjelölt biztosítási összeg erejéig.

A károkat kizárólag az International SOS rendezheti, vagy vizsgálhatja ki, a Biztosító képviseletében. Amennyiben a Biztosított magyarországi útja során egészségügyi ellátásra, vagy jogsegélyszolgálatra van szüksége, minden egyes esetben köteles felvenni a kapcsolatot az asszisztencia társasággal. A segítségnyújtó társaság elérhetősége:

International SOS Segítségnyújtó Társaság
24 órás vonal:

Telefon: + 420 – 2 – 2211 – 1161 **Telefax: + 420 – 2 – 2211 – 1156**
(A hívás ingyenes: "R" beszélgetés, illetve visszahívás esetén.)

Az előzetes jóváhagyás nélkül igénybevett szolgáltatások esetében – kivéve, ha a Biztosított egészségügyi állapota ezt igazoltan nem teszi lehetővé - a Biztosító kötelezettsége bármely kár vonatkozásában maximum 150 USD-nak megfelelő forintösszegre korlátozódik.

A Biztosító mentesül a kártérítési kötelezettség alól, amennyiben a sürgősségi gyógyászati szállítás, illetve hazaszállítás az International SOS jóváhagyása nélkül történik.

Segítségnyújtási szolgáltatások

4.1. Gyógyászati segítségnyújtás: A Biztosított balesete, vagy súlyos megbetegedése esetén, az erről kapott értesítés alapján, az International SOS felveszi a kapcsolatot a megfelelő egészségügyi intézménnyel és konzultál a kezelőorvossal, annak érdekében, hogy a Biztosított állapotának legmegfelelőbb gyógyászati ellátást megszervezze. A Biztosítottat értesíti az igénybe vehető gyógyászati ellátás lehetőségeiről és szükség esetén megszervezi a kórházi elhelyezést.

4.2. Sürgősségi gyógyászati szállítás: A Biztosított személy kórházi elhelyezését vagy ambuláns kezelését indokoltá tevő Testi sérülés vagy

Betegség esetén az Asszisztencia Szolgálat megszervezi a Biztosított személy szállítását (ideértve a szállítás közben esetlegesen szükséges orvosi ellátást is) a Biztosított személy állapotának leginkább megfelelő légi vagy földi szállítóeszkővel abba a legközelebbi egészségügyi intézménybe, amely a gyógykezeléshez megfelelő felszereltséggel rendelkezik. Kizárólag az Asszisztencia Szolgálat orvosi stábjában – a Biztosított személyt külföldön kezelő Orvossal egyetértésben – jogosult eldönteni, hogy melyik a Biztosított személy aktuális állapotának leginkább megfelelő egészségügyi intézmény, szállítási eszköz és mód.

Ha a kockázatviselés hatálya alá tartozó valamely utazás során olyan Testi sérülés vagy Betegség következik be, amely a Biztosított személy szükséges elrendelt sürgősségi betegszállítását eredményezi, a Biztosító a jelen szolgáltatás alapján megtéríti azokat a felmerült szokásos és méltányos költségeket, amelyekre a biztosítási fedezet az alábbi bekezdés szerint kiterjed. A sürgősségi betegszállítást kizárólag az Asszisztencia Szolgálat vagy Orvos rendelheti el. Ez utóbbi esetben az elrendelő Orvosnak igazolnia kell, hogy a Biztosított személy Testi sérülése vagy Betegsége olyan természetű, illetve olyan súlyos, ami szükségessé teszi a sürgősségi betegszállítást.

Jelen szolgáltatás alapján a biztosítási fedezet a sürgősségi betegszállítás költségeire, valamint a betegszállítással kapcsolatos gyógykezelés költségeire (ideértve a szállítás során indokoltan és szükségesen igénybe vett gyógyászati szolgáltatások és gyógyászati anyagok költségeit is) terjed ki. A sürgősségi betegszállítás céljából végzendő mindenféle szállítást a lehető legközvetlenebb és leggazdaságosabb útvonal igénybevételével kell megszervezni. A Biztosító a jelen szolgáltatás alapján fedezetben lévő szállítási költségeket csak abban az esetben téríti meg, ha azokra az alábbi feltételek együttesen teljesültek:

- a. a szállítást a Biztosított személyt ellátó Orvos javasolta,
- b. a szállítási költségek a betegek szállítására vonatkozó standard szabályozás alapján fizetendők,
- c. a sürgősségi betegszállítást az Asszisztencia Szolgálat szervezte és hagyta előzetesen jóvá.

4.3. Gyógyászati hazaszállítás: Ha a Biztosított személy a kórházi ellátást vagy kezelést követően nem képes folytatni az útját, akkor az Asszisztencia Szolgálat a Biztosított személy házi orvosával egyetértésben megszervezi a Biztosított személy hazautazását az állandó lakóhelye szerinti, vagy az állampolgársága szerinti országba. Amennyiben a Biztosított személy állapota indokolja, az Asszisztencia Szolgálat gondoskodik arról, hogy a Biztosított személyt a hazaúton megfelelő egészségügyi személyzet kísérje. Ha az Asszisztencia Szolgálat orvosi stábjában és a Biztosított személyt kezelő Orvos úgy véli, hogy a Biztosított személy orvosi szempontból nézve alkalmas a gyógyászati hazaszállításra, de a Biztosított személy azt visszautasítja, akkor a Biztosító nem köteles azoknak a gyógyászati költségeknek a megtérítésére, amelyek a gyógyászati hazaszállítás lehetséges időpontját követően merülnek fel.

Ha a kockázatviselés hatálya alá tartozó valamely utazás során olyan Testi sérülés vagy Betegség következik be, amely miatt a Biztosított Személy gyógyászati hazaszállítása válik szükségessé, akkor a Biztosító a jelen szolgáltatás alapján megtéríti azokat a felmerült szokásos és méltányos költségeket, amelyekre a biztosítási fedezet az alábbi bekezdés szerint kiterjed.

Jelen szolgáltatás alapján a biztosítási fedezet a gyógyászati hazaszállítás költségeire, valamint a szállítással kapcsolatos gyógykezelés költségeire (ideértve a szállítás során indokoltan és szükségesen igénybe vett gyógyászati szolgáltatások és gyógyászati anyagok költségeit is) terjed ki. A gyógyászati hazaszállítás céljából végzendő mindenféle szállítást a lehető legközvetlenebb és leggazdaságosabb útvonal igénybevételével kell megszervezni. A Biztosító a jelen szolgáltatás alapján fedezetben lévő szállítási költségeket csak abban az esetben téríti meg, ha azokra az alábbi feltételek együttesen teljesültek:

- a. a szállítást a Biztosított személyt ellátó Orvos javasolta,
- b. a szállítási költségek a betegek szállítására vonatkozó standard szabályozás alapján fizetendők,
- c. a sürgősségi betegszállítást az Asszisztencia Szolgálat szervezte és hagyta előzetesen jóvá.

4.4. Holttest hazaszállítása: Ha a Biztosított személy a Kockázatviselés tartama alatt bekövetkező Testi sérülés vagy Betegség következtében Magyarország (kivéve magyar állampolgárságú biztosítottat) határain belül meghal, az Asszisztencia Szolgálat megszervezi a Biztosított személy holttestének hazaszállítását az állampolgársága szerinti országba és megtéríti annak költségeit Kizárólag az Asszisztencia Szolgálat jogosult a holttest hazaszállítását megszervezni és jóváhagyni.

4.5. Koporsó költségeinek térítése: Ha a Biztosított személy a Kockázatviselés tartama alatt bekövetkező Testi sérülés vagy Betegség következtében Magyarország (kivéve magyar állampolgárságú biztosítottat) határain belül meghal és a halálozás helye szerinti jogszabályok a holttestnek koporsóban való szállítását írják elő, az Asszisztencia Szolgálat megszervezi és kifizeti a nemzetközi előírásoknak megfelelő koporsó beszerzését. Kizárólag az Asszisztencia Szolgálat jogosult a koporsó beszerzését megszervezni és jóváhagyni.

4.6. Gépjárműbalesetet követő jogsegélyszolgálat: Ha a Kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett gépjárműbalesettel összefüggésben a Biztosított személyt Magyarország (kivéve magyar állampolgárságú biztosítottat) határain belül letartóztatják vagy ennek a veszélye fenyeget, az Asszisztencia Szolgálat megszervezi a szükséges jogsegélyszolgáltatást és a Szolgáltatási táblázatban feltüntetett Biztosítási összeg erejéig kifizeti annak költségét.

4.7. Óvadékelőleg gépjárműbalesetet követően: Ha a Kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett gépjárműbalesettel összefüggésben a Biztosított személyt Magyarország (kivéve magyar állampolgárságú biztosítottat) határain belül letartóztatják vagy ennek a veszélye fenyeget, az Asszisztencia Szolgálat megelőlegezi a szükséges óvadék összegét a Szolgáltatási táblázatban feltüntetett Biztosítási összeg erejéig. Ha a Biztosított személy a kifizetett óvadékelőleget a helyi hatóságoktól visszakapja, akkor köteles azt az Asszisztencia Szolgálat-nak vagy a Biztosítónak a lehető leghamarabb visszafizetni. Az óvadékelőleget az előleg kifizetésétől számított 30 napon belül mindenképpen vissza kell fizetni. Ha a Biztosított személy a hatósági idézésre nem jelenik meg, az óvadék összegének visszafizetése azonnal esedékessé

válík. Amennyiben az óvadék összegét a megadott határidőn belül nem térítik vissza, a Biztosító jogi úton érvényesíti igényét.

4.8. Sürgősségi utazási költségek egy családtag részére: Ha a Biztosított személy fizikai állapota nem teszi lehetővé a hazaszállítását és Kórházi tartózkodása 10 napot meghalad (feltéve hogy ez az időszak a kockázatviselés időtartama alatt kezdődött el), az Asszisztencia Szolgálat - legfeljebb a Szolgáltatási táblázatban feltüntetett Biztosítási összeg erejéig - a Biztosított személy egy közeli családtagja (házastárs, szülő, gyerek) rendelkezésére bocsát egy menettérti turista osztályú repülőjegyet vagy első osztályú vonatjegyet, és kifizeti a szállásköltséget annak érdekében, hogy a családtag a Biztosított személy mellett lehessen.

5. POGGYÁSBIZTOSÍTÁS

Amennyiben a kockázatviselés ideje alatt a Biztosított tulajdonában lévő poggyász, illetve személyes tárgyak megsérülnek, vagy azokat ellopják, a Biztosító megtéríti a tárgyak kárcori avult értékét, maximum a szolgáltatási táblázatban megjelölt biztosítási összeg erejéig. Gépjárművek csomagteréből ellopott poggyász esetén a Biztosító csak abban az esetben téríti meg a kárt, ha az ellopott tárgyak a jármű merevburkolatú zárszerkezettel biztosított csomagterébe voltak bezárva (melybe kívülről nem lehet belátni) és a betörés ténye tárgyi bizonyítékokkal alátámasztható. A gépkocsi lezárt csomagteréből történő eltulajdonítás esetén a kártérítési összeg a szolgáltatási táblázatban megjelölt összeg maximum 50%-a.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége kozmetikumok és pipere cikkek esetén összességében nem haladhatja meg a 15.000.- forintot.

A személyi okmányok (személyi igazolvány, útlevél, jogosítvány, forgalmi engedély) Magyarország területén történt ellopása esetén a szolgáltatási táblázatban megjelölt összeghatárig fedezi azok számlával, vagy egyéb bizonylattal igazolt újrabeszerzési költségeit. A jelen szolgáltatás alapján térítendő összeg nem a poggyászbiztosítási összegben felül térítendő összeget jelenti.

A Biztosító nem nyújt kártérítést az alábbi esetekben:

- 1) készpénzt, belföldi, vagy külföldi bankjegyeket, csekkeket, bankkártyákat, hitelkártyákat, postai utalványokat, bérleteket, adókártyákat, társadalombiztosítási kártyákat, utazási csekkeket, utazási jegyeket, bármilyen fajtájú értékpapírokat, benzin- és egyéb jegyeket ért bármilyen káresemény esetén,
- 2) mechanikus, vagy elektromos üzemszünet, illetve üzemszavar okozta kár,
- 3) törékeny tárgyak törése, kivéve ha azt tűz, vagy a szállító járművet ért baleset okozta kár,
- 4) kopás, elhasználódás, gombásodás, vagy rágcsálók okozta kár,
- 5) őrizetlenül hagyott csomag, ruhanemű és személyes vagyontárgyak kárai,
- 6) azon gépjárműben lévő poggyászban bekövetkezett kár, amely poggyászt nem helyeztek el haladéktalanul a Biztosított szálláshelyén,

- 7) sportszereket és az ezekhez kapcsolódó felszerelések kárai,
- 8) kontaktlencsék, hallási segédeszközök, művégtagok, műfogak, vagy fogászati hidak, szemüvegek, napszemüvegek kárai,
- 9) kulcsokat ért károk,
- 10) áruminták, szerszámok, munkavégzés céljára szolgáló eszközök, élelmiszerek kárai,
- 11) órák, ékszerek, fél- és drágakövek, nemesfémek, nemesszőrmék kárai,
- 12) műtárgyak, régiségek, gyűjtési értékkel bíró tárgyak, bútorok kárai,
- 13) személyi számítógépek, fényképezőgépek, videokamerák, mobiltelefonok, hangszerek, műszaki cikkek és mindezek tartozékai kárai,
- 14) olyan kár, rombolás, vagy rongálódás, amit a kormány, vagy egyéb közigazgatási szerv utasítása miatti késedelem, elkobzás, vagy lefoglalás okozott,
- 15) olyan kár, rombolás vagy rongálás, amelyet a légi-járművek, vagy más, hang- vagy hangnál gyorsabb sebességgel haladó légi-eszközök által keltett nyomáshullámok okoztak,
- 16) olyan kár, rongálódás, amelyet bármiféle tisztítási, festési, javítási, vagy helyreállítási tevékenység okozott,
- 17) olyan kár, rongálódás, amit légköri, vagy klimatikus állapot, illetve bármilyen fokozatosan károsító hatás okozott,
- 18) állatok által okozott károk,
- 19) járművek és tartozékaik, valamint az azokban bekövetkezett károk,
- 20) olyan károk, amelyeket nem jelentettek a megfelelő rendőrhatalóságnak, vagy a szállítónak maximum 24 órával a felfedezésük után,
- 21) légifuvartevéllel, vagy hajóraklevéllel feladott poggyász, illetve személyes használatú vagyontárgyak kárai.

A Biztosítottnak haladéktalanul értesítenie kell a következő személyeket, illetve szervezeteket:

- a. a szállítót, abban az esetben, ha a kár, vagy sérülés szállítás közben történt,
- b. a megfelelő rendőri szervet lopás esetén.

A szállító, illetve a rendőri jelentést a kár bekövetkezésének helyszíne szerint illetékes szervezetektől kell beszerezni, azok egy példányát a kárigénnyel együtt kell benyújtani a Biztosítónak. Ha a kárt a szállító okozta, az eredeti jegyeket és csomagcédulákat a Biztosítottnak meg kell tartani és a kárigénnyel együtt a Biztosítónak átadni.

Azon árucikkek esetében, amelyeket az utazás során szereztek be, a vételt igazoló eredeti számlák/bizonylatok benyújtása szükséges.

Amennyiben a károsodott vagyontárgy megsemmisült, a Biztosító a megsemmisült vagyontárgy károkori avult értékének megfelelő összeget fizeti.

Amennyiben a károsodott vagyontárgy javítható, a Biztosító a vagyontárgy kijavítási költségeit téríti meg.

Abban az esetben, ha a Biztosítottnak a jelen kockázatviselés alapján olyan kártérítési igénye keletkezik, amelyre egy másik biztosítás kockázatviselése részben vagy egészben kiterjed, a Biztosító kizárólag a kárigénynek a másik biztosítás által nem fedezett mértékéig nyújt térítést, legfeljebb a biztosítási összeg erejéig.

6. SÜRGŐSSÉGI SZÁLLODAI TARTÓZKODÁS MEGHOSSZABBÍTÁSA

Ha a Kockázatviselés tartama alatt a Biztosított személy megbetegszik vagy olyan baleseti Testi sérülést szenved, amely Testi sérülés vagy Betegség közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül a Biztosított személy öt (5) napot meghaladó Kórházi Fekvőbeteg kezelését eredményezi, és ennek következtében a Biztosított személy lekési a számára lefoglalt menetrendszerinti repülőjáratot a lakóhelyét jelentő országba, a Biztosító kifizeti a sürgősségi szállodai tartózkodás költségeit addig az időpontig, amíg a hazatérés egy másik repülőjáratral lehetségessé válik, de legfeljebb a Szolgáltatási táblázatban megjelölt Biztosítási összeg erejéig.

7. SÜRGŐSSÉGI FOGÁSZATI KEZELÉS

Amennyiben a kockázatviselés ideje alatt a Biztosított baleset következtében, illetve akut fogbetegség esetén, sürgősségi fogászati ellátásra szorul, a Biztosító kifizeti a fogászati ellátás költségeit, maximum a szolgáltatási táblázatban megjelölt biztosítási összeg erejéig.

Akut az a váratlan és hirtelen fellépő fájdalommal járó fogbetegség, amely halaszthatatlan beavatkozást igényel.

A Biztosító nem kötelezhető kártérítés kifizetésére az alábbi esetekben:

- a. végleges koronák beépítése,
- b. műfogak beépítése.

8. TELEFONKÖLTSÉG

Ha a kockázatviselés tartama alatt a Biztosított személy Baleset vagy Betegség következtében igénybe veszi az Asszisztencia Szolgálat szolgáltatásait, a Biztosító kifizeti a felmerült telefonköltséget részletes telefonszámla ellenében, legfeljebb a Szolgáltatási Táblázatban feltüntetett Biztosítási Összeg erejéig.

9. KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉS BALESET ESETÉN

Ha a Biztosított személy a Kockázatviselés tartama alatt olyan baleseti Testi sérülést szenved, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül Kórházi Fekvőbeteg kezelését eredményezi a Baleset időpontját követő 30 napon belül, a Biztosító kifizeti a Szolgáltatási Táblázatban megjelölt Biztosítási összeget, de legfeljebb az ott meghatározott időtartamra. A Szolgáltatási Táblázatban önrészként megjelölt napokra a Biztosító térítést nem fizet.

Napi térítés: az az összeg, amely minden folyamatos 24 óra után megilleti a fekvőbeteg Biztosított személyt.

ÁLTALÁNOS KIZÁRÁSOK

Jelen feltételek alapján nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosító nem téríti meg azokat a károkat, amelyek oka közvetlenül, vagy közvetve, egészében, vagy részben:

1. Terrorizmus, ideértve minden olyan cselekményt is, melyet valamely tényleges vagy várhatóan bekövetkező terrorcselekmény meghiúsítása, vagy az az elleni védekezés során tesznek. A jelen kizárás alkalmazása szempontjából terrorizmusnak minősül a bármely személy, vagy csoport által elkövetett:
 - a. Személy, vagy vagyontárgy elleni erőszak, vagy az azzal való fenyegetés,
 - b. az emberi életre, vagy vagyontárgy(ak)ra veszélyes cselekmény,
 - c. olyan cselekmény, amely hátrányosan befolyásol, vagy megbont valamely elektronikus, vagy kommunikációs rendszert,

melyet valamely személy, vagy csoport vállal – függetlenül attól, hogy ezt valamely szervezet, kormány, hatalom, hatóság, vagy katonai erő nevében teszi, vagy nem - ha annak hatása valamely kormány, vagy a civil lakosság kényszerítése, károsítása, illetve a gazdaság bármely részének megbontása.

A "Terrorizmus" fogalma alá tartozik továbbá minden olyan cselekmény, amelyet Magyarország kormánya annak minősít, illetve amelyet terrorcselekménynek ismer el.

2. Nukleáris anyagok kibocsátása, kiszökése, amely közvetlenül, vagy közvetve nukleáris sugárzást, vagy radioaktív szennyezést eredményez, illetve kórokozó, mérgező biológiai, vagy vegyi anyagok szétszórása, alkalmazása; vagy kibocsátása.

Mindazonáltal jelen kizárás csak abban az esetben alkalmazandó, ha a fenti ok miatt több, mint 50 személy meghal, vagy súlyos testi sérülést szenved a halált, vagy súlyos testi sérülést okozó esemény bekövetkezésétől számított 90 napon belül. E rendelkezés alkalmazása szempontjából az alábbiak minősülnek súlyos testi sérülésnek:

- a. életveszélyes sérülés;
 - b. maradandó egészségkárosodás,
 - c. valamely testrész, vagy szerv elvesztése, illetve működőképességének elvesztése.
3. polgárháború, vagy háború, illetve katonai erő nemzetközi alkalmazása,
 4. okozati összefüggésbe hozható a biztosítás megkötése előtt már fennálló betegséggel, melyekről a Biztosítottnak a biztosítás megkötése előtt tudomása volt, vagy erről orvosi dokumentációval rendelkezett,
 5. olyan baleset, amely a biztosított szándékos veszélykereséséből ered (kivéve életmentés), öngyilkosság és öncsonkítás, illetve ezek kísérletei

(elmeállaputra való tekintet nélkül), orvosi előírások szándékos be nem tartása,

6. a Biztosított, mint hivatásszerű, vagy igazolt sportoló részvétele hivatásszerűen űzött sporttevékenységben,
7. a Biztosított részvétele bármely olyan versenyben, vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi-jármű használatával jár,
8. amennyiben a Biztosított 125 cm³ -nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt, vagy motorcsónakot vezet,
9. olyan baleset, amelyet bármely erőszakos felkelésben, lázongásban, polgári engedetlenségben, vagy polgári rendbontásban való aktív (tevéleges) részvétel során,
10. bármely katonai, félkatonai, vagy rendőrségi (rendészeti) szervezetnél fizikai jellegű szolgálatteljesítés alatt bekövetkezett baleset,
11. bármely idegi, vagy elmebeli rendellenesség kezelése, elnevezésüktől, vagy osztályozásuktól függetlenül, pszichiátriai és pszichotikus állapotok, bármilyen fajta depresszió, illetve elmebaj,
12. patológikus csontszerkezeti elváltozáshoz társuló törések,
13. bármely fokozott veszéllyel járó sporttevékenységből származó bármilyen baleset. Fokozott veszéllyel járó sporttevékenységnek minősül különösen, de nem kizárólag: ejtőernyőzés, sárkányrepülés, siklórepülés, kijelölt pályán kívüli sielés, snowboardozás, gumikötél ugrás, vadvízi evezés, búvárkodás, barlangászat, vadászat, szikla- és hegymászás.
14. napszúrás, fagyás, megemelés,
15. ortoped, degeneratív jellegű elváltozások, illetve az azokhoz társult másodlagos olyan elváltozások, melyek az alapbetegségből következően sérüléshez hasonló, de krónikus eredetű elváltozáshoz vezetnek (pl. gerincoszlop, ízületek degeneratív elváltozásai),
16. olyan baleset, amelyet a Biztosított bűncselekményben tettesként, vagy részesként való közreműködése során szenvedett el,
17. a Biztosított terhessége a szülés várható időpontját megelőző 26 hétben, illetve a szülés,
18. bármely olyan betegség, halál, egészségkárosodás, vagy költség, amelynek oka közvetve, vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-vel kapcsolatos betegség, beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékát, vagy változatát,
19. olyan baleset, vagy betegség, amelyet nemi betegség, illetve nemi betegséggel kapcsolatos kór okozott, illetve abból származik,
20. kizárólagos kozmetikai célú beavatkozások, operáció, vagy kezelés, fogyókúra-kezelés,
21. terhesség elősegítése, impotencia kezelése, illetve potencia-fokozás.

**The General Terms and
Conditions of travel insurance of
Budapest Card Cardholders**

Table of Benefits

Benefits	Sum Insured in HUF
Accidental Death	1.000.000.-
Permanent Partial Disablement (1-100%)	2.000.000.-
Emergency medical expenses in case of accident	5.000.000.-
Emergency medical expenses in case of illness	5.000.000.-
Assistance Services	
Emergency medical transportation	2.000.000,-
Repatriation of bodily remains	2.000.000,-
Coffin expenses	500.000,-
Legal expenses	500.000.-
Bail Bond	500.000.-
Emergency travel expenses for family member	200.000.-
Limit / night	15.000.-
Luggage / total limit	75.000.-
Limit / item	15.000.-
Replacement of Personal documents	10.000.-
Hotel Extension	
max. 4 nights, Limit / night	15.000.-
Dental expenses	
Limit / tooth	50.000.-
Telephone cost	10.000.-
Hospital daily cash (max. 90 days)	2.000.-

PREAMBLE

AIG Europe S.A Branch Office in Hungary (AIG Hungary) a member of American International Group (AIG) (hereinafter: Insurer), will assume the liability to extend insurance coverage under the conditions listed herein and against the Premium also defined herein, in the cases of Events of Loss.

The present conditions of insurance and all questions unregulated are governed by the Civil Code of Hungary and by the provisions of the legal rules in force of the Republic of Hungary.

Claims can solely be settled or investigated by International SOS on behalf of the Insurer. In case the Insured Party must have health services or legal assistance during the stay in Hungary, they must contact the assistance company in every case. In the case of services acquired without preliminary approval – except if the health condition of the Insured Party makes it obvious in a certifiable fashion – the liability of the Insurer will be limited to the HUF amount of USD 150.

GENERAL CONDITIONS

I. DEFINITIONS

Insurer: AIG Europe S.A Branch Office in Hungary (AIG Hungary), (1088 Budapest, Rákóczi út 1-3., trade registry number: 01-17-000387), which executes the Insurance Agreement with the Contracting Party and issues a Policy thereof.

International SOS (Assistance service): A legal entity representing the Insurer extending assistance services on the basis of a contract conclude with the Insurer as defined in the Conditions.

Policyholder: ROMbrandt Kft. (1037 Budapest, Montevideo u. 3/b), who pays the premium.

Insured Person: According to the insurance frame contract between the Policyholder and the Insurer, Insured Person is Budapest Card cardholders issued by Budapest Tourist Office under age of 75 and/or a person travelling together with the Insured Person under age of 14 if they hold a validated Budapest Card and if the purpose of travel is not physical work.

If the insured person is Hungarian citizen, the insurer is only liable for losses not covered by Hungarian Health Fund.

The Insurer does not assume the liability for the Insured Person if the validity of the Budapest Card is altered, corrected or illegible.

Beneficiary: a person who is entitled to the benefits on the occurrence of an Event of Loss as specified in the Policy. The Insured Party may appoint a Beneficiary for cases of Accidental Death of the Insured Party. Unless the Insured Party declares in writing otherwise, the Beneficiary/Beneficiaries will be the inheritor(s) of the Insured Party. In any other cases the beneficiary of the benefits is the Insured Party himself/herself, unless he/she has declared otherwise. The Insured Party may appoint a beneficiary other than the original one by way of a written declaration to the Insurer any time. Such declaration by the Insured Party enters into effect from the time of its receipt by the Insurer.

In-patient: Person who receives hospital care as an in-patient continuously for a minimum of 24 hours.

Medical Doctor: A person different from the Insured Party or his/her close relatives who has taken the examinations defined in the legal rules and holds the resulting license(s) to heal the event referred to in the Event of Loss.

Hospital: A hospital is an institution that fulfils the criteria below:

- a. it holds a valid hospital license (wherever legal rules require it),
- b. its main activity is the treatment and care for in-patients,
- c. it provides 24 hours nursing to patients with fully qualified personnel,
- d. it employs a licensed medical practitioner(s) (M. D.),
- e. it provides diagnostic equipment and equipment for high-level medical interventions,
- f. it is not a clinic, nursing home, rehabilitation home or similar institution and does not conduct therapies for alcohol or drug dependence.

Time of Event of Loss:

- a. for illness: the first day of the diagnosis,
- b. for accidents: the day of the accident.

Sum Insured: The amount stated in the Schedule, or the amount stated in one other chapter of this insurance contract which restricts the liability of the Insurer

Client identification number: 9 characters numeric identifier indicated on the Budapest Card.

Time Limitations: The insurance becomes effective on the date and hour stated on the Budapest Card when it is signed by the Insured Person. The insurance expires following the 48th or 72nd hours of the effective date of the Budapest Card. (depending on type of card)

Territorial Limitations: The benefits detailed in the Insurance Conditions are valid within the territory of Hungary.

The Insurer does not assume liability if the Insured Person – irrespectively of the validity of the Budapest Card –leaves the territory of Hungary.

Accident: Any event that causes death, permanent disability or any of the bodily injuries defined herein to the Insured Person, directly and independently from

other causes, during the Insured Period, which event originates from a sudden cause outside of the will of the Insured Person.

Illness: Any damage to the health of the Insured Person, provided that:

- a. the change occurs within the insurance period, within the Insurance Period of the policy,
- b. the given illness is not listed among the list of exemptions,
- c. it is not a preexistent condition.

Medical Expenses: Necessary expenses of operations, anesthesia or other medical treatment or treatments prescribed by a Medical Doctor within the borders of Hungary.

Medical Treatment: Medical consultation, treatment, follow-up.

War – war, whether declared or not, or any warlike activities, including use of military force by any sovereign nation to achieve economic, geographic, nationalistic, political, racial, religious or other ends.

II. OTHER PROVISIONS

Subject and validity of the insurance

Insurer will extend the benefits against payment of the insurance included in the fee of Budapest Card. Insurance benefits affects solely those Event of Loss that occurred during the validity of the Budapest Card.

Disclosure obligation

The Policyholder is obligated to fully disclose all facts and circumstances that are material (all insurance coverage provided through Budapest Card) to the assessment of the risks and which was known by the Policyholder and was asked in written by the Insurer.

The Insured Person is obligated to fully disclose all facts and circumstances that are material to the assessment of the risks and which was known by the Policyholder and was asked in written by the Insurer.

Exemption of the Insurer

The Insurer shall be exempted from compensation if :

- a. the Insured did not satisfy his obligation to supply information at the time of conclusion of the insurance agreement or his obligation to report changes during the existence of the agreement, except cases when it is proved that the Insurer was aware of the hidden or unreported condition at the time of the conclusion of the agreement, or it was not involved in the occurrence of the claim event.
- b. it is proven, that the accident was caused by the Insured Person's illegal, intended, or gross negligent behaviour,

An accident will be caused as a consequence of gross negligent behaviour of the Insured Person, if the accident happened:

- a. in connection with the influence of alcohol of the Insured Person's (higher than 0.8‰ alcohol in the blood),
- b. during driving by the Insured Person without driving license, or driving under the influence of alcohol,
- c. In connection with the influence of drug of the Insured Person.

Expiration of the insurance

The insurance contract can be terminated:

- a. If the Insured Person dies
- b. if the Budapest Card expires
- c. if the Budapest Card destroyed
- d. if the Insured Person during the validity of the Budapest Card leaves Hungary
- e. If the Insured Person travels on airplane or ship which is not registered in Hungary, does not have license for transportation of fare paying passengers, and does not have a fixed and public schedule.

Expiration of the Insurance does not involve the termination of the evaluation of claims resulting from events of Loss prior to expiration, or pending claims.

Obligation of the Insured to curb the losses

Both the Contracting Party and the Insured Party will do everything in his/her power to avoid or minimize an Event of Loss. The Insurer will not cover the part of the losses derived from the Insured not fulfilling the above obligation.

Notices

The Insurer will deliver written notices to those involved in the Insurance contract, to the address the specified and known last to the Insurer.

The Insurer will regard legal notices or declarations valid if received in writing. Declarations are valid when are received by the Insurer.

Expiration

Claims derived from the present conditions will expire within 2 years from the Event of Loss.

Insurance secrets

Insurance secrets mean all of the data in the possession of insurance company that pertain to their clients (including claimants) and the insurance contracts. Insurance company shall be allowed to process the business secrets of clients only to the extent that they relate to the insurance contract, with its coming into existence and registration, and to the service. Insurance secrets may only be disclosed to third parties:

a) under the express prior consent of the client to whom they pertain or his legal representative, and this consent shall precisely specify the insurance secrets that may be disclosed,

The obligation to keep insurance secrets shall not apply to

- a) the Commission when acting in an official capacity,
- b) investigating authorities and the public prosecutor's office, acting in a pending criminal procedure,
- c) a court of law in connection with criminal or civil cases as well as bankruptcy and liquidation proceedings, and the independent court bailiff acting in a case of judicial enforcement,
- d) notaries public in connection with probate cases,
- e) the tax authority in the cases under Subsection (2),
- f) the national security service when acting in an official capacity,
- g) the Office of Economic Competition when acting within its authority to monitor competition in the insurance industry including insurance companies, insurance intermediaries and consultants, Hungarian representation offices of independent insurance intermediaries and consultants and the trade organizations of these,
- h) guardian agencies acting in an official capacity,
- i) the health care authority defined in Subsection (2) of Section 108 of Act CLIV of 1997 on Health Care,
- j) the agencies authorized to use secret service means and to conduct covert investigations if the conditions prescribed in a separate act are provided for,
- k) providers of reinsurance and co-insurance,
- l) the Office maintaining the central policy records with respect to data disclosed as governed in this Act,
- m) the receiving insurance company with respect to insurance contracts conveyed under a portfolio transfer,
- n) the body operating the Claims Security capital, the Information Center, the Claims Organization and the claims representative with respect to the information required for settlement and for the enforcement of compensation claim,
- o) the outsourcing service provider with respect to data supplied under the outsourcing contract.

Institution handling consumer complaints

The General Manager of AIG Europe S.A Branch Office in Hungary (1088 Budapest, Rákóczi út 1-3. Tel: 801-0801, Fax: 801-0899).

Supervision of insurance companies is provided by the State Supervision of Financial Institutions (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.).

Consumer Protection Inspectorate (1088 Budapest, József krt. 6.)

Competency

The legal relationship between the Insurer and the Insured shall be governed by the provisions of **Hungarian law**, these General Conditions of Contract and the issues not regulated therein shall be governed by the provisions of Act IV of 1959 on the Civil Code of the Republic of Hungary, those of Act CLV of 1997 on the protection of consumers and those of Act LX of 2003 on insurers and the insurance activity.

Either **Pesti Központi Kerületi Bíróság** [Central District Court of Pest] or **Fővárosi Bíróság** [Metropolitan Court of Budapest] shall have the exclusive right to proceed in any dispute arising out of or in connection with the Travel Insurance Contract or in relation to the breach, termination, validity or interpretation thereof, subject to the amount disputed.

In order to endeavour to resolve any dispute arising between the Insurer and the Insured on the basis of a settlement, the Insured may also initiate proceedings with the **Reconciliatory Body** for his or her residence. The Reconciliatory Body is an independent body acting attached to the chambers of economy for the area whose proceedings may be initiated by the Insured if he or she has tried before to resolve the complaint directly with the Insurer. The resolution of the Reconciliatory Body shall not affect the right of the Insured to assert his or her claim in judicial proceedings.

Language of client declaration and communication

The contact and information between the Insurer and the Insured Person occurs in Hungarian and English language

III. CLAIMS

Any claim reports based upon the legal relationship of insurance will be submitted to the Insurer in writing, within 8 days from the occurrence of the event that gave rise to the claim. The Insurer must be notified immediately or as soon as possible in cases of Accidental Death. In case there is a failure to file such a report, the Insurer will be exempt from insurance obligations so far as material circumstances become impossible to determine.

Any certifications, declarations or proofs will be submitted to the Insurer in the format and with the contents defined by the Insurer, referring to the policy number belonging to the given card type and supplying the card number as well. The Insurer will not reimburse expenses related thereto.

Claim reports must contain the following:

- a. the medical report with the descriptions of the type and rate of injuries and diagnosis, certifying the amount of the loss of health,
- b. every document of settlement or invoice, prescription, hospital certification generated in connection with the Event of Loss and which is able to help determine the exact amount of the total medical costs,
- c. name, address and phone numbers of any third party connected to the Event of Loss in addition to the Insured Party (e.g. in the case of an automobile accident),
- d. in the case of Accidental Death, the death certificate and the medical certificate proving the cause of death.
- e. a copy of the police report certifying the fact and the circumstances of the accident or another official report (if one has been drawn up).

The following documents must also be submitted:

in the case of illness

- a. the date of the commencement of the illness,
- b. the first day the illness has been diagnosed.
- c. The data of the doctor who examined the Insured Person

in the case of loss or damage to luggage:

- a. a detailed description of the circumstances of the loss or damage to the luggage item,
- b. a declaration of the transporting party in connection with the damage, loss or destruction,
- c. an itemized list of the lost or damaged piece of luggage or personal moveable assets and a description of the type of the damages,
- d. a place of procurement of the luggage item or personal articles, invoices of acquisition, and/or repair
- e. any documentation issued by the police or other authority in connection with the Event of Loss.

The Insurer may request further documents or certificates or may acquire data itself to clarify certain issues.

PERFORMANCE OF THE INSURER

During the period of claim settlement, the Insurer may at any time examine the Insured Party at its own expense as frequently as it is medically recommended.

Following the incurrence of any bodily injury or illness, the Insured Party must immediately seek the assistance of a licensed Medical Practitioner, and due to his/her obligation to minimize loss damages, observe the instructions of such medical personnel precisely. The Insurer will not be liable to cover losses derived from the Insured Party's failure to observe the above obligation to avoid or minimize the damages of an Event of Loss.

Prior to a congruent medical certification of the type, permanence and the amount of disability, the Insurer will not serve benefits. The type, permanence and amount of disability must be ascertained within two years (2) following an Event of Loss.

In case at the time of the occurrence of the Event of Loss – except for the cases of Accidental Death or disability – the Insured Party holds another insurance policy to cover the same risks, the liability of the Insurer will be accordingly limited to the appropriate proportion of the insurance.

If, in the case of accidental disability, the Insurer has already served benefits to the Insured Party, the amount to be paid for the case of Accidental Death derived from the same cause will have a deduction of the disability benefit already disbursed, with the Insurer only paying the difference.

The Insurer will perform benefits following the receipt of the complete documentation necessary for the evaluation of a given claim within 15 days from

the arrival of the latest piece of documentation. Disbursement of claims takes place in Forints by the Hungarian Head Office of the Insurer.

Special conditions

1. ACCIDENTAL DEATH

If during the Period of Insurance an Insured Person sustains Bodily Injury which directly and independently of all other causes results, within 365 days of the accident, in Death, the Company agrees to pay to the Insured Person's Beneficiary or legal representative the Compensation stated in the Schedule.

In the event of the disappearance of the Insured Person, following a forced landing, stranding, sinking or wrecking of a conveyance in which such Insured Person was known to have been traveling as an occupant, it shall be deemed after 365 days, subject to all other terms and conditions of this Policy, that such Insured Person shall have died as the result of an accident.

If at any time, after the payment of the accidental death benefit, it is discovered that the Insured Person is still alive, all payments shall be reimbursed in full to the Company.

2. PERMANENT PARTIAL DISABILITY

If during the Period of Insurance an Insured Person sustains Bodily Injury which directly and independently of all other causes results, within 365 days of the accident, in Disability as specified in this Section, the Company agrees to pay to the Insured Person the Compensation stated in the Table of Benefits, in excess of the Deductible or Franchise if applicable.

Table of Benefits

The Disablement	The Benefit Expressed as a Percentage of Total Sum Insured
Total loss of sight of both eyes	100 %
Total incurable insanity	100 %
Total loss of both arms or both hands	100 %
Complete deafness of both ears, of traumatic origin	100 %
Removal of the lower jaw	100 %
Total loss of speech	100 %
Total loss of one arm and one leg	100 %

Total loss of one arm and one foot	100 %	
Total loss of one hand and one foot	100 %	
Total loss of one hand and one leg	100 %	
Total loss of both legs	100 %	
Total loss of both feet	100 %	
Loss of osseous substance of the skull in all its thickness:		
- surface of at least 6 sq. cm	40 %	
- surface of 3 to 6 sq. cm	20 %	
- surface less than 3 sq. cm	10 %	
Partial removal of the lower jaw, rising section in its entirety or half of the maxillary bone	40 %	
Total loss of one eye	40 %	
Complete deafness of one ear	30 %	
	LEFT	RIGHT
Loss of one arm or one hand	50 %	60 %
Considerable loss of osseous substance of the arm(definite and incurable lesion)	40 %	50 %
Total paralysis of the upper limb(incurable lesion of the nerves)	55 %	65 %
Total paralysis of the circumflex nerve	15 %	20 %
Shoulder ankylosis	30 %	40 %
Elbow ankylosis in favorable position(15 degrees round the right angle)	20 %	25 %
Elbow ankylosis in unfavorable position	35 %	40 %
Extensive loss of osseous substance of the two bones of the forearm (definitive and incurable lesion)	35 %	40 %
Total paralysis of the median nerve	35 %	45 %
Total paralysis of the radial nerve at the torsion cradle	35 %	40 %
Total paralysis of the forearm radial nerve	25 %	30 %
Total paralysis of the hand radial nerve	15 %	20 %
Total paralysis of the cubital nerve	25 %	30 %
Ankylosis of the wrist in favorable position (straight and in pronation)	15 %	20 %
Ankylosis of the wrist in unfavorable position (flexion or strained	25 %	30 %

extension or supine position)		
Total loss of thumb	15 %	20 %
Partial loss of thumb (ungual phalanx)	5 %	10%
Total ankylosis of thumb	15 %	20 %
Total amputation of forefinger	10 %	15 %
Total loss of two phalanxes of forefinger	8 %	10 %
Total loss of the unguual phalanx of forefinger	3 %	5 %
Simultaneous amputation of thumb and forefinger	25 %	35 %
Total loss of thumb and a finger other than forefinger	20 %	25 %
Total loss of two fingers other than thumb and forefinger	8 %	12 %
Total loss of three fingers other than thumb and forefinger	15 %	20 %
Total loss of four fingers including thumb	40 %	45 %
Total loss of four fingers excluding thumb	35 %	40 %
Total loss of the median finger	8 %	10 %
Total loss of a finger other than thumb, forefinger and median	3 %	7 %
Total loss of thigh (upper half)	60 %	
Total loss of thigh (lower half) and leg	50 %	
Total loss of foot (tibio-tarsal disarticulation)	45 %	
Partial loss of foot (sub-ankle-bone disarticulation)	40 %	
Partial loss of foot (medio-tarsal disarticulation)	35 %	
Partial loss of foot (tarso-metatarsal disarticulation)	30 %	
Total paralysis of lower limb (incurable nerve lesion)	60 %	
Complete paralysis of the external popliteal sciatic nerve	30 %	
Complete paralysis of the internal popliteal sciatic nerve	20 %	
Complete paralysis of two nerves (popliteal sciatic external and internal)	40 %	
Ankylosis of the hip	40 %	
Ankylosis of the knee	20 %	
Loss of osseous substance from the thigh or both bones of the leg (incurable condition)	60 %	
Loss of osseous substance of the knee-pan with considerable separation of the fragments and considerable difficulty of	40 %	

movements in stretching the leg	
Loss of osseous substance of the knee-pan while the movements are preserved	20 %
Shortening of the lower limb by at least 5 cm	30 %
Shortening of the lower limb by 3 to 5 cm	20 %
Shortening of the lower limb by 1 to 3 cm	10 %
Total amputation of all the toes	25 %
Amputation of four toes including big toe	20 %
Total loss of four toes	10 %
Total loss of the big toe	10 %
Total loss of two toes	5 %
Amputation of one toe other than the big toe	3 %

Specific Definitions:

- 1) **Loss:** Loss used with reference to hand, foot, arm or leg shall mean the loss by physical severance or the total and permanent loss of use of said member.
- 2) **Loss of hearing:** shall mean the total and irrecoverable loss of hearing.
- 3) **Loss of speech:** shall mean the total and irrecoverable loss of speech.
- 4) **Loss of eye:** shall mean the total and irrecoverable loss of sight. This is considered to have occurred if the degree of sight remaining after correction is 3 / 60 or less on the Snellen Scale.

Cover shall terminate for an Insured Person under this section upon payment of a benefit equal to the Total Sum Insured.

The total amount payable in respect of more than one disablement due to the same accident is arrived at by adding together the various percentages shown in the Table of Benefits, but shall not exceed the Total Sum Insured. If the total of the various percentages is equal to, or less than the franchise, as shown in the Schedule, no benefit shall be payable.

Specific Provisions:

- 1) Ankylosis of the fingers (other than thumb and forefinger) and of the toes (other than the big toe) shall only entitle to 50 % of the compensation which would be due for the loss of the said members.
- 2) If the Insured Person is left-handed and has specifically mentioned this in a proposal form or is officially recognised as such, the percentages set out above for the various disablement of the left and right limbs will be transposed.

- 3) (Any permanent disability not mentioned above shall be compensated at the complete discretion of the Company taking into consideration the nature of the injury in conjunction with the stated compensation percentages for more specific injuries shown in the Table of Benefits.)

3. EMERGENCY MEDICAL EXPENSES IN CASES OF ACCIDENT AND ILLNESS

If the Insured Party needs emergency medical treatment during travel in Hungary due to accident or illness, the Insurer will reimburse the Insured Party any necessary and reasonable medical expenses, up to the power of the amount defined in the table of benefits as Sum of Insurance.

Medical expenses may include only the usual and reasonable costs of the following services:

- hospital room (several beds) and care, use of operating rooms, fees of using the Intensive Care rooms and Ambulatory Center facilities for ambulatory treatment,
- fees for the medical doctors,
- medical expenses inside and outside of the hospital, including laboratory tests, ambulance (to and from the hospital), prescription of medicines or medical goods, costs of therapy and anesthesia (including the injection of anesthetics), transfusions, artificial limbs or artificial eyes (with the exclusion of the mending and replacement of these), X-ray examinations and prostheses,
- the costs of care provided by registered nurses inside and outside of the hospital.

Ambulatory Centers are defined as licensed institutions different from hospitals, clinics or doctor's offices, which provide emergency surgery or medical treatment.

Necessary and reasonable expenses are defined as costs customarily incurred at the site of the therapy, medical treatment and care that was used for the case as necessary in the opinion of the M. D. to treat cases similar in gravity and character, the only exception is the cost of those services that would not have been used if not having insurance.

Exemptions

The Insurer may not be liable for paying claims:

- 1) if they arise during travel, and they are the result of ignoring the advice of a trained and licensed medical practitioner,
- 2) if they arise during a trip taken expressly with the purpose of medical treatment to the Insured Party or acquiring medical consultation,
- 3) if they refer to medical expenses incurred outside the borders of Hungary,
- 4) if they are connected to therapy, medicines or medical goods applied before the period of insurance

4. ASSISTANCE SERVICES

If, during the period of insurance, the Insured Party suffers an accident outside of the borders of Hungary, or falls ill suddenly, International SOS will, on behalf of the Insurer, procure the most appropriate services to the status of the Insured Party, up to the power of the sum indicated in the Table of Benefits.

Claims can solely be settled or investigated by International SOS on behalf of the Insurer.

In case the Insured Party must have health services or legal assistance, they must contact the assistance company in every case.

International SOS

Phone number: + 420-2-2211-1161

Fax number: + 420-2-2211-1156

(the calls are toll-free if charged to the destination station "R" in Hungary or if you request to be called back)

In the case of services acquired without preliminary approval – except if the health condition of the Insured Party makes it obvious in a certifiable fashion – the liability of the Insurer will be limited to the HUF amount of USD 150.

Insurer will be exempt from damage claims if the emergency medical transportation or repatriation takes place without approval of International SOS.

Basic health assistance services

1) Medical assistance: In the case of accidents or serious illness incurred by the Insured Party, based upon notification of this, International SOS will contact the appropriate health institution and consult the medical practitioner responsible for treatment, in order to organise the medical care most appropriate to the status of the Insured Party. International SOS will notify the Insured Party of the possible medical services to use, and also organise hospitalisation if needed.

2) Emergency Transportation: In the event of Bodily Injury or Illness which requires hospitalisation or outpatient treatment, International SOS will assist the Insured Person by arranging for any required medical transportation, as International SOS in its sole discretion will decide, by any appropriate air and/or surface transportation available to International SOS including medical care during medical transportation, to the nearest medical facility that is adequately equipped to treat the Insured Person. Only the medical authorities of International SOS, in conjunction with the local attending Physician, will decide which means of medical transport and medical centre are the most appropriate to the Insured Person's current medical condition.

The Company will pay the Usual and Reasonable Expenses up to the maximum shown in the Table of Benefits for covered expenses incurred if Injury or Illness occurs during the course of an covered trip and results in an Insured Person's necessary Emergency Transportation. An Emergency Transportation must be ordered by International SOS or a Physician who certifies that the severity or the nature of such person's Injury or Sickness warrants such person's Transportation.

If a Bodily Injury or Illness occurs during a trip that is covered by the Insurance Contract, and such Bodily Injury and Illness requires Emergency Transportation the Insurer will reimburse the Insured Person for all usual and reasonable costs that are covered by the Insurance Contract. Emergency Transportation may only be decided by the International SOS and a Physician. In the latter case the Physician has to certify that the Bodily Injury or Illness of the Insured Person is of a nature of gravity that requires Emergency Transportation. Covered expenses are those for Transportation and medical treatment, including medical services and medical supplies necessarily incurred in connection with an Insured Person's Emergency Transportation. All Transportation arrangements made for evacuating such person must be by the most direct and economical route possible. Expenses for Transportation must be: (a) recommended by the attending Physician; (b) required by the standard regulations of the conveyance transporting such person; and (c) arranged and authorised in advance by International SOS, except if the health conditions of the Insured Person makes it impossible to obtain the authorisation of International SOS or if the delay resulting from obtaining the authorisation of International SOS would cause the significant deterioration of the Insured person's health condition. The health condition of the Insured person shall be certified by the Insured person or – in case of the death of the Insured person – the Beneficiary.

3) Medical Repatriation: After hospitalisation or treatment, if the Insured Person is unable to continue his journey, International SOS, in conjunction with the Insured Person's habitual doctor, will organise the Insured Person's return to his Country of Residence or Country of Citizenship. If the gravity of the situation so dictates, International SOS will provide that appropriate medical staff accompany the Insured Person during the return journey in case the health condition of the Insured Person requires so. In case if medical staff of International SOS and the local attending medical Physician consider Insured Person to be available for medical repatriation from the medical point of view, but the Insured Person refuses it, the Insurer will not be liable for any medical expenses incurred after the date of possible medical repatriation.

The Company will pay the Usual and Reasonable Expenses up to the maximum shown in the Table of Benefits for covered expenses incurred if Injury or Sickness occurs during the course of a covered trip and results in an Insured Person's necessary Repatriation.

Covered expenses are those for Transportation and medical treatment, including medical services and medical supplies necessarily incurred in connection with an Insured Person's Repatriation. All Transportation arrangements made for repatriating such person must be by the most direct and economical route possible. Expenses for Transportation must be: (a) recommended by the attending Physician; (b) required by the standard regulations of the conveyance transporting such person; and (c) arranged and authorised in advance by International SOS.

4) Repatriation of corpse: If the Insured Person dies within the borders of (except for Hungarian citizen Insured) due to an accident or Illness incurred during the Period of Insurance, International SOS will organise the repatriation of the body of the Insured Person to the country where the Insured Person has their home residence or citizenship.

5) Coffin expenses: Provided that the Insured Person dies within the borders of Hungary (except for Hungarian citizen Insured)) during travel and during the Period of Insurance, and the legal rules of the place of death prescribe the transportation of the body inside a coffin, International SOS will organise and cover the procurement of a coffin that satisfies international regulations up to the Sum of Insurance.

6) Legal assistance following automobile accident: In case the Insured Person was arrested or threatened with arrest due to an automobile accident during the Period of Insurance within the borders of Hungary (except for Hungarian citizen Insured) International SOS will organise the necessary legal assistance and will pay for the expenses thereof up to the Sum of Insurance.

7) Bail bond in cases of automobile accidents: In case the Insured Person was arrested or threatened with arrest due to an automobile accident during the Period of Insurance within the borders of Hungary, (except for Hungarian citizen Insured) International SOS will advance the necessary bail bond up to the Sum of Insurance. If the local authorities return the bail bond to the Insured Person, the Insured Person shall pay the bail back to the Insurer or International SOS immediately. The Insured Person has 30 days from the disbursement of such advances to repay the sum. If the Insured Person fails to appear at a summons by authorities, the repayment of the bail to the Insurer becomes immediately payable and due. In case the amount of the bail is not returned within the appropriate period of time, the Insurer will have recourse on legal remedies to exercise its rights.

8) Emergency travel expenses for family member: In case the physical state of the Insured Party disallows their repatriation and their hospital care is longer than 10 days, International SOS will provide a return tourist class flight ticket or a first class train ticket and will pay the hotel costs to a close family member of the Insured Party (spouse, parent or child), up to the power of the Sum of Insurance defined in the Table of Benefits, so that a family member may stay at the bedside of the Insured Party.

5. BAGGAGE INSURANCE

If during the Period of Insurance, the luggage or the personal articles possessed by the Insured Party are damaged or stolen, the Insurer will reimburse the depreciated value of the articles determined at the time of the loss, up to the power of the Sum of Insurance defined in the Table of Benefits.

In the case of luggage items stolen from the luggage compartment of vehicles, the Insurer will only reimburse the loss if the stolen articles were closed in the hard cover luggage compartment of the vehicle [transporting] the Insured Party (which is not transparent from the outside) and the fact of the break-in can be proven by material evidence. In the case of stealth from a closed luggage compartment of a car, the amount of loss claim may only extend to maximum 50% of the amount designated as Sum of Insurance in the Table of Benefits.

The total performance liability of the Insurer may not exceed HUF 15,000 in the case of cosmetic or beauty articles.

If personal documents are stolen abroad (passport, identification card, driver's license, registration), the Insurer will cover the costs of replacement up to the power of the Sum of Insurance defined in the Table of Benefits as long as invoices or other means of documentation certify the losses. The amount to reimburse for claims based upon the present benefit does not refer to the amount possibly paid over the luggage insurance amount.

The Insurer is not liable to perform reimbursement in the following cases:

- 1) loss or any damage of cash, banknotes from Hungary or other countries, checks, season tickets, social security cards, bank cards, credit cards, postal checks, travellers' checks, traveller's tickets, any securities, petrol or other fuel coupons,
- 2) losses due to mechanical or electronic breakdowns or related service problems,
- 3) breakage of fragile objects except if caused by fire or an accident involving the vehicle of transportation,
- 4) losses or damages due to wear and tear, use, moulding or rodents,
- 5) losses in luggage, clothes or personal articles left unattended,
- 6) damages in luggage in vehicles from where the luggage item has not been transported immediately to the place of accommodations of the Insured Party,
- 7) losses or damages of sports equipment and the accessory equipment,
- 8) losses or damages of contact lenses, hearing aids, artificial limbs, dentures, bridges, glasses or sunglasses
- 9) keys,
- 10) losses or damages in samples of goods, tools, working equipment, food,
- 11) watches or clocks, jewellery, semiprecious and precious stones, noble metals, valuable furs,
- 12) losses or damages of objects of art, antiquities, collectibles or furniture,
- 13) losses or damages of personal computers, musical instruments, technical equipment and its accessories,
- 14) losses or damages due to vandalism or damages incurred by delays, appropriations or seizure by order of the government or any authority,
- 15) losses or damages due to pressure waves created by air carriers or other aircraft travelling at or exceeding the speed of sound,
- 16) losses or damages caused by activities of cleaning, dying or painting, mending or renovation,
- 17) losses or damages due to climactic or atmospheric causes, or any effect that is gradually damaging,
- 18) losses or damages caused by animals,
- 19) losses or damages in vehicles or their accessories,
- 20) losses or damages unreported to the competent police authority or to the transporting agent maximum 24 hours following their detection,
- 21) luggage or personal property items posted by an air waybill or a bill of lading,

The Insured Party must immediately notify the following persons or organisations:

- a. the agent of transportation, if the damage or loss was incurred during transportation,
- b. the competent police authority in the case of theft.

Reports of the transportation agent or police reports must be procured from the organizations competent at the location of the Event of Loss, and one copy of each must be submitted to the Insurer attached to the claim report. If a transportation agent caused the damage, the original tickets and the luggage receipts must be retained by the Insured Party and filed with the claim report to the Insurer.

In the case of goods acquired during travel, the original invoices or other certificates certifying purchase must be submitted.

In case of reimbursement, the Insurer, based on its own decision, pays either the sum equivalent to the depreciated value at the time of the loss of the damaged or destroyed article (subtracting the depreciation of value as defined by the Insurer from the value of repurchase of the article) or reimburses the repair costs of the article.

In case the Insured Party incurs a claim based on the present Insurance Policy which claim is covered partly or wholly by another insurance policy, the Insurer will only reimburse the amount over the benefit derived from the other insurance policy and maximum up to the amount specified in the Table of Benefits as Sum of Insurance.

6. EMERGENCY HOTEL EXTENSION

If during the Period of Insurance the Insured Person sustains Bodily Injury or Sickness which directly and independently of all other causes results in his/her Hospitalisation as an In-patient for more than five (5) days and, as a result of his/her Hospitalisation the Insured Person misses his/her scheduled flight back to the country of residence, the Insurer agrees to pay for the costs of Emergency Hotel Accommodation until the earliest possible return, up to the total Sum of Insurance stated on the Schedule.

7. EMERGENCY DENTAL TREATMENT

If during the Period of Insurance the Insured Person is in need of emergency dental treatment due to an accident or acute dental illness, the Insurer agrees to pay for the costs of the dental treatment up to the power of the Sum of Insurance defined in the Table of Benefits.

Acute dental problems are dental illnesses that appear suddenly with pain requiring immediate intervention.

The Insurer will not be liable to pay claims in the following cases:

- 1) building final crowns,
- 2) adding artificial teeth.

8. PHONE COST

If during the Period of Insurance the Insured Person seeks the help of Assistance Company because of accident or sickness, the Insurer will pay the phone cost against detailed invoice, maximum up to the amount specified in the Table of Benefit as sum of Insurance.

9. HOSPITAL CASH- ACCIDENT ONLY

If during the Period of Insurance an Insured Person sustains Bodily Injury which directly and independently of all other causes results in the Insured Person being hospitalised as an in-patient within 30 days of the accident, the Company agrees to pay to the Insured Person the compensation stated in the Schedule, in excess of the Deductible or Franchise waiting period if applicable.

Specific Definitions

Daily benefit: is the amount payable for every 24 continuous hours an Insured Person is in Hospital as is an in-patient in excess of the deductible waiting period up to the maximum number of days as stated on the Schedule.

GENERAL EXEMPTIONS

The following cases are not defined as Events of Loss under the present Conditions, with the Insurer not liable to pay claims resulting partly or wholly, directly or indirectly there from:

1. Terrorism, including any action taken in hindering or defending against an actual or expected incident of Terrorism.

“Terrorism” means the use or threatened use of force or violence against person or property, or commission of an act dangerous to human life or property, or commission of an act that interferes with or disrupts an electronic or communication system, undertaken by any person or group, whether or not acting on behalf of or in any connection with any organization, government, power, authority or military force, when the effect is to intimidate, coerce or harm a government, the civilian population or any segment thereof, or to disrupt any segment of the economy.

“Terrorism” shall also include any act, which is verified or recognized by the Hungarian Government as an act of terrorism.

2. The use, release or escape of nuclear materials that directly or indirectly results in nuclear reaction or radiation or radioactive contamination; or the dispersal or application of pathogenic or poisonous biological or chemical materials; or the release of pathogenic or poisonous biological or chemical materials.

However, the above only applies if 50 or more persons sustain death or serious physical injury within 90 days of the date of the incident causing

the death or serious physical injury. For the purposes of this provision, serious physical injury means:

- a. Physical injury that involves a substantial risk of death; or
 - b. Protracted and obvious physical disfigurement; or
 - c. Protracted loss of or impairment of the function of a bodily member or organ.
3. civil war or war, or the international exertion of military force,
 4. cases directly attributable to causes already known to the Insured Party before conclusion of the insurance policy, or of which there is ample medical documentation,
 5. accidents resulting from deliberate seeking of danger by the Insured Party (except for life-saving), suicide or self-mutilation, or attempts thereto (regardless of mental sanity), deliberate disregarding of medical instructions,
 6. if the Insured Party was participating in professional sports activities as a professional or certified sportsperson,
 7. if the Insured Person was participating in a competition where motor vehicles of land, water or air were used by the Insured Person,
 8. if the Insured Person drives a motorcycle or power boat with engine capacity in excess of 125 cm³,
 9. accidents resulting from active participation in any violent uprising, sedition, civil disobedience or revolution, or resulting from those,
 10. accidents incurred during physical performance of services at any military, paramilitary, police or similar organization,
 11. treatment of any nervous or mental disorder, independently of its name or classification, psychiatric and psychotic states, any kind of depression or mental illness,
 12. fractures complicating an already pathological bone structure,
 13. any accidents due to pursuing of dangerous sports. Dangerous sports mean the following but not limited: parachuting,, blanket parachuting, hang gliding, off piste skiing and snowboarding, bungee jumping, wild water rafting, diving and scuba, cave exploration, hunting,, rock-climbing and mountain climbing,
 14. sunstroke, freeze, elevation sickness,
 15. orthopedic, degenerative changes, or secondary changes complicating those and leading to chronic problems similar to the base illness (e.g. chronic changes of the spinal chord, or joints),
 16. accidents in criminal affairs where the Insured Party suffers injuries participating as a criminal agent or abetting criminals,
 17. pregnancy of the Insured Party up to the 26th week of the expected delivery, giving birth,
 18. any illness or death, health problem or cost directly or indirectly attributable to the HIV virus (Human Immuno-Deficiency Virus) and/or any illness related to HIV including AIDS (Acquired Immuno-Deficiency Syndrome), and/or any mutants or variants thereof,
 19. any accident or illness which has been caused by sexually transmitted diseases (STD) or an illness complicating an STD or derived therefrom,
 20. interventions for an exclusively cosmetic purpose, operation or treatments, weight loss therapy,
 21. assistance of pregnancy, treatment of impotence or increasing potency