

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- 1.1.** Az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) a jelen Általános Biztosítási Feltételek és Különös Biztosítási Feltételek valamint az Általános és Különös Biztosítási Feltételek Záradéka (továbbiakban: együttesen Biztosítási Feltételek) alapján arra vállal kötelezettséget, hogy biztosítási díj ellenében a biztosítási események bekövetkezése esetén a Biztosítási Feltételek, valamint a Csatlakozási nyilatkozat szerint meghatározott biztosítási szolgáltatásokat nyújtja.
- 1.2.** A biztosítási szolgáltatást a Biztosító a Szerződő és a Biztosító által kötött Csoportos Biztosítási szerződés alapján nyújtja. A Csoportos Biztosítási Szerződés a Szerződő és a Biztosító között írásban jön létre. A Biztosító kötvényt nem állít ki.
- 1.3.** A Csoportos Biztosítási Szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik, amelyhez a Biztosítottak az általuk tett csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak.
- 1.4.** Az Biztosítási Feltételek alkotják az általános szerződési feltételeket. A Biztosítási Feltételek azokat a rendelkezéseket tartalmazzák, melyeket – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – jelen csoportos egészségbiztosításra alkalmazni kell. A Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozottakra az Általános Biztosítási Feltételek, míg a Különös Biztosítási Feltételeknek az Általános Biztosítási Feltételektől eltérő rendelkezése esetén a Különös Biztosítási Feltételek rendelkezése az irányadó. Az Általános Biztosítási Feltételekben, illetve a Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozottakra, vagy azoktól eltérő rendelkezés esetén az Általános és Különös Biztosítási Feltételek Záradéka (továbbiakban: Záradék) irányadó.
- 1.5.** A Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: Ptk.) és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.
- 1.6.** Nem válik a csoportos egészségbiztosítás tartalmává semmilyen olyan szokás, amelynek alkalmazásában a Szerződő és a Biztosító korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és más gyakorlat, amelyet egymás között kialakítottak, hacsak az előbbiek alkalmazásában a Csoportos Biztosítási Szerződésben nem állapodnak meg. Nem válik továbbá a csoportos egészségbiztosítás tartalmává a biztosítási szektorban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás, akkor sem, ha a Csoportos Biztosítási Szerződés azzal ellentétes kikötést nem tartalmaz, vagy arról nem rendelkezik.

2. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

2.1. Biztosító

Az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (1091 Budapest, Üllői út 1.), amely a befizetett díj ellenében vállalja az egészségbiztosítási kockázatot.

2.2. Szerződő

Szerződő lehet bármely Magyarországon működő jogi személy, vagy egyéb gazdálkodó szervezet, amely az érdekkörébe tartozó természetes személyek számára a Biztosítóval a Szerződésben meghatározottak szerint csoportos egészségbiztosítást köt, és a díjfizetést teljesíti. A Szerződő jogosult a Szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozatok megtételére, és a Biztosító hozzá intézi nyilatkozatait. A Szerződő a Szerződés tartama alatt a Biztosító által hozzá intézett nyilatkozatokról és a Szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítottat köteles tájékoztatni. A Szerződő megnevezését a Záradék tartalmazza.

A Szerződő érdekkörébe tartozó természetes személy lehet különösen – szerződésben megjelölve – a Szerződő munkaviszony keretében foglalkoztatott munkavállalója, megbízottja, tagja, tisztségviselője, annak hozzátartozója.

2.3. Biztosított

Biztosított az lehet, aki:

- a) Csatlakozási nyilatkozattal csatlakozott a csoportos egészségbiztosításhoz,
- b) jogviszonya a Szerződővel a Záradékban meghatározottak szerint fennáll.

A Szerződésbe a Biztosított szerződőként nem léphet be, csak a – Szerződő Biztosítóval egyeztetett – rá vonatkozó engedélye alapján.

Ha a Biztosított életkora a 18 évet nem éri el, akkor a Szerződéshez történő csatlakozáshoz a törvényes képviselőt gyakorló szülő engedélye is szükséges.

2.4. Kedvezményezett

A Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatás igénybevételére minden esetben a Biztosított jogosult.

3. FOGALMAK, MEGHATÁROZÁSOK

3.1. Egészségügyi szolgáltató

A Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségügyi szolgáltatások nyújtására jogosult szolgáltató, aki az igénybe vett szolgáltatásról érvényes számlát állít ki a Biztosító vagy a Biztosított részére.

3.2. Ellátásszervező

Azon jogi személy, amely szakértőket és orvosokat alkalmaz, akik segítségével a Biztosító egészségügyi szolgáltatásokat szervezhet a Biztosított részére. Az Ellátásszervező elérhetőségeit a Biztosító a Szerződő részére eljuttatja, amelyről a Szerződő a Biztosítottakat köteles tájékoztatni.

3.3. Egészségügyi ellátás

Az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedéllyel végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amelynek célja a Biztosított egészségének megőrzése, a megbetegedések korai felismerése, megelőzése, megállapítása, gyógykezelése, beteg állapotának javítása, állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálata, kezelése, gondozása, ápolása, fájdalom csökkentése, továbbá a beteg jelen szerződés szerinti vizsgálati anyagainak feldolgozása.

3.4. Egészségügyi szakma

Egészségügyi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai (személyi és tárgyi) minimumfeltételekkel ellátható olyan egészségügyi szolgáltatások összessége, mely szerepel az egészségügyi szakmai kódjegyzékben.

3.5. Egészségügyi tevékenység

Az egészségügyi szolgáltatás részét képező minden tevékenység, kivéve azon tevékenységeket, amelyek végzéséhez nem szükséges egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy szakmai felügyelete.

3.6. Járóbeteg-ellátás

Betegség vagy baleset következtében szükségessé váló, szakorvos által végzett egyszeri vagy alkalmoszerű egészségügyi ellátás, labor, illetve diagnosztikai vizsgálat, ambuláns műtét, gyógytorna amely nem minősül fekvőbeteg-ellátásnak.

3.7. Fekvőbeteg-ellátás

A páciens folyamatos egészségügyi ellátását végző orvos, kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, illetve a páciens jelentkezése alapján – a fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozó hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelő – fekvőbeteg-gyógyintézetben, kórházban – folyamatos benntartózkodás mellett vagy meghatározott napszakokban – nyújtott diagnosztikai, gyógykezelési célú egészségügyi szolgáltatás, illetve olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt – szükség esetén – a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított. Így fekvőbeteg-ellátásnak minősül a fekvőbeteg-gyógyintézetben, kórházban a páciensen diagnosztikai, gyógykezelési céllal végzett műtét (annak pre- és postoperatív szakaszaival együtt), különösen, ha a páciensnek neki nyújtandó egészségügyi ellátás céljából a fekvőbeteg-gyógyintézetbe, kórházba több napra szólóan vesznek fel. Az egészségügyi szolgáltató intézményébe való felvétel több napra szól, ha a páciens az intézménybe való felvétele, illetve elbocsátása napja között minden éjszakát az intézményben tölt egészségügyi ellátásával összefüggésben és az intézményből való elbocsátás későbbi napon történik, mint az intézménybe való felvétel.

3.8. Egészségügyi dokumentum

Az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi személyzet tudomására jutó, a páciens kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó, a hatályos jogszabályok alapján és az egészségügyi, orvosszakmai előírások betartásával készített feljegyzés, nyilvántartás, vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. Ezek különösen az alábbi dokumentumok: ambulánslap, kórházi zárójelentés, vizsgálati lap, ápolási, illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, laborlap, diagnosztikai vizsgálatok során készült felvételek, fénykép felvételek, vénák, beutaló.

3.9. Kezelés

A páciens betegségével, sérülésével, egészségkárosodásával illetve egészségi állapotával kapcsolatos diagnosztikai, vizsgálati, terápiás eljárás, továbbá ezek keretében végzett beavatkozás, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás, melyet (szak)orvos(ok) nyújt(anak), mint kezelőorvos(ok).

3.10. Kezelőorvos

A páciens betegségével, sérülésével, egészségkárosodásával, illetve egészségi állapotának felmérésével összefüggő diagnosztikai, vizsgálati, terápiás eljárást felállító, továbbá ezek keretében beavatkozást, egészségügyi ellátást vagy szolgáltatást nyújtó (szak)orvos, aki a páciens egészségi állapotáért, megfelelő egészségügyi ellátásáért felel.

3.11. Krónikus betegség

Olyan diagnosztizált betegség vagy orvos által minősített állapot, amely állandó vagy időszakos gyógyszeres kezelést, járóbeteg és/vagy fekvőbeteg-ellátást, kórházi tartózkodást igényel, és amelyet lassú kialakulás és/vagy hosszú távú lefolyás (legalább 3 hónap) – közben akár akut periódusok előfordulása vagy a tünetek csökkenése, illetve enyhülése – jellemez.

3.12. Éves szolgáltatási limit

A Biztosító meghatározza, hogy a biztosítási szerződés alapján igénybe vehető szolgáltatás egy biztosítási időszakon belül mekkora keretösszegig vehető igénybe.

3.13. Önrész

A Biztosító a biztosítási szolgáltatásokra önrészt határoz meg, amelyet az egészségügyi szolgáltató szolgáltatási árából a Biztosítottnak kell megfizetnie és viselnie.

Az önrész megfizetése – online felületen keresztül, bankkártyával – az ellátásszervezőn keresztül történik, a szolgáltatás megrendelésekor. Az önrész megfizetése az időpontfoglalás feltétele.

Utólagos térítés esetén a Biztosító a beküldött számla összegéből vonja le az önrészt, és a fennmaradó összeget fizeti ki.

3.14. Utólagos térítés

A Biztosító a biztosítási szolgáltatások szolgáltatási összegét a Biztosított ellátásáról szóló egészségügy dokumentum, dokumentáció és a nevére kiállított számla ellenében fizeti ki, amennyiben a fenti dokumentumokból a Biztosított betegségének körülményei, különös tekintettel a kórelőzményre és a diagnózisra, megállapíthatók. Az Utólagos térítés esetében Biztosító az igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül érdemben elbírálja a szolgáltatási igényt, és amennyiben az igény megalapozott, az utolsó irat kézhezvételétől számított 30 (harminc) napon belül, átutalással teljesíti a biztosítási szolgáltatást. Az igény elutasításáról a Biztosító az utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül, álláspontját indoklással alátámasztva tájékoztatja a Biztosítottat.

3.15. 24 órás orvosi segélyvonal

Telefonon történő orvosi tanácsadás, amelyet a Biztosított a Záradékban meghatározott telefonszám felhívásával vehet igénybe. A 24 órás orvosi segélyvonal éjjel-nappal, az év 365 napján fogadja a Biztosítottak hívását és tájékoztatást ad a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségügyi vonatkozású kérdésekre.

3.16. Előzménybetegség

A kockázatviselés kezdete előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettel összefügg.

3.17. Ambuláns műtét

Az ambuláns sebészeti beavatkozás olyan járóbeteg-ellátás keretében végzett sebészeti beavatkozás, amely nem igényel kórházi ellátást.

3.18. Szűrővizsgálat

Biztosított orvosi vizsgálata, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.

3.19. Egynapos sebészeti beavatkozás

A Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező és a várakozási idő leteltét követően szükségessé váló tervezhető, tervezett (elektív), az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV.2.) NM rendeletben kihirdetett beavatkozás, mely szerepel a jelen Biztosítási Feltételben és amely az orvos szakképesítése, jártassága, a kötelezően előírt és szükséges infrastruktúra, a beteg ambuláns műtéti kiválasztása és kivizsgálása szempontjainak függvényében az e célra kialakított egyéb feltételrendszerekkel működő intézményben történik és a biztosított adott intézményben tartózkodása nem haladja meg a 24 órát.

3.20. Várakozási idő

A Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában a kockázatviselés kezdetétől számított a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott várakozási időt határoz meg. A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási események vonatkozásában a Biztosító sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

4. A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, TARTAMA

4.1. A Szerződés a Szerződő és a Biztosító által aláírt Csoportos Biztosítási Szerződés határozatlan tartamú.

4.2. Biztosítotti jogviszony egy Biztosított részére egy adott időszakra és egy adott biztosítási csomagra jöhet létre.

5. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK KEZDETE, HATÁLYA

5.1. A Szerződés hatályba lépését követően biztosításra jelölt személy a Záradékban meghatározott időponttól válik biztosítottá (Biztosító kockázatviselésének kezdete és hatálya).

5.2. A biztosítási időszakról és a biztosítási évfordulóról a Záradék rendelkezik.

5.3. A Biztosító adott Biztosítottra 1 hónap várakozási időt határoz meg minden szolgáltatás vonatkozásában, de egyes szolgáltatások esetében ettől eltérő várakozási idő is lehetséges (ld. Különös Biztosítási Feltételek). A várakozási idő alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre a Biztosító szolgáltatást nem teljesít sem a várakozási idő alatt, sem annak leteltét követően.

- 5.4. A biztosítás a Magyarországon bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, azonban a biztosítási eseményeket kiváltó ok a Föld bármely országában bekövetkezhet. A biztosítás a nap 24 órájára kiterjed.

6. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK MEGSZŰNÉSE

Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése megszűnik a Záradékban meghatározottak szerint.

7. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ, A DÍJ MÓDOSÍTÁSÁNAK LEHETŐSÉGE

- 7.1. A csoportos egészségbiztosítás díja a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melyet a Szerződő fizet meg a Biztosító részére. A Biztosító részére megfizetett biztosítási díjnak a Csatlakozási nyilatkozatot tevő Biztosítottra jutó arányos részét a Szerződő – a Csatlakozási nyilatkozatban meghatározott módon és az abban megfogalmazott felhatalmazás alapján – áthárítja a Csatlakozási nyilatkozatot tevő Biztosítottra, aki egyúttal vállalja a rá eső biztosítási díj megfizetését a Szerződő részére, és a díjfizetést folyamatosan teljesíti.
- 7.2. A Csatlakozási nyilatkozatot tevő Biztosított a rá áthárított díjat a Záradékban meghatározott módon és gyakorisággal teljesíti a Szerződő részére.
- 7.3. A csoportos egészségbiztosítás díját a Szerződő az összes Biztosítottra vonatkozóan – a díj esedékességének megfelelően – egyösszegben fizeti meg a Biztosítónak. Amennyiben a Szerződő az esedékes díjnal kevesebbet fizet, úgy a díj nemfizetés esetére vonatkozó szabályok lépnek életbe (7.4. pont).
- 7.4. Ha a Szerződő a csoportos egészségbiztosítás díját az esedékesség napjáig nem egyenlíti ki, úgy a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a Szerződőt a felszólítás **elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a díjfizetés teljesítésre írásban felhívja. Amennyiben a Szerződő az elmaradt díjat ezen idő alatt sem fizeti meg, és a Biztosító a követelését bírósági úton nem érvényesíti vagy a felek halasztásban sem állapodnak meg, úgy a Szerződés az első elmaradt díj esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.** Ha az esedékes díjnak csak egy részét fizette meg a Szerződő, és a Biztosító írásban, 30 (harminc) napos póthatáridő biztosításával eredménytelenül hívta fel a Szerződőt a befizetés kiegészítésére, a biztosítás változatlan biztosítási összeggel, a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn.
- 7.5. **Ha a Biztosított elhalálása miatt szűnik meg a Biztosító kockázatviselése, a Biztosító az elhalálozás napjának 24:00 órájáig jogosult a biztosítási díjra.** Ezt követő időszakra befolyt biztosítási díjakat a Biztosító visszautalja a Szerződőnek. Az elhalálozás bejelentésének elmaradásából adódó vitás kérdéseket a Biztosított örököse(i) a Biztosítóval közvetlenül rendezik.
- 7.6. Amennyiben a Szerződő a díjat – díjátvételre biztosítói meghatalmazással rendelkező – többes ügynöknek fizette – legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon – a Biztosító számlájára vagy pénztárába beérkezettnek kell tekinteni, a szerződő fél azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.
- 7.7. Biztosító a biztosítási díj mértékének változásáról, illetve egyéb fizetési feltételeinek változásáról valamint az igénybe vehető szolgáltatások körének módosításáról az évforduló előtt 90 nappal értesíti a Szerződőt. A Szerződő az évforduló előtt legkésőbb 60 nappal nyilatkozik a Biztosító felé, hogy a módosítás(oka)t elfogadja-e. Amennyiben a Szerződő a módosítás(oka)t elutasítja a jelen Szerződés a biztosítási évforduló napján 0 óra 0 perckor megszűnik. Amennyiben a Biztosító és a Szerződő a módosításról egyezségekre jut, a módosítás a biztosítási évforduló napján hatályba lép. A hatálybalépést követően csatlakoztatott új Biztosítottakra a módosított Szerződés vonatkozik, míg a meglévő Biztosítottak esetén változatlan feltételekkel érvényben marad.
- 7.8. A Szerződő és a Biztosító a Csoportos Szerződés tartama során közös megegyezéssel bármikor módosíthatják a biztosítási díj mértékét, az igénybe vehető szolgáltatások körét, a szolgáltatási limitet. Amennyiben a Biztosító és a Szerződő a módosításról egyezségekre jut, a módosítás az egyezséget követően lép hatályba, azzal a feltétellel, hogy a Szerződő a módosításról annak hatályba lépése előtt 60 nappal köteles tájékoztatást küldeni a Biztosítottak részére. Amennyiben a Biztosítottak nem fogadják el a módosítást, a biztosítotti jogviszonyukat a módosítás hatályba lépése előtt a Szerződő részére küldött írásbeli nyilatkozatukkal megszüntethetik. Ebben az esetben a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozóan a módosítás hatálybalépése előtti hónap utolsó napján 24:00 órakor megszűnik.

8. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- 8.1. A Biztosítottak a Záradékban szereplő Szolgáltatási Tábla szerinti csomagok közül választhatnak.
- 8.2. A Biztosított a szolgáltatási igényét az egészségügyi ellátás igénybevétele előtt minden esetben köteles bejelenteni az Ellátásszervezőnek az Záradékban meghatározott Asszisztencia vonal telefonszámán vagy e-mail címén. **A Biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Biztosított a biztosítási a szolgáltatási igényét előzetesen nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenül válik.**
- 8.3. Ha a Biztosított olyan egészségügyi szolgáltatónál kívánja az egészségügyi ellátást igénybe venni, amely nem szerződött az Ellátásszervezővel a Biztosító csak utólagos térítéssel – az önrész levonását követően – téríti meg a szolgáltatás díját, feltéve, hogy az ellátásra az Ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően került sor, és kizárólag olyan mértékig, amennyibe az adott ellátás az Ellátásszervező által ajánlott, Ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatónál került volna. **Az adott ellátás költségéről a mértékéről a szolgáltatás igénylésekor az Ellátásszervezőtől tájékozódhat a Biztosított. Az Ellátásszervező által nyújtott tájékoztatás előzetes tájékoztatás, nem minősül a**

Biztosító általi kötelezettségvállalásnak. A Biztosító fenntartja a jogot, hogy az egészségügyi ellátást követően beküldött egészségügyi dokumentáció birtokában elutasítsa az utólagos térítési igényt, ha az nem felel meg a Biztosítási Feltételekben leírtaknak.

9. 24 ÓRÁS ORVOSI SEGÉLYVONAL SZOLGÁLTATÁS KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEI

- 9.1.** A 24 órás orvosi segélyvonal szolgáltatásra a Biztosított jogosult a kockázatviselés kezdetétől a Biztosító kockázatviselésének megszűnéséig azon hónapokban, amelyekre vonatkozóan a választott csomag díja megfizetésre került a Biztosító részére.
- 9.2.** A szolgáltatást a Biztosító az Ellátásszervező igénybevételeével nyújtja.
- 9.3.** Az orvosi segélyhívó központban szakorvosok válaszolják meg a beérkező hívásokat, és tájékoztatást adnak **a következő kérdések esetén:**
- a) egészséggel, betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos minden olyan kérdés, melynek megválaszolása orvosi szaktudást igényel,
 - b) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,
 - c) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeleteről,
 - d) tájékoztatás ügyeletes gyógyszerteráziáról,
 - e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

A 24 órás orvosi segélyvonal szolgáltatás a Záradékban megadott Asszisztencia vonal számának hívásával érhető el.

10. MÁSODIK ORVOSI VÉLEMÉNY SZOLGÁLTATÁS KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEI

- 10.1.** Második orvosi vélemény alatt a jelen Biztosítási Feltételek alkalmazásában a Biztosított által az Ellátásszervezőnek feltett, a Biztosított súlyos betegségre vonatkozó orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves orvos-szakértő által készített **orvosi távszakvéleményt kell érteni.**
- 10.2. A biztosítási esemény**
- Biztosítási esemény a Biztosítottnak a Záradékban megadott Asszisztencia vonal telefonszámán vagy e-mail címén bejelentett, második orvosi véleményre vonatkozó igénye. A biztosítási esemény időpontja a jelen Biztosítási Feltételek szerint **teljesíthető igény** bejelentésének időpontja.
- 10.3. A Biztosító szolgáltatása**
- A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az Ellátásszervező a Biztosított által a részére rendelkezésre bocsátott orvosi dokumentumok birtokában 30 munkanapon belül beszerzi a második orvosi véleményt, amelyet magyar nyelven az egyeztetett módon átad a Biztosítottnak.
- 10.4.** A biztosítási esemény bejelentése nem jelenti az Ellátásszervező azonnali rendelkezésre állását. A második orvosi vélemény elkészítésébe bevont orvosok kiválasztásában a szolgáltatást nyújtó Ellátásszervező dönt.
- 10.5. A szolgáltatás keretében készített szakvélemény célja kiegészítő információ nyújtása, és nem egy önálló orvosi diagnózis felállítása és terápiás döntés meghozatala, utóbbiak ugyanis személyes orvos-beteg találkozást tennének szükségessé; ennek megfelelően a szakvéleményért és az abban foglaltak felhasználásáért a Biztosító, illetve a szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltató nem tartozik felelősséggel.**
- 10.6. Második orvosi véleményre az alábbi események, illetve körülmények együttes fennállása biztosít jogosultságot:**
- rendelkezésre álló első orvosi vélemény,
 - az egészségügyi szolgáltató által meghatározott, a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi dokumentumok Biztosított általi átadása az Ellátásszervező részére (az átadás történhet postai úton, faxon vagy e-mailen),
 - az egészségügyi szolgáltató által meghatározott egyéb dokumentumok (különösen kérelem, kérdőív vagy jogi nyilatkozat) kitöltése és aláírása.
- 10.7. Második orvosi vélemény az alábbi, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező betegségek esetén kérhető:**
- az életet fenyegető rákos (rosszindulatú daganatos) megbetegedés,
 - szívbetegség, szív- és érsebészeti beavatkozást igénylő betegség,
 - szervátültetés,
 - neurológiai és idegsebészeti betegség,
 - az idegrendszer degeneratív betegségei és szklerózis multiplex,
 - veseelégtelenség következtében kialakult betegség, állapot,
 - az életet fenyegető betegség, állapot vagy nagy bonyolultságú beavatkozás szükségessége.

10.8. A szolgáltatás működése

- Biztosított a Záradékban megadott Asszisztencia vonal telefonszámán vagy e-mail címén bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét.
- Az Ellátásszervező tájékoztatást ad a szolgáltatásról, és a Biztosítottnak megküldi a szolgáltatás igénybe vételéhez szükséges kérdőívet és jogi nyilatkozatot.
- A Biztosított az Ellátásszervező által megadott kérdőív kitöltésével, valamint jogi nyilatkozat aláírásával, a 10.9. pontban felsorolt egészségügyi dokumentumok, és mindezek Ellátásszervező részére történő megküldésével írásban kezdeményezi a szolgáltatás igénybevételét.
- Az Ellátásszervező a Biztosítottal egyeztetett formátumban és módon (email, telefax, nyomtatott formában postai küldemény) megküldi a Biztosított részére a szakvéleményt.
- Az Ellátásszervező ezt követően a második orvosi vélemény átadása után esetlegesen szükségessé váló további távkonzultációt biztosít a Biztosított számára.

10.9. A szolgáltatást érintő egyéb tudnivalók

- **A második orvosi véleményt minden esetben a Biztosított kezelőorvosai által készített leletei és a már felállított diagnózis alapján nyújtják, személyes orvosi találkozóra és vizsgálatokra nem kerül sor.**
- A Biztosított **csak akkor jogosult** a második orvosi vélemény igénybevételére, ha őt előtte a kérelmezett szakvélemény tárgyát képező betegség tekintetében egy Magyarországon orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkező orvos megvizsgálta, és a vizsgálatról leleteket készített, illetve írásos diagnózist állított fel.
- A második orvosi vélemény igénylésekor a **kérelemhez a Biztosítottnak csatolnia kell az esetről készült orvosi/kórházi leleteket, laboratóriumi vizsgálati eredményeket, orvosi jelentéseket, szövetszövetminták eredményét, és minden egyéb vizsgálati eredményt, melyek alátámasztják a kezdeti diagnózist, továbbá csatolnia kell az Ellátásszervező által kért további jelentéseket és vizsgálati eredményeket.** A Biztosított kérésére és felhatalmazásával az Ellátásszervező kapcsolatba lép a kezelőorvossal, hogy megbeszélje vele az esetet, és bekérje tőle a második orvosi véleményhez elkészítéséhez szükséges információt.
- A pótlólagosan felmerülő orvosi vizsgálatokkal és kezelésekkal, orvosi jelentések megírásával, vizsgálatokkal kapcsolatos költséget és díjakat a Biztosított fizeti.
- A második orvosi vélemény nem használható fel a Biztosított kezelőorvosa döntésének helyettesítésére, tekintve, hogy bármely klinikai döntés meghozatalához személyes orvos-beteg találkozás és tényleges orvosi kivizsgálás szükséges.
- **A második orvosi vélemény tudományos vagy jogi bizonyítékként nem felhasználható.**

11. KORLÁTLAN ELLÁTÁSSZERVEZÉS IGÉNYBEVÉTELÉNEK KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEI

11.1. A Biztosító szolgáltatása

- 11.1.1. A Biztosító az Ellátásszervezőn keresztül egészségügyi szolgáltatói partnerekből álló hálózatot bíz meg, melyeknek segítségével a Biztosított számára a Biztosított költségén, orvosi szakellátás, diagnosztika és szűrővizsgálatok megszervezését vállalja Magyarországon területén belül.
- 11.1.2. Ha a Biztosított szeretne részt venni az Ellátásszervező orvosa által javasolt szűrővizsgálatokon, vagy szakorvosi vizsgálatra, laboratóriumi vagy képalkotó (RTG, UH, CT, MRI) vizsgálatra van szüksége, úgy a biztosítással segítséget kap abban, hogy megtalálja a szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltatót, ahol az igényelt szakorvosi ellátás – térítés ellenében – elérhető.
- 11.1.3. Az Ellátásszervező a szolgáltató ajánlásán túl a Biztosított kérésére az igényelt szakellátás megszervezését is vállalja. A szolgáltatás az információ szolgáltatását és – igény szerint – az ellátás megszervezését tartalmazza.
- 11.1.4. A Biztosított kérésére az Ellátásszervező tájékoztatást ad arról, hogy a Biztosított által preferált településen mely szakvizsgálatok illetve szűrővizsgálatok elvégzése lehetséges, ugyancsak tájékoztatást ad Biztosítottnak a javasolt vizsgálatok várható díjáról.
- 11.1.5. Amennyiben a Biztosított a számára az Ellátásszervező által megszervezett szolgáltatást a megbeszélte időpontban nem veszi igénybe, és erről legalább 2 nappal korábban értesíti az Ellátásszervezőt az Biztosítási Feltételek Záradékában megadott Asszisztencia vonal telefonszámán vagy e-mail címén, úgy a Biztosított még egy alkalommal jogosult a lemondott szakvizsgálat ismételt megszervezésére. **Amennyiben a Biztosított a számára megszervezett szolgáltatást a megbeszélte időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről legalább 2 munkanappal korábban nem értesíti az Ellátásszervezőt, úgy a Biztosított a megszervezett szakvizsgálat ismételt megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.**
- 11.2. **A megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját minden esetben a Biztosított fizeti. A megszervezett egészségügyi szolgáltatások aktuális díjszabását az egészségügyi szolgáltató állapítja meg.**
- 11.3. **A Biztosító és az Ellátásszervező nem felel a megszervezett szolgáltatás során végzett konkrét szakmai munkáért, az egészségügyi ellátás során az egészségügyi szolgáltató intézmények által végzett tevékenységért és okozott kárért közvetlenül az egészségügyi szolgáltató tartozik felelősséggel.**

11.4. A szolgáltatás igénybevétele

A szolgáltatás működése az alábbiak szerint történik:

- A szakvizsgálat megszervezése munkanapokon 8–20 (reggel nyolc–este nyolc) óra között történik.

- A Biztosított felhívja a Záradékban megadott Asszisztencia vonal telefonszámát vagy az ott megadott e-mail címen bejelenti a szolgáltatás iránti igényét.
- Megtörténik a telefonáló azonosítása, szükség esetén a jogosultság ellenőrzése név, és azonosító szám vagy születési dátum alapján.
- Az operátor rögzíti az igényét, egyeztet a Biztosítottal az általa preferált települést és időpontot, kiválasztja az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatót, és elkezd a kért szakvizsgálat megszervezését, és tájékoztatja Biztosítottat a folyamatról.
- A szolgáltatás lebonyolítása előtt a Biztosító a szakvizsgálat szükségességét igazoló orvosi dokumentumok (szakorvosi ellátást igazoló ambuláns lap, kórházi zárójelentés, szakorvosi beutaló) bemutatását kérheti a Biztosítottól. Amennyiben a kért szakvizsgálat szükségessége orvosilag nem megalapozott, vagy ellenjavallt, az Ellátásszervező a vizsgálat megszervezését megtagadhatja.
- A szolgáltatás megszervezésének határideje tizenöt (15) munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes dokumentum a Biztosító rendelkezésére áll.

12. AZ ORVOSI ELLÁTÁS (JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS, AMBULÁNS MŰTÉTEK, LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATOK, LABORATÓRIUM ÉS DIAGNOSZTIKA, NAGYÉRTÉKŰ DIAGNOSZTIKA, EGYNAPOS SEBÉSZET ÉS GYÓGYTORNÁ SZOLGÁLTATÁS) IGÉNYBEVÉTELÉNEK KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEI

12.1. Orvosi ellátás

12.1.1. A biztosítási esemény

Biztosítási esemény a Biztosított és a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező betegsége, balesete kapcsán szükségessé váló orvosilag indokolt, előre tervezhető időpontban végezhető, nem sürgős egészségügyi ellátása, ambuláns vagy egynapos sebészet keretében végzett műtete, labor- és diagnosztikai vizsgálata és gyógytorna kezelése.

12.1.2. Az orvosi ellátás elemei

Orvosi ellátás keretében a Biztosított a Záradékban felsorolt orvosszakmákban járóbeteg ellátást, gyógytorna szolgáltatást, ambuláns vagy egynapos sebészet keretében végzett műtétet, valamint labor- és diagnosztikai vizsgálatokat vehet igénybe.

12.1.3. A biztosítási csomagonként igénybe vehető járóbeteg-ellátásokat a Záradék tartalmazza.

12.1.3.1. A Biztosító a jelen Különös Biztosítási Feltételek szerinti járóbeteg-ellátás esetében – a gyógytorna szolgáltatás kivételével – önrészt számít fel, amelynek megfizetésére a Biztosított köteles. Az önrész mértékére vonatkozó szabályokat a Záradék tartalmazza.

12.1.4. A biztosítási csomagonként igénybe vehető laborvizsgálatokat a Záradék tartalmazza.

12.1.5. A biztosítási csomagonként igénybe vehető labor- és diagnosztika vizsgálatokat a Záradék tartalmazza.

12.1.6. A biztosítási csomagonként igénybe vehető nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokat a Záradék tartalmazza.

12.1.7. A biztosítási csomagonként igénybe vehető egynapos sebészeti ellátásokat a Záradék tartalmazza.

12.2. Szolgáltatási limitek

12.2.1. A 12.1. pontban meghatározott orvosi ellátásokat a Biztosítási Feltételek Záradékában meghatározott limitig (keretösszegig) vehetik igénybe a Biztosítottak.

12.2.2. Biztosított egy biztosítási évben 100.000 Ft keretösszegig, de legfeljebb biztosítási évente 5 alkalommal jogosult gyógytorna igénybevételére.

12.3. A Biztosító szolgáltatása

12.3.1. Az orvosi ellátás igénybevételéhez a Biztosított jelentkezik be az Ellátásszervezőnél telefonon a Záradékban szereplő Asszisztencia vonalon vagy e-mail címen. Az Asszisztencia vonalon a telefonos szolgáltatás munkanapokon 8–20 (reggel nyolc-este nyolc) óra között áll rendelkezésre. Megtörténik a telefonáló azonosítása, szükség esetén a jogosultság ellenőrzése név és azonosító szám, születési dátum alapján. Amennyiben az Ellátásszervező a szakorvosi javaslat és jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján jogosnak ítéli a Biztosított ellátási igényét, megszervezi a kért ellátást. A jelentkezéstől és az ellátás megszervezéséhez szükséges összes egészségügyi dokumentum beérkezésétől számított 5 (öt) munkanapon belül az Ellátásszervező telefonon vagy e-mailben tájékoztatja a Biztosítottat az ellátás időpontjáról, helyéről.

12.3.2. Amennyiben a Biztosított a számára az Ellátásszervező által megszervezett szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem veszi igénybe, és erről legalább 2 munkanappal korábban értesíti az Ellátásszervezőt az Biztosítási Feltételek Záradékában megadott Asszisztencia vonal telefonszámán vagy e-mail címen, úgy a Biztosított még egy alkalommal jogosult a lemondott szakvizsgálat ismételt megszervezésére. Amennyiben a Biztosított a számára megszervezett szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről legalább 2 munkanappal korábban nem értesíti az Ellátásszervezőt, úgy a Biztosított a megszervezett szakvizsgálat ismételt megszervezésre az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.

- 12.3.3. A Biztosító az igénybe vett egészségügyi ellátás költségeit – az éves szolgáltatási limit erejéig – teljes mértékben átvállalja, amennyiben a Biztosított a szolgáltatást az Ellátásszervező által meghatározott szolgáltatónál veszi igénybe. Kivételt képeznek a Záradékból felsorolt járóbeteg-ellátás körébe tartozó orvosi ellátások, melyek esetében ezek költségeit önrész megfizetése után vállalja át a Biztosító. Az önrész mértékét a Záradék tartalmazza.
- 12.3.4. Az orvosi ellátás igénybevételéhez orvosi beutaló nem szükséges, azonban a szemészet, bőrgyógyászat, belgyógyászat, fül-orr-gégészet, sebészet, nőgyógyászat kivételével a Biztosító vagy az Ellátásszervezője előzetes orvosi vizsgálatot írhat elő (és kérésre a Biztosított költségén megszervezi) az ellátás indokoltságának megítélésére, illetve a Biztosított által igényelt orvosi ellátás szükségességét igazoló dokumentumok és leletek bemutatását kérheti a Biztosítottól. Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokhoz és gyógytorna szolgáltatáshoz szakorvosi beutaló vagy javaslat szükséges.
- 12.4. Biztosító a járóbeteg-ellátásra, az ambuláns műtetre, a laboratóriumi vizsgálatokra, a labor- és diagnosztikai vizsgálatra, a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra és gyógytorna szolgáltatásra 1 hónap, míg az egynapos sebészeti szolgáltatásra 3 hónapos várakozási időt köt ki. A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási események vonatkozásában a Biztosító sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.
- 12.5. A Biztosító és az Ellátásszervező nem felel a megszervezett szolgáltatás során végzett konkrét szakmai munkáért, az egészségügyi ellátás során az egészségügyi szolgáltató intézmények által végzett tevékenységért és okozott kárért közvetlenül az egészségügyi szolgáltató tartozik felelősséggel.

13. SZEMÉLYRE SZABOTT SZŰRŐVIZSGÁLATI CSOMAG ÖSSZEÁLLÍTÁSÁNAK ÉS MEGSZERVEZÉSÉNEK KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEI

13.1. A Biztosító szolgáltatása

- 13.1.1. A Biztosított telefonon kérheti az Ellátásszervezőtől a számára – az életkora és neme alapján – ajánlott szűrővizsgálatok megnevezését. Az Ellátásszervező egészségügyi szakembere a Biztosítottal folytatott telefonbeszélgetés során tájékozik a Biztosított egészségi állapotáról és igényeiről. Az így szerzett információ alapján a Biztosított a számára orvosilag indokolt szűrővizsgálatokra kap javaslatot.
- 13.1.2. A Biztosított kérésére tájékoztatást kap arról, hogy az általa preferált településen mely szűrővizsgálatok elvégzése lehetséges, továbbá, hogy a javasolt vizsgálatoknak mi a várható díja.
- 13.1.3. A megszervezett szűrővizsgálatok díját minden esetben a Biztosított fizeti.

13.2. A szolgáltatás igénybevétele

A szolgáltatás működése az alábbiak szerint történik:

- A Biztosított felhívja a Záradékból megadott Asszisztencia vonal telefonszámát, ahol egy operátor válaszolja meg a hívást, vagy a Biztosított e-mailt ír a Záradékból megadott e-mail címre.
- Megtörténik a Biztosított azonosítása, szükség esetén a jogosultság ellenőrzése név, és azonosító szám vagy születési dátum alapján.
- Az operátor továbbítja a hívást vagy az e-mailt az Ellátásszervező orvosának, aki tájékozik a Biztosított egészségi állapotáról, és ezek alapján meghatározza a számára szükséges szűrővizsgálatokat, és tájékoztatja a Biztosítottat azok lehetséges helyszínéről és költségeiről.
- A Biztosító megbíztítja a javasolt szűrővizsgálatokról a Biztosított kérésére telefonon vagy e-mail üzenetben tájékoztatást ad.

- 13.3. Amennyiben a Biztosított a számára az Ellátásszervező által megszervezett szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem veszi igénybe, és erről legalább 2 munkanappal korábban értesíti az Ellátásszervezőt az Biztosítási Feltételek Záradékból megadott Asszisztencia vonal telefonszámán vagy e-mail címén, úgy a Biztosított még egy alkalommal jogosult a lemondott szakvizsgálat ismételt megszervezésére. **Amennyiben a Biztosított a számára megszervezett szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről legalább 2 munkanappal korábban nem értesíti az Ellátásszervezőt, úgy a Biztosított a megszervezett szakvizsgálat ismételt megszervezésre az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.**

- 13.4. A Biztosító és az Ellátásszervező nem felel a megszervezett szolgáltatás során végzett konkrét szakmai munkáért, az egészségügyi ellátás során az egészségügyi szolgáltató intézmények által végzett tevékenységért és okozott kárért közvetlenül az egészségügyi szolgáltató tartozik felelősséggel.

14. KIZÁRÁSOK

14.1. Általános kizárások

- 14.1.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek ok-okozati összefüggésben vannak a Biztosított alábbiakban meghatározott sporttevékenységével:
- Autómotor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rali, motocross, ügyességi versenyek gépkocsival, gokart sport, autocrash (roncsautó) sport, motorcsónak sport.
 - Repülőtevékenység: motoros, segédmotoros, illetve motor nélküli légi jármű, ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, gumikötél ugrás, mezőgazdasági repülés.
 - Egyéb: bűvárkodás, nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, illetve sziklamászás, barlangászat.

- 14.1.2. A Biztosító kockázatviselése nem terjed háború, zavargások, felkelések esetén arra az eseményre, melyközvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll az alábbi eseményekben történő aktív vagy passzív részvétellel:
- háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határvillongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás, terrorcselekmény, felvonulás, sztrájk, munkahelyi rendbontás,
 - felkelésben, lázadásban, vagy zavargásban való részvétel, kivéve ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelesegteljesítés közben kerül sor.

Jelen Biztosítási Feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglalást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

- 14.1.3. Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre sem, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.

- 14.1.4. Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése az Előzménybetegségekre (3.16.)

- 14.1.5. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:

- a Biztosított elme és pszichiátriai kóros állapota,
- a jogszabály szerint ionizáló vagy annak minősülő sugárzás, nukleáris energia,
- a Biztosított öngyilkossági kísérlete,
- a Biztosított súlyosan ittas (0,8 (nulla egész nyolctized) ezrelék véralkoholszintet elérő vagy azt meghaladó) vagy kábítószer alkalmazásának hatása alatti állapota.

- 14.1.6. Biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárfizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve a biztosítási szolgáltatás kifizetésével a Biztosító sértene az ENSZ határozata szerinti bármely szankciót, rendelkezést, vagy rendeletet vagy az Európai Unió, Magyarország, az Egyesült Királyság, illetve az Egyesült Államok kereskedelmi, pénzügyi embargóit vagy gazdasági szankcióit, törvényeit vagy rendeleteit, (amennyiben ezek nem sértik a Biztosítóra vonatkozó bármely szabályozást vagy adott nemzeti jogszabályt).

- 14.1.7. A Biztosító kizárja helytállási kötelezettségét a kibereemény következtében bekövetkezett károkra és költségekre, nem vagyoni sérelemre, valamint üzemszünetből származó károkra és költségekre.

- 14.1.8. Kibereemény: nem kívánt vagy nem várt egyedi esemény vagy eseménysorozat, amely az elektronikus információs rendszerben, információtechnológiai rendszerben vagy az ezek által felügyelt és/vagy irányított rendszer(ek)ben kedvezőtlen változást vagy egy előzőleg ismeretlen károsító helyzetet idéz elő, és amelynek hatására az elektronikus információs rendszer, információtechnológiai rendszer által hordozott információ bizalmassága, sértetlensége, hitelessége, funkcionalitása vagy az ezek által felügyelt és/vagy irányított rendszer rendelkezésre állása és üzemszerű működése elvész, illetve megsérül.

- 14.1.9. A Biztosító abban az esetben sem nyújt szolgáltatást, ha a kibereemény az információs technológia eszközeinek használatával következett be.

14.2. Egyes biztosítási eseményekkel kapcsolatos kizárások

- 14.2.1. Az orvosi ellátás (járóbeteg-ellátás, ambuláns műtétek, laboratóriumi vizsgálatok, nagyértékű diagnosztika, és gyógytorna szolgáltatás) különös feltételeire vonatkozó kizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakra:

- Sürgősségi ellátások, életveszély elhárítása.
- A művi terhesség-megszakítás, (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség-megszakítások eseteit, illetve a magzat olyan várható rendellenességei miatti beavatkozásokat, melyek orvosi szempontból indokolják a terhesség megszakítását) terhesgondozás.
- Jogszabályban meghatározott az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások, az embriókkal és ivarsejtekkel végzett kutatások, a művi meddővé tétel, továbbá a kizárólag a meddőség megszüntetésével kapcsolatos műtétek, illetve a mesterséges megtermékenyítés bármely formájával kapcsolatos vizsgálatok, kezelések és beavatkozások.
- Nemi jelleg megváltoztatására irányuló egészségügyi szolgáltatások.
- Jogszabályban meghatározott szerv és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások, vagy protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beszerzése, beültetése, vagy művesekezelés.
- Egészségügyi szakértői tevékenység.
- Esztétikai céllal végzett kezelés és sebészeti beavatkozás.

- Ápolás és haldokló páciensek gondozása (hospice), életfenntartó beavatkozások, a geriátriai ellátás, jogszabályban meghatározott krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása, kivéve a krónikus betegségek kórismézését, a kezelésük első beállítását, az akut szakaszainak akut ellátását.
- Állapotfenntartó infúziós kezelések, (pl. akut tünetek nélküli keringésvajító kezelések, vitaminkúrák stb.), jogszabályban meghatározott emberen végzett orvostudományi kutatások.
- Orvosi, illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.
- Jogszabályban meghatározott, a katasztrófa és népegészségügy körébe tartozó egészségügyi ellátások és szolgáltatások, ideértve a kötelező illetve életkorhoz és/vagy munkakörhöz kapcsolódó, a jogszabályokban és orvosi javaslatokban rögzített védőoltási kötelezettség elmulasztását.
- Alkohol, drog vagy kábítószer, illetve szenvedélybetegség, továbbá a lelki működészavarok és betegségek miatti elvonókúrák (egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás, vizsgálatok és kezelések), a lelki működészavarok és betegségek.
- Jogszabályban meghatározott, a nem-konvencionális eljárások körébe tartozó ellátás, természetgyógyászati kezelés, akupunktúra, alternatív gyógyászat, wellness szolgáltatások, gyógytárgyok, logopédiai ellátás.
- Jogszabályban meghatározott megelőzés, és a más jellegű megelőző ellátások, szűrővizsgálatok, orvosi vizsgálatok, ez alól kivételt képeznek a Biztosító által elrendelt egészségfelmérés részét képező szűrővizsgálatok.
- HIV-fertőzéssel okozati összefüggésben álló események, továbbá a szexuális úton átvihető betegségek miatti események (STD)
- Hajdiagnosztika.
- Injekciós kezelés.
- Visszérbetegség injekciós kezelése.
- Lézerrel végzett kezelések.
- Fogászati ellátás, fogászati ellátás céljából végzett vizsgálat.
- Proktológiai vizsgálat, ellátás, beavatkozás.
- Nemibeteg gondozás.
- Hepatitis fertőzött betegek gondozása.
- Alkalmassági vizsgálatok.
- Pszichiátriai vizsgálat, kezelés.
- Talpdiagnosztika.
- Hőterápiás vizsgálatok.
- Meddőséggel kapcsolatos orvosi ellátás, vizsgálat, diagnosztika.
- Szűrési céllal elvégzett vizsgálatok.
- Ha az ellátás orvosilag nem indokolt.

14.2.2. Egynapos sebészeti ellátás szolgáltatásra vonatkozó kizárások

Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselés, szolgáltatási kötelezettsége az ismétlődő vagy gondozás keretében elvégzett műtéti eljárásokra, valamint az alábbi beavatkozásokra:

- fénytörési hibát javító szemműtétek (PRK, LASIK, LASEK, INTRALASIK stb.),
- szépségügyi okból végzett beavatkozások,
- meddővé tétel,
- meddőséggel kapcsolatos ellátások és vizsgálatok,
- terhesség-megszakítás, kivéve a méhen kívüli terhesség miatti ellátás,
- fogászati és szájszészeti beavatkozások,
- dialízis kezelés,
- lézerrel végzett kezelések,
- visszérbetegség lézeres vagy radiofrekvenciás kezelése, scleroterápia.

15. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha bizonyítja, hogy

- a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a Szerződő vagy a Biztosított, a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk vagy az általános szerződési feltételben meghatározott munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk okozta.
- a Szerződő vagy Biztosított jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségét megszegi, kivéve azt, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

16. A FELEK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

A Szerződő köteles a szerződéskötéskor, a Biztosított pedig a csatlakozás időpontjában a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a Biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett.

A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

A Szerződő és a Biztosított köteles a lényeges körülmények változását a Biztosítóknak írásban bejelenteni. **A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő vagy a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor (az adott Biztosított vonatkozásában a csatlakozás időpontjában) ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.**

Amennyiben a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése csak egyes Biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi Biztosított vonatkozásában nem hivatkozhat.

Sem a Szerződő, sem a Biztosított nem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől, illetve a Biztosított csatlakozásától a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

Ha a Biztosító a szerződéskötés, illetve az adott Biztosított vonatkozásában a csatlakozás után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

Ha a Szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő figyelmét felhívta.

Amennyiben a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése csak egyes Biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a Biztosító az előzőekben részletezett szerződésmódosítási, illetve felmondási jogát a többi Biztosított vonatkozásában nem gyakorolhatja.

Jelen szerződési feltételek szempontjából nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a Biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

Ha a Biztosító a szerződéskötést, adott Biztosított szerződéshez csatlakozását követően szerez tudomást a szerződéskötéskor, csatlakozáskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának, az adott Biztosított vonatkozásában a csatlakozástól számított első öt évben gyakorolhatja.

A Szerződés vagy a Biztosító kockázatviselése megszűnése esetében a Biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért. Amennyiben az időarányos díjnál több díjat fizetettek be, a Biztosító a díjtöbbletet köteles a Szerződőnek visszatéríteni, a Szerződő pedig a Biztosítóval elszámolni.

A Biztosító a szolgáltatása teljesítésének esedékességét csak olyan egészségügyi dokumentum bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges. A Biztosítottnak minden esetben joga van azonban olyan további bizonyítékok felmutatására, amelyeket – a bizonyítás általános szabályai szerint – követelésének érvényesítéséhez szükségesnek lát.

17. MARADÉKJOGOK

A Csoportos Biztosítási szerződés maradékjogokkal nem rendelkezik, így nem vonatkozik rá a visszavásárlási jog és a díjmentes leszállítási joga, továbbá nincs lehetőség kötvénykölcsön felvételére sem.

18. TÖBBLETHOZAM VISSZATÉRÍTÉS

A Csoportos Biztosítási szerződés alapján többlethozam visszajuttatására nem kerül sor. A Biztosító technikai kamatlábat nem alkalmaz. A Biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

19. A BIZTOSÍTÁS ELÉVÜLÉSE

A Csoportos Biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított 5 (öt) éven belül elévülnek.

20. AZ ALKALMAZOTT JOG

A szerződés tekintetében a magyar jogrend az irányadó, az alkalmazandó jog a magyar.

21. A BIZTOSÍTÓ ADATAI

21.1. Általános adatok

Név: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Székhely: 1091 Budapest, Üllői út 1.
Cégjegyzékszám: 01-10-041365 Fővárosi Törvényszék Cégbírósága
Adószám: 10389395-4-44
Felügyeleti szerv: Magyar Nemzeti Bank

21.2. Ügyfélszolgálatok

Személyes ügyfélszolgálat: A Biztosító ügyfelek számára nyitva álló helyiségeinek (Központi Ügyfélszolgálati Iroda, Értékesítési pontok) címe és nyitvatartási ideje, valamint a telefonos ügyfélszolgálat nyitvatartási ideje az alábbi linken található: alfa.hu/ugyintezes/elerhetosegek.html.

Telefonszám: (+36) 1-477-4800

Elektronikus elérhetőség: alfa.hu/irjonnekunk

21.3. Éves jelentés közzététele

A Biztosító köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről. A jelentés a Biztosító honlapján (alfa.hu) megtalálható.

22. PANASZKEZELÉS

22.1. Jelen ügyfelek részére a Biztosító Panaszkezelési szabályzata alapján készített Ügyfélértékelő a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.), a 66/2021. (XII. 21.) MNB rendelet az egyes pénzügyi szervezetek panaszkezelésének formájára és módjára vonatkozó részletes szabályokról valamint a biztosítók, a többes ügynökök és az alkuszok panaszkezelésének eljárásával, valamint panaszkezelési szabályzatával kapcsolatos részletes szabályokról szóló 437/2016. (XII.16.) Korm.rendelet rendelkezéseinek megfelelően szabályozza az **Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.** (a továbbiakban: Biztosító) részére benyújtott, a Biztosító, vagy az általa megbízott partnerek tevékenységével, szolgáltatásaival, eljárásával kapcsolatos panaszok hatékony, átlátható és gyors kezelését.

A Biztosító befogad minden, a tevékenységével, termékeivel vagy szolgáltatásaival kapcsolatban felmerült bejelentést, továbbá biztosítja, hogy ügyfelei a Biztosító vagy megbízott partnerei magatartására, tevékenységére, vagy mulasztására vonatkozó panaszokat szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) bejelenthessék. A Biztosító a panaszokat azok jellege szerint nyilvántartásba veszi, kezeli, vizsgálja és írásban megválaszolja.

22.2. A Tájékoztató közzététele

A Biztosító jelen Ügyfélértékelőt a Panaszkezelési szabályzatról az ügyfélfogadásra nyitva álló helyiségeiben és honlapján (alfa.hu) teszi közzé.

22.3. Fogalmak

- a) **Fogyasztó:** az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy
- b) **Panaszos:** Lehet természetes személy, jogi személy, jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság vagy más szervezet, aki/amely a Biztosító szolgáltatását igénybe veszi, vagy a szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatás címzettje.

A panasz képviselő vagy meghatalmazott útján történő benyújtása esetén a Biztosító megvizsgálja a képviselői/eljárási jogosultságot, amelyet a benyújtó meghatalmazással igazol. Bejelentésre szolgáló nyomtatvány alkalmazása esetén a panaszos neve mellett fel kell tüntetni a panaszos – törvényes, illetve meghatalmazotti – képviselőjeként eljáró, panaszbenyújtó természetes személy nevét is (pl. vállalat képviselője, természetes személy meghatalmazottja, stb.). Hiányos vagy nem megfelelő meghatalmazás esetén a Biztosító kezdeményezi a meghatalmazottnál a meghatalmazás pótlását vagy javítását, kiegészítését.

A Biztosító az alakilag és tartalmilag megfelelő meghatalmazással rendelkező – az Ügyfél képviseletében eljáró személlyel – a Magyar Nemzeti Bank 16/2021. (XI.25.) ajánlásának (a továbbiakban: Ajánlás) 22. pontjában foglaltak szerint – együttműködik.

A panaszos általában ügyfele a Biztosítóknak, panaszosnak tekintendő azonban az a személy is, aki a Biztosító eljárását nem valamely konkrét szolgáltatással, hanem egyéb, a szolgáltatással összefüggő tevékenységével (pl. hirdetés, adatkezelés) kapcsolatban kifogásolja.

- c) **Panasz:** a Biztosító tevékenységével, szolgáltatásával, termékeivel vagy a Biztosító képviseletében eljáró partnerek termékértékesítéssel közvetlen kapcsolatban tanúsított magatartásával, tevékenységével vagy mulasztásával összefüggésben az Ügyfélől származó minden olyan írásban vagy szóban tett kritika, negatív értékelés vagy észrevétel, amellyel az Ügyfél elégedetlenségét fejezi ki a Biztosító eljárásával kapcsolatban..
 - az Ügyfél részéről a Biztosító tevékenységével, szolgáltatásával szemben felmerülő minden olyan kifogás, amelyben az Ügyfél az általa előzetesen benyújtott kifogás/panasz kivizsgálásának eredményét el nem fogadva a Biztosító eljárását továbbra is kifogásolja.
 - a felügyeleti hatóságtól érkező, egyedi ügyfélbejelentések alapján indult eljárások minden esetben panasznak minősülnek.
- d) **Ajánlás:** A Magyar Nemzeti Bank 16/2021. (XI.25.) számú ajánlása a pénzügyi szervezetek panaszkezeléséről

22.4. A panaszbejelentés módja

A panaszügyeket, függetlenül attól, hogy a Biztosító mely szervezeti egységéhez érkeztek be azok tartalmának figyelembevételével – az alábbiakban meghatározott kivételektől eltekintve – kötelező haladéktalanul eljuttatni a Panaszirodának, ahol ezek a panasz-nyilvántartásban rögzítésre kerülnek.

A Biztosító adatkezelésével kapcsolatos észrevételeket, panaszokat, bejelentéseket amennyiben adatvédelmi incidensként nem kerülnek a NAIH felé jelentésre panaszként kell kezelni.

Az Ügyfél panaszának kivizsgálása térítésmentes, azért a Biztosító külön díjat nem számít fel. A Biztosító az ügyfél panaszát a panaszbeadvánnyal érintett ügyre vonatkozó összes körülmény figyelembevételével vizsgálja ki.

Az Ügyfelek bejelentéseiket szóban és írásban is közölhetik az alábbi módokon.

Szóbeli panasz személyesen vagy telefonon tehető:

a) **személyesen:** valamennyi, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségben

- **Központi Ügyfélszolgálati Iroda**

Cím: 1091 Budapest Üllői út 1.

Nyitva tartás: hétfő, kedd, szerda és péntek 8.00–16.00, csütörtök 8.00–20.00

- **Értékesítési pontok**

Cím lista: alfa.hu/ugyintezes/ertekesitesi-pontok.html, a linken feltüntetett nyitvatartási időben.

b) **telefonon:** (+36) 1-477-4800, külföldről is hívható telefonszámon csütörtökön 8.00 és 20.00 óra között, a hét többi munkanapján 8.00 és 16.00 óra között. Az irodák címe, és nyitvatartási valamint a telefonos ügyfélszolgálat nyitvatartási ideje az alfa.hu/ugyintezes/elерhetosegek.html linken található.

A telefonos ügyfélszolgálaton keresztül a Biztosító munkatársai ügyfélfogadási időben fogadják az ügyfelek panaszait. A Biztosító az Ügyfél telefonon történő panaszbejelentése esetében az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadás és ügyintézés biztosítására törekszik. Ennek keretében a hívás sikeres felépülésének időpontjától számított 5 (öt) percen belüli élőhangos bejelentkezés érdekében úgy jár el, ahogy az az adott helyzetben a Biztosítótól elvárható.

Írásbeli panasz az alábbi csatornákon tehető:

a) **személyesen vagy más által:** az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján

- **Központi Ügyfélszolgálati Iroda**

Cím: 1091 Budapest Üllői út 1. (1813 Budapest, Pf. 245)

Nyitva tartás: hétfő, kedd, szerda és péntek 8.00–16.00, csütörtök 8.00–20.00

- **Értékesítési pontok**

Cím lista: alfa.hu/ugyintezes/ertekesitesi-pontok.html, a linken feltüntetett nyitvatartási időben.

b) **postai úton:** Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Panasz és Kiemelt Ügykezelési csoport, 9401 Sopron, Pf. 22

c) **telefaxon:** (+36) 1-476-5791

d) **elektronikus úton** az alfa.hu/ugyintezes/online-panaszbejelentes.html linken online, vagy az alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelentes.html elhelyezett panaszbejelentőn vagy a panasz@alfa.hu e-mail címen.

e) **adatkezelési ügyekben elektronikusan** az alfa.hu/adatbiztonsag oldalon vagy az adatvedelem@alfa.hu e-mail címen.

Az Ügyfélnek írásbeli panasz benyújtására személyesen vagy más által átadott irat útján is lehetősége van. A panasz képviselő vagy meghatalmazott útján történő benyújtása esetén a Biztosító megvizsgálja a képviseleti/eljárási jogosultságot, amelyet a benyújtó személy – a polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvényben foglalt követelményeknek megfelelő teljes bizonyító erejű magánokiratba vagy közokiratba foglalt – meghatalmazással igazol. Hiányos vagy nem megfelelő meghatalmazás esetén a Biztosító kezdeményezi a meghatalmazottnál a meghatalmazás pótlását vagy javítását, kiegészítését.

Bejelentésre szolgáló nyomtatvány alkalmazása esetén a panaszos neve mellett fel kell tüntetni a panaszos – törvényes, illetve meghatalmazotti – képviselőjeként eljáró, panaszbenyújtó természetes személy nevét is (pl. vállalat képviselője, természetes személy meghatalmazottja, stb.).

Az Ügyfélre, az Ügyféllel fennálló szerződésre vonatkozóan a Biztosító információt kizárólag az Ügyfél (Szerződő, Biztosított, Szolgáltatásra jogosult) vagy érvényes és alakszerű, közokiratba, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt, a kért adatok pontosan tartalmazó meghatalmazással rendelkező Meghatalmazott részére szolgáltat ki. Ez utóbbi esetben az Ügyfél által adott meghatalmazásban a kiszolgáltatható biztosítási titokkört (a kiadható adatok felsorolásával) az Ügyfélnek pontosan meg kell határoznia.

A Biztosító az alakilag és tartalmilag megfelelő meghatalmazással – az Ügyfél képviseletében – eljáró személlyel – a Magyar Nemzeti Bank 16/2021. (XI.25.) ajánlásának (a továbbiakban: Ajánlás) 22. pontjában foglaltak szerint együttműködik.

A Biztosító az Ügyfelek rendelkezésére bocsát egy meghatalmazásra vonatkozó mintát, amely elérhető a Biztosító hivatalos honlapján valamint az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségekben.

A Biztosító az e-mailen keresztül érkezett panaszok esetében az automatikus visszaigazolásban írásbeli tájékoztatást nyújt panaszkezelési eljárásának fő szabályairól.

22.5. A panasz bejelentés adattartalma

A Biztosító a bejelentés kivizsgáláshoz különösen az alábbiakban felsorolt adat, dokumentumok megadását kérheti ügyfeleitől:

- neve
- szerződés azonosító szám, Ügyfélazonosító;
- lakcíme, székhelye, levelezési címe,
- telefonszáma,
- értesítés módja,
- panasszal érintett termék vagy szolgáltatás,
- panasz leírása, oka,
- panaszos igénye,
- a panasz alátámasztásához szükséges, az Ügyfél birtokában lévő azon dokumentumok másolata, amely nem áll a Biztosító rendelkezésére,
- meghatalmazott útján eljáró Ügyfél esetében, érvényes meghatalmazás,
- a panasz kivizsgálásához, megválaszolásához szükséges egyéb adat.

Az Ügyfél azonosítására alkalmas adatok hiányában az Ügyfél részére kizárólag általános tájékoztatás adható. A Biztosító az Ügyfél azonosítása hiányában az Ügyfél szerződéseivel, azok meglétével, tartalmával kapcsolatban adatot nem szolgáltat ki.

A panasz írásban történő bejelentését az alfa.hu oldalon elérhető Panaszbejelentő nyomtatvány használata segítheti: alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelent.html – Panaszbejelentő nyomtatvány

A formanyomtatványok elérhetők az MNB honlapján, melyek közül a panasz benyújtására szolgáló nyomtatványt a Biztosító ügyfelek számára nyitva álló helyeiben papír alapon vagy azt alábbi linken találja: <https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/elerhetosegek>.

A Biztosító kéri a panaszos ügyfelet, hogy:

- fejtse ki panaszát és amennyiben van, igényét részletesen,
- csatolja a kitöltött nyomtatványhoz a panaszt alátámasztó dokumentumokat (lehetőleg másolatban),
- őrizze meg a nyomtatvány benyújtását vagy elküldését igazoló másolatot és egyéb dokumentumot.

A Biztosító a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.

Amennyiben az Ügyfél a PBT eljárására vonatkozó szabályok alapján fogyasztónak minősül, a Biztosítónak minden esetben tájékoztatnia kell a fogyasztót arról, hogy tett-e általános alávetési nyilatkozatot, valamint arról is, hogy ha Biztosító alávetési nyilatkozatot nem tett, de az Ügyfél kérelme megalapozott és a fogyasztónak minősülő Ügyfél érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg az kétfélmillió forintot, akkor a PBT kötelezést tartalmazó határozatot hozhat.

Továbbá meg kell adnia a PBT levelezési címét, és a fogyasztó külön kérésére meg kell küldenie a PBT által készített és a pénzügyi intézmény, független közvetítő rendelkezésére bocsátott kérelem nyomtatványt.

22.6. A bejelentés fogadása, válaszadás, nyilvántartás

A Biztosító a panaszokat minden esetben egyedi azonosító számmal látja el, megteremtve az ügyfelek számára a későbbi hivatkozás lehetőségét.

A törvényi szabályozásnak megfelelően a Biztosítónak 30 (harminc) naptári nap áll rendelkezésére, hogy a beérkezett ügyfélpanaszt az Ügyfél részére megválaszolja. A határidőt a panasz beérkezési (írásban), átvételi (személyesen), felvételi (telefonon) napjától kell számítani, függetlenül attól, hogy a panasz a Biztosító mely szervezeti egységéhez érkezett. A határidő lejárat napja az a nap, amikor a Biztosító az ügyfelet értesíti, azaz az indokolással ellátott írásos tájékoztatás kiküldésre, postázásra kerül. Amennyiben a lejárat napja munkaszüneti nap, az azt megelőző munkanap a lejárat nap. A Biztosító az Ajánlás VIII./23. pontjában foglaltak szerint a sürgősségű késedelem nélküli válaszadásra törekszik minden panaszügy esetében.

A Biztosító adatkezelését érintő észrevételek, bejelentések, panaszok esetében a Biztosítónak 25 (huszonöt) naptári nap áll a válaszadáshoz rendelkezésére.

A Biztosító a szóbeli panaszt – amennyiben annak azonnali kivizsgálása lehetséges – megvizsgálja, és lehetőség szerint orvosolja.

Ha a telefonon tett szóbeli panaszra a válasz azonnal nem adható meg és a panasz nem orvosolható, vagy ha az Ügyfél a panasz kezelésével, illetve a Biztosító megoldásával nem ért egyet, a Biztosító a panaszról és az Ügyfél azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és azt az Ügyfélnek a panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontjával együtt megküldi. A jegyzőkönyv felvételét követően az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

Telefonos panaszfelvétel során a panasz azonosítására alkalmas adatokat meg kell adni a panaszosnak.

Ha a személyesen tett szóbeli panaszra a válasz azonnal nem adható meg és a panasz nem orvosolható, vagy ha a panaszos a panasz kezelésével, illetve a Biztosító megoldásával nem ért egyet, Biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak kettő a jegyzőkönyvet felelő személy aláírásával ellátott példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az Ügyfélnek átadja, melyből egy példányt a panaszostól aláírva átvesz. A jegyzőkönyv felvételét követően az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

Amennyiben a szóban közölt panasz tartalmazza a panasz kivizsgálásához szükséges adatokat, akkor Biztosító abban az esetben is panaszként kezeli és kivizsgálja a panaszt, ha a panaszos a jegyzőkönyv tartalmát bármely oknál fogva nem hagyja jóvá.

Telefonon történő panaszfelvétel esetén a Biztosító és az Ügyfél közötti – a telefonos ügyfélszolgálattal folytatott – telefonos kommunikációt hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt legalább öt évig megőrzi. A Biztosító a hangrögzítés tényéről az ügyfelet a telefonos ügyintézés kezdetekor tájékoztatja.

Az Ügyfél kérésére a Biztosító térítésmentesen intézkedik a hangfelvétel visszahallgatásáról vagy 25 napon belül vagy adathordozón az elvárt titkosítással ellátott hangfájl kiadásáról, továbbá – kérésére – 25 napon belül az Ügyfél rendelkezésére bocsátja a hangfelvételtől készített hitelesített jegyzőkönyvet. Az itt rögzített szabályok érvényesek abban az esetben, ha az Ügyfél panaszt nem nyújtott be, csupán a hangfelvétel vagy a jegyzőkönyv kiadását kéri.

A jegyzőkönyvben a Biztosító a következő adatokat rögzíti:

- az Ügyfél nevét, lakcíme/székhelyét, levelezési címét,
- az Ügyfél panaszával érintett szerződés számát és az ügyfélszámot (Ügyfél-azonosító),
- az Ügyfél panaszja előterjesztésének (jegyzőkönyv felvételének) helyét, időpontját, módját,
- az Ügyfél panaszának részletes leírását, a panasszal érintett kifogások elkülönítetten (felsorolás szerűen) történő rögzítésével annak érdekében, hogy az Ügyfél panaszában foglalt valamennyi kifogás teljes körűen kivizsgálásra kerüljön,
- az Ügyfél által bemutatott iratok, dokumentumok, egyéb bizonyítékok jegyzékét (személyes panasztétel esetén).

Az Ügyfél bejelentésére a választ azon a csatornán kapja meg, amelyen a panaszát bejelentette, de rendelkezhet arról, hogy a Biztosítótól milyen formában vár választ megkeresésére. A válasz kérhető hagyományos

- **postai levél** formájában – melyet a Biztosító minden esetben ajánlott küldeményként ad postára,
- **e-mailen** – melyet a Biztosító minden esetben az adatbiztonsági követelményeknek megfelelően titkosítva küld ki az Ügyfél Biztosítónál nyilvántartott elektronikus levélcímére – vagy
- **telefonon** keresztül megfelelő azonosítást követően, rögzített hangfelvétellel. A telefonon keresztül adott válaszok esetében a hangfelvételnek minden esetben tartalmaznia kell, hogy ügyfelünk a panaszra adott választ/intézkedést elfogadta. A telefonon történő tájékoztatás során jegyzőkönyvben rögzített, a panaszra adott választ tartalmazó dokumentumot, az eredeti panasz jegyzőkönyvvel és elutasítás esetén a panasz minősítésével és a jogorvoslati fórumokra vonatkozó tájékoztatással együtt postai úton küldi meg az Ügyfél részére.

Online felületen tett panaszok esetében a Biztosító a panaszra adott választ elektronikus úton küldi meg, kivéve, ha a panaszos ettől eltérően rendelkezik és a választ postai levélben kéri.

A Biztosító panaszkezeléssel foglalkozó munkatársai arra törekednek, hogy az ügyfélbejelentéseket minden körülményt figyelembe véve tekintsék át és érdemi, kifejtő választ adjanak az ügyfelek minden kifogására. A Biztosító ügyfelei panaszának megoldását valamennyi munkatársa köteles a legjobb szakmai tudása szerint, pontos információkkal és teljes elkötelezettséggel – a közérthetőséget, az átláthatóságot és a kiszámíthatóságot biztosítva – segíteni.

A Biztosító a panaszt és az arra adott választ 5 (öt) évig őrzi meg, és azt a Magyar Nemzeti Bank kérésére bemutatja.

A panaszokról, valamint az azok rendezését, megoldását szolgáló intézkedésekről a Biztosító nyilvántartást vezet. A nyilvántartás tartalmazza:

- a panasz azonosító számát,
- a panasz leírását, a panasz tárgyát képező esemény vagy tény megjelölését,
- a panasz benyújtásának időpontját,
- a panasz rendezésére vagy megoldására szolgáló intézkedés leírását, elutasítás esetén annak indokát,
- az intézkedés teljesítésének határidejét és a végrehajtásért felelős személy megnevezését,
- a panasz igazolható megküldésének időpontját.

22.7. Jogorvoslati lehetőség

A panasz teljes vagy részleges elutasítása vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén az Ügyfél az alábbi jogorvoslati fórumokhoz fordulhat.

A fogyasztónak minősülő ügyfelek részére nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

Az Ügyfél a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén a Pénzügyi Békéltető Testülethez, vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

Pénzügyi Békéltető Testület

Székhely: Magyar Nemzeti Bank, 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.

Ügyfélszolgálat címe: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.

Levelezési cím: Pénzügyi Békéltető Testület, 1525 Budapest, Pf. 172

Telefon: (+36) 80-203-776, (+36) 1-489-9700

E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

Bővebben a <https://www.mnbb.hu/bekeltetes> honlapon kaphat tájékoztatást.

Tájékoztatjuk, hogy az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. a Testület előtt általános alávetési nyilatkozatot nem tett.

Amennyiben Biztosító alávetési nyilatkozatot nem tett, de az Ügyfél kérelme megalapozott és a fogyasztónak minősülő Ügyfél érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg az kétfélmillió forintot, akkor a PBT kötelezést tartalmazó határozatot hozhat.

Bíróság

Az Ügyfél panasának a Biztosítóhoz történő benyújtását követően jogorvoslatért az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat (www.birosag.hu).

Társaságunk magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó – a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény – fogyasztóvédelmi rendelkezéseinek megsértése esetén, a fogyasztó fogyasztóvédelmi ellenőrzési eljárást kezdeményezhet.

Magyar Nemzeti Bank – Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ

Székhely: Magyar Nemzeti Bank, 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.

Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.

Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Pf. 777

Telefon: (+36) 80-203-776

Pénzügyi fogyasztóvédelem e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnk.hu.

Bővebben a www.mnk.hu/fogyasztovedelem honlapon kaphat tájékoztatást.

A fogyasztónak minősülő Ügyfél a Pénzügyi Békéltető Testület, illetve a Fogyasztóvédelmi eljárás alapjául szolgáló „Kérelem” nyomtatvány megküldését igényelheti.

Az igénylés módja: telefonon: (+36) 1-477-4800
postai úton: 9401 Sopron, Pf. 22
e-mailen: panasz@alfa.hu

A Biztosító a nyomtatványt igazolható módon, költségmentesen az Ügyfél kérésének megfelelően e-mailen vagy postai úton küldi ki.

A Biztosító a nyomtatványokat elérhetővé teszi a honlapján, az alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelentenes.html#nyomtatvanyok weboldalon és az ügyfelek számára nyitva álló helyiségeiben is.

Online vitarendezési platform

Az Európai Unióban tartózkodási hellyel rendelkező fogyasztók és az Európai Unióban letelepedett szolgáltatók közötti, online szolgáltatási szerződésekkel eredő kötelezettségekkel kapcsolatban felmerülő jogviták, így az online megkötött szerződésekkel összefüggő pénzügyi fogyasztói jogviták bírósági eljárásn kívüli rendezésére szolgáló platform.

A fogyasztó online vitarendezési platformon keresztül online kezdeményezheti a jogvita bírósági eljárásn kívüli rendezését a közösen megválasztott vitarendezési fórumnál. Társaságunk tevékenységével kapcsolatban a pénzügyi fogyasztói jogviták rendezésére a Pénzügyi Békéltető Testület jogosult.

Az online vitarendezési platform honlapja: <http://ec.europa.eu/odr>

Fogyasztónak nem minősülő ügyfelek számára nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

A fogyasztónak nem minősülő Ügyfél, panasának a Biztosítóhoz történő benyújtását követően jogorvoslatért az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat (www.birosag.hu).

A Biztosító adatkezelését érintő panaszok esetén nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

A Biztosító adatkezelését érintő adatvédelmi panasz esetén, amennyiben az Ügyfél a Biztosító adatkezeléssel összefüggő panaszra adott válaszával nem ért egyet, bírósághoz, illetve a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz is fordulhat.

Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság

Székhely: Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság, 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11.

Levelezési cím: Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság, 1363 Budapest, Pf. 9

Hivatali kapu: Rövid név: NAIH KR ID: 429616918

Telefon: (+36-1) 391-1400

E-mail cím: ugyfelszolgalat@naih.hu

Honlap: www.naih.hu

23. BIZTOSÍTÁSI TITOK, ADATKEZELÉS

A Biztosító a Bit. felhatalmazása alapján biztosítási titoknak minősülő adatokat kezel. A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási szerződés fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

Bit. 4. § (1) bekezdés 12. pont

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.

Bit. 135. §

- (1) A biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet.
- (2) Az (1) bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító vagy viszontbiztosító csak az Ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.
- (3) A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

Bit. 136. §

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító a 135. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett kifejezett hozzájárulásával kezelheti.

Bit. 137. §

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a) a Biztosító vagy viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- b) a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
- c) a Biztosító vagy viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg,
- d) a Biztosító érdeke ezt az ügyféllel szemben fennálló követelése eladásához vagy követelése érvényesítéséhez szükségessé teszi.

Bit. 138. §

- (1) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn
 - a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
 - b) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal, az ügyészséggel, valamint a szabálysértési hatósági jogkörében eljáró rendőrséggel és a Nemzeti Adó- és Vámhivatallal,
 - c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyongfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyongfelügyelővel, rendkívüli vagyongfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendeziési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyongfelügyelővel, bírósággal,
 - d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
 - e) a (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
 - f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
 - h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
 - i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
 - j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
 - k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
 - l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével,
 - m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,
 - n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti Közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,
 - o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,

- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
- q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- s) a bonus–malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresemény igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adata és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval,
- t) a lábon álló növénykultúrára kötött mezőgazdasági biztosítási szerződésekben szereplő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel,
- u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,
- v) a Gfbt. szerinti e-kárbejelentő felületen megadott adatoknak a kárbejelentő alkalmazás működtetése, a biztosítási eseményhez kapcsolódó, szükséges információk begyűjtése és a biztosítók részére kárrendezés céljából történő továbbítása tekintetében a MABISZ-szal szemben, ha az a)–j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy adatkéréssel, illetve írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)–s) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.
- (2) Az (1) bekezdés e) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- (2a) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját és az adatkérés célját.
- (3) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B–43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
- (3a) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
- (4) A biztosító vagy a viszontbiztosító az (1) és (6) bekezdésekben, a 137. §-ban, a 140. §-ban és a 141. §-ban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.
- (5) A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül az (1) bekezdésben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.
- (6) A biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
- (7) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
- (8) 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.
- (9) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Hpt. 164/B. § szerinti adattovábbítás.

Bit. 139. §

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a biztosító vagy a viszontbiztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmusfinanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.

Bit. 140. §

- (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító és a viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:
 - a) ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - b) ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.
- (2) A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

Bit. 141. §

- (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
 - a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
 - c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
 - d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
- (2) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok átadását a biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

Bit. 142. §

- (1) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a különleges adatnak vagy bűnügyi személyes adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.
- (2) A biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 138. § (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a 138. § (6) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.
- (3) A biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

Bit. 143. §

- (1) A biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- (2) A biztosító és a viszontbiztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
- (3) A Bit. alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.
- (4) Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
- (5) A biztosító a hagyatéki eljárás jogerős lezárásáról történő tudomásszerzés napjáig
 - a) az elhunyt szerződő által kötött vagyonbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan, kizárólag az érintett biztosítási szerződés díjfizetéssel történő fenntartása érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, az általános szerződési feltételekről, a szerződés díjgyenlegéről, az esedékes díjtartozás összegéről, valamint a szerződés évfordulójáról az elhunyt szerződő közeli hozzátartozója, illetve a vagyontárgy birtokosa részére,
 - b) azon hitelfedezeti életbiztosítási szerződéshez, továbbá azon biztosítási szerződéshez kapcsolódóan, ahol a szolgáltatás jogosultja a hitelintézet és a szerződés biztosítottja az elhunyt személy, kizárólag a szolgáltatási igény biztosítóhoz történő bejelentése és a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges adatok biztosító részére történő megküldése érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, valamint az általános szerződési feltételekről az elhunyt biztosított közeli hozzátartozója részére– annak írásbeli kérelmére – adatot szolgáltat, feltéve, hogy e minőségét a kérelmező okirattal igazolja.
- (6) A közeli hozzátartozó, illetve a vagyontárgy birtokosa részére történő – (5) bekezdés szerinti – adatszolgáltatás nem jelenti a biztosítási titok sérelmét. A biztosító a kérelmező személyes adatait az adatszolgáltatást követően öt évig, illetve – ha a 142. § (3) bekezdése szerinti időtartam ezt meghaladja – a 142. § (3) bekezdésében meghatározott időtartamig kezeli.

Bit. 147. §

- (1) Biztosító és a viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító és a viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.
- (2) Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó adatszolgáltatási kötelezettség esetén.
- (3) Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk.-ban és az üzleti titok védelméről szóló 2018. évi LIV. törvényben foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

Bit. 147/A. §

- (1) A Hpt. 164/B. §-a alapján átvett adatokat a biztosító tevékenységi köre ellátásával összefüggésben a szolgáltatásai nyújtásához szükséges mértékben megismerheti, és az ügyfélkapcsolat létrehozásának és fennállásának időtartamában kezelheti, ha az ügyfél az adattovábbítást a (2) bekezdés szerint nem korlátozta vagy tiltotta meg.
- (2) A hitelintézet Hpt. szerinti ellenőrző befolyása alatt működő biztosító ügyfele kifejezett nyilatkozatával jogosult korlátozni vagy megtiltani a Hpt. 164/B. § (2) bekezdése szerinti adattovábbítást.
- (3) A hitelintézet Hpt. szerinti ellenőrző befolyása alatt működő biztosító az ügyféllel kötendő szerződést megelőzően köteles az ügyfél részére a Hpt. 164/B. §-ában foglalt kölcsönös adatátadás lehetőségéről igazolható módon tájékoztatást adni. Az írásbeli tájékoztatásban egyértelműen fel kell hívni az ügyfél figyelmét arra, hogy a személyes adatai e §-ban foglalt kezelésének lehetőségét bármikor korlátozhatja vagy megtilthatja.

Bit. 148. §

- (1) A FATCA-törvény szerinti, e törvény hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (a továbbiakban ezen alcím tekintetében: intézmény) az általa kezelt, FATCA-törvény szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi a FATCA-törvény szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (a továbbiakban ezen alcím tekintetében együtt: Számlatulajdonos) FATCA-törvényben foglalt Megállapodás 1. Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban ezen alcím tekintetében: illetőségvizsgálat).
- (2) Az intézmény a számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg írásban tájékoztatja
 - a) az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
 - b) az Aktv. 43/B–43/C. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről,
 - c) a FATCA-törvény szerinti jelentéstételi kötelezettségéről.
- (3) Az Aktv. 43/B–43/C. §-a szerinti adatszolgáltatás esetén az adatszolgáltatás tényéről az intézmény a számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban tájékoztatja.

Bit. 148/A. §

- (1) Az Aktv. szerinti, e törvény hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban: intézmény) az általa kezelt, az Aktv. 1. melléklet VIII/C. pontja szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi az Aktv. szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban együtt: Számlatulajdonos) illetőségének az Aktv. 1. melléklet II–VII. pontja szerinti megállapítására irányuló vizsgálatot (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban: illetőségvizsgálat).
- (2) Az intézmény a Számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg az ügyfélfogadásra nyitva álló helyiségeiben közzétett hirdetmény útján vagy – ha az lehetséges – elektronikus úton tájékoztatja
 - a) az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
 - b) az Aktv. 43/H. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről.
- (3) Az Aktv. 43/H. §-a szerinti adatszolgáltatásról az intézmény a Számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban – ha az lehetséges elektronikus úton – tájékoztatja.

Bit. 149. §

- (1) A biztosító (a továbbiakban: megkereső 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 (a továbbiakban: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a (3)–(6) pontokban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.
- (2) A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak.
- (3) A megkereső biztosító a baleset, a betegség és az életbiztosítás ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
 - a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait,
 - b) a biztosított személy adatfelvételtől, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat,
 - c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat,
 - d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat, és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (4) A megkereső biztosító a járművek károsodása, szállítmány, tűz és elemi károk, egyéb vagyoni kár, hitel, kezesség és garancia, különböző pénzügyi veszteségek, jogvédelem, segítségnyújtás ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
 - a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait,
 - b) a biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat,
 - c) a b) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat,

- d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat, és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (5) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 10–13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait,
 - b) a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett azonosító adatait, továbbá a (4) bekezdés b)–e) pontjában meghatározott adatokat,
 - c) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkor, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat,
 - d) a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt, érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatokat,
 - e) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.
- (6) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 3. és 10. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatosan a jármű járműazonosító adatai (rendszáma, alvázszáma) alapján – az 1. melléklet A) rész 10. pontjában meghatározott ágazathoz tartozó károk esetén a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – jogosult az alábbi adatokat kérni:
- a) az adott járművet érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat, így különösen a káresemény időpontjára, jogalapjára, a jármű sérüléseire és az azokkal kapcsolatos károk megtérítésére vonatkozó adatokat, ideértve a megkereső biztosító által megjelölt gépjárműben bekövetkezett, de nem gépjármű által okozott károk adatait is,
 - b) az adott járművet érintően a biztosító által elvégzett kárfelvétel tényeire, a kár összegére vonatkozó információkat.
- (7) Az (1) bekezdésben meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős az (1) bekezdésben meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.
- (8) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.
- (9) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (8) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.
- (10) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.
- (11) A megkereső biztosító az (1) bekezdésben meghatározott megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.
- (12) Ha az ügyfél a személyes adataihoz való hozzáférést kér és a megkereső biztosító – a (8)–(10) bekezdésben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.
- (13) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az (1) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
- (14) A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

Bit. 150. s

- (1) A biztosítók – az 1. melléklet A) rész 3–6. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződésekkel kapcsolatban – a biztosítási szerződés vonatkozásában – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések kiszűrése céljából közös adatbázist (a továbbiakban: Adatbázis) hozhatnak létre, amely tartalmazza
- a) a szerződő személy azonosító adatait,
 - b) a biztosított vagyontárgy azonosító adatait,
 - c) az a) és b) pontokban meghatározott szerződőt vagy vagyontárgyat érintő korábbi biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat, és
 - d) a biztosító megnevezését és a biztosítást igazoló okirat számát.
- (2) A biztosító az (1) bekezdésben meghatározott adatokat az adat keletkezését követő harminc napon belül továbbítja az Adatbázisba.
- (3) 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 és a visszaélések megakadályozása céljából az Adatbázisból adatot igényelhet.
- (4) Az Adatbázis kezelője a jogszabályoknak megfelelő igénylés szerinti adatokat nyolc napon belül köteles átadni az igénylő biztosítónak.
- (5) Nem áll fenn a biztosító titoktartási kötelezettsége az Adatbázis irányában, az Adatbázisba való adatátadás vonatkozásában, továbbá az Adatbázis kezelőjét terhelő biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettsége a biztosító vonatkozásában, amely a jogszabálynak megfelelő igényléssel fordul hozzá.
- (6) Az Adatbázis kezelőjének az Adatbázisban kezelt adatokra vonatkozó titoktartási kötelezettségére, továbbá a kezelt adatokra vonatkozó igénylések teljesítésére nézve a biztosítási titokra vonatkozó szabályok megfelelően alkalmazandók.

- (7) Az Adatbázis kezelője – amennyiben a megkeresés érdemi megválaszolása a kért adatok hiányában nem lehetséges – a hozzá intézett, a 138. § (1) bekezdés b), f), q) és r) pontjában, illetve a (3) bekezdésben foglaltaknak megfelelő igényléseket köteles továbbítani a megkereséssel érintett biztosítási ágazatok művelésére tevékenységi engedéllyel rendelkező biztosítók számára. Az Adatbázis kezelője az igénylés továbbításáról az igénylőt egyidejűleg köteles tájékoztatni.
- (8) Az igénylő biztosító az igénylés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a (3) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
- (9) Az Adatbázisban továbbított adatok helyességéért és pontosságáért az azt továbbító biztosító felelős.
- (10) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok a (11) bekezdésben meghatározott kivétellel a nyilvántartásba vételt követő öt évig kezelhetők.
- (11) Biztosítási szerződés létrejötte esetén az (1) bekezdésben meghatározott adatok a szerződés fennállása alatt, a szerződésből származó igények elévüléséig kezelhetők az (1) bekezdésben meghatározott nyilvántartásban. A szerződés megszűnésének és a szerződésből származó igények elévülésének tényéről a biztosító tájékoztatja az Adatbázis kezelőjét.
- (12) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.
- (13) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (12) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.
- (14) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.
- (15) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot csak az (1) bekezdésben meghatározott célból kezelheti.
- (16) Az igénylő biztosító a (3) bekezdésben meghatározott igénylésről, az abban szereplő adatokról, továbbá az igénylés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a személyes adataihoz hozzáférést biztosít.

Bit. 151. §

- (1) A 150. § (1) bekezdésében meghatározott Adatbázist a biztosítók abban az esetben hozhatják létre, ha a 150. § (1) bekezdésében meghatározott biztosítási ágazatokat művelő biztosítók megállapodást megelőző piaci részesedés szerint számított kétharmada megállapodik az adatbázis létrehozásáról, a működésében történő részvétel feltételeiről és az Adatbázis fenntartásával kapcsolatos költségek fedezetéről.
- (2) Az adatbázis létrehozásának további feltétele, hogy az Adatbázisba adatot szolgáltató biztosítók az Adatbázisba továbbított adatok továbbításának és lekérdezésének lehetőségét az érintett szerződések feltételeiben meghatározzák.

24. ADATKEZELÉS, ADATTOVÁBBÍTÁS, ADATSZOLGÁLTATÁS

Jelen csoportos biztosítás megkötéséhez kapcsolódó adatkezelési tájékoztató elérhető a Biztosító honlapjáról: alfa.hu/wp-admin/admin-ajax.php?juwpfisadmin=false&action=wpfd&task=file.download&wpfd_category_id=192&wpfd_file_id=21992&token&preview=1

25. VEGYES RENDELKEZÉSEK

A szolgáltatási igény bejelentések vagy a csatlakozási nyilatkozat megtételekor a Biztosított felmenti az orvosi titoktartás alól egyrészt a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, másrészt a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon – az egészségi állapottal, fennálló és korábbi betegségekkel, balesetekkel, esetleges halál bekövetkeztével összefüggő – adatoknak a Biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a Biztosító számára a kockázat vagy a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek. **Ha a Biztosított a biztosítási jogviszony szempontjából lényeges körülmények vonatkozásában a titoktartási kötelezettség alól a kezelőorvosokat nem menti fel, úgy a Biztosító kötelezettsége nem áll be, amennyiben emiatt a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.**