

Egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítása

Szerződési feltételek

I. A BIZTOSÍTÁS TÁRGYA

1. Az Allianz Hungária Biztosító Rt. (1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52., Fővárosi Bíróság, mint Cégbíróság, cégjegyzékszám: 01-10-041356,-a továbbiakban: biztosító) a biztosítási díj megfizetése ellenében kötelezettséget vállal arra, hogy a jelen szerződésben meghatározott biztosítási esemény(ek) bekövetkezése esetén a jelen szerződési feltételekben szabályozott körben, módon és mértékben a biztosított helyett megtéríti azokat a vagyoni, valamint az élet, a testi épség és az egészség – mint személyhez fűződő jogok – megsértésével okozott nem vagyoni károkat, amelyekért a biztosított a magyar jog szabályai szerint kártérítési felelősséggel tartozik.

II. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI, A BIZTOSÍTOTTAK KÖRE

2. A **biztosító** az **Allianz Hungária Biztosító Részvénytársaság** (1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52.)

3. A **biztosított** a kötvényen név szerint feltüntetett, egészségügyi szolgáltatói tevékenységet folytató természetes személy, jogi személy, jogi személyiség nélküli gazdasági társaság vagy más, jogalanyisággal rendelkező szervezet, aki/amely a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tett, és a biztosítási díjat megfizeti.

4. A jelen szerződési feltételek szerint a biztosítási szerződés fedezetet nyújt mindazokra a biztosítási eseménynek minősülő károkra, amelyeket maga a biztosított vagy olyan személy okozott, akinek a magatartásáért a biztosított a magyar jog szabályai szerint kártérítési felelősséggel tartozik.

III. FOGALOMMEGHATÁROZÁSOK

5. A jelen szerződési feltételek alkalmazásában:

5.1. Egészségügyi szolgáltatás: minden olyan tevékenység, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyfürdőellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet, valamint a mentést és a betegszállítást, a szülészeti ellátást, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokat, a művi meddőségét, valamint az emberen végzett orvostudományi kutatásokat is.

5.2. Egészségügyi szolgáltató: tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult jogi személy, jogi személyiség nélküli szervezet és minden olyan természetes személy, aki a szolgáltatást saját nevében nyújtja.

5.3. Egészségügyi intézmény: a jogi személyiséggel rendelkező, valamint a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó, jogi személyiséggel nem rendelkező egészségügyi szolgáltató.

5.4. Egészségügyi dolgozó: az orvos, a fogorvos, a gyógyszerész, az egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, továbbá az egészségügyi szolgáltatás nyújtásában közreműködő, egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező személy.

5.5. Rezidens orvos: az a személy, aki – főállása szerinti munkáltatójának hozzájárulásával – szakmai képzés vagy gyakorlat céljából vesz részt a biztosított egészségügyi szolgáltatói tevékenységében.

5.6. Röntgen- és sugárártalom: a diagnosztikai és terápiás röntgen-, radioizotópos vizsgálati és terápiás eljárások, valamint a radiológiai terápia hibás alkalmazásával okozott károk, beleértve a CT- és MRI-terápiát is.

5.7. Sürgős szükség: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás nélkül a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

5.8. Életmentő beavatkozás: sürgős szükség esetén a beteg életének megmentésére irányuló egészségügyi szolgáltatás.

5.9. Életfenntartó beavatkozás: a beteg életének mesterséges módon történő fenntartására, illetve egyes életműködéseinek pótlására irányuló egészségügyi szolgáltatás.

5.10. Munkaviszony: a Munka törvénykönyvéről szóló 1992. évi XXII. tv. harmadik részében szabályozott jogviszony.

5.11. Egyéb szervezett munkavégzés: a közszolgálati, illetve közalkalmazotti jogviszonyban, szövetkezeti tagság esetén munkaviszony jellegű jogviszonyban, a tanulói és hallgatói jogviszonyban a gyakorlati képzés során, büntetés-végrehajtási jogviszonyban (előzetes letartóztatásban, elítéltként), a közigazgatási határozat alapján, a fegyveres erők, fegyveres testületek, a hivatásos állami és a hivatásos önkormányzati tűzoltóság és más rendészeti szervek tagjai által szolgálati viszonyukban, a polgári szolgálatban végzett munka, valamint a munkáltató által kezdeményezett, irányított vagy jóváhagyott társadalmi munka.

5.12. Munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony: a megbízási és a vállalkozási szerződés.

5.13. Alkalmazott: a munkaviszony, egyéb szervezett munkavégzés vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony keretében foglalkoztatott magánszemély.

IV. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

6. A biztosítási szerződés a felek írásbeli megállapodásával jön létre.

7. A szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az írásbeli ajánlatra tizenöt napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés visszamenő hatállyal jön létre attól az időponttól, amikor az ajánlatot a biztosító vagy képviselője részére áadták.

8. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés eltér a jelen általános szerződési feltételekben foglalt rendelkezésektől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül írásban javasolhatja, hogy a szerződést az általános szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a biztosított a javaslatot nem fogadja el, vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, az elutasítástól, illetőleg a módosító javaslat kézhezvételétől számított tizenöt napon belül a biztosító a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

9. Az írásbeli megállapodást, illetőleg a biztosító elfogadó nyilatkozatát a biztosítási kötvény kiállítása pótolja. Ha a kötvény tartalma a biztosított ajánlatától eltér, és az eltérést a biztosított tizenöt napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. Ezt a rendelkezést lényeges eltérésekre csak akkor lehet alkalmazni, ha a biztosító az eltérésre a biztosított figyelmét a kötvény kiszolgáltatásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

V. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS HATÁLYBALÉPÉSE, IDŐBELI HATÁLYA, A KOCKÁZATVISELÉS TARTAMA ÉS TERJEDELME

10. A biztosítási szerződés – létrejötté esetén – az azt követő napon (0 óra 00 perckor) lép hatályba, amikor a biztosított az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, illetőleg amikor a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, vagy a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton érvényesíti.

11. Ha a szerződő fél a díjat a biztosító képviselőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni, a szerződő fél azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

12. Ha a felek a szerződésben a biztosítási szerződés hatálybalépését az első díj megfizetésének napjánál későbbi időpontban állapítják meg, a biztosító kockázatviselése legkorábban ebben az időpontban kezdődik, tekintet nélkül arra, hogy a szerződés már korábban létrejött.

13. A biztosítási szerződést a felek a biztosított igényétől, illetve a felek megállapodásától függően határozatlan vagy határozott időre kötik meg. Azt a körülményt, hogy a szerződés határozatlan időre jön létre, illetve határozott idejű szerződés esetén a szerződés megszűnésének napját a biztosítási kötvény tartalmazza.

14. A biztosítási időszak egy évnél rövidebb határozott idejű szerződés esetén a biztosítási szerződés hatálybalépésétől a szerződés megszűnéséig tart, egyéves és egy évnél hosszabb határozott idejű, valamint határozatlan idejű szerződés esetén pedig egy év. A biztosítási évforduló napját a biztosítási kötvény tartalmazza.

15. A biztosító kockázatviselése a biztosítási szerződés hatálya alatt okozott és a szerződés hatálya alatt bekövetkezett, legkésőbb azonban a szerződés megszűnésének napjától számított harminc napon belül a biztosítóhoz bejelentett károkra terjed ki.

16. Ha a biztosított úgy gondoskodik a felelősségbiztosítási fedezet folyamatos fennállásáról, hogy az Allianz Hungária Biztosító Részvénytársasággal úgy köt meg több, egymást követő időszakra vonatkozó biztosítási szerződést, hogy a későbbi szerződés hatálybalépésének napja megegyezik a korábbi szerződés megszűnését követő nappal, a biztosító a kockázatviselésének tartamát folyamatosnak tekinti, így az a szerződések bármelyikének hatálya alatt okozott és bekövetkezett, de legkésőbb az utolsó szerződés megszűnésének napjától számított harminc napon belül bejelentett károkra terjed ki.

VI. A BIZTOSÍTÁS SZERZŐDÉS TERÜLETI HATÁLYA

17. A jelen szerződés alapján a biztosító a Magyarország – elsősegélynyújtásból eredő károk esetén egész Európa – területén okozott károkat téríti meg.

VII. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

18. A jelen szerződési feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül az, ha a biztosított vagy olyan személy, akinek a magatartásáért a biztosított a magyar jog szabályai szerint kártérítési felelősséggel tartozik, az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó foglalkozási/szakmai előírások és szabályok felróható módon történő megszegése/megsértése miatt az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő vagy abban részesülő személy vagyonában, életében, testi épségében vagy egészségében kárt okoz.

VIII. A BIZTOSÍTÁSSAL NEM FEDEZETT KÁROK (KIZÁRT KOCKÁZATOK)

19. A biztosító helytállási kötelezettsége nem terjed ki:

19.1. az egészségügyi szolgáltatás végzéséhez szükséges ingó és ingatlan vagyontárgyak üzemeltetésével okozott károkra;

19.2. a jogszabályban meghatározott felelősségnél szigorúbb, szerződésben vagy egyoldalú nyilatkozatban vállalt helytállási kötelezettségen alapuló kárigényekre;

19.3. kötbérre, bírságra és egyéb büntető jellegű költségekre;

19.4. a biztosított munkavállalójának munkabalesetéből eredő kárigényekre;

19.5. a hibás szolgáltatás újbóli elvégzésével vagy a hiba kijavításával járó költségekre;

19.6. a környezetszennyezéssel okozott károkra;

19.7. a kizárólag esztétikai célból végzett plasztikai műtét során okozott károkra;

- 19.8. azokra a kárigényekre, amelyeket – a beavatkozás indokától, céljától függetlenül – plasztikai műtéttel/beavatkozással összefüggésben kizárólag esztétikai okokra hivatkozva terjesztenek elő;
- 19.9. az RU 486 elnevezésű készítmény alkalmazásából eredő károkra;
- 19.10. a hasadóanyagok robbanásából, a nukleáris reakcióból, a röntgen- és sugárártalomból eredő kárigényekre;
- 19.11. a génmanipulációval kapcsolatos károkra;
- 19.12. a vérátömlesztéssel, vérkészítmények alkalmazásával összefüggésben keletkezett, valamint a HIV-fertőzéssel, AIDS betegséggel kapcsolatos károkra;
- 19.13. az adatvédelmi jogsértéssel okozott károkra;
- 19.14. az állam ellen közvetlenül érvényesíthető követelésekre;
- 19.15. a biztosított által engedély nélkül végzett tevékenységből eredő károkra;
- 19.16. a kizárólag pszichikai/lelki sérülés miatt előterjesztett kárigényekre;
- 19.17. a termékfelelősségi károkra;
- 19.18. olyan kárigényekre, amelyek vagyontárgyak (ideértve a pénzt és az értékpapírt is) megrongálódásából, elveszéséből, eltulajdonításából erednek;
- 19.19. az olyan károkra, melyeknek oka sztrájk;
- 19.20. a tájékoztatási kötelezettség elmulasztásából, a tájékoztatás hiányosságából, vagy más okból nem megfelelő tájékoztatásból származó károkra;
- 19.21. az elmaradt vagyoni előny jogcímén előterjesztett kárigényekre, kivéve a magánszemély rendszeres jövedelmét;
- 19.22. a biztosítási esemény miatt a termelés (szolgáltatás) szüneteléséből, a szolgáltatás nem megfelelő teljesítéséből eredő károkra;
- 19.23. a gazdasági hátrányból és pénzügyi veszteségből eredő károkra;
- 19.24. azokra a károkra, amelyeket a magánorvos, illetve az egészségügyi vállalkozás tagja/alkalmazottja olyan egészségügyi intézményben végzett tevékenységével okozott, amelynek fenntartója nem a károkozó magánorvos, illetve a fenntartó nem az a vállalkozás, amelynek a károkozó egészségügyi dolgozó a tagja vagy alkalmazottja;
- 19.25. a gyógyászati segédeszközök gyártási, elkészítési hibájából eredő károkra;
- 19.26. a felsőfokú egészségügyi végzettséggel nem rendelkező személy által természetgyógyászati és egyéb alternatív gyógyító tevékenységgel okozott károkra;
- 19.27. a nem egészségügyi intézmény alkalmazottjaként folytatott gyógyszerészeti tevékenységgel okozott károkra;
- 19.28. a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézményen kívül végzett szülészeti-nőgyógyászati tevékenységgel a tolófájások megkezdődésétől az újszülött megszületését követő ötödik napon 24 óráig terjedő időszakban okozott károkra, kivéve a sürgős szükség esetén folytatott tevékenységet;
- 19.29. az aktív eutanázia (halálba segítés) és a passzív eutanázia (az életfenntartó beavatkozás szándékos elmulasztása, abbahagyása, megszüntetése) alkalmazásával okozott károkra,
- 19.30. a más biztosítással már korábban fedezetbe vont károkra.

IX. A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGEK

20. Egy adott biztosítási esemény kapcsán a biztosító teljesítési kötelezettsége legfeljebb a kötvényben meghatározott biztosítási eseményenkénti biztosítási összegig terjed.

21. Több, azonos okból bekövetkezett, időben összefüggő káresemény egy biztosítási eseménynek minősül. Ha ugyanaz a biztosítási esemény több személynek okoz kárt, és a megalapozott kárigények együttes összege meghaladja az egy biztosítási eseményre kifizethető biztosítási összeget, akkor az így kifizethető összeget jogos kárigényük arányában kell felosztani a károsultak között.

22. A biztosító teljesítési kötelezettsége a biztosítási időszak egészére vonatkoztatva a biztosítási események számától függetlenül nem haladhatja meg a szerződésben meghatározott biztosítási időszakonkénti biztosítási összeget.

23. A biztosító a biztosítási időszakonkénti, illetőleg a biztosítási eseményenkénti biztosítási összeghatárokon belül nyújt fedezetet a károk érvényesítésével összefüggésben a károsult oldalán felmerülő járulékokra és költségekre, ideértve az esetleges egészségügyi közvetítői eljárásban felmerült költségeket is.

24. Járadékfizetési kötelezettség esetén a biztosító a folyósítandó kártérítés mértékét a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg figyelembevételével határozza meg. Ha a jövőben várható járadékkifizetések készpénzértéke magasabb a szerződésben rögzített biztosítási összegből még rendelkezésre álló összegnél, a biztosító a járadékot arányosan csökkenti.

X. A JÁRADÉK TŐKÉSÍTÉSÉNEK ÉS A JÁRADÉK TŐKEÉRTÉK MEGÁLLAPÍTÁSÁNAK SZABÁLYAI

25. Ha a Biztosító járadékfizetésre köteles, a járadékszolgáltatás jogosultja és a Biztosító megállapodhatnak, hogy a Biztosító járadékfolyósítás helyett egyösszegű kártérítést nyújt a biztosítási összeg erejéig. A Biztosító a járadék tőkeértékét az 1990. évi halandósági tábla alapján 5,5 % technikai kamatláb figyelembe vételével állapítja meg.

26. Járadékfizetési kötelezettség esetén mind a Biztosító, mind a Biztosított, mind a Károsult kezdeményezheti a járadék egyösszegű megváltását (tőkésítését). A járadék egyösszegű megváltására csak abban az esetben kerülhet sor, ha az egyösszegű megváltás tényét és a megváltás összegét mind a Biztosított, mind a Károsult elfogadja. Az egyösszegű megváltás összegét úgy kell kiszámítani, hogy a járadék tőkeértékének e fejezet szabályai szerint számított összegéből le kell vonni a károsultnak a járadékigénnyel kapcsolatosan már korábban kifizetett biztosítási szolgáltatások együttes összegét.

A járadék tőkeértékét a következőképpen kell megállapítani:

Amíg a járadék folyósítása nem kezdődik meg, addig a függőkár tartalékban ebből a célból félretett összeget kell figyelembe venni:

a) Amíg a járadék folyósítása nem kezdődik meg, addig a függőkár tartalékban ebből a célból félretett összeget kell figyelembe venni.

b) Az újonnan induló járadékfolyósítás esetén az első folyósítás időpontjára számított jövőbeni várható kifizetések jelenértékét kell alapul venni / e.) pont / Ha a járadékfolyósítás indulásakor a jogosult egy összegben megkapja a lejárt járadékösszegeket is, akkor a járadék tőkeértékének megállapításánál ezt az összeget is figyelembe kell venni.

c) Ha valamely okból a járadékigény összege változik, akkor a jövőbeni várható kifizetések jelenértékét / e.) pont/ újból meg kell állapítani, és figyelembe kell venni valamennyi korábbi járadékfizetést.

d) A járadék megszűnésekor a járadék megszűnéséig folyósított járadékfizetéseket kell figyelembe venni. Ha a járadék folyósításának megszüntetésére a járadék egyedi megállapodás alapján történő egyösszegű megváltása miatt kerül sor, akkor a már folyósított járadékok összegéhez hozzá kell adni az egyösszegű megváltás összegét is, valamint az egyéb jogcímen már kifizetett kártérítési összegeket.

e) A rendelkezésre álló biztosítási összeg erejéig a jövőbeni várható járadékfizetések jelenértékét a Központi Statisztikai Hivatal által kiadott, 1990. évi statisztikai évkönyv 394-397. oldalain közzétett halandósági tábla alapján 5,5% kamatláb figyelembe vételével kell kiszámítani.

XI. AZ ÖNRÉSZESEDÉS

27. A biztosított minden egyes biztosítási esemény teljes kárösszegéből legalább a kötvényben meghatározott mértékű önrészesedés erejéig a kárt maga viseli, és gondoskodik az önrész összegének a károsult részére való kifizetéséről.

Abban az esetben, ha a kárösszeg meghaladja a biztosítási eseményenkénti biztosítási összeget, akkor a biztosító szolgáltatása az önrészesedésnek a kárösszegből való levonása után legfeljebb a szerződésben meghatározott biztosítási eseményenkénti biztosítási összeghatárig terjed.

XII. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ KÉPZÉSÉNEK ÉS MEGFIZETÉSÉNEK SZABÁLYAI

28. A biztosítási díjat – a képzését befolyásoló tényezőktől függően és egyéb, a biztosító által megkért adatok figyelembevételével – a biztosító kockázatarányosan határozza meg.

29. A biztosítási díj képzését befolyásoló tényezők:

- a) az igényelt biztosítási összegek,
- b) a biztosított tevékenységi köre,
- c) a létszám, illetve a biztosított intézmény, vállalkozás mérete,
- d) az ágyszám és az ágyak osztályok szerinti megoszlása

(fekvőbeteg-ellátás esetén),
e) a kárelőzmény.

30. A biztosított a biztosítási időszakra vonatkozó díj meghatározásához szükséges adatokat az ajánlat mellékletét képező adatközlő kitöltésével vagy a biztosító által előírt egyéb módon, írásban, minden esetben cégszerűen aláírt formában köteles a biztosítónak megadni.

31. Határozatlan időre kötött biztosítási szerződés esetén a biztosított a következő biztosítási időszak díjának meghatározásához szükséges adatokra valamint az esetleges módosításokra vonatkozó nyilatkozatát adatközlő kitöltésével vagy a biztosító által előírt egyéb módon, írásban, minden esetben cégszerűen aláírt formában köteles a biztosítónak a szerződést kezelő szervezeti egységéhez megküldeni.

32. A biztosított adatközlése (nyilatkozata) alapján a biztosító meghatározza a biztosítási díjat, és azt írásban közli a biztosítottal.

33. A biztosítás díját, valamint a biztosítási díj megfizetésének módját és esedékességét a kötvény tartalmazza. Több részletben történő díjfizetés esetén az egyes részletek mindig annak az időszaknak az első napján esedékesek, amelyre a díj vonatkozik.

34. A biztosítási díj esedékességétől számított harmincadik nap elteltével a szerződés megszűnik, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg, és a biztosított halasztást sem kapott, illetőleg a biztosító a díjkövetelést bírósági úton nem érvényesítette.

35. A biztosító a szerződés megszűnését és a bírósági út igénybevételeének határidejét további harminc nappal meghosszabbíthatja, ha az esedékességtől számított harminc nap eltelte előtt ennek a körülménynek a közlésével a biztosítottat a fizetésre írásban felszólítja.

XIII. A BIZTOSÍTOTT KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉGE

36. A biztosított a szerződéskötéskor köteles közölni a biztosítóval minden olyan, a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges körülményt, amelyeket ismert vagy ismernie kellett.

37. A biztosított a szerződéskötéskor írásban közölt adatok és körülmények megváltozását köteles **harminc** napon belül, írásban bejelenteni a biztosítónak.

38. A biztosított a jogállásában bekövetkezett változásokról, valamint a rá vonatkozó felszámolási, csőd- és végelszámolási eljárások megindításáról – a cégbíróságnak való bejelentéssel egyidejűleg, illetőleg e változásoknak a tudomására jutását követően **három** napon belül – köteles tájékoztatni a biztosítót.

39. Ha a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik vele, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot nem vállalhatja – a szerződést 30 napra írásban **felmondhatja**.

40. Ha a biztosított a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon **megszűnik**. Erre a következményre a biztosítottat a módosító javaslat megtételekor figyelmeztetni kell. Ha a biztosító e jogával nem él, a szerződés az eredeti tartalommal hatályban marad.

41. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a biztosított a jelen fejezetben meghatározott közlési és változásbejelentési kötelezettségét nem teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

XIV. A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

42. A biztosító biztosítási eseményenként és biztosítási időszakonként a kötvényben meghatározott összeghatárig téríti meg a károsult kárait, az önrészesedésre vonatkozó rendelkezések figyelembevételével.

43. A biztosító – a károsult természetes személy elmaradt rendszeres jövedelmének kivételével – nem téríti meg a károsult elmaradt vagyoni előnyeit, gazdasági veszteségeit és az egyéb olyan következményi károkat, amelyek abból származtak, hogy a károsult nem tudott eleget tenni vállalt vagy jogszabályon alapuló kötelezettségeinek.

44. A biztosító a szolgáltatását az igény jogalapjának ésösszegezésének elbírálásához szükséges összes adatnak, okmánynak, dokumentumnak a kárrendezésre illetékes egységéhez való beérkezésétől számított harminc napon belül forintban nyújtja a károsult részére.

45. A biztosító a megállapított kártérítési összeget csak a károsultnak fizetheti; a károsult azonban igényét közvetlenül a biztosító ellen nem érvényesítheti. A biztosított csak akkor követelheti, hogy a biztosító az ő kezéhez fizessen, ha a károsult követelését ő egyenlítette ki.

46. A biztosított és a károsult egyezsége – ideértve mind a bírói egyezséget, mind a peren kívüli, akár egészségügyi közvetítői eljárásban, akár közvetítői eljárás nélkül megkötött egyezséget – a biztosítóval szemben csak akkor hatályos, ha azt a biztosító tudomásul vette, a biztosított bírósági marasztalása pedig csak akkor, ha a biztosító a perben részt vett, a biztosított képviselétéről gondoskodott, vagy ezekről előzetesen írásban lemondott.

XV. A BIZTOSÍTOTT KÁRMEGELŐZÉSI ÉS KÁRENYHÍTÉSI KÖTELEZETTSÉGE

47. A biztosított köteles a károk megelőzése, elhárítása és enyhítése érdekében minden tőle elvárható intézkedést haladéktalanul megtenni, valamint a rá vonatkozó jogszabályi, hatósági és egyéb előírásokat maradéktalanul betartani.

48. A biztosító jogosult ellenőrizni vagy ellenőriztetni a kármegelőzésre vonatkozó intézkedések végrehajtását.

XVI. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MÓDOSÍTÁSA

49. A biztosítási szerződés kizárólag a felek közös megegyezésével módosítható. A biztosítási szerződés módosítása kizárólag írásban érvényes.

XVII. A KÁRRENDEZÉSI ELJÁRÁS

50. A biztosított a biztosítási esemény megtörténtét a tudomására jutását követő **harminc** napon belül köteles írásban bejelenteni a szerződését kezelő biztosítási egységnek.

51. A kárbejelentésnek tartalmaznia kell:

- a káresemény leírását,
- a károkozó magatartás időpontját,
- a kár bekövetkezésének időpontját,
- a károsodott dolgok (létesítmények, eszközök) és tulajdonosuk megnevezését,
- a sérült személy(ek) nevét, személyi adatait, a sérülés leírását és mértékét, a kár(ok) megállapított vagy becsült mértékét,
- a károsult kárigényének összegét,
- a kárrendezésben közreműködő, a biztosított által meghatalmazott személynek a kapcsolattartáshoz szükséges adatait,
- minden egyéb olyan lényeges tény és körülményt, amely az igény jogalapjának és összecszerűségének elbírálásához szükséges.

52. Ha a biztosított a biztosító által a kárbejelentőben vagy azon kívül kért valamely adatnak rajta kívül álló ok miatt csak később jut a birtokába, akkor azt a tudomására jutását követően **három napon** belül köteles a biztosítónak bejelenteni.

53. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a biztosított az előző pontokban előírt bejelentési kötelezettségeit nem teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

54. Ha a káreseménnyel összefüggésben hatósági eljárás volt folyamatban, a biztosított az eljárás során hozott határozatot a kézhezvételétől számított három munkanapon belül köteles a biztosító rendelkezésére bocsátani.

XVIII. A BIZTOSÍTÓ VISSZAKÖVETELÉSI JOGA

55. A biztosító a károsultnak kifizetett kártérítési összeg megtérítését követelheti a biztosítottól, ha a biztosított vagy a károkozó személy – akinek a magatartásáért a biztosított felelősséggel tartozik – a kárt szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta, kivéve, ha a biztosított bizonyítja, hogy a károkozó magatartás nem volt jogellenes.

56. A jelen szerződés szerint súlyosan gondatlan károkozásnak minősül, ha a biztosított vagy a kárt okozó egészségügyi dolgozó:

- a jogszabályban vagy egyéb előírásban meghatározott személyi és tárgyi feltételek hiányában végezte a tevékenységét,
- a kárt a szakmai szabályok, előírások kirívóan súlyos megsértésével okozta,
- a kárt a kárenyhítési, kármegelőzési kötelezettségének súlyos megsértésével okozta,
- a kárt a szakmai szabályok, előírások vagy a kárenyhítési, kármegelőzési kötelezettség ismétlődő vagy folyamatos megsértésével okozta,
- a kárt ittas állapotban, kábító- vagy bódulatot keltő szer hatása alatt okozta.

XIX. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MEGSZŰNÉSE, A SZERZŐDÉSBŐL EREDŐ IGÉNYEK ELÉVÜLÉSE

57. A határozott időre kötött biztosítási szerződés a kötvényben a szerződés megszűnésének napjaként feltüntetett napon 24 órakor szűnik meg. A felek a szerződést közös megegyezéssel ennél az időpontnál korábban is megszüntethetik.

58. A határozatlan idejű biztosítási szerződést bármelyik fél jogosult harminc napos felmondási idővel a biztosítási időszak utolsó napjára felmondani.

59. Mind a határozatlan, mind a határozott idejű biztosítási szerződés megszüntethető felmondással a jelen szerződésben meghatározott egyéb esetekben is, az ott szabályozott módon és a határidők betartásával (l. a 8. és 38. pontot).

60. Ha a szerződés hatálya alatt a biztosítási esemény bekövetkezése lehetetlenné vált, vagy a biztosítási érdek megszűnt, a szerződés, illetőleg annak megfelelő része a hónap utolsó napjával **megszűnik**.

61. A biztosítási szerződés megszűnik a jelen általános szerződési feltételekben meghatározott egyéb esetekben is (l. a 33. és 39. pontot).

62. A biztosítónak a biztosítási díj iránti követelése az esedékességétől számított öt év múlva évül el.

63. A biztosítottnak a biztosítóval szembeni, a biztosítási szerződésből eredő követelése a károsultnak a biztosítóval szembeni kártérítés iránti követelésével együtt évül el.

XX. A BIZTOSÍTÁSI TITOKVÉDELEMRE ÉS A SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉRE VONATKOZÓ RENDELKEZÉSEK

64. Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely egy meghatározott természetes személlyel (továbbiakban: érintett) kapcsolatba hozható. A személyes adat biztosítási titoknak minősül.

65. A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. Az adatszolgáltatás önkéntes, de a biztosítási ajánlaton rögzített egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez.

66. Az adatkezelés céljával összefüggésben a biztosító tudomására jutott adatokat a biztosító a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban: Bit.) értelmében az Ügyfél külön hozzájárulása nélkül kezelheti. E törvényi felhatalmazás kizárólag azon személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.

67. Amennyiben a személyes adat az egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre vonatkozik, úgy az a hatályos jogszabályok értelmében különleges adatnak minősül, a különleges adat kizárólag az Ügyfél írásbeli hozzájárulása alapján kezelhető. A különleges adatok kezelésére vonatkozó, írásbeli hozzájárulását az Ügyfél a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény (továbbiakban: Avtv.) 3. §-ának (7) bekezdése értelmében a szerződés keretei között is megteheti, mely rendelkezés alapján szükséges hozzájárulást a szerződés részét képező nyilatkozat tartalmazza.

68. A biztosító az ajánlatot a kockázatelbírálás során számítástechnikai eszközzel végrehajtott automatizált döntéssel dolgozza fel. A biztosító a kockázatelbírálás módszeréről és annak lényegéről a szerződő kérelmére tájékoztatást nyújt.

69. Az adatkezelés időtartama: a biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

70. A biztosító mint adatkezelő az adatok feldolgozásával leányvállalatát, a Hungária Biztosító Számítástechnikai Kft.-t (Cg. 01–09–069554, 1553 Budapest, Pf. 40.) bízta meg, amely szervezet az adatokat nyilvántartja. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez igénybevett – posta útján történő utalás vagy banki átutalás esetén – a Magyar Posta Rt. és a jogosult által megnevezett bank adatfeldolgozónak minősül.

71. A biztosító és az ügynöke, illetve megbízottja tevékenysége során tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat (személyes és vagyoni adatokat, a szerződéses adatokat) – a jogszabályban meghatározott eseteket kivéve – csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettsége alól az érintett ügyféltől vagy annak törvényes képviselőjétől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve írásban felmentést kapott.

XXI. ELTÉRÉS A KORÁBBI SZERZŐDÉSES GYAKORLATTÓL

72. Jelen szerződési feltétel gyakorlata nem tér el a biztosító által a jelen szerződés terjesztését megelőző időszakban használt szerződési feltételektől.

XXII. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

73. A felek az egyes bejelentéseiket és nyilatkozataikat írásban kötelesek egymással közölni. Írásos nyilatkozatnak kell tekinteni a távirat és telefax útján tett nyilatkozatokat is.

74. A biztosítóhoz intézett nyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha írásban tették, és az a biztosítóhoz megérkezett.

745 Ha a kárért a biztosítotton kívül más is felelős, a biztosított köteles minden tőle elvárható módon támogatni a biztosítót az ezzel kapcsolatos jogai érvényesítésében.

75. A jelen szerződési feltételekben nem rendezett kérdésekben, valamint a biztosítási szerződésből eredő jogviták elbírálása során a magyar jog szabályai az irányadók.

Allianz Hungária Biztosító Rt.