

Általános Csoportos biztosítási feltételek

(termékkód: 15041)

06 1 200 4800
www.postabiztosito.hu

Ügyfél-tájékoztató és biztosítási feltételek



Az elérhető gondoskodás

Posta
Biztosító

Tartalom

Általános Csoportos biztosítási feltételek	5
1. Általános rendelkezések, a biztosítási szerződés létrejötte, alanyai.....	5
2. A kockázatviselés kezdete	5
3. Kizárások egészségbiztosítás esetén	6
4. Kizárások egészségbiztosítás esetén	6
5. Nem biztosítható személyek (egészbiztosítás esetén)	7
6. A biztosítási tartam egészségbiztosítás esetén	7
7. A biztosítottak kora egészségbiztosítás esetén.....	7
8. A biztosítás területi hatálya	7
9. Értelmező rendelkezések	7
10. Biztosítási események.....	8
11. Szolgáltatások.....	8
12. Biztosítási díj	8
13. Közlési kötelezettség egészségbiztosítás esetén	8
14. A biztosítási szerződés megszűnése	9
15. A Biztosított kötelezettségei az egészségbiztosítási esemény bekövetkezése után.....	9
16. A biztosítási esemény bejelentése egészségbiztosítás esetén	9
17. Az egészségbiztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok	9
18. A szolgáltatás kifizetése	10
19. A biztosítás elévülése	11
20. Személyes adatok kezelése és titoktartás (2003. évi LX. törvény alapján)	11

Tisztelt Ügyfelünk!

Köszönjük a Magyar Posta Biztosító Zrt. (továbbiakban: Posta Biztosító vagy Biztosító) iránti megtisztelő bizalmát! Kérjük, hogy figyelmesen olvassa el a kezében tartott Ügyfél-tájékoztató és biztosítási szerződési feltételek kiadványunkat. Ez mindenben irányadó az Ön által megkötni kívánt biztosítási szerződésre, a szerződő felek jogaira és kötelezettségeire.

A bevezetőben tájékoztatjuk Önt a Posta Biztosító legfontosabb adatairól, a felügyeleti szervünkről, a fogyasztói panaszügyintézésről, valamint a biztosítási szerződés alapjául szolgáló jogszabályokról. Az Ügyfél-tájékoztatónkban részletesen ismertetjük Önnel azokat a tudnivalókat, amelyek a biztosítási szerződésre vonatkoznak. A Személyes adatok kezelése és titoktartás részben felsoroljuk az adatvédelem és az adatkezelés szabályait és azokat a szervezeteket is, amelyeknek az Ön biztosítási titkot képező adatait a Posta Biztosító továbbíthatja.

Legfontosabb adatok

Posta Biztosító székhelye: 1022 Budapest, Bég utca 3–5.; levélcíme: 1535 Budapest, Pf. 952, Ügyfélszolgálati telefonszáma: 06 1 200 4800 (munkanapokon 8:00-18:00 óráig kedvezményes helyi díjjal hívható).

Panaszügyintézés

Társaságunk számára fontos, hogy Ön, mint a biztosító Ügyfele elégedett legyen szolgáltatásunkkal. Amennyiben Önnel a biztosítási szerződésével kapcsolatos panasz van, azt szóban (személyesen a biztosító székhelyén található Ügyfélszolgálaton, vagy telefonon), vagy írásban (személyesen, vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) teheti meg. Kérjük, hogy írásban forduljon közvetlenül a Minőségbiztosítási osztályunkhoz, ahol kivizsgáljuk bejelentését és 15 napon belül válaszolunk Önnel: **Posta Biztosító Minőségbiztosítási osztály, 1535 Budapest, Pf. 952 (levélben), panasz@mpb.hu (e-mailben), 06 1 423-42-98 (faxon).**

Amennyiben panaszára nem kapott kielégítő választ a Posta Biztosító Minőségbiztosítási osztályától, panaszával a következő intézményekhez fordulhat: Magyar Nemzeti Bank Ügyfélszolgálati Főosztálya, Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség, Pénzügyi Békéltető Testület. Amennyiben vitás ügyét nem tudja peren kívül érvényesíteni, Önnel jogában áll bírósági utat igénybe venni.

Felügyeleti szerv

A Posta Biztosító felügyeleti szerve a Magyar Nemzeti Bank (a továbbiakban: MNB), melynek levelezési címe: A 1534 Budapest BKKP Pf. 777, telefon: 06-40-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu.

Jognyilatkozatok, szerződésre alkalmazandó jog

Minden jognyilatkozat csak írásban érvényes, a felmondást – ha nem személyesen nyújtja

be – javasoljuk, hogy ajánlott levélben juttassa el Társaságunk részére. Az Ön jognyilatkozata csak akkor hatályos, ha az a biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut. Minden iratban az irányadó nyelv a magyar, úgyszintén az esetleges jogvitában, amely magyar bíróság előtt zajlik a magyar jogszabályok alapján, melyek az itt nem szabályozott kérdésekre mindig vonatkoznak.

Jogszabályok

A biztosítási tevékenység és a biztosítási szerződés alapjául szolgáló két legfontosabb jogszabály a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.), és a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (Bit). A szerződésre (díjfizetésre, szolgáltatásra) vonatkozó adójogszabály a mindenkor hatályos személyi jövedelemadóról szóló törvény (1995. évi CXVII. törvény a személyi jövedelemadóról).

Általános Csoportos biztosítási feltételek

1. Általános rendelkezések, a biztosítási szerződés létrejötte, alanyai

- 1.1. A jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a magyar polgári törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.
- 1.2. A csoportos biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító kölcsönös írásbeli megállapodásával jön létre. Csoportos biztosítási szerződés legalább 10 biztosított esetében köthető.
- 1.3. A Biztosító a Szerződő által neki befizetett díj ellenében vállalja az egészségbiztosítási kockázatot.
- 1.4. A Szerződő az a nem természetes személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállal.
- 1.5. A Biztosított az a természetes személy, akinek a betegségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön. Biztosítottak a PRÉMIUM Önkéntes Egészségpénztár (a továbbiakban: Egészségpénztár) Védőháló Szolidáris Alap szolgáltatásának igénybevételére jogosult tagjai, akik a Magyar Posta Zrt közvetítésével léptek be az Egészségpénztárba.
- 1.6. A Biztosító csak azon személyekre, mint Biztosítottakra vállal a kockázatot, amely személyek adatai a csoportos egészségbiztosítási szerződésben megadott határidőig megérkezik a Biztosító kijelölt egysége részére.
- 1.7. Az egészségbiztosítási szerződés Kedvezményezettje az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a szolgáltatás igénybevételére jogosult. Azegészségbiztosítási szerződés Kedvezményezettje a Biztosított.

2. A kockázatviselés kezdete

- 2.1. A Biztosító kockázatviselésének kezdete a csoportos biztosítási szerződésben meghatározott időpont.
- 2.2. A Biztosító kockázatviselésének feltétele a szerződés hatálybalépése.
- 2.3. A biztosítási szerződés legkorábban az azt követő nap 0 órájától lép hatályba, amikor a Szerződő a biztosítás első díját a Biztosító számlájára befizette vagy átutalta.
- 2.4. A Szerződő által kezdeményezett biztosított kör módosítása esetében a kockázatviselés kezdete az alábbiak szerint alakul:
 - Új Biztosított belépése esetében a kockázatviselés kezdete az adott biztosított vonatkozásában annak a naptári negyedévenek az első napja, amelyre vonatkozóan a Szolidáris Alap hozzájárulási díját az Egészségpénztár a Biztosított egyéni számláján belül elkülönítette és átcsoportosította a Szolidáris alap javára és a díjat a biztosító számára átutalta.
- 2.5. A Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában a Biztosító kockázatviselésének megkezdése előtt kockázat elbírálást végezhet. A kockázat-elbírálás során a Biztosító a Biztosítotthoz kérdéseket intézhet, továbbá a Biztosított Egészségi nyilatkozatát, vagy orvosi, egészségi állapotára vonatkozó vizsgálatát, és egyéb írásos nyilatkozatait is kérheti. A Biztosító az Egészségi nyilatkozatot írásban kéri a Biztosítottól. A kockázat-elbírálás eredményétől függően a Biztosító adott Biztosítottot a szerződést kiterjesztheti vagy elutasíthatja.

3. Kizárások egészségbiztosítás esetén

- 3.1. A biztosító az alábbi eseményeket kizárja kockázatviselési köréből:
- ▶ háborús, polgárháborús események, felkelés, zavargás, lázadás,
 - ▶ radioaktív vagy ionizáló sugárzás (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést),
 - ▶ nukleáris energia folytán bekövetkezett balesetek,
 - ▶ terrorcselekmények,
 - ▶ az elme- és tudatzavarban bekövetkezett balesetek, ha azok a Biztosított alkohol, kábítószer, vagy gyógyszerek miatti lényeges korlátozottsága miatt következtek be, alkohol- és drogfüggőség esetén ezek kezelésével összefüggő események,
 - ▶ A Biztosított biztosítási szerződés tartamán belül elkövetett öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete.
 - ▶ alkohol- és drogfüggőség esetén ezek kezelésével összefüggő egészségbiztosítási események,
 - ▶ a biztosított AIDS-betegségével vagy a Biztosított HIV- fertőzöttségével és ezek kezelésével összefüggő egészségbiztosítási események.

4. Kizárások egészségbiztosítás esetén

- 4.1. Olyan biztosítási események, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosított csoportos biztosításba belépését megelőző balesete, vagy olyan betegsége, amely a Biztosító kockázatviselésének kezdete előtti 3 évben bizonyíthatóan fennállott, és amelyet a kockázatviselést megelőzően diagnosztizáltak, a kockázatviselési kezdetet megelőző 3 évben kórisméztek vagy ez idő alatt egészségügyi ellátást igényelt, egészségügyi szolgáltatás igénybevételét tette szükségessé.
- 4.2. Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre sem, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosítottnak öröklődő (genetikai) vagy veleszületett betegsége, vagy a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.
- 4.3. Az egészségbiztosítás nem terjed ki az alábbiakra:
- ▶ a HIV-fertőzéssel okozati összefüggésben álló események, továbbá a szexuális úton átvihető betegségek miatti események (STD),
 - ▶ esztétikai céllal végzett kezelés és sebészeti beavatkozás,
 - ▶ reumatológiai kezelések, kivéve, ha az akut állapotrosszabbodás megszüntetésére irányulnak,
 - ▶ orvosi illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés,
 - ▶ az emelt szintű egészségügyi (kórházi és hotel jellegű) szolgáltatás,
 - ▶ alkohol, drog vagy kábítószer illetve szenvedélybetegség miatti elvonókúrák, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás,
 - ▶ jogszabályban meghatározott, a nem-konvencionális eljárások, természetgyógyászati kezelés, akupunktúra, alternatív gyógyászat, wellness szolgáltatások, gyógy-pedagógiai, logopédiai ellátás, fürdőkúra, fogyókúra, természetes gyógytényezők, fürdő- és klímagyógyintézetek, gyógyhelyek által teljesített szolgáltatások,

- ▶ az alábbi fertőző betegségekkel összefüggő szolgáltatási igények: TBC, tetanusz, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeola, hepatitis B, C vírusfertőzés, diftéria, pertussis, trópusi betegségek, mint malária, sárgaláz, kolera, Dengue-láz, SARS,
- ▶ szaruhártyán végzett látásjavító műtét, beavatkozás, látásjavító eszközök és szemvizsgálat, hallókészülék és kellékeik, illetve védőoltás vakcinájának beszerzése, költségtérítése,
- ▶ gyógyszerek, kötszerek és gyógyászati segédeszközökprotézisok, mesterséges és korrekciós segédeszközök beszerzése, beültetése, cseréje

5. Nem biztosítható személyek (egészbiztosítás esetén)

- 5.1. Nem lehet biztosított személy, aki testi fogyatékoságban vagy betegségben szenved, súlyos betegségen vagy műtéten esett át, és ennek a baleseti eseményekre kihatása lehet. Ezen betegségek, műtétek a következők:
 - ▶ szív- és érrendszeri betegségek, a gerincoszlop és a gerincvelő sérülései, betegségei, a csípőízület betegségei, isiász, csontvelőgyulladás, cukorbetegség, nagyothallás, rosszindulatú daganatok, valamint az ideg- és elmebetegségek, illetve a felsorolt betegségek következményeként fellépő ájulás, szédülés,
 - ▶ erősen korlátozott látás (8 dioptriától).
- 5.2. Nem lehet biztosított, aki a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalhoz (NRSZH, vagy annak mindenkorai törvényes utódjához) nyújtott már be igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához, vagy ilyen ellátásban részesül.

6. A biztosítási tartam egészségbiztosítás esetén

- 6.1. A biztosítás határozott, vagy határozatlan tartamra köthető.
- 6.2. A biztosítási időszak egy év.

7. A biztosítottak kora egészségbiztosítás esetén

- 7.1. A biztosítás 16. életévüket betöltött biztosítottakra köthető.

8. A biztosítás területi hatálya

- 8.1. A biztosítás területi hatálya az egész világ.

9. Értelmező rendelkezések

- 9.1. **Betegség:** az egészségügyi, illetve orvos-szakma általánosan elismert állása szerinti rendellenes testi vagy szellemi állapot.
- 9.2. **Egészbiztosítással kapcsolatos szolgáltatás (Szolgáltatás):** Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben (a továbbiakban: EüT.) meghatározott olyan egészségügyi szolgáltatási tevékenység, amelyet a Szolgáltatásszervező jogosult végezni, valamint amelyre a Szolgáltatásszervező tevékenysége jelen

feltételek alapján kiterjed, és amely Szolgáltatásokra a Szolgáltatásszervező megfelelő engedélyekkel rendelkezik.

- 9.3. **Szolgáltatási limit:** A szolgáltatásra vonatkozó limiteket a PostaPrémium Különös feltételek tartalmazzák.

10. Biztosítási események

- 10.1. A biztosítási eseményeket a PostaPrémium Különös Feltételek határozzák meg.

11. Szolgáltatások

- 11.1. A biztosítási szolgáltatásokat a Posta Prémium Különös Feltételek határozzák meg.

12. Biztosítási díj

- 12.1. A biztosítás díja éves, a díjfizetési gyakoriságot a Szerződő és a biztosító között létrejött csoportos egészségbiztosítási szerződés szabályozza. A díj első részlete a csoportos biztosítási szerződés létrejöttkor, minden későbbi díj pedig annak a naptári negyedévnek az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

13. Közlési kötelezettség egészségbiztosítás esetén

- 13.1. A Szerződő és a Biztosított köteles a szerződés megkötésekor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a Biztosítóval írásban közölni, amelyeket ismer vagy ismernie kell.
- 13.2. Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közli vele, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetve ha a kockázatot a feltételek értelmében nem vállalhatja, a szerződést 30 napra írásban felmondja.
- 13.3. A közlésre, illetve a változás bejelentésére irányuló kötelezettség a Szerződő felet és a Biztosítottat egyaránt terheli.
- 13.4. A Szerződő (Biztosított) köteles a szerződés tartama alatt a következő változásokat 8 munkanapon belül írásban bejelenteni:
- ▶ lakcím (Szerződő, Biztosított),
 - ▶ személyi adatok (Szerződő, Biztosított),
 - ▶ rendszeresen űzött sporttevékenység (Biztosított).
- 13.5. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól, kivéve, ha bizonyítják, hogy:
- ▶ a Biztosító az elhallgatott körülményt a szerződés megkötésekor ismerte,
 - ▶ a közlés elmaradása sem a Szerződőnek, sem a Biztosítottnak nem róható fel,
 - ▶ a Biztosított időközben elhunyt és az elhallgatott vagy nem a valóságnak megfelelően közölt körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében,
 - ▶ a biztosítási szerződés megkötése óta 5 év már eltelt.

14. A biztosítási szerződés megszűnése

14.1. A biztosítási szerződés megszűnik:

- ▶ az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosított biztosítási tartamon belüli halála esetén,
- ▶ a csoportos szerződésből kilépő Biztosított esetében a szerződés az adott biztosított vonatkozásában annak a hónapnak az utolsó napján szűnik meg, amikor a biztosított személy Prémium Egészségpénztári tagsága a szerződőnél megszűnik,
- ▶ ha a Biztosított számlájáról egy adott biztosítási időszakra az egyéni számlán elkülönített keret nem nyújt fedezetet a biztosítási díjra, akkor a biztosítási fedezet a sikertelen átcsoportosítást követő negyedév első napjától számított 30 nap után megszűnik az adott biztosított vonatkozásában,
- ▶ a Szerződő és a Biztosító között létrejött, jelen feltételek alapját képező Csoportos egészségbiztosítási szerződés tartamának lejáratakor, vagy határozatlan tartamú csoportos szerződés felmondása esetén az adott biztosítási időszak végén szűnik meg a szerződés. Afelmondási idő 30 nap.

14.2. Ha a Szerződő a biztosítás első vagy folytatólagos díját az esedékességtől számított 45 napon belül nem egyenlíti ki, halasztást sem kapott, illetőleg a Biztosító díjkövetelését bírósági úton nem érvényesítette, a szerződés az esedékességtől számított 45. nap után megszűnik.

15. A Biztosított kötelezettségei az egészségbiztosítási esemény bekövetkezése után

15.1. A baleset vagy betegség után mindent meg kell tenni a kár enyhítése érdekében, haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe venni és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni kell.

15.2. A biztosítási eseménnyel foglalkozó intézményeket és hatóságokat fel kell kérni, illetve fel kell hatalmazni arra, hogy a Biztosító számára a biztosítási eseménnyel kapcsolatos információkat a biztosítónak átadja.

16. A biztosítási esemény bejelentése egészségbiztosítás esetén

16.1. A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül kell írásban a Biztosítónak bejelenteni.

16.2. A bejelentési határidő elmulasztása esetén a Biztosító annyiban tagadhatja meg a biztosítási szolgáltatás kifizetését, amennyiben a késedelem miatt lényeges körülmények kideríthetlenné válnak.

17. Az egészségbiztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

17.1. Az egészségbiztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatás igénybevételehez a Biztosító a következő iratok bemutatását kéri:

- ▶ kárbejelentő,
- ▶ az Egészségpénztár igazolását, arról, hogy a káresemény időpontjában rá is kiterjedt a csoportos biztosítási védelem.

- ▶ a Kedvezményezett személyazonosságának igazolására alkalmas iratok:
 - személyazonosító igazolványának másolata (az érvényességet tartalmazó rész is) és
 - lakcímkártya
- ▶ Hatósági (szabálysértési vagy büntető) eljárás indulása esetén az eljárást lezáró határozat, ezen határozat rendelkezésre állásának hiánya azonban a biztosító szolgáltatásának esedékessé válását nem érinti.
- ▶ A jelen pontban felsorolt dokumentumok benyújtásának kötelezettsége nem érinti a biztosítási szerződés teljesítését igénylő fél azon jogát, hogy a biztosítási esemény bekövetkezését és az elszenvedett kár mértékét a bizonyítás általános szabályai szerint egyéb dokumentumokkal is igazolja.

- 17.2. A szolgáltatás feltétele, hogy fenti iratokon túl a PostaPrémium Különös feltételekben meghatározott dokumentumokat is benyújtásra kerüljenek. Amennyiben az egészségbiztosítási káresemény a biztosított halálát követően kerül bejelentésre a biztosító visszamenőlegesen nem szolgáltat.
- 17.3. A Biztosító szolgáltatásának feltétele lehet, hogy a Kedvezményezett, amennyiben a mindenkor hatályos jogszabályok lehetővé teszik: mentse fel az érintett orvosokat, az egészségügyi intézményeket és hatóságokat titoktartási kötelezettségük alól a biztosítóval szemben, annak érdekében, hogy a Biztosító a biztosítási eseménnyel összefüggő információkat az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól – akik, illetve amelyek a Biztosítottat kezelték, vizsgálták – a kért felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat beszeresse, illetve járuljon hozzá, hogy a Biztosított tisztázatlan halála esetén a holttestet a biztosító megvizsgálta, szükség szerint a boncolását és exhumálását elvégeztesse.
- 17.4. A biztosítási esemény bekövetkeztekor, a Biztosított életben léte esetén a Biztosító megkövetelheti, hogy a Biztosított a Biztosító által előírt orvos-szakértői vizsgálatokon részt vegyen.
- 17.5. A hiteles orvosi dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője bírálja el. Vitás esetekben a Biztosítottnak joga van orvos-szakértői bizottság felállítását kérni. A bizottság egyik tagját a Biztosító, a másik tagját a Biztosított vagy annak képviselője, harmadik tagját pedig a bizottság közösen jelölheti meg.
- 17.6. A Biztosító beszerezhet továbbá egyéb okiratokat, melyek a biztosítási esemény és a jogosultság tisztázásához szükségesek. Minden olyan adatszerzés költsége, amely a biztosítási esemény tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, azt a felet terheli, aki érdekeit érvényesíteni kívánja és ezt igazolja.

18. A szolgáltatás kifizetése

- 18.1. A Biztosító az egészségbiztosítási szolgáltatását a biztosítási esemény elbírálásához szükséges valamennyi iratnak a Biztosítóhoz való beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti, egyidejűleg egyértelmű írásos tájékoztatást ad a Szerződőnek (Kedvezményezettnek) a kifizetés jogcíméről.
- 18.2. Késedelmes kifizetés esetén az esedékes biztosítási összeg után a Biztosító a törvényben előírt késedelmi kamatot fizet.

18.3. A Biztosító a szolgáltatást a Kedvezményezett bankszámlájára átutalással vagy lakcímére postai kifizetéssel teljesíti.

19. A biztosítás elévülése

19.1. Az egészségbiztosításból eredő igények az esedékességtől számított két év alatt elévülnek.

20. Személyes adatok kezelése és titoktartás (2003. évi LX. törvény alapján)

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

154. § Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a 155. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

155. § (1) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, 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 az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó 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, a független biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

156. § Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

a) a biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,

b) e törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

157. § (1) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,

b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,

c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,

- 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 egészségügyi hatósággal,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- 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, szaktanácsadóval,
- 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 káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben, ha az a)-j), n), s) és t) pontban megjelölt szerv vagy személy 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 k)-m) és p)-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, illetve, ha biztosítási szerződésből

eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

(2a) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét 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 teljesítéséhez.

(3) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az (1) és (5) bekezdésekben, a 156. §-ban, a 158. §-ban és a 159. §-ban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

(4) A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a (1) bekezdésben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

(5) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul 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, bünszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykel-téssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel

van összefüggésben.

(6) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott üggyel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

(7) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

(8) Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során az összevont alapú felügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

157/A. § 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 a biztosítótól.

- b) a pénzügyi információs egységgént működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.

158. § (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben:

- a) ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
b) ha - az adatalany hozzájárulásának hiányában - az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

(2) A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

159. § (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) e törvény Nyolcadik részének III. és III/A. fejezetében, 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.

160. § (1) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, a 154. § alá eső adatok vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell.

(2) A biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 157. § (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a 157. § (5) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.

(3) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó 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.

161. § (1) A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megíúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

(2) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó 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) E törvény 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.

161/A. § (1) A biztosító (e § alkalmazásában: 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 (e § alkalmazásában: megkeresett biztosító) az e biztosító által - a 155. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével - kezelt és a (3)-(5) bekezdésben 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 az 1. számú melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. számú mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személyazonosító adatait;
- b) a biztosítandó vagy a biztosított személy adatfelvételkori, 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 az 1. számú melléklet A) rész 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 14., 15., 16., 17., 18., és 19. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
- b) a biztosítandó vagy biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
- c) az 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. számú melléklet A) rész 10., 11., 12., és 13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén az alábbi adatokat kérheti:

a) a (4) bekezdés a)-e) pontjában meghatározott adatokat;

b) a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat; és

c) a károsodott vagyontárgyat vagy a személyi sérülés miatt kárigényt, vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi - az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.

(6) 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.

(7) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.

(8) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (7) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.

(9) 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.

(10) A megkereső biztosító az (1) bekezdésben meghatározott megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

(11) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az (1) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

(12) A megkeresésben megjelölt adatok helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

161/B. § (1) A biztosítók - az 1. számú melléklet A) rész 3., 4., 5. és 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 megnevezése és a biztosítást igazoló okirat számát.
- (2) A biztosító az (1) bekezdésben meghatározott adatokat az adat keletkezését követő 30 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 8 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 alkalmazandóak.
- (7) Az Adatbázis kezelője - amennyiben a megkeresés érdemi megválaszolása a kért adatok hiányában nem lehetséges - a hozzá intézett, a Bit. 157. § (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 létrejötté 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 az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

161/C. § (1) A 161/B. § (1) bekezdésében meghatározott Adatbázist a biztosítók abban az esetben hozhatják létre, ha a 161/B. § (1) bekezdésében meghatározott biztosítási ágazatokat művelő minden biztosító 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.

A fenti adatcsere rendelkezések 2015.01.01-től érvényesek.



Elérhetőségeink:

1535 Budapest, Pf. 952

06 1 200 4800

info@mpb.hu

www.postabiztosito.hu

Személyesen bármely postán

