

KÜLFÖLDIEK SZEMÉLYI SEGÍTSÉGNYÚJTÁSA ÉS EGÉSZSÉGÜGYI BIZTOSÍTÁSA

ATLASZ Assistance Hungary és
ATLASZ Assistance EU módozatok

érvényes : 2011. 07. 01.-től

I. ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK

1. A QBE Insurance (Europe) Limited (székhelye: Fenchurch Street 30, London EC3M3 BD Egyesült Királyság, nyilvántartó cégbíróság neve: Companies House, cégjegyzékszám: 01761561, továbbiakban : Biztosító), amely a Magyar Köztársaság területén biztosítási tevékenységét a QBE Insurance (Europe) Limited Magyarországi Fióktelepén (1143 Budapest, Stefánia út 51. cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság, mint Cégbíróság Cg. 01-17-000514; telefonszáma: (06 -1) 460-1400, levelezési címe: 1143 Budapest, Stefánia út 51.) keresztül fejtí ki. A Biztosító tevékenységét a Pénzügyi Szolgáltatások Felügyelete (Financial Services Authority, 25 The North Colonnade Canary Wharf London E14 5HS) tevékenységi engedélyével folytatja.

A Biztosító a jelen biztosítási szerződés alapján arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási díj megfizetése ellenében, a biztosítás érvénytartamán belül, Atlasz Assistance Hungary (továbbiakban AA) módozat esetén: a Magyar Köztársaság területén belül, Atlasz Assistance EU módozat (továbbiakban AAEU)esetén: az Európai Unió illetve a Schengeni térség államainak területén felmerült - az alábbi- a jelen biztosítási szerződésben felsorolt – segítségnyújtási és biztosítási szolgáltatásokat nyújtja:

- Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás
- Egyéb utazási segítségnyújtás
- Személyi segítségnyújtás

2. A biztosítási szerződés létrejötte

- **AA módozat** estén a biztosítás kizárólag azon személy részére köthető, aki Magyarország területére kér beutazási vízumot vagy tartózkodási engedélyt vagy már rendelkezik ezen okmányokkal. A szerződéskötés további feltétele a biztosítási díj megfizetése.

- **AAEU módozat** esetén a biztosítás a Biztosított tartózkodási helyén köthető, azon személyek részére, akik az Európai Unióba illetve a Schengeni térségbe kérnek beutazási vízumot.

A Biztosító vagy megbízottja valamennyi Biztosított részére kötvényt állít ki, amelyen a Szerződő aláírásával igazolja, hogy a Biztosító főbb adatairól és a biztosítási szerződés jellemzőiről szóló tájékoztatást megkapta.

3. A biztosítás kezdete és hatálya

A kockázatviselés legkorábban a díj megfizetését követő nap 0 órájától kezdődik és a díjjal kiegyenlített utolsó nap 24. órájáig tart, kivéve a 4.2 pontban foglaltakat.

4. A biztosítás díja

4.1. A biztosítás maximum 365 napra köthető az alábbi díjszámítás figyelembevételével:

- 1 és 3 nap közötti időtartamra 3 napos díj,
- 4 és 30 nap közötti időtartamra napi díj
- 30 napon túl 15 napos és 30 napos díjakat kell alkalmazni

- a 2-12 hónapig terjedő biztosításoknál lehetőség van az egyösszegű havi, negyedéves, féléves éves díjfizetésre. Ezekben az esetekben a díj kiegyenlítése a biztosítási hónap (negyedév, félév) első napján esedékes.

4.2. Amennyiben a biztosítás időtartama meghaladja a 3 hónapot, lehetőség van a biztosítási díj havi részletekben való fizetésére is azzal, hogy amennyiben a díj fizetésének esedékességétől számított 30 napon belül a díj nem kerül kiegyenlítésre, a szerződés a díjjal fedezett időszak utolsó napján megszűnik.

5. A Szerződő meghatározása

Szerződő az a személy, aki a Biztosított(ak) javára a biztosítási szerződést megkötöti és a díjat megfizeti.

6. A Biztosított meghatározása

AA módozat esetében

Biztosított lehet valamennyi a biztosítás hatálybalépésekor 15. napos kort betöltött, de 65. életévébe nem lépett külföldinek minősülő természetes személy, aki a biztosítási díjat megfizeti és érvényes biztosítási kötvény van a tulajdonában.

AAEU módozat esetén

- Biztosított lehet az Európai Unió illetve a Schengeni térség államainak területén tartózkodó valamennyi a biztosítás hatálybalépésekor a 15 napos kort betöltött, de a 65. életévébe nem lépett külföldinek minősülő természetes személy, aki a biztosítási díjat megfizeti és érvényes biztosítási kötvény van a tulajdonában.

7. A kedvezményezett személye

Kedvezményezett az a személy, akinek a javára a Biztosító a biztosítási összege, illetve a 10. pont alapján visszajáró biztosítási díjat kifizeti.

8. Biztosított személyének korlátozása

Nem lehet biztosított a belföldinek minősülő természetes személy, valamint az a természetes személy, aki 15. napját még nem vagy 65. életévét már betöltötte.

9. A biztosítás többszöri megkötésének korlátozása

Biztosítás azonos időre csak egyszer köthető. Amennyiben a Biztosított e kikötés ellenére jelen szabályzatban meghatározott Biztosítónál több biztosítással rendelkezik, úgy a Biztosító a térítést csak egyszeresen nyújtja és ezzel egyidejűleg, a Biztosító által esetlegesen kötött ugyanilyen vagy más feltételű biztosítás díját visszafizeti.

10. A díjvisszatérítés lehetőségei

10.1. Díjvisszatérítés csak a Biztosítónál történhet az alábbi feltételek mellett: a kockázatviselés kezdete előtt a biztosítási kötvények a váltás helyén teljes áron visszaválthatók.

10.2. Részben felhasznált kötvények visszatérítése a biztosítás tartamán belül az alábbiak szerint lehetséges:

- 1 és 15 nap közötti és az 1 hónap időtartamra kötött biztosítás díja nem téríthető vissza,
- a Biztosított káreseménye következtében részben felhasznált kötvény díja nem téríthető vissza,
- a meg nem kezdett biztosítási hónap díja visszafizethető.

10.3. A Biztosított halála esetén a biztosítási szerződés megszűnik. A Biztosító a befizetett díj időarányos részét - a bejelentést követő, biztosítási díjjal fedezett hónaptól – a Kedvezményezett vagy ennek hiányában az Örökös részére visszatéríti.

10.4. Lejárt kötvény díja nem téríthető vissza.

11. A Biztosító mentesülése a szolgáltatások kifizetése alól

A Biztosító mentesül a károk kifizetése alól, ha,

- a Biztosított elmulasztja a biztosítási esemény előírásoknak megfelelő bejelentését, illetve a szükséges felvilágosítások megadását és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak,
- a Biztosított megsérti a közlésre és a változás bejelentésre irányuló kötelezettségét és az elhallgatott, illetve be nem jelentett körülmény közrehatott a biztosítási esemény bekövetkeztében,
- a kárt jogellenesen, szándékosan vagy súlyos gondatlanul a Biztosított, a Szerződő fél, a Biztosítóval, illetve a Szerződővel közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.

12. A biztosításból kizárt kockázatok

A biztosításból kizárásra kerülnek:

- a felmerült vagyoni és nem vagyoni károk,
- Biztosított által okozott felelősségi károk,
- veszélyes sportok (az autó- motorsport versenyek - ideértve a tesztúrákat és a rally versenyeket is-, szikla- és hegymászás, barlangászat, repülő sportok, ejtőernyős ugrások.) gyakorlása és az ezekkel kapcsolatos edzéseken való részvétel során bekövetkezett események,
- közvetve vagy közvetlenül a jogszabály szerint ionizálóknak minősülő sugárzás, nukleáris energia folytán bekövetkezett események,
- munkavédelmi előírások megszegésével ok-okozati összefüggésben keletkezett károk,
- háborús, polgárháborús cselekménnyel, harci eseménnyel, terrorcselekménnyel, felkeléssel, lázadással, sztrájkokkal, zavargással közvetlen vagy közvetett összefüggésben bekövetkezett események,
- a Biztosító vagy Partnere által felkért szolgáltató által okozott orvosi műhibákból eredő felelősségi károk,
- azon károk, amelyek olyan Biztosítottnál következtek be, aki a kockázatviselés kezdetekor 15. élet napját még nem vagy a 65. életévét már betöltötte,
- azon **AA módozat** kapcsán felmerült károk, amelyek olyan Biztosítottnál következtek be, aki a káresemény időpontjában nem tartózkodott Magyarország területén, illetve **AAEU módozatnál**, ha a Biztosított nem az Európai Unió, illetve a Schengeni Térség Államainak területén tartózkodott.

13. A Biztosított feladatai káresemény bekövetkezésekor

A Biztosított (**a Biztosított örökösének, illetve kedvezményezettjének**) káresemény bekövetkezése miatti feladatait a jelen feltétel V. fejezetének 25. pontja tartalmazza.

14. A biztosítás megszűnése

A jelen biztosítás megszűnik a szerződésben meghatározott tartam lejártával.

15. Titoktartási kötelezettség és a személyes adatok kezelésére vonatkozó tudnivalók

Biztosítási titok minden olyan – államtitoknak nem minősülő –, a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a Bit. 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.

A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfeleinek azon üzleti titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, 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.

A fenti 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.

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.

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.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- e) a Bit 157. § (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos verseny felügyeleti 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 információ gyűjtésére felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető Hivatallal,
- m) az állomány átruházás 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, 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 országgyűlési biztossal,

r) a kártörténetre vonatkozó adatra és a bonus-malus besorolásra nézve a 109/A. § (2) bekezdésében szabályozott esetekben a biztosítóval ,

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), r) és s) 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), l), m), p) és q) 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.

A Bit. 157. § (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 nyilatkoztatási kötelezettség, illetve ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a Bit. 157. § (1) és (5) bekezdésekben, a Bit. 156. §-ban, a Bit. 158. §-ban és a Bit. 159. §-ban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

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

A Biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- a) kábítószer-kereskedelemmel
- b) terrorizmussal
- c) illegális fegyverkereskedelemmel, vagy
- d) a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg az Országos Rendőr-főkapitányság – a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2003. évi XV. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

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

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, ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a

magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

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 Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

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

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

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.

A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghíúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

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.

E törvény alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

Az elhunyt személlyel kapcsolatban hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

Biztosító, biztosításközvetítő és szaktanácsadói vállalkozás jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító, biztosításközvetítői és szaktanácsadói vállalkozás által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított 60 év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.

Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

Személyes Adatok Kezelésére Vonatkozó Tudnivalók

A Szerződő, a Biztosított, a Kedvezményezett és bárki, aki a Biztosító szolgáltatására jogosan igényt tarthat, a jelen fejezet alkalmazásában és az adatvédelmi rendelkezések szempontjából, a Biztosító ügyfelének tekintendő (a továbbiakban: Ügyfél).

Az Ügyfelek adatainak kezeléséért és megőrzéséért - beleértve a biztosítási szerződéssel összefüggésben a jövőben rendelkezésre bocsátandó adatokat is - a Biztosító felelős.

Személyes Adatnak minősül bármely meghatározott (azonosított vagy azonosítható) természetes személy Ügyféllel kapcsolatba hozható adat, valamint az ilyen adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés.

Az Ügyfelek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére illetve gazdálkodására, továbbá a Biztosítóval létesített jogviszonyára vonatkozó adat, amennyiben az a Biztosító rendelkezésére áll, Biztosítási Titoknak minősül.

A Biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés és az Ügyfelek biztosítási jogviszonyai létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. Az adatszolgáltatás önkéntes. A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény értelmében, az adatkezelés céljára is figyelemmel, a Biztosító az Ügyfelek kifejezett hozzájárulása nélkül kezelheti az Ügyfelek Biztosítási Titoknak minősülő személyes adatait. Az Ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat (a továbbiakban: Egészségügyi Adat) a biztosító az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. Az Egészségügyi Adat kezelése is kizárólag az Ügyfél biztosítási jogviszonyai létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével függhet össze.

A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban vele szemben, vagy általa igény érvényesíthető.

Ha jogszabály másként nem rendelkezik, a Biztosító a tevékenysége során szerzett és Biztosítási Titoknak minősülő adatot csak akkor adhat ki Harmadik Személynek, ha az Ügyfél vagy annak törvényes képviselője, a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad. Harmadik Személynek minősül minden olyan természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, amely, vagy aki nem azonos az Ügyféllel, az adatkezelővel vagy az adatfeldolgozóval. Nem minősül Harmadik Személynek, ezért az Ügyfelek külön hozzájáruló nyilatkozata nélkül jogosult az Ügyfelek személyes adatainak és biztosítási titkainak kezelésére a QBE Insurance (Europe) Ltd., mint a Biztosító alapítója.

Az Európai Unió tagállamaiba irányuló adattovábbítást úgy kell tekinteni, mintha a Magyar Köztársaság területén belüli adattovábbításra kerülne sor. A Ügyfél személyes adatai (beleértve a különleges adatot is) az országból – az adathordozótól vagy az adatátvitel módjától függetlenül – Harmadik Országban lévő adatkezelő vagy adatfeldolgozó részére csak akkor továbbíthatóak, ha ahhoz az Ügyfél hozzájárul, ha azt törvény lehetővé teszi, vagy ha arról nemzetközi szerződés rendelkezik, feltéve, hogy a harmadik ország joga – az Európai Unió által meghatározott – megfelelő védelmet biztosít az átadott adatok kezelése során. Harmadik Orzágnak minősülnek azok az országok, melyek nem tagjai az Európai Uniónak.

A Biztosító az Ügyfelek kérésére, köteles az általa kezelt vagy a jogszabályban meghatározott feltételek mellett továbbított Személyes Adatokról tájékoztatást adni. Az Ügyfelek kérhetik ezen adatok helyesbítését, illetve – a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével – azok törlését is. A Biztosító az Ügyfél kérésének megfelelően köteles az Ügyfél általa kezelt személyes adatait helyesbíteni.

A Biztosító 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.

16. Panaszkezelés / panaszforumok

Társaságunk biztosítja, hogy Társaságunk ügyfele Társaságunk magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) közölhesse.

Panaszforumok:

- QBE Insurance (Europe) Limited Magyarországi Fióktelepének vezetője (1143 Budapest, Stefánia út 51., telefonszám: (06-1) 460-1400),

- Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina krt. 39),

Pénzügyi Békéltető Testület (1013 Budapest, Krisztina krt. 37-39., levelezési cím: H-1534 Budapest BKKP Pf.: 777)

- bíróság.

17. Jelen szerződésben nem tárgyalt kérdésekben a mindenkor hatályos, magyar jogszabályok az irányadóak.

18. Közlési és változás bejelentési kötelezettség

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

A Felek megállapodhatnak, hogy a biztosított és a szerződő fél a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását megfelelő határidőn belül köteles legyen a biztosítónak írásban bejelenteni.

Ha a biztosítási szerződést nem a biztosított, hanem az ő javára a harmadik személy köti, a biztosítási esemény bekövetkeztéig illetve a biztosított belépéséig a díjfizetési kötelezettség a szerződő felet terheli, a jognyilatkozatokat hozzá kell intézni és ő köteles a megfelelő jognyilatkozatok megtételére.

A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat, egyikük sem védekezhet olyan körülmény vagy változás nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, vagy neki bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre, illetőleg bejelentésre köteles lett volna.

II. EGÉSZSÉGÜGYI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ÉS BIZTOSÍTÁS

19. Az egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás kockázati köre

A Biztosító Assistance Központja a beérkezett telefonhívást követően a Biztosított részére egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatásokat nyújt és a felmerült egészségügyi költségeket az ebben a pontban részletezett feltételek szerint átvállalja, amennyiben a Biztosított a biztosítás tartamán belül megbetegszik vagy balesetet szenved. A Biztosító e szolgáltatásokat kizárólag sürgős szükség esetén nyújtja.

Sürgős szükség esete áll fenn, ha az azonnali orvosi ellátás elmaradása előre láthatóan a Biztosított életét, illetve testi épségét veszélyeztetné vagy a Biztosított egészségében, illetve testi épségében helyrehozhatatlan károsodást okozna, úgyszintén ha a Biztosított betegségének tünetei (eszméletvesztés, vérzés, fertőző heveny megbetegedés, stb.) alapján, illetve baleset folytán vagy hirtelen bekövetkezett súlyos egészség károsodása miatt azonnali orvosi ellátásra szorul.

A Biztosító egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatásai:

a Biztosító vagy Partnere

– a Biztosított tartózkodási helyére a lehető legrövidebb időn belül orvost küld vagy orvos címét bocsátja a Biztosított rendelkezésére (ehhez az szükséges, hogy a Biztosított vagy megbízottja telefonáljon a Biztosítónak, megadja a Biztosított nevét, kötvényszámát, elérhetőségi telefonszámát és pontos címét, ahova az orvost kéri, vagy amelynek közelében orvoshoz szeretne menni),

– szükség esetén gondoskodik a Biztosított további egészségügyi ellátásáról, illetve megszervezi azt,

– járóképtelenség esetén megszervezi a Biztosított mentőautóval vagy taxival történő orvoshoz vagy kórházba szállítását,

– kórházi gyógykezelés esetén (maximum 30 napig):

a) amint a kórházban lévő beteg állapota lehetővé teszi, a külföldi kezelés helyett a Biztosítottat – szükség esetén orvoskísérővel vagy betegkísérővel – az állandó lakhelye szerinti országba szállítja és gondoskodik az illetékes gyógyintézetbe történő elhelyezéséről. Ennek időpontját és módját a Biztosító a kezelést végző orvossal, egészségügyi intézménnyel történt előzetes egyeztetés alapján határozza meg,

b) a Biztosító folyamatos kapcsolatot tart a kezelést ellátó orvossal, egészségügyi intézménnyel, vállalja, hogy folyamatosan tájékoztatja telefonon a Biztosított által megjelölt egy személyt a Biztosított állapotáról.

Biztosító egészségügyi biztosítási szolgáltatásai:

– a biztosítás kizárólag sürgős szükség esetén, a Biztosító kockázatviselésének tartamán belül:

– **megbetegedés kapcsán**

felmerült költségekre összesen: **30.000,-EUR**

– **baleset kapcsán**

felmerült költségekre összesen: **30.000,-EUR**

A fenti költségeket akkor vállalja a Biztosító, ha a Biztosított vagy megbízottja illetve az ellátást nyújtó intézmény, kezelőorvos a Biztosítótól vagy Partnerétől egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatást kért, vagy ha erre nem volt lehetősége, a lehető legrövidebb időn belül (de max. 24 órán belül) a Biztosító Atlasz Assistance Centerét vagy Partnerét értesítette és az a szolgáltatások igénybevételét engedélyezte. Amennyiben az értesítés nem történt meg, a Biztosító a felmerült költségeket maximum 100,-EUR összeghatárig utólag megtéríti.

Biztosítási szolgáltatások:

– sürgősségi orvosi vizsgálat,

– sürgősségi orvosi gyógykezelés,

– sürgősségi kórházi gyógykezelés (a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a külföldi kórházi kezelési költségeket addig az időpontig vállalja (maximum 30 napig), amíg a kezelőorvossal történt egyeztetés után a beteg állapota lehetővé teszi az állandó lakhelye szerinti országba történő szállítását további gyógykezelés céljából),

– halaszthatatlan műtét, intenzív ellátás,

– sürgősségi szülészeti ellátás a terhesség betöltött 28. hete előtt,

– orvosi rendelvényre vásárolt gyógyszer költségeinek eredeti számlával igazolt utólagos megtérítése,

– művégtagok, mankók, rokkantkocsik és egyéb orvosi felszerelések, készülékek, eszközök orvosi rendelvényre történő kölcsönzése,

- szemüveg – orvos által rendelt – pótlása, személyi sérülést is okozó, dokumentáltan orvosi ellátást igénylő baleset miatt 100,-EUR összeghatárig,
 - kizárólag sürgősségi fogászati ellátás, közvetlen fájdalomcsökkentő kezelés, legfeljebb két fogra, foganként max. 100,-EUR összeghatárig,
- indokolt és szokásos – orvosválasztás nélküli – általános ellátás költségeire a szolgáltatás igénybevételének helyén érvényes átlagos orvosi díjszabások figyelembevételével.
- A biztosítási eseménnyel kapcsolatban a Biztosított a Biztosítóval vagy annak megbízottjával szemben felmenti a vizsgálatot vagy kezelést végző orvost az orvosi titoktartás alól.

20. Az egészségügyi biztosítás nem terjed ki a jelen szabályzat 12. pontjában leírtakat meghaladóan:

– bármely olyan ellátásra vagy gyógyszervásárlásra, amely korábban fennálló egészségi állapot miatt vagy erre visszavezethető okból következett be. (Korábban fennálló egészségi állapotnak kell tekinteni a Biztosított bármely olyan betegségét vagy egyéb egészségügyi állapotát, amely a jelen biztosítás hatályba lépését megelőzően:

- a) orvosi kezelést tett szükségessé, illetve kezelését orvos javasolta vagy
- b) szükségessé tette gyógyszerek felírását, illetve szedését vagy
- c) észlelhető volt, valamint olyan tünetet eredményezett, amelynek alapján egy elvárható gondossággal eljáró személy diagnózist, gondozást vagy kezelést keresett volna),
 - olyan szolgáltatásra, amely nem szükséges a diagnózis megállapítása vagy a kezelés céljából,
 - olyan szolgáltatásra, amely nem akut megbetegedés vagy baleseti sérülés miatt válik szükségessé,
 - azon többletköltségekre, amelyek meghaladják az indokolt és szokásos díjat abban az országban, ahol a Biztosított a szolgáltatást igénybe vette,
 - 30 napot meghaladó kórházi kezelésekre,
 - a kórházi kezelés azon többletköltségeire, amelyek abból adódtak, hogy bár orvosilag megoldható lett volna, a Biztosított döntése miatt
 - a Biztosító nem tudta a Biztosítottat (akár speciális módon is) további kezelés céljából a lakóhelye szerinti országba hazaszállítani,
 - amennyiben a Biztosított vagy Megbízottja, illetve az ellátást nyújtó intézmény, kezelőorvos 24 órán belül nem kérte a Biztosító hozzájárulását az egészségügyi ellátás igénybevételéhez, a 100,-EUR összeghatárt meghaladó károk esetében a fenti összeghatárt meghaladó költségekre,
 - a Biztosító hozzájárulása nélkül történt hazaszállítás költségeire,
 - az elvárható, ésszerű kockázati szint túllépése nélkül a hazatérés utánra halasztható műtetre,
 - utókezelésre, rehabilitációra,
 - pszichiátriai és pszichés megbetegedések kezelésére,
 - hozzátartozó által nyújtott kezelésre, ápolásra,
 - napszúrás, napégés
 - kozmetikai sebészetre,
 - terhes gondozásra,
 - a terhesség betöltött 28. hete utáni szülészeti ellátására,
 - nem sürgősségi jellegű orvosi kivizsgálásra, kezelésre,
 - fizioterápiára, akupunktúrára, természetgyógyász, illetve csontkovács által nyújtott kezelésre,
 - alkoholos (0,80‰ véralkoholszint feletti), illetve kábítószeres befolyásoltság miatt – vagy erre visszavezethető okokból – szükségessé vált orvosi, kórházi ellátásra,
 - védőoltásra,
 - rutin, kontroll, illetve szűrővizsgálatokra,
 - szexuális úton terjedő betegségekre,
 - szerzett immunhiányos betegségekre (AIDS), illetve ezzel összefüggő betegségekre,
 - kontaktlencsére, hallásjavító eszközökre, szemüvegre (ez utóbbi, kivéve személyi sérüléssel baleset esetén),
 - öngyilkosság, illetve annak kísérlete, vagy a Biztosított által elkövetett szándékos bűncselekmény következtében felmerült költségekre,

- hivatásszerű fizikai munkavégzés során bekövetkezett baleset következtében felmerült egészségügyi ellátás költségeire,
- kettőnél több fog kezelésére,
- definitív fogászati ellátásra, állkapocs orthopédiai ellátásra, fogszabályozásra, paradontológiai kezelésekre, fogköeltávolításra, foggyökérkezelésre, fogpótlásra, fogkoronára, hidra, protézis készítésére és javítására.
- az egy-, illetve kétágyas elhelyezés, magánkórház és orvosválasztás többletköltségeire

III. SEGÍTSÉGNYÚJTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

21. Holttest hazaszállítása

A Biztosított halála esetén a Biztosító intézkedik a biztosított holttestének állandó lakhelye szerinti országba történő szállításáról és ennek költségeit átvállalja a limit határ erejéig.

A holttest hazaszállításának megszervezése érdekében a Biztosított hozzátartozójának az V.pont.28.3.pontja szerinti dokumentumokat kell a lehető legrövidebb időn belül beszereznie és a Biztosító rendelkezésére bocsátania.

A Biztosító előzetes hozzájárulása nélkül intézett hazaszállítás költségeit a Biztosító nem téríti.

A kárrendezés menetére és a benyújtandó iratok körére vonatkozóan a V. pont rendelkezései az irányadóak.

22. Telefonköltség térítése

Ha a Biztosított 48 órát meghaladó sürgősségi kórházi ellátásban részesül, a Biztosító átvállalja a Biztosított, kórházi tartózkodása alatt kezdeményezett, számlával igazolt telefonhívásainak költségét:

AA módozat esetén: 10.000.-Ft összeghatárig,

AAEU módozat esetén: 40 EUR összeghatárig.

A kárrendezés menetére és a benyújtandó iratok körére vonatkozóan a V. pont rendelkezései az irányadóak.

23. Tartózkodás meghosszabbodása

Amennyiben a Biztosítottnak a kórházi elbocsátását követően tartózkodását meg kell hosszabbítania (orvosilag indokolt esetben, vagy amennyiben a lakóhelye szerinti országba történő hazautazás csak későbbi időpontban oldható meg), a Biztosító gondoskodik a szállodai elhelyezésről, és annak költségeit átvállalja:

maximum 4 éjszakára	40,-EUR/éjszaka	értékhatarig.
---------------------	-----------------	---------------

A Biztosító előzetes hozzájárulása nélküli tartózkodás költségeit a Biztosító nem téríti.

A kárrendezés menetére és a benyújtandó iratok körére vonatkozóan a V. pont rendelkezései az irányadóak.

IV. Személyi segítségnyújtás

24. Ha Biztosítottnak, a biztosítás érvénytartamán belül :

- gépjárművel kapcsolatos gyors műszaki segítségre,
- bérautóra,
- kedvezményes repülőjegyre,
- szállásfoglalásra,

- ügyvédre, tolmácsra van szüksége, elegendő egy telefonhívás és rendelkezésére áll a Biztosító éjjel-nappali assistance szolgálata és partneri hálózata.

Ezt a szolgáltatást a Biztosító külön költség felszámítása nélkül nyújtja, ugyanakkor az ilyen közvetítéssel igénybevett szolgáltatás ellenértéke a Biztosítottat terheli.

V. Kárrendezéssel kapcsolatos tudnivalók

25. A Biztosított (a biztosított örökösének, illetve kedvezményezettjének) feladatai káresemény bekövetkezésekor

A Biztosított (a biztosított örökösének, illetve kedvezményezettjének) feladatai:

-
- a Biztosító vonatkozásában kezelőorvosát felmentse az orvosi titoktartás alól,
- a káreseményével kapcsolatban felmerült minden tényről, adatról a Biztosítót haladéktalanul tájékoztassa,
- a kárt a lehetőségekhez képest elhárítsa, illetve csökkentse és ennek során a Biztosító útmutatását kövesse,
- kárigényét - a szerződésben szabályozott bejelentési kötelezettségének is eleget téve - a számla kiállításától számított 10 napon belül kell a Biztosító címére megküldje,
- a Biztosító számára minden olyan vizsgálatot engedélyezzen, melyek a káresemény okaira, a kár mértékére és a kártérítés nagyságára vonatkoznak.

26. A kárrendezés menete

– Ha a Biztosított az egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatásokat igénybe vette, és ennek eredményeként a Biztosító intézkedett a költségek átvállalásáról, az egészségügyi, gyógyító, kezelő szerv (személy) a számlát és a biztosítási kötvényt vagy annak másolatát közvetlenül a Biztosító vagy Partnere részére nyújtja be.

– Amennyiben az egészségügyi ellátás ellenértékét a Biztosított – a biztosítási esemény előírtak szerinti bejelentése után – a helyszínen kifizette, a kárt a Biztosító Atlasz Assistance Irodája (1143. Budapest, Stefánia út 51.; tel.: (1) 460-1500; fax: (1) 460-1515) az érvényes devizarendelkezések szerint megtéríti.

Az előzetes jóváhagyás nélkül igénybe vett egészségügyi szolgáltatások költségeit maximum 100,-EUR összeghatárig téríti meg a Biztosító.

27. Bizonyítási Kötelezettség

A biztosítási szerződés teljesítését igénylő félnek (szerződő, biztosított, engedményes, kedvezményezett) kell igazolnia, hogy a biztosító szolgáltatásának a szerződésben valamint jogszabályban előírt feltételei fennállnak, ide értve különösen magának a biztosítási esemény bekövetkezésének és az annak eredményeként elszenvedett kár(ok) mértékének a bizonyítását. Ezzel szemben a biztosító szolgáltatási kötelezettségét kizáró tények és körülmények fennállását – így különösen valamely mentesülési ok vagy kizárás fennállását, vagy a teljesítés egyéb akadályát – a biztosítónak kell igazolnia.

28. Benyújtandó Okiratok

A biztosítási szerződés teljesítését igénylő fél (szerződő, biztosított, engedményes, kedvezményezett) a biztosító szolgáltatási kötelezettségének elbírálásához szükséges alábbi okiratokat, dokumentumokat és igazolásokat köteles, azok rendelkezésére állását követő 8 napon belül, a biztosító rendelkezésére bocsátani:

28.1. Egészségügyi szolgáltatás esetén:

- a biztosítási kötvény egy példánya,
- az ellátás sürgősségét igazoló teljes orvosi dokumentáció, diagnózis, orvosi leírás, zárójelentés,
- orvosi, gyógyszerkölségek eredeti számlái,
- a Biztosító kérésére – esetlegesen – házi orvosi dokumentáció a kiutazást megelőző megbetegedésekről,
- a Biztosító által rendszeresített és a Biztosított vagy örököse, illetve kedvezményezettje által kitöltött kárbejelentő nyomtatvány.

28.2. Baleset esetén a 28.1. pontban felsoroltakon kívül: a **baleset helyszínén** felvett hivatalos jegyzőkönyv, vagy igazolás a baleset és a sérülés megtörténtéről, körülményeiről, továbbá a Biztosított elhalálása esetén boncolási jegyzőkönyv, halottvizsgálati bizonyítvány is.

28.3. Holttest hazaszállítása esetén:

A holttest hazaszállításának megszervezése érdekében a **Biztosított hozzátartozójának** az alábbi dokumentumokat kell a lehető legrövidebb időn belül beszereznie és a Biztosító rendelkezésére bocsátania:

- születési anyakönyvi kivonat,
- házassági anyakönyvi kivonat, esetleg a házastárs halotti anyakönyvi kivonata,
- temetői befogadó nyilatkozat,
- halál tényét igazoló okirat,
- halál okát igazoló hatósági vagy orvosi bizonyítvány,
- baleseti halál esetén boncolási jegyzőkönyv,
- baleseti halál esetén boncolási jegyzőkönyv és a halál bekövetkezése körülményeinek tisztázásához szükséges hivatalos iratok.

28.4. Telefonkötség térítése esetén:

- eredeti részletes telefonszámla.

28.5. Tartózkodás meghosszabbodása esetén:

- közlekedési költségek eredeti számlái,
- szálláskötség eredeti számlája,
- benzinkötség eredeti számlája.

28.6. A 28.1.- 28.5. pontban felsorolt okiratokon kívül a biztosítottnak (a biztosított örökösenek, illetve kedvezményezettjének) joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint, annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

Ha a biztosító szolgáltatásának a szerződésben valamint jogszabályban előírt feltételei közül bármelyiknek a fennállása vagy tisztázása a konkrét kárügyben olyan okirat, dokumentum vagy igazolás benyújtását igényli, mely nem szerepel a fenti felsorolásban, erről és a szükséges bizonyítékok benyújtása elmaradásának következményeiről a biztosító haladéktalanul tájékoztatja az ügyfelet.

Ha a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggésben büntetőeljárás, vagy szabálysértési eljárás indult, az ilyen eljárást jogerősen lezáró határozatot a biztosítási szerződés teljesítését igénylő fél (szerződő, biztosított, engedményes, kedvezményezett) akkor is köteles a biztosítónak benyújtani, ha időközben sor került a biztosítási szolgáltatás teljesítésére. Az ilyen határozatok rendelkezésre állásának hiánya a biztosító szolgáltatásának esedékessé válását nem érinti.

A Biztosító a jelen biztosítási szerződésből eredő kötelezettségével összefüggésben, a károsító eseményt megelőző állapot visszaállításához vagy a bekövetkezett kár következményeinek megszüntetéséhez szükséges, általános forgalmiadó-köteles szolgáltatás ellenértéke (anyag-, javítási, illetve helyreállítási költség) után az általános forgalmi adó összegének megfelelő összeg megtérítésére csak olyan számla alapján vállal

kötelezettséget, illetve téríti meg azt az arra jogosultnak (Biztosított/ Szerződő), amelyen feltüntetik az általános forgalmi adó összegét vagy amelyből az általános forgalmi adó összege kiszámítható.

29. A Biztosító Szolgáltatásának Esedékessége

A biztosító szolgáltatása, a szolgáltatási kötelezettségének elbírálásához szükséges utolsó iratnak a biztosító kárrendezést lefolytató szervezeti egységéhez való beérkezését követő 20. nap elteltével válik esedékessé. Amennyiben a Biztosító a kárt megtérítette, őt illetik meg azok a jogok, amelyek a Biztosítottat illették meg a kárért felelős személlyel szemben, kivéve, ha ez a Biztosítóval közös háztartásban élő hozzátartozó

30. A kártérítési igények elévülése

A jelen szabályzathól eredő igények a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 2 év eltelté után évülnek el.