

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- 1.1. Az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) a jelen Feltételek (továbbiakban: Biztosítási Feltételek) alapján arra vállal kötelezettséget, hogy biztosítási díj ellenében a Biztosítási Feltételekben részletezett biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosítási Feltételek szerint meghatározott biztosítási szolgáltatásokat nyújtja.
- 1.2. A Biztosítási Feltételekre, illetve a feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. **Nem válik a jelen Biztosítási Feltételekkel létrejövő Csoportos Biztosítási szerződés (továbbiakban: Biztosítási Szerződés) tartalmává bármely 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 Szerződésben nem állapodnak meg. Nem válik továbbá a Szerződés tartalmává a biztosítási szektorban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás, akkor sem, ha a Szerződés azzal ellentétes kikötést nem tartalmaz, vagy arról nem rendelkezik.**
- 1.3. A biztosítási szolgáltatást a Biztosító a Szerződő és a Biztosító által kötött Szerződés alapján nyújtja.

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 a Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási kockázatok bekövetkezése esetén a szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

2.2. Szerződő

Izys Egészség- és Önszegélyező Pénztár (székhelye: 1051 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 20., nyilvántartási száma: 01-04-0000274)

2.3. Biztosított

Biztosított lehet az, a Szerződővel egészségpénztári jogviszonyban álló természetes személy, aki a Szerződő felé tett Csatlakozási Nyilatkozat és Egyszerűsített egészségi nyilatkozat egyidejű megtételével a Biztosítási Szerződéshez csatlakozott, és akit a Szerződő a Biztosítónak biztosítottként bejelentett (a továbbiakban: Pénztártag), valamint a Pénztártag azon házastársa, élettársa, egyeneságbeli rokona, örökbefogadott, mostoha-, nevelt gyermeke, akit a Pénztártag a Biztosítási Szerződéshez Csatlakozási Nyilatkozat és az Egyszerűsített egészségi nyilatkozat egyidejű megtételével csatlakoztatott, és akit a Szerződő Biztosítottként bejelentett (a továbbiakban: Szolgáltatásra Jogosult Hozzá tartozó)

2.3.3. A Pénztártag és a Szolgáltatásra Jogosult Hozzá tartozó a továbbiakban együttesen Biztosított.

2.3.4. Biztosított csak olyan személy lehet, aki a **csatlakozáskor betöltötte a 18. életévét, de nem töltötte be a 60. életévét.** Az életkor számítása úgy történik, hogy a csatlakozás évéből ki kell vonni a Biztosított születési évét.

2.3.5. A Biztosítási Szerződés adott Biztosítottra vonatkozó teljes körű érvényességéhez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ezen hozzájárulását a Biztosított a Csatlakozási Nyilatkozat és az Egyszerűsített egészségi nyilatkozat egyidejű kitöltésével és azok sajátkezű aláírásával teszi meg.

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

2.4. Kedvezményezett

A Biztosítási Feltételekben meghatározott műtéti szolgáltatás igénybevételére minden esetben a Biztosított jogosult. Más kedvezményezett jelölése nem lehetséges.

3. FOGALMAK, MEGHATÁROZÁSOK

3.1. Egészségügyi szolgáltató

A Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségügyi szolgáltatások nyújtására jogosult szolgáltató.

3.2. Ellátásszervező

Azon intézmény, amely szakértőket és orvosokat alkalmaz, akik segítségével a Biztosító egészségügyi szolgáltatásokat szervezhet a Biztosított részére.

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.

3.7. Jelen feltétel alkalmazása szempontjából kórháznak minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási, kapacitásokat tartsanak fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

3.8. 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 bentartózkodás mellett vagy meghatározott napszakokban – nyújtott diagnosztikai, gyógykezelési célú egészségügyi szolgáltatás, illetve olyan egyszeri 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 páciens a 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.

3.9. Egészségügyi dokumentum, dokumentáció

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.

3.10. 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).

3.11. 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.

3.12. Szolgáltatási limit / biztosítási összeg

A Biztosító meghatározza, hogy egy jelen Biztosítási Feltételek szerinti szolgáltatás egy biztosítási esemény vonatkozásában mekkora keretösszegig vehetők igénybe.

3.13. Ambuláns műtét

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

4. A BIZTOSÍTOTT CSATLAKOZÁSA A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSHEZ

A Biztosított egyidejűleg csak egyszer csatlakozhat a Biztosítási Szerződéshez. Amennyiben több biztosított jogviszonnnyal is rendelkezik, a Biztosító csak az először történt csatlakozás alapján nyújt szolgáltatást.

5. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK KEZDETE, HATÁLYA

5.1. A Biztosító minden biztosításra jelölt személy esetében kockázat-elbírálást végez az erre a célra kialakított **Egyszerűsített egészségi nyilatkozat** biztosításra jelölt személy általi kitöltése formájában. A kockázat-elbírálás eredményeként – amennyiben a biztosításra jelölt személy a Biztosított nyilatkozaton feltett

kérdések bármelyikére igennel válaszol – a Biztosító az adott biztosításra jelölt személy vonatkozásában a kockázatot nem vállalja. Ebben az esetben a biztosításra jelölt személy nem válik Biztosítottá.

5.2. Azon Biztosítottak esetében, akikre vonatkozóan a Biztosító a kockázat-elbírálás eredményeképpen a kockázatot vállalja, a Biztosító kockázatban állása az 5.3. pontban meghatározottak szerint történik.

5.3. A biztosításra jelölt személy Csaladalokozási nyilatkozat és az Egyszerűsített egészségi nyilatkozat egyidejű megtételét követő 2. hónap 1. napjának 0. órájától válik Biztosítottá.

5.4. A fekvőbeteg ellátásra vonatkozó műtéti 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 SZERZŐDÉS ÉS A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK MEGSZŰNÉSE

6.1. Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik az alábbi esetekben:

6.1.1. a Pénztárg és valamennyi Szolgáltatásra Jogosult Hozzátartozója tekintetében

- a) a Pénztárg halálával, az elhalálozás hónapjának utolsó napján 24:00 órakor;
- b) a Pénztárg egészségpénztári jogviszonyának megszűnése esetén az egészségpénztári jogviszony megszűnése hónapjának utolsó napján 24:00 órakor;
- c) amennyiben a Pénztárg – a biztosítási időszak végét megelőző 25. napig elküldött írásbeli nyilatkozattal – a Pénztárhoz címzett nyilatkozatával a biztosított jogviszonyát megszünteti (lemondás), a biztosítási időszak utolsó napján 24:00 órakor;
- d) amennyiben a távértékesítés keretében létrejött biztosított jogviszonyát a Pénztárg – a biztosított jogviszony létrejöttéről szóló visszaigazolás kézhezvételét követő 14 napon belül – a Pénztárhoz címzett nyilatkozatával megszünteti (lemondás), a csatlakozásra visszamenőleges hatállyal.
- e) a díjfizetés megszakadása esetén az utolsó díjjal fedezett hónap utolsó napján 24:00 órakor;
- f) a Pénztárg 65. életévének betöltése évének utolsó napján 24 órakor;
- g) a Csoportos Biztosítás megszűnése esetén, a szerződés megszűnését követő 6 hónap lejártával, melyről a Szerződő küld értesítést a Biztosítottnak.

6.1.2. Az érintett Szolgáltatásra Jogosult Hozzátartozó tekintetében

- a) a Szolgáltatásra Jogosult Hozzátartozó halálával, az elhalálozás hónapjának utolsó napján 24:00 órakor;
- b) amennyiben a Pénztárg – a biztosítási időszak végét megelőző 25. napig elküldött írásbeli nyilatkozattal – a Pénztárhoz címzett nyilatkozatában a Szolgáltatásra Jogosult Hozzátartozó biztosított jogviszonyát megszünteti (lemondás), a biztosítási időszak utolsó napján 24:00 órakor;
- c) amennyiben a Szolgáltatásra Jogosult Hozzátartozó biztosított jogviszonya távértékesítés keretében jött létre, és ezt a jogviszonyt a Pénztárg – a biztosított jogviszony létrejöttéről szóló visszaigazolás kézhezvételét követő 14 napon belül – a Pénztárhoz címzett nyilatkozatával megszünteti (lemondás), a csatlakozásra visszamenőleges hatállyal;
- d) a Szolgáltatásra Jogosult Hozzátartozó 65. életévének betöltése évének utolsó napján 24:00 órakor;
- e) amennyiben a Szolgáltatásra Jogosult Hozzátartozó nem felel meg a 2.3. pontban felsorolt rokoni kapcsolat egyikének sem, a Szolgáltatásra Jogosult Hozzátartozó jogállásában bekövetkezett változás hónapjának utolsó napján 24:00 órakor.

6.1.3. Ha a Biztosított biztosított jogviszonya lemondás vagy díj nemfizetés miatt szűnik meg, a Biztosítási Szerződéshez történő újbóli csatlakozás csak egy új csatlakozási nyilatkozat és az ezzel egyidejűleg – hiánytalanul kitöltött és aláírt – Egyszerűsített egészségi nyilatkozat megtételével lehetséges. Ebben az esetben az áthárított díj az Alfa Csoportos biztosítás Díjtábla alapján a Biztosított aktuális életkora szerint kerül megállapításra.

6.1.4. Ha a Biztosított elhalálozása miatt szűnik meg a biztosított jogviszony, a Biztosító az elhalálozás hónapjának utolsó napjáig jogosult a Biztosítottra vonatkozó 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. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ, A DÍJ ÉS AZ IGÉNYBE VEHETŐ SZOLGÁLTATÁSOK MÓDOSÍTÁSÁNAK LEHETŐSÉGE

7.1. A csoportos biztosítás díja a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melyet a Szerződő havi gyakorisággal fizet meg a Biztosítóknak.

A biztosítás díja a Biztosított belépési korától függ. Az **Alfa Csoportos biztosítás Díjtábla** nevű nyomtatvány tartalmazza, hogy mely belépési kor esetén mekkora a biztosítás díja. Folyamatos biztosított jogviszony esetén a díjat a Biztosító 5 évig nem módosítja. A Biztosító minden 5. biztosítási évfordulón jogosult a biztosítási díjat, valamint az igénybe vehető szolgáltatások körét a biztosítási évfordulón hatályos AlfaCsoportos biztosítás Díjtábla és a szolgáltatási táblázat szerint módosítani. A módosított díjról és szolgáltatásról a Szerződő tájékoztatja a Biztosítottat a biztosítási évfordulót megelőző 50. napig. Ha a Biztosított a módosított díjjal nem kívánja a biztosított jogviszonyt fenntartani, a biztosított jogviszonyról a Pénztárg a 6.1.1. c), illetve 6.1.2. b) pontban foglaltak szerint lemondhat.

8. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA, A SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBE VÉTELE

8.1. Biztosítási esemény

Biztosítottnak a gyógyulása céljából a kockázatviselés tartama alatt elvégzett, orvosi dokumentumokkal, zárójelentéssel igazolt, és a Biztosító által elismert, orvosszakmai szempontok szerint (ésszerű időn belül) ütemezett, az egészségi állapot kockázata nélkül halasztható (továbbiakban: **elektív**) **műtete**.

8.2. A Biztosító szolgáltatása

8.2.1. A Biztosító vállalja, hogy a biztosítási eseményhez kapcsolódóan Ellátásszervező partnere bevonásával a Biztosított gyógyulása érdekében szükségessé váló műtétet és azt megelőző kivizsgálásokat, valamint a műtétet követő utógondozását megszervezi és az alábbiakban részletezettek szerint megtéríti:

A szolgáltatás megszervezésének részletes feltétele

Amennyiben a Biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt megbetegszik, és

- a Biztosított rendelkezésére áll releváns szakorvos által a jogszabályoknak megfelelő formában kiállított és **műtéti indikációt tartalmazó diagnózis vagy javaslat**,
- és ezen diagnózis birtokában a **Biztosított az Ellátásszervezőt felkeresi**,
- valamint az Ellátásszervező által bevont egészségügyi szolgáltató, illetve szakorvos által a Biztosított egészségi problémájának kivizsgálása és a Biztosított által az Ellátásszervező rendelkezésére bocsátott előzetes szakvéleményben szereplő **diagnózisának validációja megtörténik**, akkor az Ellátásszervező **megszervezi a Biztosított fekvőbeteg-ellátás keretében történő műtétjét és ahhoz kapcsolódó egyéb egészségügyi ellátását**.

A Biztosító a fenti eseményt az alábbi feltételek szerint téríti:

- Amennyiben a **biztosítási esemény bekövetkezik**, a Biztosító – a jelen Biztosítási Feltételek 8.2.5. pontjában részletezett **limitek figyelembe vételével, a limit erejéig** – a **biztosítási esemény bekövetkezés után, a biztosítási esemény elszámolásával egyidejűleg, a Biztosított nevére kiállított számla ellenében megtéríti** a Biztosított részére a biztosítási eseménnyel összefüggésben álló és **az Ellátásszervező által szervezett, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőző 90 naptári napon belül elvégzett** előzetes vizsgálatokat, szakorvosi konzultációkat, labor- és diagnosztikai vizsgálatokat, melyeket a Biztosított előfinanszírozott.
- Amennyiben a **biztosítási esemény nem következik be, a Biztosító nem köteles téríteni a fenti vizsgálatokat**.
- A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító – a jelen Biztosítási Feltételek 8.2.5. pontjában részletezett **limitek figyelembe vételével, a limit erejéig** – az Ellátásszervező által szervezett szakorvosi konzultáció keretében felmerült első műtéti indikációtól számítva **a szakmai protokollok szerinti határidőn**, de (esetleges egyéb, a Biztosítottnak nem felróható, egészségügyi okból bekövetkező meghiúsulás kivételével) **maximum 90 naptári napon belül elvégzésre kerülő műtét**hez közvetlenül kapcsolódó, a Biztosított kórházi betegfelvételétől az elbocsátásáig, illetve a zárójelentés kiadásáig felmerülő egészségügyi és egyéb szolgáltatások (műtéti beavatkozás, implantátum és egyéb anyagköltségek, humán erőforrás költségek, labor- és egyéb diagnosztikai költségek, kórházi elhelyezéssel kapcsolatos szállás és étkezési költségek, ápolás, korai rehabilitáció, gyógyszerelés, esetleges egyéb vizsgálatok, komplikációk, szövődmények kezelése) költségét a biztosítási esemény elszámolásával egyidejűleg fizeti ki az egészségügyi szolgáltató felé.
- Az orvos-szakmai protokollok alapján egy biztosítási esemény kapcsán adott esetben több műtét elvégzése is indokolt, illetve szükséges lehet, mely esetben a Biztosító egynél több műtétet is finanszíroz a szakmai protokollok szerinti ütemezés szerint és a jelen Biztosítási Feltételek 8.2.5. pontjában részletezett **limitek figyelembe vételével, a limit erejéig**.
- A biztosítás által fedezett műtét során bekövetkező komplikációk és szövődmények műtéti kezelését, helyreállítását a Biztosító a jelen Biztosítási Feltételek 8.2.5. pontjában részletezett **limitek figyelembe vételével, a limit erejéig** téríti, mely esetben a limit az **alap biztosítási eseményre és az azzal összefüggő komplikációk és szövődmények kezelése céljából bekövetkező műtétekre együttesen vonatkozik**.
- A 8.2.5. pontban részletezett **limiteket meghaladó összegről** az egészségügyi szolgáltató a Biztosított nevére állít ki számlát, melyet a Biztosított az intézmény elhagyásakor **maga köteles megfizetni**.
- A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító – a jelen Biztosítási Feltételek 8.4. pontjában részletezett **limitek figyelembe vételével, a limit erejéig** – a zárójelentés kiadásától számított legfeljebb 30 naptári napon belül bekövetkező első szakorvosi kontrollt, diagnosztikai vizsgálatot és az esetleges varratszedést a biztosítási esemény elszámolásával egyidejűleg a Biztosított nevére kiállított számla ellenében megtéríti a Biztosított részére.

8.2.2. A Biztosító nem téríti az alábbi egészségügyi ellátásokat:

- biztosítási eseményhez nem kapcsolódó orvosi vizsgálatok és egyéb kezelések,
- biztosítási eseményhez nem kapcsolódó betegségek gyógyszerelése,
- nem műtéti jellegű onkológiai kezelések,
- orvosi műhiba esetén szükséges korrekciók vagy/és egyéb műtétek, kezelések,
- műtét utáni járóbeteg-ellátás a 8.2.1. pontban felsoroltakon kívül,
- betegszállítás,
- egészségügyi dokumentációk másolása, fordítása,
- olyan ellátások, melyeket nem az Ellátásszervező szervezett meg vagy írt elő.

8.2.3. Szolgáltatás igénybevétele

- Az Ellátásszervező és a Biztosított közötti kommunikáció az Ellátásszervező által üzemeltetett **+36-1-700-1874** telefonszámon, illetve a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozás után a Biztosított számára megküldött linkre való kattintással aktivált **www.smarthumed.hu/alfahospital** műtéti igénybejelentő felületen keresztül történik (pl. levelezés, adatfeltöltés, stb.).
- A Biztosított a fenti műtéti igénybejelentő felületen 24 órán belül jelthesse be a szolgáltatásra vonatkozó igényét és munkanapokon 8–18 óra között a fenti telefonszámon felteheti kérdéseit.
- A fenti műtéti igénybejelentő felületen keresztül az Ellátásszervező bekéri a saját orvosa és/vagy az egészségügyi szolgáltató partnerének orvosa által meghatározott, az előminősítéshez szükséges szakorvosi diagnózist, kórházi zárójelentést, laboratóriumi és egyéb vizsgálati eredményeket, szövetmintákat, és egyéb egészségügyi információkat, majd a teljeskörű információk megléte után 48 órán belül tájékoztatást ad a Biztosítottak a szolgáltatásról.
- A Biztosított a szükséges dokumentumok kitöltésével, az elérhető egészségügyi információk Ellátásszervező részére történő rendelkezésre bocsátásával kezdeményezi a szolgáltatás igénybevételét, valamint felhatalmazza az Ellátásszervezőt a szolgáltatás előkészítésével, lebonyolításával kapcsolatos feladatok ellátására.
- Az Ellátásszervező ellenőrzi a Biztosított szolgáltatásra való jogosultságát, majd szükség esetén 15 munkanapon belül javaslatot tesz a további validációs célú személyes szakorvosi konzultációra, illetve esetleges egyéb vizsgálatokra.
- Az Ellátásszervező által delegált betegút-menedzser a személyes szakorvosi konzultációt követő 15 munkanapon belül javaslatot tesz a műtét elvégzésére vonatkozóan (szolgáltató, szakorvos, időpont és egyéb feltételek), majd a feltételek ügyfél által történő elfogadása esetén megszervezi azt.
- Az első műtéti javaslat Biztosított által történő visszautasítása esetén a szolgáltatói erőforrásoktól függően lehetséges legkorábbi időpontban alternatív javaslat kerül kidolgozásra.
- Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során az Ellátásszervező által delegált betegút-menedzser folyamatosan támogatja a szolgáltatási folyamatot, a Biztosított egészségügyi szolgáltatással kapcsolatosan felmerülő kérdéseire válaszol, a szolgáltatással kapcsolatos problémáinak megoldását elősegíti, valamint a szolgáltatáshoz kapcsolódóan lebonyolítja a Biztosító és az egészségügyi szolgáltató közötti adminisztrációt.

8.2.4. Szolgáltatás igénybevételének egyéb feltételei

- A szolgáltatás iránti igény Biztosított általi bejelentése nem jelenti az Ellátásszervező azonnali rendelkezésre állását.
- A Biztosított által leadásra kerülő egészségügyi dokumentációk előminősítésébe, illetve a szakorvosi konzultációba bevont orvosok kiválasztásában az Ellátásszervező dönt.
- A biztosítási esemény bekövetkezésének előfeltételeként szükséges előminősítés, illetve szakorvosi konzultáció eredményétől függően, amennyiben a biztosítási esemény orvosilag nem megalapozott, vagy egyéb ellenjavallatok merülnek fel, akkor az Ellátásszervező a szolgáltatás nyújtását megtagadhatja.
- A Biztosító és az Ellátásszervező nem felel a megszervezett szolgáltatás során végzett konkrét szakmai munkáért, az egészségügyi ellátás során a szolgáltató intézmények által végzett tevékenységért és okozott esetleges kárért közvetlenül az egészségügyi szolgáltató tartozik felelősséggel.

8.2.5. Szolgáltatási limitek

A Biztosító egy biztosítási esemény kapcsán és/vagy egy biztosítási év folyamán maximum 3 000 000 Ft értékben teljesít szolgáltatást, továbbá a biztosítási eseménnyel összefüggő, azt megelőző vagy követő, a 8.2.1. pontban részletezett kiegészítő vizsgálatok és konzultációk téríthető összege az alábbi táblázat szerint maximalizálásra kerül:

Műtét költsége		Kiegészítő vizsgálatok és konzultációk biztosítás által térített költsége maximum	
Alsó határ	Felső határ	Műtét teljes költségének	Maximum
100 000 Ft	200 000 Ft	20%	40 000 Ft
200 001 Ft	500 000 Ft	15%	75 000 Ft
500 001 Ft	1 000 000 Ft	10%	100 000 Ft
1 000 001 Ft	2 000 000 Ft	7%	140 000 Ft
2 000 001 Ft	3 000 000 Ft	5%	150 000 Ft

9. KIZÁRÁSOK

9.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási 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 léggépjármű, ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, gumikötél ugrás, mezőgazdasági repülés.
- Egyéb:** búvárkodás, nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, illetve sziklamászás, barlangászat.

9.2. Háborús kockázat, zavargások, felkelések esetén a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll az alábbi eseményekben történő aktív vagy passzív részvétellel:

- háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határviellongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskíséret, népi megmozdulás, terrorcselekmény, felvonulás, sztrájk, munkahelyi rendbontás,
- felkelésben, lázadásban, vagy zavargásban való részvétel, kivéve ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelességteljesítés 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 foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

9.3. Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre sem, amelyek oka részben vagy egészben az adott Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már fennálló, a Biztosított által tudott betegsége, egészségi állapota, valamint megállapított maradandó egészségkárosodása. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosiilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.

9.4. Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése a fentiekben túl az alábbiakban felsoroltakra:

- Ambuláns műtétek.
- Sürgősségi vagy akut (nem elektív) ellátás.
- Traumatológiai ellátás.
- Veszélyeztetett betegségek kezelése kapcsán felmerülő műtéti beavatkozások.
- Szervtranszplantáció.
- Koronária intervenciók, egyéb szív- és aortaműtétek.
- Nyelőcső-, hasnyálmirigy- és májdaganatok műtétei.
- Szülészeti esemény, terhesség-megszakítás, meddőség kezelése.
- Kóros elhízás kezelését célzó műtéti beavatkozások (pl. gyomorszűkítő műtétek).
- Esztétikai és plasztikai sebészeti beavatkozások, valamint az ilyen beavatkozások által szükségessé tett korrekciós vagy helyreállító műtétek.
- Fogászati beavatkozások.
- Nemi átalakító vagy helyreállító műtétek.
- Az egészségügyi szolgáltató, illetve kezelőorvos felelősségi körébe tartozó műhiba bekövetkezése esetében elvégzendő egyéb műtéti beavatkozások.
- Bármely műtéti beavatkozás, mely a jelen Biztosítási Feltételekkel létrejött Szerződés hatálya lépésekor magánellátás keretében nem (volt) elérhető.

9.5. Biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárkifizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve kár 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).

10. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha a biztosítási esemény az alábbi körülményekkel összefüggésben következett be:

- elme és pszichiátriai kóros állapot,
- a Biztosított által (szándékosan) elkövetett bűncselekmény,
- a jogszabály szerint ionizáló vagy annak minősülő sugárzás, nukleáris energia,
- a Biztosított öngyilkossági kísérletének következtében bekövetkező biztosítási események a biztosítási tartam egészében,
- a Biztosított jogellenes, szándékosan elkövetett vagy súlyosan gondatlan magatartása, így különösen a súlyosan ittas (0,8 ezrelék véralkoholszintet elérő vagy azt meghaladó) vagy kábítószer alkalmazásának hatása alatti állapot.

Amennyiben a biztosításra jelölt személy a kockázat-elbírálás során a Biztosító fedezetvállalása szempontjából lényeges körülményt elhallgat, vagy hamisan közöl (közlési kötelezettséget sért), a Biztosító a szolgáltatást a hamisan közölt vagy elhallgatott tényekkel összefüggésben álló szolgáltatási igényekkel kapcsolatban megtagadhatja.

11. MARADÉKJOGOK

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

12. TÖBBLETHOZAM VISSZATÉRÍTÉS

A Biztosítási Szerződés többlethozam visszatérítésben nem részesedik.

13. A BIZTOSÍTÁS ELÉVÜLÉSE

A Csoportos Biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított két éven belül elévülnek.

14. FELEK KÖZÖTTI JOGVITÁK

A szerződő Felek a közöttük felmerülő jogvitákat megkísérelik peren kívüli eljárás során megállapodással rendezni. Ennek sikertelensége esetén a Felek bármelyike a jogvita eldöntése céljából a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat.

15. AZ ALKALMAZOTT JOG

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

16. A PÉNZMOSÁS ÉS A TERRORIZMUS FINANSZÍROZÁSÁNAK MEGELŐZÉSE ÉS MEGAKADÁLYOZÁSA

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben foglaltak értelmében kötelező az ügyfél-átvilágítás a jogszabályban meghatározott esetekben, így különösen a szerződéses kapcsolat keletkezésénél és a szolgáltatás igénybevételekor, illetve a 3,6 millió forintot elérő vagy meghaladó összegű ügyleti megbízás teljesítése esetén. A Szerződő az azonosítás során büntetőjogi felelőssége tudatában köteles valós adatokat szolgáltatni és a szerződéses kapcsolat fennállása alatt a megadott adatokban bekövetkezett változásokat köteles 5 munkanapon belül bejelenteni a Biztosítóknak.

17. BIZTOSÍTÁSI TITOK, ADATKEZELÉS

Jelen pont a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvénynek (a továbbiakban: Bit.) megfelelő számozással kizárólag a releváns rendelkezéseket tartalmazza.

17.1. Általános rendelkezések

A biztosító a Bit. felhatalmazása alapján biztosítási titoknak minősülő adatokat kezel.

A biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

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 létrejött biztosítási jogviszonyára vonatkozik.

17.2. A biztosítási titok

Bit. 135. §

- (1) A biztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási jogviszonnyal, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási jogviszony létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási jogviszonyból származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet.
- (2) Az (1) bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést biztosító 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 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 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 biztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
- a biztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.

Bit. 138. §

- (1) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn
 - a feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Bankkal, mint felügyeleti szervvel,
 - az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,

- 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 vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, 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,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,

szemben, ha az a)–j), és u) pontban megjelölt szerv vagy személy adatkéréssel, illetve írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási jogviszony megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a q)–r) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

- (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 jogviszonyból eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- (4) A biztosító 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 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 lőszerrel 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 lőszerrel 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.

Bit. 139. s

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 csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmusfinanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.

Bit. 140. s

(1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító 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
- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
 - a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
- (2) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok átadását a biztosító 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 a személyes adatokat a biztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

Bit. 143. §

- (1) A biztosító a létre nem jött biztosítási jogviszonnyal kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a jogviszony létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- (2) A biztosító és a viszontbiztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött biztosítási jogviszonnyal 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 jogviszonyban nevesített jogosult is gyakorolhatja.

Bit. 147. §

- (1) Biztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító 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.

17.3. A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

A 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) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosított és a biztosító között létrejött biztosítási jogviszonyban 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 biztosítóknak.
- (3) A megkereső biztosító baleset, betegség ágazathoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
 - a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (4) A megkereső biztosító tűz- és elemi károk, egyéb vagyoni kárkülönböző pénzügyi veszteségek, segítségnyújtás ágazathoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
 - 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.
- (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.

18. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

18.1. Egészségügyi adatokra vonatkozó rendelkezések

A szolgáltatási igény bejelentésekor 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 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 annyiban mentesül a fizetési kötelezettség alól, amennyiben emiatt a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

19. A BIZTOSÍTÓ ADATAI

19.1. 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

19.2. Ügyfélszolgálatok

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

Telefonszám: (+36-1) 477-4800

Elektronikus elérhetőség: alfa.hu/irjonnekunk

19.3. Éves jelentés közzététele

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

20. PANASZKEZELÉS

20.1. Általános rendelkezések

A biztosító biztosítja, hogy a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult és a biztosító szolgáltatására jogosult más személy és a fogyasztói érdekvédelmi szervezet (a továbbiakban együtt: ügyfél) a biztosító, a megbízásából eljáró ügynök, vagy – adott termék kapcsán – az általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban vagy írásban közölhesse.

A Panaszkezelési szabályzat és a panaszbejelentéshez kapcsolódó nyomtatványok az alábbi oldalon találhatóak: www.alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelentes.html#nyomtatványok.

20.2. Panasz az alábbi elérhetőségeken tehető:

Személyesen: valamennyi, a biztosító ügyfelek számára nyitva álló helyiségeiben (Budapesti Ügyfélszolgálati Iroda, Értékesítési pontok), azok nyitvatartási idejében.

Telefonon: a (+36-1) 477-4800 telefonszámon.

Az irodák címe és nyitvatartási ideje, valamint a telefonos ügyfélszolgálat nyitvatartási ideje az alábbi oldalon található: www.alfa.hu/ugyintezes/elerhetosegek.html

Postai úton: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Panasz és kiemelt ügykezelési csoport, 9401 Sopron, Pf. 22

Telefaxon: (+36-1) 476-5791

Elektronikus úton: a www.alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelentes.html oldalon elhelyezett online panaszbejelentőn

E-mail címen: panasz@alfa.hu e-mail címen

Adatkezelési ügyekben:

Elektronikus úton: a www.alfa.hu/adatvedelem oldalon

E-mail címen: adatvedelem@alfa.hu e-mail címen

Szóbeli panasz személyesen vagy telefonon tehető.

A telefonos ügyfélszolgálaton keresztül a biztosító munkatársai ügyfélfogadási időben személyesen 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 személyesen vagy más személy által az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján, postai úton, telefaxon vagy elektronikus úton tehető.

21. JOGORVOSLATI FÓRUMOK

21.1. Általános rendelkezések

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.

21.2. A fogyasztónak minősülő ügyfelek részére nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

Fogyasztón az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személyt kell érteni.

Az ügyfél a biztosítási jogviszony 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.

A biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó – a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény – fogyasztóvédelmi rendelkezéseinek megsértése esetén, az ügyfél fogyasztóvédelmi ellenőrzési eljárást kezdeményezhet a Magyar Nemzeti Banknál.

Elérhetőségek:

Pénzügyi Békéltető Testület

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

Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.

Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1525 Budapest, Pf. 172

Telefon: (+36) 80-203-776

E-mail cím: ugyfelszolgalat@mbn.hu

Az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. a Pénzügyi Békéltető Testület előtt általános alávetési nyilatkozatot nem tett. Amennyiben az ügyfél kérelme megalapozott és az érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg az egymillió forintot, a Pénzügyi Békéltető Testület kötelezést tartalmazó határozatot hozhat.

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

E-mail cím: ugyfelszolgalat@mbn.hu

Honlap: www.mnb.hu/fogyasztovedelem

Online vitarendezési platform

Az Európai Unióban tartózkodási hellyel rendelkező ügyfelek és az Európai Unióban letelepedett szolgáltatók közötti, online szolgáltatási szerződésekből eredő kötelezettségekkel kapcsolatban felmerülő jogviták, így az online létrejött biztosítási jogviszonyokkal összefüggő pénzügyi fogyasztói jogviták bírósági eljárásán kívüli rendezésére szolgáló platform. Az ügyfél online vitarendezési platformon keresztül online kezdeményezheti a jogvita bírósági eljárásán kívüli rendezését a közösen megválasztott vitarendezési fórumnál. Magyarországon a pénzügyi fogyasztói jogviták rendezésére a Pénzügyi Békéltető Testület jogosult.

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

Bíróság

Az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróság megtalálható a www.birosag.hu oldalon.

Nyomtatvány igénylése

A Pénzügyi Békéltető Testület, illetve a Magyar Nemzeti Bank előtt megindítható eljárás alapjául szolgáló „Kérelem” nyomtatvány a biztosító alábbi elérhetőségein igényelhető:

Telefonon: (+36) 1-477-4800

Postai úton: 9401 Sopron, Pf. 22

E-mailen: panasz@alfa.hu

A biztosító a nyomtatványt igazolható módon, költségmentesen küldi ki – az ügyfél kérésének megfelelően – e-mailen vagy postai úton, valamint elérhetővé teszi az ügyfélszolgálat részére nyitva álló helyiségeiben és a www.alfa.hu oldalon is: www.alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelentes.html#nyomtatvanyok.

26.3. Fogyasztónak nem minősülő ügyfelek számára nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

A fogyasztónak nem minősülő ügyfél, panaszának a biztosítóhoz történő benyújtását követően jogorvoslatért az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat.

Az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróság megtalálható a www.birosag.hu oldalon.

26.4. 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, 30 napon belül bírósághoz, illetve ha a panasz adatkezeléssel összefüggő tájékoztatás, helyesbítés, zárolás vagy törlés biztosító általi megtagadásával függ össze, a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz is fordulhat.

Elérhetőségek:

Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság

Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11.

Levelezési cím: 1363 Budapest Pf. 9

Telefon: (+36) 1-391-1400

E-mail cím: ugyfelszolgalat@naih.hu

Honlap: www.naih.hu

Bíróság

Az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróság megtalálható a www.birosag.hu oldalon.

Alfa Csoportos biztosítás díjtábla

Életkor	Biztosítás havi díja
18	2 692 Ft
19	2 927 Ft
20	2 949 Ft
21	3 237 Ft
22	3 132 Ft
23	3 331 Ft
24	3 495 Ft
25	3 567 Ft
26	3 593 Ft
27	3 814 Ft
28	3 781 Ft
29	3 930 Ft
30	4 212 Ft
31	4 098 Ft
32	4 026 Ft

Életkor	Biztosítás havi díja
33	4 208 Ft
34	4 401 Ft
35	4 595 Ft
36	4 805 Ft
37	4 686 Ft
38	5 198 Ft
39	5 256 Ft
40	5 941 Ft
41	6 111 Ft
42	5 898 Ft
43	6 107 Ft
44	6 128 Ft
45	6 424 Ft
46	6 656 Ft
47	6 996 Ft

Életkor	Biztosítás havi díja
48	7 201 Ft
49	7 103 Ft
50	7 542 Ft
51	7 604 Ft
52	8 106 Ft
53	7 965 Ft
54	8 340 Ft
55	8 681 Ft
56	8 755 Ft
57	9 429 Ft
58	8 978 Ft
59	9 301 Ft
60	10 369 Ft