

Ügyfélértékelő a VOLÁNBUSZ Zrt. helyi, helyközi és szerződéses autóbuszain utazók, valamint nemzetközi utasai számára

BIZTOSÍTOTT

Helyi, helyközi, szerződéses autóbuszon történő utazások esetén az a személy, aki érvényes jeggyel, illetve bérlettel rendelkezik, és jogszerűen veszi igénybe a VOLÁNBUSZ Zrt. (továbbiakban a Szerződő) szolgáltatásait. Biztosítottak tekintendők továbbá az ingyenes utazásra jogosult személyek is (az Általános Utazási feltételek szerint).

Nemzetközi menetrend szerinti utazások esetén, a VOLÁNBUSZ Zrt., vagy alvállalkozója által üzemeltetett nemzetközi járaton a VOLÁNBUSZ Zrt.-nél vagy a FLIXBUS értékesítési rendszerében váltott menetjeggyel utazó utas, illetve a VOLÁNBUSZ Zrt. partnere által üzemeltetett nemzetközi járaton a VOLÁNBUSZ Zrt. értékesítési rendszerében váltott menetjeggyel utazó utas.

A biztosítási szolgáltatásra jogosult a Biztosított (kedvezményezett), közlekedési baleseti halál esetén a Biztosított törvényes örököse.

A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSE

Területi hatály: Európa

Kockázatviselés időtartama a VOLÁNBUSZ Zrt. helyi, helyközi, nemzetközi és szerződéses autóbuszain a járműre való felleléstől, vagy a személyforgalmi célokat szolgáló területre lépéstől kezdődik, kiterjed az utazás teljes időtartamára és a jármű, vagy a személyforgalmi célokat szolgáló terület elhagyásáig tart. Személyforgalmi célokat szolgáló területnek minősülnek az autóbusz-pályaudvarok területei, a felszállási célra kialakított megállóhelyek területei, vagy ha ilyen nincs, az „autóbusz megállóhely” táblával jelzett fel- és leszállóhelyek területei, illetve az utazás alatt forgalmi, forgalomszervezési okból alkalmazott pihenőhely (pl. benzinkút).

BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK

- baleseti halál
- baleseti maradandó egészségkárosodás (50-100%)
- baleseti maradandó egészségkárosodás (11%-49%)
- baleseti maradandó egészségkárosodás (1%-10%)
- baleseti kórházi napi térítés
- baleset műtéti térítés
- csonttörés, csontrepedés, 28 napon túl gyógyuló baleseti sérülés
- 28 napon belül gyógyuló baleseti sérülés
- poggyász- és ruházati kár
- baleseti költségtérítés
- balesetből eredő személyi okmánypótlás

A biztosítási feltételek szerint balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, melynek következtében a biztosított meghal, testi sérülést vagy maradandó egészségkárosodást szenved.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

Baleseti halál

Biztosítási esemény az a baleset, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnak a baleset napjától számított 1 éven belüli halálát okozza.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget fizeti ki.

Baleseti maradandó rokkantság

Biztosítási esemény az a baleset, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnak a baleset napjától számított 2 éven belül megállapított, 1%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodását okozza.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító által fizetett szolgáltatási összeg

- a) 1–10%-os maradandó egészségkárosodás esetén: a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeg,
- b) 11–49%-os maradandó egészségkárosodás esetén: a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összegnek a megállapított maradandó *egészségkárosodás mértékével megegyező százalék*,a,
- c) 50–100%-os maradandó egészségkárosodás esetén: a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összegnek a megállapított maradandó egészségkárosodás mértékével megegyező százalék.

Ugyanazon balesetből eredő, több szervet, testrészt érintő többszörös károsodás vagy funkciócsökkenés esetén a szolgáltatási összeg megállapításához a maradandó egészségkárosodások százalékos mértékei összeadódnak, de a biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget.

A maradandó egészségkárosodás százalékos mértéke az összes körülményt figyelembe vevő orvosi vizsgálat során, az alábbi táblázat iránymutató értékei alapján kerül megállapításra:

Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Mindkét kar vagy kéz elvesztése	100%
Mindkét láb elvesztése combtól	100%

Mindkét lábszár elvesztése, protézisre alkalmatlan	100%
Mindkét lábszár elvesztése, jó térdfunkcióval	80%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Ízlelő képesség teljes elvesztése	5%
Egyik kar vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik kar könyökízület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik kar könyökízület alatt való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik kéz teljes elvesztése	55%
Egyik hüvelykujj elvesztése	20%
Egyik mutatóujj elvesztése	10%
Más ujj elvesztése, egyenként	5%
Egyik láb combközépig fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépigig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik láb térdig elvesztése	50%
Egyik lábszár térd alatt történő elvesztése	45%
Egyik lábfej elvesztése	40%
Egyik nagyujj elvesztése	5%
Más lábujj elvesztése, egyenként	2%

Testrészek vagy érzékszervek részleges elvesztése vagy funkció csökkenése esetén a biztosító a fenti táblázat megfelelően csökkentett értékeit veszi figyelembe.

A táblázatban nem szereplő esetekben – a jelen biztosítás vonatkozásában – a biztosító orvos szakértője állapítja meg, hogy a biztosított normál testi vagy szellemi teljesítőképessége milyen mértékben károsodott. A biztosító orvos szakértőjének megállapítása független más orvosi vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvos szakértők megállapításától. Amennyiben a baleset során olyan funkciók, testrészek károsodnak, amelyek működésképtelensége már a baleset előtt csökkent volt, akkor a szolgáltatás meghatározásánál az előzetes egészségkárosodás százalékos mértéke levonásra kerül.

A biztosító a maradandó egészségkárosodás mértékét *legkorábban a balesetet követő 15 nap elteltével*, legkésőbb a balesetet követő 2 év elteltével állapítja meg.

Ha a baleset következtében a biztosított 15 napon belül meghal, a szolgáltatás nem igényelhető. Ha a biztosított 15 napon túl, de az előtt meghal, hogy a biztosító az egészségkárosodás mértékét véglegesen megállapította volna, a térítési összeget a biztosító az addigi orvosi vizsgálatok eredményeként született iratok alapján állapítja meg.

Baleseti kórházi napi térítés

Biztosítási esemény az a baleset, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnak a baleset napjától számított 1 éven belül megkezdődő *folymatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelését tette szükségessé*. A kórházi ápolási napok számításánál minden kórházi nap egész napnak számít, így a felvétel, az elbocsátás, valamint az esetleges halálozás napja is. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a fo-

lyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés befejeződése után, a biztosító a kórházi fekvőbeteg gyógykezelés minden napjára, de legfeljebb összesen 30 napra, kifizeti a biztosítottra vonatkozó, a *baleset időpontjában érvényes* (napi térítési) biztosítási összeget.

Baleseti műtét

Biztosítási esemény az a baleset, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnak a baleset napjától számított 1 éven belül orvosilag indokoltan végrehajtott – a *1. pontban* felsorolt valamely csoportba tartozó – olyan *műtéti beavatkozást tett szükségessé*, melyet a műtétet végző ország szakmai felügyelete által engedélyezett valamelyik egészségügyi intézményben végeztek el.

1. A baleseti műtétek csoportosítása

1. csoportú műtétnek minősülnek

- azok a többnyire kórházi felvételt nem igénylő ambuláns ellátással kezelhető esetek – általában ezek felületes lágyrész sérülések –, melyeknek műtéti megoldását követően a gyógyulási időtartam 30 napon belüli, és maradandó egészségkárosodás nem merül fel;
- a kizárólag csőtükrözéssel végzett műtéti és terápiás eljárások.

2. csoportú műtétnek minősülnek

- azok az akut műtéti megoldást igénylő ízületi sérülésekkel járó állapotok, ahol klinikai adatok által alátámasztott műtéti javallat alapján került sor a műtéti megoldásra;
- azok a diagnosztikus adatokkal megállapítható ín- és izomsérülések, valamint perifériás ér- és idegsérülések, melyeknek határa a felső végtagon az alkar-csukló ízület, az alsó végtagon a felső lábszár ugróizület vonala;
- a kéz- és láb ujjak felétől perifériásan elhelyezkedő csonkolásos esetek;
- azok a csonttöréssel nem járó nagy kiterjedésű lágyrész sérülések, melyek 30 napon túli kórházi gyógykezelést tesznek szükségessé.

3. csoportú műtétnek minősülnek

- azok a csonttörésekhez kapcsolódó műtéti megoldások, amelyeknél a csont helyzetételére és valamilyen stabilizáló eljárás elvégzésére van szükség;
- azok a nyílt törési formák, ahol az e típusú társult sérüléshez műtéti sorozat végzése nem válik szükségessé;
- azok a II–III. fokú égési sérülések, ahol az égési felszín 10–30% között van.

4. csoportú műtétnek minősülnek

- azok a beavatkozások, amelyekre a szervezet zárt üregrendszerén belül (koponya, mellkas, has, medence, gerincoszlop) kerül sor;
- a végtagok csonkolásai, az ujj (ujjak) egészének eltávolítása, függetlenül attól, hogy ezek visszavarrására sor került-e vagy sem;
- a végtagok csöves csontjainak nyílt törései, ahol műtéti sorozat végzésére volt szükség;
- a II–III. fokú égési sérülések, ahol az égési fel szín a testfelszín 31%-át meghaladja eléri.

5. csoportú műtétek minősülnek

- a polytraumatizált, többszörösen sérült, az emberi szervezet belső üregrendszerét is érintő, intenzív terápiás kezelést igénylő, életveszélyes állapotban lévő sérülteknél alkalmazott műtétek.

2. Nem minősülnek biztosítási eseménynek

- az 1. csoportú műtétek;
- a korábban meglévő, orthoped jellegű elváltozások baleset kapcsán történő műtétei;
- az emberi szervezet típusos helyeinek sérvesedései (pl. többek között: hasfal, lágyék, gerincoszlop);
- a csőtükrözéssel végzett, ízületi feltárást nem igénylő diagnosztikus és terápiás eljárások;
- a kóros csontszerkezeti elváltozásból adódó csonttörések stabilizáló műtétei;
- a baleseti eseménnyel összefüggésbe nem hozható műtétek.

3. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeg alábbi százalékait fizeti ki szolgáltatásként:

- a) 2. csoportú műtétek esetében: 25%,
- b) 3. csoportú műtétek esetében: 50%,
- c) 4. csoportú műtétek esetében: 100%,
- d) 5. csoportú műtétek esetében: 200%.

5. Egy baleseti esemény miatt szükségessé vált több műtét esetén legfeljebb a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeg 250%-át fizeti ki a biztosító.

Csonttörés, csontrepedés, 28 napon túl gyógyuló baleseti sérülés (egyszeri térítés)

Biztosítási esemény az a nem halálos kimenetelű *baleset*, amely a biztosítottra vonatkozó kockázat viselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnál

- a) csonttörést, csontrepedést, vagy 28 napon túl gyógyuló baleseti sérülést illetve
- b) súlyos csonttörést okoz.

Súlyos csonttörésnek minősül a

- a) koponya csonttörés lágyrész sérüléssel együtt,
- b) gerincsont törés gerincvelő sérüléssel együtt,
- c) medencecsont törés,
- d) lábszár- és/vagy combcsont nyílt törése,
- e) alkar- és/vagy felkarcsont nyílt törése.

A biztosító

- a) *csonttörés, csontrepedés, 28 napon túl gyógyuló baleseti sérülés* bekövetkezése esetén a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes *biztosítási összeget*,
- b) *súlyos csonttörés* bekövetkezése esetén a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes *biztosítási összeg kétszeresét* téríti.

Ha ugyanazon balesetből eredően egy biztosított vonatkozásában a felsoroltak közül több esemény is bekövetkezik, úgy a biz-

tosító csak egy – a legmagasabb szolgáltatási összeghez tartozó – eseményre térít.

28 napon belül gyógyuló baleseti sérülés esetén egyszeri térítés (múlékony sérülések)

Biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a balesetből eredően mulékony egészségkárosodás miatt három napot elérő kórházi fekvőbeteg-kezelésre szorul, de a baleseti sérülés 28 napon belül gyógyul. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget fizeti ki.

Baleseti költségtérítés

Amennyiben a biztosított *balesetet* szenved, a *Biztosító* megtéríti a *biztosított* részére (a *Szolgáltatási táblázatban* meghatározott összegig) a *baleset* következményeként a *baleset* időpontjában viselt személyes vagyontárgyaiban az indokolt és számlával igazolt javítás, tisztítás költségeit, ha a felmerült költségek egyébként nem térülnek meg. Amennyiben a károsodott személyes vagyontárgy gazdaságosan nem javítható, a *Biztosító* megtéríti a *Szolgáltatási táblázatban* a jelen fejezetre vonatkozóan megjelölt *biztosítási összeg* erejéig a károsodott személyes vagyontárgy káridőponti avult értékét;

- a *baleset* következtében szükségessé vált, és számlával igazolt étel, ital, telefonhívás és taxi költségeket;
- a *baleset* következtében megsérült, orvosi receptre felírt szemüvegek, kontaktlencsék javításának, cseréjének költségeit, ideértve a szükségessé vált szemészeti vizsgálat költségét is.

A *Biztosító* továbbá megtéríti a *Szolgáltatási táblázatban* a jelen fejezetre vonatkozóan megjelölt *biztosítási összeg* erejéig a *baleset* következményeként szükségessé váló szállítás és mentés indokolt és számlával igazolt költségeit, ha a társadalombiztosítás térítési kötelezettsége nem áll fenn, illetőleg, ha a felmerült költségek egyébként nem térülnek meg.

Poggyász- és ruházati kár

Poggyászkárnak minősül, ha a biztosított utast ért baleset vagy a sérelmére elkövetett rablás, továbbá a járművet ért baleset vagy elemi csapás, illetve onnan történt lopás következtében a biztosítottat poggyászaival vagy ruházatával kapcsolatban kár éri. Nem minősül poggyászkárnak a felügyelet nélkül hagyott kézipoggyász eltűnése. A biztosítás nem terjed ki az ékszerekre, nemesfémekre, készpénzre, értékpapírokra, a menetjegyre és az okmányokra. A biztosítás az érintett Szerződő felelősségét nem korlátozza, biztosítási összeg a jogszabály alapján járó egyéb szolgáltatásokba nem számítható be.

Balesetből eredő személyi okmánypótlás

Ha a biztosított személy utazása során hivatalos iratai megsérülnek vagy elvesznek, a biztosító az újbóli beszerzés költségeit (illeték, fénykép) a szerződésben meghatározott összegig megtéríti.

SZOLGÁLTATÁSI TÁBLÁZAT

Szolgáltatások	Biztosítási összeg/fő
Baleseti halál	2 000 000 Ft
Baleseti maradandó egészségkárosodás (50-100%)	2 000 000 Ft
Baleseti maradandó egészségkárosodás (11%-49%)	2 000 000 Ft
Baleseti maradandó egészségkárosodás (1%-10%)	200 000 Ft
Baleseti kórházi napi térítés / 1-30 napig	3 000 Ft
Baleseti műtéti térítés	300 000 Ft
Csonttörés, csontrepedés / 28 napon túl gyógyuló baleseti sérülés	50 000 Ft/100 000 Ft
28 napon belül gyógyuló baleseti sérülés (múlékony sérülések)	50 000 Ft
Baleseti költségtérítés	50 000 Ft
Poggyász- és ruházati kár	100 000 Ft
Balesetből eredő személyi okmánypótlás	30 000 Ft

KÁRIGÉNYEK BEJELENTÉSE, KÁRRENDEZÉS

A biztosítási eseményt az autóbusszvezetőnél, illetve a személyforgalmi célokat szolgáló területen történt káreseményt a személyforgalmi terület vezetőjénél még az utazás időtartama alatt kell bejelentenie az utasnak. Nemzetközi járaton történő utazás esetén, amennyiben a szóbeli közlés nem valósítható meg, úgy az utasnak a biztosítási eseményt írásban haladéktalanul be kell jelenteni a VOLÁNBUSZ Zrt.-nél.

A legközelebbi VOLÁNBUSZ Zrt. szolgálati helyen a forgalmi személyzet a káreseményről jegyzőkönyvet vesz fel, amit 8 napon belül a Biztosított rendelkezésére bocsát.

Ha a biztosított – az őt ért sérülés miatt – nem volt képes a kárigényét valamely szolgálati helyen bejelenteni, akkor a megkeresését követően a VOLÁNBUSZ Zrt. képviselője hivatalból gondoskodik az utasbaleseti nyomtatvány kiküldéséről.

Abban az esetben, ha a káresemény bejelentését a Biztosított valamely okból nem tette meg az utazás időtartama alatt, akkor a biztosítási esemény bizonyítása a biztosítottat terheli (pl. rendőrségi, vagy mentők baleseti jegyzőkönyve alapján). Amennyiben a poggyászkár rablás miatt következik be, a VOLÁNBUSZ Zrt. alkalmazottjának értesítésén túl a károsultnak a rendőrségen is feljelentést kell tennie, ez esetben a kárkifizetéshez a rendőrség jogerős határozata is szükséges. A Biztosító jogosult mindazokat az iratokat és bizonyítékokat megtekinteni, amelyek a kárigény elbírálásához szükségesek.

A Biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához szükséges iratokon (pl. halotti anyakönyvi kivonat, hatósági igazolás, vagy jogerős határozat, orvosi dokumentumok, kórházi zárójelentés) túlmenően szükséges a VOLÁNBUSZ Zrt. által felvett jegyzőkönyv.

A Biztosított az egészségi állapotára vonatkozó különleges személyes adatait tartalmazó iratokat és ennek kezeléséhez szükséges Adatkezelési Nyilatkozatot, kitöltést követően a Biztosító felé közvetlenül mutatja be, illetve adja át.

A kárigényt a káresemény bejelentésétől számított 15 napon belül a Szerződőnek írásban be kell jelentenie a Biztosítónak. A kárigény elbírálásához a Biztosítottnak a szükséges felvilágosításokat meg kell adnia, és lehetővé kell tennie a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését a Biztosító számára. A Biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti. A szolgáltatási igény, vagy az annak teljesítéséhez szükséges iratok késedelmes benyújtása miatt elhúzódó kifizetéseket a Biztosító kamatmentesen teljesíti.

A szolgáltatás felvételére a Biztosított, illetve örököse(i) jogosult(ak).

Nemzetközi járaton történő utazás során bekövetkező káresemény esetén, ha az utasnak segítségre van szüksége, az alábbi asszisztencia telefonszámot hívhatja, mely számon az év minden napján, napi 24 órában magyar és angol nyelven fogadják hívását.

+ 36 1 458 4483

Az asszisztencia szolgáltatás keretében a Biztosító fogadja a kárigény bejelentését, valamint felvilágosítást ad.

ELÉVÜLÉS

A biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított 2 év elteltével a biztosításból eredő igények elévülnek.

A Biztosító mentesül a balesetbiztosítási szolgáltatási kötelezettség alól:

Valamely biztosított vonatkozásában a biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a biztosított halála

a) a **kedvezményezett szándékos magatartása** folytán, vagy
b) a biztosítottnak az **öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete** miatt következett be.

Az öngyilkosság akkor is mentesülést eredményez, ha azt a biztosított beszámítási képességének hiányában követte el.

A biztosító mentesül a baleseti szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a biztosított szándékos vagy **súlyosan gondatlan magatartása** idézte elő.

Súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak minősül különösen az a baleset, amely a biztosított

a) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben, vagy
b) súlyosan ittas (2,5 ezrelékes véralkohol szintet elérő) állapotban, vagy
c) bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával közvetlen okozati összefüggésben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függősége folytán, vagy
d) érvényes jogosítvány nélküli, vagy 0,8 ezrelékes véralkohol szintet elérő ittaság melletti, és egyéb közlekedési szabályt is megsértő gépjárművezetése közben következett be.

A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a szolgáltatásra jogosult vagy a szerződő a **biztosítási eseményt** a megadott határidőn belül **nem jelenti be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

AZ ALKALMAZOTT KIZÁRÁSOK

A biztosító **kockázatviselési köréből kizárja** azon eseményeket, amelyek

- a) közvetlenül összefüggésben állnak háborús, polgárháborús eseményekkel, terrorcselekményekkel, felkeléssel, lázadással, zavargással; továbbá közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak
- b) radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);
- c) a biztosított elme- vagy tudatzavarával, illetve öngyilkossággal vagy annak kísérletével okozati összefüggésben bekövetkező baleseteket;
- d) a biztosított személy bármely okból maradandóan károsodott vagy nem ép testrészeit ért korábbi baleseti eredetű sérüléseit;
- e) a napszúrás, hőség, napsugár általi égés, fagyás okozta károsodásokat;
- g) a szilárd, folyékony, légnemű anyagok szándékos bevétele miatti mérgezéseket, sérüléseket, ideértve a drogok, kábítószerek által okozottakat is;
- h) a hasi- vagy altesti sérvet (megemelés), ha az balesettel nincs okozati összefüggésben;
- i) a porcsérüléseket, rándulásokat, ficamokat, zúzódásokat, horzsolásokat, húzóódásokat, továbbá a nem baleseti eredetű vérzéseket;
- j) a biztosított fegyveres szolgálatának teljesítése közben, illetve a biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett eseményeket.

Nem minősülnek biztosított vagyontárgynak a Szerződő Üzletszabályzatában kézi- és útipoggyászként nem szállíthatóknak minősített tárgyak, értékek.

- **Az útipoggyász nem tartalmazhat ékszert, nemesfémeket, művészeti tárgyat, bélyeget, gyűjteményt, készpénzt, készpénzkímélő és -helyettesítő fizetőeszközt (bank- vagy hitelkártya, szolgáltatás igénybevételére jogosító utalvány stb.) értékpapírt, menetjegyet, bérletet, okmányt, nemes szőrmét, valamint az eredeti vásárláskori (újkori) 50 000 Ft egyedi értéket meghaladó tárgyat és tartozékaikat.**
- **Kézipoggyászként nem szállítható:**
 - a) olyan tárgy, amelynek szállítását jogszabály vagy hatósági rendelkezés tiltja,
 - b) olyan tárgy, amely méreténél vagy súlyánál fogva az autóbuszban erre kijelölt helyen nem helyezhető el, vagy a többi utas egészségében, testi épségében, ruházatában, kézipoggyászában kárt okozhat,
 - c) a közbiztonságra különösen veszélyes eszközökről szóló kormányrendelet szerint közforgalmú közlekedési eszközön birtoklásra tiltott eszközök, kivéve, amelyek a rendeletben meghatározott módon csoma-

golva, illetve elhelyezve birtokolhatók, és megfelelnek a csomagolásra, elhelyezésre vonatkozó feltételnek, d) töltött lőfegyver

Nem minősülnek poggyásznak, illetve nem biztosított vagyontárgyak:

- ékszerek, nemesfém felhasználásával készült vagyontárgyak, művészeti tárgyak, gyűjtemények, nemes szőrmék, bélyegek és hangszerek, fegyverek és lőszerek;
- készpénz, belföldi vagy külföldi bankjegyek, csekkek, postai utalványok, utazási csekkek, utazási jegyek, bankkártyák, bármilyen fajtájú értékpapírok, benzin- és egyéb jegyek

A Biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához szükséges iratok

A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a szolgáltatásra jogosultnak többek között az **alábbi iratokat** kell bemutatnia, illetve átadnia:

- a) a szolgáltatási igény bejelentése;
- b) az egészségügyi ellátás és a gyógyulási időszak orvosi dokumentációja;
- c) kórházi ápolás esetén: a kórházi zárójelentés, a baleseti eredet igazolásával együtt;
- d) keresőképtelenség esetén: „Orvosi igazolás”, a baleseti eredet igazolásával együtt;
- e) elhalálozás esetén: a halotti anyakönyvi kivonat, a halál okát, baleseti eredetét igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány;
- f) a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások;
- g) egészségkárosodás esetén: az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet szakvéleménye az egészségkárosodásról és az ezt megállapító jogerős társadalombiztosítási határozat;
- h) a biztosító által meghatározott egyéb, a káresemény igazolásával, a kárkifizéssel összefüggő okiratok (így többek között: a születési dátum igazolása,);
- i) egyéb dokumentumok, amelyek a jogosultság (kedvezményezettség), továbbá a biztosítási esemény és a szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

Szükség esetén a biztosító egyéb igazolásokat is bekérhet, és jogában áll a bejelentések és felvilágosítások tartalmának ellenőrzése, beleértve a biztosított személyes vizsgálatának esetleges elrendelését is.

A biztosítási esemény igazolásával kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén azon okiratok bemutatását kérheti, amelyek alkalmasak a biztosítási esemény bizonyítására. A biztosító a szolgáltatása teljesítésének esedékességét csak olyan okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges. A biztosítási esemény bekövetkezését a szerződőnek, biztosítottnak, kedvezményezettnek bizonyítani szükséges. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén annak bizonyítására alkalmasak azon okiratok, hatósági, bírósági határozatok, jegyzőkönyvek, tárgyi bizonyítékok, amelyek a biztosítási esemény jogalapját, valamint annak összecszerúségét bizonyítják. A fel-

soroltakon kívül a szerződőnek, biztosítottnak, kedvezményezettnek joga van a biztosítási esemény igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint – annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy hiányosan nyújtják be, a biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el, illetve a szolgáltatási igényt elutasíthatja.

Baleseti költségtérítés, poggyász- és ruházati kár és személyi okmánypótlás megtérítéséhez továbbá az alábbi iratok bemutatása szükséges:

- A poggyász eltűnésének vagy károsodásának részletes leírása,
- A sérült tárgyak tételes listája, a beszerzési ár és a beszerzés idejének feltüntetésével,
- Az eltűnt poggyász értékét igazoló számlák (ennek hiányában a biztosító, a biztosító szakértője által megállapított pótlási értéket veszi figyelembe),
- Számla az okmányok újraelállításáról,
- Sérülés esetén: javítási számla, vagy szakiparos igazolás a tárgy javíthatatlanságáról.

Tájékoztató személyes adatok kezeléséről

A jelen szerződéssel kapcsolatos adatokat a Biztosító a Biztosított ügyfél szolgáltatási igénybejelentéssel megadott hozzájárulása és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bit.) 135.§-a és 136.§-a alapján kezeli.

A Biztosító fent megjelölt jogalapon jogosult az utas-balesetbiztosítási szerződés, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatással összefüggően a Biztosított utas által megadott személyes, egészségi adatok – törvényi előírásoknak megfelelő – teljes körű kezelésére. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

Az UNIQA Biztosító Zrt. részéről adatfeldolgozóként az UNIQA Software Service GmbH (A-1029 Wien, Untere Donau Strasse 21.) a biztosító által felkért orvossal, továbbá a biztosító számára a biztosítási szerződéssel kapcsolatban mindenkor kiszervezett tevékenységet végző személyek, megbízottak járhatnak el. Az adatokat e a jogszabályban meghatározott és fent nevesített személyek ismerhetik meg a vonatkozó jogszabályi feltételek szerint. Az ügyfél adatai kezeléséről az adatkezelőnél tájékoztatást kérhet, kérheti adatai helyesbítését, a kötelező adatkezelés kivételével adatai törlését, zárolását, törvényben meghatározott esetekben tiltakozhat adatai kezelése ellen, továbbá jogainak megsértése esetén az adatkezelő ellen bírósághoz fordulhat. A pert az illetékes törvényszék előtt kell megindítani, azonban azt az érintett – választása szerint – a lakóhelye vagy a tartózkodási helye szerinti törvényszék előtt is megindíthatja.

Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

A biztosító az általa kezelt adatokat – jogszabály eltérő rendelkezése hiányában – a biztosítási jogviszony fennállásának idején,

valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi szervezetekhez továbbíthatja:** a feladatkörében eljáró Felügyelet-höz, nyomozóhatósághoz és ügyészséghez, bírósághoz, a bíróság által kirendelt szakértőhöz, bírósági végrehajtóhoz, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezőhöz, Családi Csődvédelmi Szolgálathoz, családi vagyonteljesítőhöz, hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőhöz, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző által kirendelt szakértőhöz, adóhatósághoz, nemzetbiztonsági szolgálathoz, Gazdasági Versenyhivatalhoz, gyámhatósághoz, egészségügyi hatósághoz, titkoszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervhez, viszontbiztosítóhoz, együttbiztosításban részt vállaló biztosítóhoz, állomány-átruházáskor az átvevő biztosítóhoz, a biztosító által kiszervezett tevékenységet végző partnerhez, könyvvizsgálóhoz, fióktelep esetében a harmadik országbeli biztosítóhoz, biztosításközvetítőhöz, alapvető jogok biztosához, Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz, a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézményhez a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, a pénzmosás és terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró pénzügyi információs egységként működő hatósághoz vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján eljáró magyar bűnüldöző szervhez. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége alól kivételt képez az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettség is. Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

A Bit. 147.§-ában meghatározott esetben és időtartamot követően az üzleti titkot tartalmazó irat levéltári kutatások céljára felhasználható. Üzleti- és biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettség alól kivételt képez továbbá a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség is.

A szerződő és a biztosítottak hozzájárulnak, hogy adataikat a biztosító harmadik országbeli (viszont)biztosítóhoz, vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez továbbíthassa, valamint, hogy a jelen szerződéshez kapcsolódóan egészségügyi kezelése szempontjából szóba jövő intézményeknek továbbítsa. A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából

megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz, továbbá más biztosító jogszabályoknak megfelelő megkeresésére a kért adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkeresés illetve az adatátadás a Bit.-ben rögzített adatokra vonatkozhat. A biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a jogszabályban meghatározott időpontig kezelheti. A megkereső biztosító a megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információk önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011.évi CXII. törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

Panaszok, viták rendezése

Az Ügyfél az UNIQA Biztosító Zrt. magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát **szóban** (személyesen, telefonon) vagy **írásban** (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő az alábbiak szerint:

- személyesen írásban vagy szóban** a biztosító Ügyfélszolgálatán (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) ügyfélfogadási időben,
- elektronikus úton** (a panasziroda@uniqa.hu e-mail címen),
- telefonon** (a biztosító Call Centerén keresztül az alábbi telefonszámokon: +36-1/20/30/70/544-5555),
- telefax útján** (az alábbi telefax számon: +36-1/238-6060),
- levélben** (az alábbi címen: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.).

A panaszbeadványokon címzettként kérjük feltüntetni a Panaszkezelés megnevezést is. **A panaszkezelési eljárás részletes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat] a www.uniqa.hu honlapunkon nyújtunk tájékoztatást**, valamint a szabályzat szövege megtalálható a biztosító székhelyén működő Ügyfélszolgálaton is.

A panasz biztosító általi elutasítása vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén *amennyiben a panasz a biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival, megszűnésével, továbbá szerződészegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos* az Ügyfél:

- a **Pénzügyi Békéltető Testülethez** (továbbiakban: PBT, levelezési cím: 1525 Budapest Pf. 172, telefon: +36-80-203-776, telefax: +36-1-489-9102, e-mail: ugyfelszolgalat@mnbn.hu) vagy

- a Polgári Perrendtartás szabályai szerint **bírósághoz** fordulhat.

Az UNIQA Biztosító Zrt. a PBT eljárása vonatkozásában általános alávetési nyilatkozatot nem tett.

Amennyiben a biztosító által elutasított panasz a Magyar Nemzeti Bankról (a továbbiakban: MNB) szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) **fogyasztóvédelmi rendelkezése megsértésének kivizsgálására irányul**, úgy az Ügyfél az **MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjának** [1534 Budapest BKKP Pf. 777, telefon: +36-80-203-776, telefax: +36-1-489-9102, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbn.hu] **fogyasztóvédelmi eljárását** kezdeményezheti.

A PBT és az MNB eljárás megindításának egyaránt feltétele az, hogy az Ügyfél a(z) MNB tv. rendelkezései értelmében fogyasztónak minősüljön, továbbá a jogorvoslat kezdeményezését megelőzően a biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését.

Az MNB tv. alkalmazásában **fogyasztó** az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy. A panaszkezelés szempontjából **nem minősül fogyasztónak** pl. a gazdasági társaság, a szövetkezet, a társaság, az ügyvédi iroda, vagy bármely más jogi személyiséggel rendelkező szervezet, továbbá a biztosításközvetítő, illetve a biztosító vagy biztosításközvetítő alkalmazásában álló/képviselőiben eljáró személy.

Amennyiben az Ügyfél az MNB tv. rendelkezései értelmében nem minősül fogyasztónak, a biztosító panaszt elutasító döntésével szemben, vagy ha a panasz kivizsgálására előírt 30 napos válaszadási határidő eredménytelenül telik el, **a Polgári Perrendtartás szerint hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróságnál kezdeményezhet polgári peres eljárást.**

A biztosító Felügyeleti szerve: **Magyar Nemzeti Bank**
Székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.
Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Levélcím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest
Internetes elérhetőség: www.mnb.hu
Ügyfélszolgálati telefonszám: +36 80-203-776

Érvényes: 2017. július 1-től

Kellemes utazást kíván az UNIQA Biztosító Zrt.