

KÜLFÖLDIEK SZEMÉLYI SEGÍTSÉGNYÚJTÁSA ÉS EGÉSZSÉGÜGYI BIZTOSÍTÁSA ATLASZ Assistance Hungary és ATLASZ Assistance EU módozatok

I. ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK

1. Biztosító adatai

1.1. Biztosító: QBE Insurance (Europe) Limited Magyarországi Fióktelepe (1143 Budapest, Stefánia út 51. cégjegyzékszáma: Fővárosi Bíróság, mint Cégbíróság Cg. 01-17-000514; telefonszáma: (06 -1) 460-1400, levelezési címe: 1143 Budapest, Stefánia út 51.)

1.2. Alapító: A QBE Insurance (Europe) Limited Magyarországi Fióktelepének alapítója a QBE Insurance (Europe) Limited (székhelye: Fenchurch Street 30, London EC3M3 BD Egyesült Királyság, nyilvántartó cégbíróság neve: Companies House, cégjegyzékszáma: 01761561, tevékenységi engedélyt kiadó hatóság: Financial Services Authority, 25 THE NORTH COLONNADE CANARY WHARF LONDON E14 5HS).

1.3. A QBE Insurance (Europe) Limited Magyarországi Fióktelepe jogképes, cégneve alatt alapítója a QBE Insurance (Europe) Limited javára szerzethet jogokat és a QBE Insurance (Europe) Limited terhére vállalhat kötelezettségeket.

2. A Biztosítás fedezeti köre

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

3. Biztosítási szerződés létrejötte

3.1. A jelen szabályzatban alapuló biztosítási szerződés létrejöhet írásban, illetve fogyasztói biztosítási szerződés esetén a biztosító ráutaló magatartásával.

3.2. AA módozat esetén a biztosítás kizárólag azon természetes személy (fogyasztó) részére köthető, aki Magyarország területére kér beutazási vízumot vagy tartózkodási engedélyt vagy már rendelkezik ezen okmányokkal. A szerződéskötés további feltétele a biztosítási díj megfizetése.

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

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

3.5. Az ajánlattevő ajánlatához annak megtételétől számított tizenöt napig, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázat felmérése van szükség, hatvan napig van kötvé.

3.6. Ha a szerződő fél fogyasztó, a szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított tizenöt napon belül – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, hatvan napon belül –nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették.

3.6.1. A 3.6. szerinti esetben a szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal a kockázat elbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

3.6.2. Ha a kockázat elbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, az ajánlatot a biztosító csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az ajánlati lapon a figyelmet kifejezetten felhívta, és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

3.6.3. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a biztosító általános szerződési feltételétől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az általános szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított tizenöt napon belül a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

4. A kockázatviselés tartama

4.1. A biztosító kockázatviselése a felek által a szerződésben meghatározott időpontban, ilyen hiányában a szerződés létrejöttének időpontjában kezdődik és a fedezetigazoló dokumentumon meghatározott időpontig tart.

5. Szerződő

5.1. Szerződő természetes személy (a továbbiakban: fogyasztó), jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet (a továbbiakban: vállalkozás), aki/amely a Biztosított javára írásos biztosítási ajánlatot tesz a jelen biztosítási szerződés megkötésére, és aki a díj megfizetésére kötelezett.

5.2. Ha a szerződést nem a Biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkeztéig vagy a Biztosított belépéséig a Szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítottat köteles tájékoztatni.

5.3. Ha a szerződést nem a biztosított kötötte, a biztosított a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a szerződésbe beléphet, a belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át.

5.4. Ha a Biztosított belép a szerződésbe a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a Biztosított a Szerződő féllel egyetemlegesen felelős. A szerződésbe belépő Biztosított köteles a Szerződő félnek a szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni.

5.5. Fogyasztó: A Ptk. 8:1§3. pontja szerint fogyasztó a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

5.6. Vállalkozás: A Ptk. 8:1§4. pontja szerint a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körében eljáró személy.

5.7. Fogyasztói biztosítási szerződés: Az a biztosítási szerződés, ahol a szerződő fél az 5.5. pont szerinti fogyasztó.

5.8. Nem fogyasztói biztosítási szerződés: az a biztosítási szerződés, ahol a szerződő fél nem az 5.5. pont szerinti fogyasztó.

5.9. Közeli hozzátartozó: a Ptk. 8:1. § (1) bekezdés 1. pontja szerint: a házastárs, az egyenesági rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér;

5.10. Hozzátartozó: a Ptk. 8:1§(1) bekezdés 2. pontja szerint: a közeli hozzátartozó, az életfárs, az egyenesági rokon házastársa, a házastárs egyenesági rokona és testvére, és a testvér házastársa.

6. Biztosított

6.1. AA módozat esetében: Biztosított lehet valamennyi a biztosítás hatálybalépésekor 15. napos kort betöltött, de 65. életévébe nem lépett külföldinek minősülő természetes személy (fogyasztó), aki a biztosítási díjat megfizeti és érvényes biztosítási kötvény van a tulajdonában.

6.2. 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 (fogyasztó) aki a biztosítási díjat megfizeti és érvényes biztosítási kötvény van a tulajdonában.

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

7. Kedvezményezett

7.1. Kedvezményezettnek minősülnek azok a személyek, akik ilyen minőségükben a Biztosító szolgáltatására jogosultak. Kedvezményezettnek minősül a szerződésben megnevezett személy; ilyen személyek hiányában vagy ha a kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, a Biztosított vagy örököse.

7.2. A Szerződő fél a kedvezményezettet a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a Biztosított a Szerződő fél, mindezekhez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Abban az esetben, ha bemutatóra szóló fedezet igazoló dokumentumot állítottak ki, a kedvezményezett későbbi kijelölése akkor lép hatályba, ha a fedezet igazoló dokumentumot megsemmisítették és új fedezet igazoló dokumentumot állítottak ki.

7.3. Ha a Szerződő fél a Biztosítotthoz vagy a kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A Szerződő fél nyilatkozatáról a Biztosított tájékoztatni kell.

8. Többszörös biztosítás

8.1. Ha ugyanazt az érdeket több biztosító egymástól függetlenül biztosítja, a biztosított jogosult igényét ezek közül egyhez vagy többhöz benyújtani.

8.2. A biztosító, amelyhez a kárigényt benyújtották, az általa kiállított fedezetet igazoló dokumentumban írt feltételek szerint és az abban megállapított biztosítási összeg erejéig köteles fizetést teljesíteni, fenntartva azt a jogát, hogy a többi biztosítóval szemben arányos megtérítési igényt érvényesíthet.

8.3. A biztosítók a 8.2. pontban írt megtérítési igény alapján a kifizetett kárt egymás között azokkal a feltételekkel és biztosítási összegekkel arányosan viselik, amelyeknek megfelelően az egyes biztosítók a biztosított irányában külön - külön felelőnek.

9. Díjfizetés

9.1. A biztosítás egyszeri díjas, Szerződő köteles az egyszeri díjat a szerződés létrejöttekor megfizetni.

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

- 1 és 3 nap közötti időtartamra 3 napos díj,
- 4 és 365 nap közötti időtartamra napi díj

9.3. A jelen biztosítási szerződést értékesítő biztosításközvetítő (független, független) jogosult az ügyfélről összegszerűségi korlát nélkül biztosítási díjat átvenni, de nem jogosult a biztosítottól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében közreműködni, továbbá nem jogosult a biztosító nevében a biztosítási szerződést megkötöni.

10. Díjvisszatérítés lehetősége

10.1. A kockázatviselés kezdete előtt a biztosítások a váltás helyén teljes áron visszaváltathatók.

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

- 1 és 30 nap közötti időtartamra kötött biztosítás díja nem téríthető vissza,
- 30 napon túl a Biztosítottnak a Biztosítónál történő megjelenését követő naptól lehet a biztosítási kötvény díját visszatéríteni, a napi díjak figyelembevételével,
- a Biztosított káreseménye következtében részben felhasznált biztosítás díja nem téríthető vissza,

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

10.4. Lejárat biztosítás díja nem téríthető vissza.

11. Közlési és változás bejelentési kötelezettség

11.1. A Szerződő fél köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a Biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Szerződő fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

11.2. A Szerződő fél köteles a lényeges körülmények változását a Biztosítónak írásban 8 napon belül bejelenteni.

11.3. A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

11.4. Ha a szerződés több vagyontárgyra vagy személyre vonatkozik, és a közlési vagy változás bejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi vagyontárgy vagy személy esetén nem hivatkozhat.

11.5. A szerződő fél, Biztosított a közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettségének keretén belül köteles a biztosítót tájékoztatni, ha ugyanarra a vagyontárgyra más biztosítónál biztosítási szerződést kötött.

11.6. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Szerződő felet és a Biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

12. A szerződés lehetetlenülése; érdekmulás

12.1. Ha a Biztosító kockázatviselésének kezdete előtt a biztosítási esemény bekövetkezett, bekövetkezése lehetetlenné vált vagy a biztosítási érdek megszűnt, a szerződés vagy annak megfelelő része megszűnik.

12.2. Ha a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt a biztosítási esemény bekövetkezése lehetetlenné vált vagy a biztosítási érdek megszűnt, a szerződés vagy annak megfelelő része megszűnik.

13. Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség

13.1. A Szerződő fél és a Biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani. Ezt az elvárhatósági követelményt kell támasztani abban az esetben is, ha a szerződés szabályozza a Szerződő fél és a Biztosított kármegelőzési teendőit, előírja a kár megelőzését vagy enyhítését célzó eszközöket, eljárásokat, szakképzettségi követelményeket.

13.2. A Szerződő fél és a Biztosított a Biztosító előírásai és a káresemény bekövetkezésekor adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni.

13.3. A kárenyhítés szükséges költségei a biztosítási összeg keretei között akkor is a Biztosított terhelik, ha a kárenyhítés nem vezetett eredményre.

14. Kárbejelentés, kárrendezés általános szabályai

14.1. 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.

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

14.3. 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.

14.4. 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.

14.5. Jelen biztosítási szerződés alapján a magánszemélyeknek teljesített kifizetésekre a mindenkor hatályos személyi jövedelemadóról szóló törvény rendelkezései az irányadóak.

14.6. A biztosító szolgáltatása, a szolgáltatási kötelezettségének elbírálásához szükséges utolsó iratnak a biztosító kárrendezést lefolytató szervezeti egységéhez való beérkezését követő 20. nap elteltével válik esedékessé.

14.7. 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 Biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó

14.8. A Biztosított (a Biztosított örökösének, illetve kedvezményezettjének) káresemény bekövetkezése utáni feladatait, a kárrendezés menetét a jelen feltétel VI. fejezetének 31., 32. pontjai tartalmazzák.

15. Általános mentesülési okok

15.1. A Biztosító mentesül a károk kifizetése alól, ha

- a Biztosított a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettségét megszegi, kivéve, ha a szerződő fél (Biztosított) bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében,
 - ha a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben a Biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetatlenné válik,
 - ha Biztosítottat nyér, hogy a biztosítási esemény bekövetkezésének az oka a Szerződő, illetve Biztosított, a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuknak jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása
- A biztosítási esemény súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak akkor kell tekinteni, ha a kárt a Biztosított:
- 0,80‰ véralkoholszint feletti ittas állapotában vagy kábítószerez befolyásoltság alatt, azzal közvetlen okozati összefüggésben következett be,
 - jogosítvány nélküli gépjárművezetés közben következett be,
 - Szerződő / Biztosított kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettségé szándékosan vagy súlyosan gondatlanul megszegi.

16. Általános kizárások

16.1. A biztosításból kizárt kockázatok

A biztosításból kizárásra kerülnek:

- a felmerült vagyoni károk, és a felmerült sérelemdíjak,
- Biztosított által okozott felelősségi károk,
- veszélyes sportok (az autó- motorsport versenyek – ideértve a teszttúrákat és a rally versenyeket is-, szikla- és hegymászás, barlangászat, repülés sportok, ejtőernyős ugrások.) gyakorlása és az ezekkel kapcsolatos edzéseken való részvétel során bekövetkezett események,
- közvetve vagy közvetlenül a jogszabály szerint ionizálóan minősülő sugárzás, nukleáris energia folytán bekövetkezett események,
- munkavédelmi előírások megszegésével ok-okozati összefüggésben keletkezett károk,
- háborús, polgárháborús cselekménnyel, harci eseménnyel, terrorcselekménnyel, felkeléssel, lázadással, sztrájkjal, 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 módozatot kapszán 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 Téréség Államainak területén tartózkodott.

17. A Szerződés felmondása

17.1. A jelen biztosítási szabályzat alapján megkötött biztosítási szerződés határozott időre szól, így a biztosítási szerződés az időtartam lejáta előtt nem mondható fel.

18. A Szerződés megszűnése

18.1. A biztosítási szerződés megszűnik:

- a szerződés lehetetlenülése, érdekmulás esetén,
- a biztosítási időtartam lejáratával,
- a biztosítási tartam alatti egy biztosítási esemény bekövetkezéével.

19. Elévülés

19.1. A jelen szabályzatból eredő igények a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 1 év alatt évülnek el.

20. Irányadó jog

20.1. Jelen szerződésre a mindenkor hatályos, magyar jogszabályok az irányadóak.

21. Titoktartási kötelezettség és a személyes adatok kezelésére vonatkozó tudnivalók

21.1. 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 feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel
- büntetőügyben, polgári ügyben, valamint csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- a Bit. 157. § (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
- a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivattal, 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.
- a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
- a külön törvényben meghatározott feltételek meglete esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervvel,
- a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető Hivatallal,
- amennyiben átutazás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- a kárendezéshez 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, kárendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési joggal élve a közüti közlekedési balesetével kapcsolatos kárendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
- a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- 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,
- a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával, valamint pénzügyi jogok biztosával
- a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adata és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben, ha az a)-j), n, 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) q) és 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.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:

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 nyilatkoztattatni 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, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerekkel, illetve pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- a Btk. szerinti kábítószerek-kereskedéssel, kábítószerek birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószerek készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha
- a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
- a pénzügyi információs egységként 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.

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

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 szólótörvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

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

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezetéhez (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) bekezdésben meghatározott bármely módon biztosított.”

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 hatás vizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

d) Bit. Nyolcadik részének III. és III/A. fejezetében, a Tpt. XIX/B. fejezetében, valamint aHpt. XIV/A. fejezetében foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

A Bit.159.§(1) bekezdésben meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

Az adattovábbítás 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) pontjait, 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 megkülsülésével 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 szaktanácsadó vállalkozás jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító, biztosításközvetítői és szaktanácsadó 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 visszataratani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekű adatok nyilvános adataira vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

A biztosítók közötti adatcserével összefüggő adatkezelés

A biztosított veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében a Biztosító - a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából - a 2015. év január hó 1. napjától kezdődően hatályba lépő Bit. 161/A. §-ában biztosított felhatalmazása alapján, 2015. január 1. napjától kezdődően jogosult megkereséssel fordulni más biztosítóhoz az e biztosító által a Bit. 155. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével kezelt - a Bit. 161/A. § (3)-(5) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában. A megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.

A Biztosító ennek keretében,

- a Bit. 1. számú melléklet A) rész 1. és 2. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó biztosítási szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a Bit. 161/A. § (3) bek a-e) pontjaiban felsorolt adatokat;
- a Bit. 1. számú melléklet A) rész 5., 6., 7., 8., 9., 16., 17. és 18. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a Bit. 161/A. § (4) bek a-e) pontjaiban felsorolt adatokat; továbbá
- a Bit. 1. számú melléklet A) rész 11., 12. és 13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a Bit. 161/A § (5) bek. a)-c) pontjaiban felsorolt adatokat kérheti más biztosítótól.

A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt (15) napon belül köteles(ek) átadni a Biztosítónak. A megkereső Biztosító a megkeresés eredményeként tudomásra jutott adatot a kézhezvétel követő kilencven (90) napig kezelheti. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső Biztosító tudomásra jutott adat a Biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés fentebb meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény ér-

vényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.

Ha a megkeresés eredményeként a megkereső Biztosító tudomására jutott adat a Biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy (1) évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy (1) évig kezelhető. A megkereső Biztosító az e célból végzett megkeresésről, és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abba szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.

Ha az ügyfél az információk önrendelkezési jogáról és az információszabadságról szóló törvényben meghatározott módon az adatairól tájékoztatást kér és a megkereső biztosító – a Bt. 161/A§(8)-(10) bekezdésében meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

A megkereső Biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosított érdekeire nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a fenti céltól eltérő célból nem kapcsolja össze. A megkeresésben megjelölt adatok helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

21.2. 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 megőrzésért - beleértve a biztosítási szerződéssel összefüggésben a jövőben rendelkezésre bocsátandó adatokat is - a Biztosító felelős. Személyes Adatnak minősül bármely meghatározott (személyes adat alapján azonosított) vagy - közvetlenül vagy közvetve - azonosítható) természetes személy Ügyféllel kapcsolatba hozható adat, valamint az ilyen adatból levonható, az érintett Ügyfélre vonatkozó következtetés.

Az Ügyfelek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére illetve gazdálkodására, továbbá a Biztosítóval létesített jogviszonyra 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 biztosítóról 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 rendelkezése szerint, kizárólag az érintett Ügyfél 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 titokot pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad. Harmadik Személynek minősülő minden olyan természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki, vagy amely 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 tagállamaiban és bármely EGT-államba irányuló adattovábbítás úgy kell tekinteni, mintha Magyarország területén belüli adattovábbításra kerülne sor. Az Ügyfél Személyes Adatai (beleértve a különleges adatnak minősülő Személyes Adat is) az országból – az adathordozótól vagy az adattávitel módjától függetlenül – Harmadik Országban adatkezelést folytató adatkezelő vagy adatfeldolgozást végző adatfeldolgozó részére csak akkor továbbítható, ha ahhoz az Ügyfél kifejezetten hozzájárul, ha azt törvény lehetővé teszi, vagy ha az adatkezelésnek törvényben előírt feltételei teljesülnek, és a harmadik országban az átadott adatok kezelése, valamint feldolgozása során biztosított a személyes adatok törvényben meghatározott megfelelő szintű védelme. Harmadik Országban minősülnek azok az országok, melyek nem tagjai az Európai Uniónak és nem minősülnek EGT- államnak.

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 közérdeken alapuló célból, jogszabályban elrendelt kötelező adatkezelések kivételével – azok zárolását vagy 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 Ügyfél hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

22. Panaszkezelés / Panaszfórumok / Bírósági Vitarendezés

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

22.2. Társaságunk szolgáltatásaival, valamint a biztosítási szerződés teljesítésével összefüggésben panasz terjeszthető elő írásban a QBE Insurance (Europe) Limited Magyarországi Fióktelepének vezetőjéhez címzett levélben, e-mailben vagy faxon (levelezési cím: 1143 Budapest, Stefánia út 51., telefaxszám: (06-1) 460 1499; e-mail cím: info@qbeatlasz.hu), illetőleg személyesen vagy telefonon is nyilvántartási időben az Ügyfélszolgálatunkon (cím: 1143 Budapest, Stefánia út 51.; telefonszám: (06-1) 460-1400). Társaságunk a panaszbejelentés beérkezésétől számított 30 (harminc) napon belül írásban küldi meg válaszát a panaszos részére.

22.3. A panasz elutasítása vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a fogyasztónak minősülő ügyfél az alábbi utólehetőségekhez, illetve hatóságokhoz fordulhat:

- QBE Insurance (Europe) Limited Magyarországi Fióktelepének vezetője (1143 Budapest, Stefánia út 51., levelezési cím: 1442 Budapest, Pf.: 101., telefonszám: (36-1) 460-1400, e-mail cím: info@qbeatlasz.hu), faxszám: (361) 460-1499)
- Pénzügyi Békéltető Testület (a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos

jogvita esetén) (1013 Budapest, Krisztina krt. 37-39., levelezési cím: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172, telefonszám: 36-1-489-9700, e-mail cím: pbt@mnbb.hu, www.felugyelet.mnb.hu/pbt.)

- fogyasztóvédelmi eljárás alapjául szolgáló kötelezettségszegéssel kapcsolatos panasz esetén a Társaságunk felügyeletét ellátó Magyar Nemzeti Bank Zrt. Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ (MNB) cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank Zrt. Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ, 1534 Budapest BKKP Pf.777.; telefonszám: 0640203776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

22.4. A panaszos jogosult a QBE Insurance (Europe) Limited Magyarországi Fióktelepe (1143 Budapest, Stefánia u 51.) által hozott, számára nem megfelelő döntés ellen bírósághoz fordulni. Ebben az esetben a polgári pert a hatáskörrel, és illetékességgel rendelkező magyar bíróság előtt kell a QBE Insurance (Europe) Limited Magyarországi Fióktelepével (1143 Budapest, Stefánia u 51.) szemben megindítani.

22.5. A panasz elutasítása vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a fogyasztónak nem minősülő ügyfél jogosult a QBE Insurance (Europe) Limited Magyarországi Fióktelepe (1143 Budapest, Stefánia út 51.) által hozott, számára nem megfelelő döntés ellen bírósághoz fordulni. Ebben az esetben a polgári pert a hatáskörrel, és illetékességgel rendelkező magyar bíróság előtt kell a QBE Insurance (Europe) Limited Magyarországi Fióktelepével (1143 Budapest, Stefánia út 51.) szemben megindítani.

II. EGÉSZSÉGÜGYI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ÉS BIZTOSÍTÁS

23. Az egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás kockázati köre

23.1. 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.

23.2. 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.

24. A Biztosító egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatásai:

24.1. 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): amint a kórházban lévő beteg állapota lehetővé teszi, a külföldi kezelést helyett a Biztosított – szükség esetén orvos kísérelével 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,

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.

25. Biztosító egészségügyi biztosítási szolgáltatásai

25.1. Biztosító egészségügyi biztosítási szolgáltatásai az alábbiak szerint nyújtható:

- 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

25.2. A fenti költségeket akkor vállalja a Biztosító, ha a Biztosított vagy megbízottja illetve az ellátást nyújtó intézmény, kezelőorvos a Biztosítottól 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.

25.3. Amennyiben az értesítés nem történt meg, a Biztosító a felmerült költségeket maximum 100,-EUR összeghatárig utólag megtéríti.

25.4. Egészségügyi biztosítási szolgáltatások felsorolása:

- 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),
- halasztathatatlanná tett, intenzív ellátás,
- sürgősségi szülészeti ellátás a terhesség betöltött 28. hete előtt,
- orvosi rendelvényre vásárolt gyógyszer költségeinek eredeti számlával igazolt utólagos megtérítése,
- műveletek, mankók, rokkant kocsik 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, fogaként 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.

26. Kizárások

26.1. Az egészségügyi biztosítás nem terjed ki a jelen szabályzat 16. pontjában leírtakat meghaladóan:

- bármely olyan ellátásra vagy gyógyszervásárlásra, amely korábban fennálló egészségi állapot miatt vagy erre visszavezethető okból következett be. (Korábban fennálló egészségügyi állapotnak kell tekinteni a Biztosított bármely olyan betegségét vagy egyéb egészségügyi állapotát, amely a jelen biztosítás hatálya 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 Megbizottja, illetve az ellátást nyújtó intézmény, kezelőorvos 24 órán belül nem kérte a Biztosító hozzájárulását az egészségügyi ellátás igénybevételehez, 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 műtétre,
- 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, nőgyógyászati ellátására,
- nem sürgősségi jellegű orvosi kivizsgálásra, kezelésre,
- fizioterápiára, akupunktúrára, természetgyógyász, illetve csontkovács által nyújtott kezelésre,
- alkoholos (0,80‰ véralkohol-szint 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, hallásvizsgáló eszközökre, szemüvegre (ez utóbbi, kivéve személyi sérüléses baleset esetén),
- öngyilkosságra, illetve annak kísérlete, vagy a Biztosított által elkövetett szándékos bűncselekmény következtében felmerült költségekre,
- hivatásszerű fizikai munkavégzés során bekövetkezett baleset következtében felmerült egészségügyi ellátás költségeire,
- keftől több fog kezelésére,
- definitív fogászati ellátásra, állkapocs ortopédiai ellátásra, fogszabályozásra, paradontológiai kezelésekre, fogkö eltávolításra, foggyökérkezelésre, fogpótlásra, fogkoronára, hídra, protézis készítésére és javítására.
- az egy-, illetve kétágyas elhelyezés, magánkórház és orvosválasztás többletköltségeire

III. SEGÍTSÉGNYÚJTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

27. Holttest hazaszállítása

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

27.2. A holttest hazaszállításának megszervezése érdekében a Biztosított hozzátartozójának az V. pont, 32.4.3. pontja szerinti dokumentumokat kell, a lehető legrövidebb időn belül beszereznie és a Biztosító rendelkezésére bocsátania.

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

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

28. Telefonköltség térítése

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

AA módzat esetén: 10.000,-Ft összeghatárig,
AAEU módzat esetén: 40 EUR összeghatárig.

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

29. Tartózkodás meghosszabbodása

29.1. Amennyiben a Biztosítottnak a kórházi elbocsátását követően tartózkodását meg kell hosszabbítani (orvosiilag 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 értékhatárig.

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

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

IV. SZEMÉLYI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS

30. Személyi segítségnyújtás

30.1. 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.

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

V. KÁRRENDEZÉSEL KAPCSOLATOS TUDNIVALÓK

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

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

- a Biztosító vonatkozásában kezelőorvosát felmentse az orvosi titoktartás alól,
- a káreseménnyel 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.

32. A kárrendezés menete

32.1. 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.

32.2. 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.

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

32.4. 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:

32.4.1. Egészségügyi szolgáltatás esetén:

- a fedezet igazoló dokumentum egy példányra,
- az ellátás sürgősségét igazoló teljes orvosi dokumentáció, diagnózis, orvosi leírás, zárójelentés,
- orvosi, gyógyszerköltségek eredeti számlái,
- a Biztosító kérésére – esetlegesen – háziorvosi dokumentáció a kiutazást megelőző megbetegedésekről,
- a Biztosító által rendszeresített és a Biztosított vagy örököse, illetve kedvezményezettje által kitöltött kárbejelentő nyomtatvány.

32.4.2. Baleset esetén a 32.4.1. pontban felsoroltakon kívül: a baleset helyszínén felvett hivatalos jegyzőkönyv, vagy igazolás a baleset és a sérülés megtörténtéről, körülményeiről, továbbá a Biztosított elhalálozása esetén boncolási jegyzőkönyv, halott vizsgálati bizonyítvány is.

32.4.3. 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 és a halál bekövetkezése körülményeinek tisztázásához szükséges hivatalos iratok.

32.4.4. Telefonköltség térítése esetén:

- eredeti részletes telefonszámla.

32.4.5. Tartózkodás meghosszabbodása esetén:

- közlekedési költségek eredeti számlái,
- szállásköltség eredeti számlája,
- benzinköltség eredeti számlája.

32.4.6. A 32.4.1.– 32.4.5. pontban felsorolt okiratokon kívül a biztosítottnak (a biztosított örökösének, illetve kedvezményezettjének) joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint, annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

32.4.7. Ha a biztosító szolgáltatásának a szerződésben valamint jogszabályban előírt feltételei közül bármelyiknek a fennállása vagy tisztázása a konkrét körülményben 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.

PERSONAL ASSISTANCE AND MEDICAL INSURANCE PROVIDED FOR FOREIGNERS

ATLASZ Assistance Hungary and
ATLASZ Assistance EU modes
Validity: as from the 01. of January, 2015

I. GENERAL CONDITIONS

1. Data of the Insurer

1.1. Insurer: QBE Insurance (Europe) Limited Branch Office in Hungary (1143 Budapest, Stefánia street 51., trade register number: Municipal Court as Court of Registration Cg. 01-17-000514; phone number: (06 -1) 460-1400, correspondence address: 1143 Budapest, Stefánia street 51.)

1.2. Founder: Founder of the Branch Office in Hungary of QBE Insurance (Europe) Limited is QBE Insurance (Europe) Limited (seat: Fenchurch Street 30, London EC3M3 BD United Kingdom, name of the registering court of registration:: Companies House, trade register number: 01761561, authority issuing the activity permission: Financial Services Authority, 25 THE NORTH COLONNADE CANARY WHARF LONDON E14 5HS).

1.3. The Branch Office in Hungary of QBE Insurance (Europe) Limited is of legal capacity, it may under its company name obtain rights in favour of its founder, the QBE Insurance (Europe) Limited and it may undertake obligations to the charge of QBE Insurance (Europe) Limited.

2. The circle of coverage of the Insurance

The Insurer on the basis of present Insurance Contract undertakes the obligation, against payment of the insurance premium and during the validity period of the insurance, in case of the mode Atlasz Assistance Hungary (hereinafter referred to as AA): within the territory of the Hungarian Republic, in case of the mode Atlasz Assistance EU (hereinafter referred to as AAEU): within the territory of the European Union and of the territory of the states of the Schengen area, to provide the following assistance and insurance services listed in present Insurance Contract:

- Medical assistance and insurance
- Other traveller's assistance
- Personal assistance.

3. Establishment of an Insurance Contract

3.1. The Insurance Contract based on present regulation can be established in writing and in case of consumer's Insurance Contract with the constructive behaviour of the Insurer.

3.2. In case of mode AA the insurance can be concluded exclusively for the natural person (consumer), applying for an entry visa or for a staying permit or already possessing of these documents. Further condition of the establishment of a contract is to pay the insurance premium.

3.3. In case of mode AAEU the insurance may be concluded on the residence of the Insured, for those persons, who apply for entry visa into the European Union or into the area of Schengen.

3.4. The Insurer or its consignee issues for every Insured a document confirming the coverage, on which it will be confirmed by Contractor with its signature that it duly received the information about the main data of Insurer and about the characteristics of the Insurance Contract.

3.5. The offer of tenderer will be valid within fifteen days reckoned from its submission, however, in case an assessment of health risk will be needed for the evaluation of the offer, it will be valid within sixty days.

3.6. Would the contractor be a consumer, the contract would be established also in the case, when the Insurer would not declare in respect of the offer within fifteen days reckoned from its receipt – in case an assessment of health risk would be needed for the evaluation of the offer, within sixty days – provided that the offer was made in the possession of the information relating to the period of the legal relation as prescribed in the rule of law, on the offer sheet introduced by the Insurer and in accordance with the tariff.

3.6.1. In case as per point 3.6. – with contents according to the offer – the contract will be established with retrospective effect as from the time point of giving over the offer to the Insurer, on the day following the passing of the risk assessment time. .

3.6.2. Would the insurance event occur during the risk assessment time, the offer could be refused by the Insurer only in the case, when it specifically drew the attention for the possibility of this on the offer sheet and when it is obvious on the basis of the character of the required insurance coverage or of the circumstances of the risk bearing, that for accepting the offer the individual assessment of the risk is necessary.

3.6.3. In case the contract having been established without the explicit declaration of Insurer differs in an essential question from the general terms and conditions of Insurer, the Insurer may suggest within fifteen days reckoned from the establishment of the contract to modify the contract in accordance with the general terms and conditions. In case Contractor does not accept the suggestion or does not answer it within fifteen days, the Insurer may cancel the contract within fifteen days reckoned from the refusal or from the receipt of the modifying suggestion for thirty days, in writing.

4. Time period of the risk bearing

4.1. The risk bearing of Insurer begins in the time point stipulated by the Parties in the contract, due to the lack of this it begins in the time point of the establishment of the contract and it lasts till the time point determined on the coverage confirming document.

5. Contractor

5.1. The Contractor is a natural person (hereinafter referred to as Consumer), a legal person or an organisation without legal personality (hereinafter referred to as Undertaking), who/which makes for Insured written insurance offer for concluding present insurance contract and who/which is obliged for the payment of the premium.

5.2. Would the contract not be concluded by the Insured, the Contractor is obliged till the occurrence of the insurance event, or till the entrance of Insured to inform the Insured on the declarations having been addressed to it and on the changes having been occurred in the contract.

5.3. Would the contract be concluded not by the Insured, the Insured may enter the contract with a written declaration addressed to the Insurer, the approval of Insurer will not be needed for the entrance. Through the entrance the entirety of the rights due to the contracting party and the obligations due to it devolve to the Insured.

5.4. When entering the contract by the Insured, the Insured together with the Contracting Party jointly and severally will be responsible for the premiums being due in the current insurance period. The Insured entering the contract is obliged to reimburse the costs of the Contracting Party spent for the contract – here included also the insurance premium.

5.5. Consumer: According to point. 8:1 § 3. of the Civil Code consumer is a natural person proceeding outside of its profession, individual occupation or business activity.

5.6. Undertaking: According to point 8:1 § 4. of the Civil Code is the person proceeding in the circle of its profession, individual occupation or business activity.

5.7. Consumer's insurance contract: this is the insurance contract, where the contracting party is the consumer according to point 5.5.

5.8. Not consumer's insurance contract: this is the insurance contract, where the contracting party is not the consumer according to point 5.5.

5.9. Nearest relative: according to point 1. of paragraph (1) of 8:1. § of the Civil Code that is the spouse, lineal kin, adopted child, stepchild and the foster-child, the adoptive parent, step-parent, the foster-parent and the sister and brother.

5.10. Dependent: according to point 2. of paragraph (1) of the Civil Code: that is the spouse of the nearest relative, of the spouse, of the lineal kin, the lineal kin and brother or sister of and the spouse of the brother or of the sister.

6. Insured

6.1. In case of the mode AA: an Insured can be all natural persons (consumer) having reached the age of 15 days, however not having entered into the 65. year of its life at the time of coming into force of the insurance, being qualified as foreigner, who pays the insurance premium and possesses of a valid insurance policy.

6.2. In case of the mode AAEU: an Insured can be all natural persons (consumer) staying on the territory of the European Union and of the states of the Schengen area, having reached the age of 15 days, however, not having entered in the 65. year of its life at the time of coming into force of the insurance, who pays the insurance premium and possesses of a valid insurance policy.

6.3. There cannot be an Insured the natural person (consumer) being qualified as native, as well as the natural person (consumer), who still did not turn its 15 day or already turned its 65. year of its life.

7. Beneficiary

7.1. Those persons will be qualified as Beneficiary, who in their quality of that kind are entitled for the service of Insurer. The person named in the contract will be qualified as beneficiary, due to the lack of such persons or when the denomination of the beneficiary was not valid at the time point of the insurance event, the Insured or its successor.

7.2. The Contracting Party may designate the beneficiary with a written declaration addressed to the Insurer and sent to the Insurer and it may withdraw its designation till the occurrence of the insurance event at any time in the same form, or it may denominate an other beneficiary instead of the designated beneficiary. When not the Insured is the Contracting Party, in respect of all these the written approval of the Insured is required. In the case, when a policy made out to bearer was issued, the designation of the beneficiary will come into force, when the policy has been annulled and a new policy was issued.

7.3. When the Contracting Party undertakes the obligation with a written declaration addressed to the Insured or to the beneficiary, to maintain in force the designation of beneficiary continuously, the designation of beneficiary cannot be withdrawn or changed without the approval of those person, for whom the commitment was made. The Insurer has to be informed about the declaration of Contracting Party.

8. Multiple insurance

8.1. When the same interest will be insured by different insurers, independently from each other, the Insured will be entitled to submit its claim to one, or to more of these. .

8.2. The Insurer, to whom the claim was submitted, is obliged to effect payment according to the conditions indicated in the document confirming the coverage stated by itself and to the extent of the insurance amount stipulated therein, maintaining its right, in accordance of which it may validate a proportional claim for compensation against the other insurers.

8.3. The insurers bear the damage paid out on the basis of the claim for compensation described in point 8.2. among each other under those terms and conditions and proportionally with those insurance amounts, in accordance with which the individual insurers separately would be responsible towards the insured.

9. Payment of premium

9.1. The insurance is of one-time premium, Contractor is obliged to pay the one-time premium at the time point of the establishment of the contract.

9.2. The insurance can be concluded for 365 days at the maximum under consideration of the following premium calculation:

- for a time period between 1 and 3 days a premium of 3 days,
- for a time period between 4 and 365 days a daily premium.

9.3. The insurance broker selling the present insurance contract (pending and independent) is entitled to take over insurance premium from the customer without any numerical limitation, however it is not entitled to co-operate in the payment of the amount due to the customer from the Insurer, furthermore, it is not entitled to concluded insurance contract in the name of Insurer.

10. The possibility of premium reimbursement

10.1. Before beginning of the risk bearing the insurances can be redeemed on the place of booking at full price.

10.2. The reimbursement of insurance partly used will be possible within the time period of the insurance, according to the following conditions:

- the premium of an insurance concluded for a time period between 1 and 30 days cannot be reimbursed,
- over 30 days the premium of the insurance policy can be reimbursed to the Insured from the day following its appearance at the Insurer, under consideration of the daily premiums,
- the premium of the insurance partly utilized due to the damage event of Insured cannot be reimbursed.

10.3. In case of the death of the Insured the insurance contract will be terminated. The Insurer reimburses the time-proportional part of the premium duly paid – from the day following the notification, covered by the insurance premium – to the beneficiary or due to this to the inheritor.

10.4. The premium of an expired policy cannot be reimbursed.

11. Obligation for information and change notification

11.1. The Contracting Party is obliged to communicate at the time of concluding the contract all such circumstances being essential from the point of view of undertaking the insurance to Insurer, which it already has known or had to know. The Contracting Party with its answers given to the questions of Insurer in writing, corresponding to the reality meets its information obligation. Leaving the questions unanswered does not mean the violation of the information obligations.

11.2. Contracting Party is obliged to notify the change of essential circumstances to Insurer in writing, within 8 days.

11.3. In case of the violation of the obligation in respect of the communication and of the notification of a change the obligation of Insurer does not set in, with the exception, when the Contracting Party proves, that the circumstance concealed or not notified was duly known by the Insurer at the time of concluding the insurance, or this did not contribute to the occurrence of the insurance event.

11.4. When the contract relates to more chattels or persons and the violation of the obligation of communication or change notification occurs only in connection with single ones of these, the Insurer may not relate to the violation of the obligation of communication or notification of a change in respect of the other chattels or persons.

11.5. The Contracting Party, within the frame of the obligation of Insured in respect of the communication and change notification, is obliged to inform Insurer, when an insurance contract also with other Insurer has been concluded for the same chattel.

11.6. The obligation for communication and change notification falls on both the Contracting Party and the Insured; none of them may refer to such circumstance, which was omitted to communicate with the Insurer by anyone of them, although they ought to have known these and ought to have been obliged for the communication or notification.

12. Impossibility of the contract; lapse of interest

12.1. When the insurance event occurred before the risk bearing of Insurer, its occurrence became impossible or the insurance interest lapsed, the contract or its corresponding part will be terminated.

12.2. When the occurrence of the insurance event became impossible during the period of the risk bearing of Insurer or the insurance event elapsed, the contract or its corresponding part will be terminated.

13. Obligation for damage prevention and mitigation of damages

13.1. The Contracting Party and the Insured are obliged to behave in a way to be expected in the given situation for the sake of preventing the damage. This obligation to be expected has to be supported also in the case, when the tasks for damage prevention of the Contracting Party and of the Insured will be regulated by the contract, the tools, proceedings, qualification requirements aiming at the prevention or mitigation of damages will be prescribed by it.

13.2. The Contracting Party and the Insured are obliged to mitigate the damage according to the prescriptions of Insurer and of its instructions given at the time of the occurrence of the accident, in lack of these according to the requirement of behaviour generally to be expected in the given situation.

13.3. The necessary costs of the mitigation of damages within the frames of the insurance amount will charge the Insurer even in the case, when the mitigation of damages did not result in.

14. General rules of notice of loss, of adjustment of loss

14.1. The party claiming the fulfilment of the insurance contract (contractor, insured, assignee) has to confirm, that the terms and conditions of the service of the insurer prescribed in the contract as well as in the rule of law do exist, here included especially the evidence of the size of the occurrence of the insurance event, itself, as well as of the damage(s) suffered as a result of it. Contrary to that the existence of facts and circumstances excluding the service obligation of Insurer – so especially the existence of certain exemption reason or exclusion, or the obstacle of the fulfilment – has to be confirmed by the Insurer.

14.2. The Party requiring the fulfilment of the insurance contract (Contractor, Insured, assignee, and beneficiary) is obliged to put the records, documents being necessary for the judgement of the service obligation of Insurer to the disposal of Insurer within 8 days following their standing at disposal.

14.3. When criminal proceedings, or infraction proceedings were commenced in connection with the occurrence of the insurance event, the decision finally closing such proceedings has to be submitted by the party requiring the fulfilment of the insurance contract (Contractor, Insured, assignee, beneficiary) to the Insurer also in the case, when

the fulfilment of the insurance service duly happened in the meantime. The lack of standing at disposal of such decisions does not touch the becoming due of the service of Insurer.

14.4. The Insurer, in connection with its obligation originating from the present insurance contract, undertakes the obligation for the reimbursement of the sum corresponding to the amount of the value-added tax being necessary for the re-establishment of the situation preceding the damaging situation or for the termination of the consequences of the occurred damage (material, repair and replacement costs) only on the basis of such invoice, or it reimburses it for the parties entitled (Insured/Contracting Party), on which the sum of the value-added tax will be indicated, or from which the amount of the value-added tax can be calculated.

14.5. On the basis of present insurance contract, in respect of the payments effected to private persons, the stipulations of the law on personal income tax being in force are regulating.

14.6. The service of the Insurer will become due with passing of the 20. day following the receipt of the last document being necessary for the judgement of the service of Insurer, of its service obligation at the organizational unit of the Insurer carrying on the loss adjustment.

14.7. In case the Insurer reimbursed the damage, it will be entitled to the rights, which were due to the Insured against the person being responsible for the damage, with the exception, when this person is a relative keeping house together with the Insured.

14.8. The tasks after the occurrence of the accident of the Insured (of the successor, or of the beneficiary of Insurer), the course of the loss adjustment will be contained in points 31. and 32 of Article VI. of present terms and conditions.

15. General exemption reasons

15.1. The Insurer will be exempted from the payment of the damages, when

- the Insured violates the obligation relating to the communication or to the notification of the change, with the exception, when the contracting party (Insured) proves, that the circumstance concealed or not notified was well known by the Insurer at the time of concluding the contract or when it did not contribute to the occurrence of the insurance event,
- the Insured does not notify the occurrence of the insurance event to the Insurer in due time stipulated in the contract, it does not give the necessary information or it does not make the control of the contents of the information possible and due to this from the point of view of the obligation of Insurer essential circumstance becomes undetected,
- it will be proved that the reason of the occurrence of the insurance event is the unlawful, intentional or seriously negligent behaviour of the Contracting Party, or of the Insured, or of their relative living together with them.

The insurance event has to be considered as one caused through seriously negligent behaviour, when the damage occurred:

- in a drunken state of Insured above 0,80‰ blood alcohol level, or under drug influence or in direct causality with it,
- during driving without licence,
- due the fact, that Contracting Party/Insured violates its damage preventing and damage mitigating obligation intentionally or with severe negligence.

16. General exclusions

16.1. Risks excluded from the insurance

The following will be excluded from the insurance:

- occurred pecuniary damages and the occurred fees of injuries,
- liability damages caused by the Insured,
- exercising of hazardous sports (car and motor races – here included also the test tours and the rally races, rock-climbing and mountaineering, caving, aviation sports, parachuting) and events having been occurred in the course of the participation on trainings in connection with these,
- events resulted from radiation being qualified as ionizing directly or indirectly according to the legal rule, nuclear energy,
- damages occurred in causal relation with the violation of safety-at-work prescriptions,
- events occurred in direct or indirect relation with war, civil war acts, fighting event, terrorism, revolution, rebellion, strike, disturbance,
- liability damages arising from medical malpractice caused by the service provider invited by the Insured or by its Partner,
- those damages, which resulted at such Insured, who till did not reach the 15. day of its life or who already passed their 65. year of its life at the time of beginning of the risk bearing,
- those damages occurred in connection with the mode AA, which happened at such Insured, who did not stay on the territory of Hungary at the time point of the accident, and in case of mode AAEU, if the Insured did not stay on the territory of the European Union and of the states of the Area of Schengen, respectively.

17. Cancellation of the Contract

17.1 The Insurance Contract concluded on the basis of present insurance regulation will be valid for a fixed period, consequently, the Insurance Contract cannot be terminated before the expiration of the time period.

18. Termination of the Contract

18.1. The insurance contract will be terminated:

- in case of impossibility, laps of interest of the contract,
- with the expiration of the insurance time period,
- with the occurrence of an insurance event during the insurance period.

19. Limitation

19.1. The claims originating from present regulation lapse within 1 year reckoned from the occurrence of the insurance event.

20. Governing law

20.1. In respect of present contract the prevailing Hungarian rules of law are governing.

21. Obligation of secrecy and information relating to the handling of personal data

21.1. There are insurance secrecy all data – not being qualified as state secrecy – standing at the disposal of the Insurer, the insurance inter-mediator, the insurance consultant,

relating to the personal circumstances, financial standing, as well as to the economy or to the contract concluded with the Insurer of individual customers (here included also the injured party) of the Insurer, the insurance inter-mediaters, of the insurance consultant.

The Insurer may handle the data in connection with the health condition of the customer in accordance with the stipulations of the Law No. XLVII. of the year 1997 on the handling of health and connecting personal data, for purposes stipulated in paragraph (1) of Article 155 of the Insurance Law, exclusively with the written approval of the touched person.

The Insurer, the insurance inter-mediator and the insurance consultant are entitled to handle those business secrets of their customers, which are in connection with the insurance contract, with its establishment, with its registration and with the service. The only purpose of the data-handling can be the conclusion of the insurance contract, its modification, its registration, the judgement of claims originating from the insurance contract, or it can be other purpose stipulated by this Law, as well.

Data-handling carried on from other purpose as stipulated in the above paragraph can be carried on by the Insurer, the insurance inter-mediator and the insurance consultant only with previous written approval of the Customer. Due to the refusal of the approval the Customer may not get into disadvantageous situation and in case of its approval there cannot be granted any advantage to it.

In respect of the insurance secrecy, without any time limitation – in case the Law does not stipulate otherwise – the proprietors, leaders, employees and all those persons, who obtained it in any way in the course of their activity in connection with the Insurer, are obliged for secrecy.

An insurance secrecy can be given to a third person only in the following cases:

- a) when the Customer of the Insurer, of the insurance inter-mediator and of the insurance consultant or its lawful representative gives a written dismissal in this relation, properly indicating the insurance secrecy circle to be handed over,
- b) on the basis of this Law there does not exist any obligation of secrecy.

There does not exist any obligation of secrecy in the following cases:

- a) against the Supervisory Office acting in its capacity,
- b) against the investigating authority and the state attorney's office, furthermore against the expert designated by them proceeding in the frame of criminal proceedings being in progress,
- c) against the court proceeding in criminal case, in civil case, as well as in bankruptcy proceedings or in liquidation proceedings, against the expert designated by the court, furthermore, against the individual bailiff proceeding in executive case,
- d) against the notary public proceeding in probate matter, furthermore against the expert ordered by it,
- e) against the tax authority in cases stipulated in paragraph (2) of Article 157. of the Insurance Law,
- f) against the national security service proceeding in its capacity,
- g) against the Economic Competition Office proceeding in its capacity, in case the organ, or person stipulated in points a)-j), n), s) and t) turns to it with written request containing the name of the customer, or the designation of the insurance contract, the sort of the requested data, the purpose and legal basis of the request of data, under the condition that the organ or person stipulated in points k)-m) and p)-r) is obliged to nominate exclusively the sort of the requested data, the purpose and legal basis of the request of data. Also the designation of the legislative measure authorizing for the knowledge of the data will be qualified as confirmation of the purpose and of the legal basis.
- h) against the public guardianship authority acting in its capacity,
- i) against the health authority indicated in paragraph (2) of Article 108. of the Law No. CLIV of the year 1997 on public health,
- j) in case of the existence of conditions stipulated in separate law, against the organ being authorized for the employment of intelligence tools, for the collection of classified information,
- k) against the re-insurer, as well as in case of joint risk-bearing (co-insurance) against the insurer bearing the risk,
- l) in respect of data transmitted in the course of the data-forwarding stipulated in this Law, against the Office carrying on the bond registration,
- m) in respect of the insurance contract stock to be transferred in the frame of stock transfer, against the insurer taking it over,
- n) in respect of the data being necessary for the enforcement of the loss adjustment and of the claim for compensation, furthermore, in connection with the transfer of these among each other, against the organization handling the Compensation Account and the Compensation Fund, respectively, against the National Office, the correspondent, the Information Centre, the Compensation Organization, the consignee for the loss adjustment and the representative for damages, as well as against the person causing the damage, in case – exercising its right of self-determination – it should like to access to the data of repair of the other vehicle being touched in the accident from the accident report form of the loss adjustment in connection with its road traffic accident,
- o) in respect of data being necessary for carrying on the allocated activity, against the entity carrying on the allocated activity,
- p) in case of a branch establishment – in case all conditions will be fulfilled in respect of all data meeting the requirements laid down by the Hungarian legal rules, as well as the state according to the seat of the insurer of third country possesses of the data protection legal rules meeting the requirements laid down by the Hungarian legal rules – against the insurer, insurance inter-mediator, consultant of third country,
- q) against the commissioner of fundamental rights proceeding in its term of reference, as well as against the commissioner of financial rights,
- r) against the National Data Protection and Information Liberty Authority proceeding in its capacity,
- s) in respect of the bonus-malus system, of the arrangement into it, as well as of the data of damage history and bonus-malus arrangement stipulated in the order on the detailed rules of the case of damage, in cases stipulated in the order if the organ or person indicated under points a)-j), n), and s) for it in writing to it, which contains the name of the customer of the identification of the insurance contract, the type of the requested data, the purpose and legal basis of the request for data. The organ or person indicated under points k), l), m), p) q) and r) is obliged to indicate only the type of the requested data, the purpose and legal basis of the request for data. Also the designation of the legislative measure entitling for getting acquainted with the data will be qualified as certification of the purpose and the legal basis.

The obligation of insurance secrecy does not exist:

On the basis of point e) of paragraph (1) of Article 157. of the Insurance Law the obligation of insurance secrecy does not exist in the case, when in tax matter, on request of the tax authority the Insurer is obliged for making a declaration in a circle stipulated by the law, as well as in case, when it is obliged for data supply on the payment being subject to tax liability originating from the insurance contract stipulated by the law.

The Insurer, the insurance inter-mediator and the insurance consultant may forward the personal data of the Customers in cases and against organs stipulated in paragraphs (1) and (5) of Article 157. of the Insurance Law, in Article 156. of the Insurance Law, in Article 158. of the Insurance Law and in Article 159. of the Insurance Law.

The obligation of insurance secrecy extends outside of the frames of the proceedings to the employees of the organs stipulated in paragraph (1), as well.

The Insurer, the insurance inter-mediator and the insurance consultant are obliged to give immediate information to the written request of the investigating authority, as well as to the civil national security service and the state attorney's office even in those cases, when data occur, that the insurance transaction stands in connection:

- a) according to the stipulations of the Law No. IV. of the year 1978 having been in effect till the 30. of June, 2013 with the abuse of drug, with abuse of new psychoactive material, with act of terrorism, with abuse of explosive or blasting agent, with abuse of fire-arm, or of ammunition, with money-laundering, with criminal offence committed in conspiracy or in criminal organ,
- b) with drug-trade according to the Criminal Code, with the possession of drug, with pathological passion-arousing or with the encouragement of drug-making, with abuse of new psychoactive material, with act of terrorism, with the misprision of treason of an act of terrorism, with the financing of terrorism, with abuse of explosive or blasting agent, with abuse of fire-arm or of ammunition, with money-laundering, with criminal offence committed in conspiracy or in criminal organ.

The obligation of keeping the insurance secrecy does not exist in the case, when

- a) the Hungarian criminal prosecution organ – on the basis of international undertaking of obligation, for the purpose of the fulfilment of written request of an international prosecution organ – requests in writing for data being qualified as insurance secrecy from the insurer,
- b) the authority functioning as financial information unit proceeding in its terms of reference stipulated in the law on money-laundering and on the prevention and hindrance of the financing of the money-laundering and terrorism or for the purpose of fulfilling the written request of the foreign financial information unit requests data being qualified as insurance secrecy from the Insurer.

The Insurer, the insurance inter-mediator and the insurance consultant are obliged to give information also on request of the investigating authority marked with "measure of pressing necessity", missing the state attorney's approval prescribed in separate legal rule, in respect of data handled by it, being in connection with the matter in question, being qualified as insurance secrecy.

The obligation of keeping the insurance secrecy does not exist in the case, when the Insurer, the insurance inter-mediator and the insurance consultant meet their announcement obligation stipulated in the law on the execution of financial and pecuniary restrictive measures ordered by the European Union.

In the course of the supervisory control proceedings, in the case of the supervision of consolidated basis the giving over of the group-examination report to the managing member of the financial group will not mean the injury of the insurance secrecy and of the business secrecy.

The data forwarding by the Insurer to an Insurer of third country or to a data processing organization (data administrator of third country) of third country does not mean the injury of the insurance secrecy in the case, when:

- a) the client of the Insurer (data subject) approved it in writing, or
- b) due to the lack of the approval of the data subject, the data forwarding has data circle, purpose and legal basis as stipulated in the law and the appropriate level of the protection of personal data will be assured in the third country in whatever way as stipulated in paragraph (2) of § 8. of the Law No. CXII. of the year 2011 on the information right of self-determination and on the freedom of information.

The following does not mean the injury of the insurance secrecy:

- a) the supply of such summarized data, from which the person of individual customers of their business data cannot be stated,
 - b) in case of a branch establishment the data forwarding to the supervisory authority according to the seat (main office) of the enterprise of foreign seat being necessary for carrying on the supervisory activity, if it corresponds to the stipulations of the agreement between the foreign and the Hungarian supervisory authority,
 - c) for the purpose of substantiating the legislating and of executing the impact assessments the giving over of data not being qualified as personal data to the minister,
 - d) the giving over for the purpose of the fulfilment of disposals stipulated in chapters III. and III/A of Part eight of the Insurance Law, in chapter XIX/B of Law of Capital Market, as well as in chapter XIV/A of the Law on Lending Institutions and Financial Undertakings.
- Insurer may not refuse the giving over of data stipulated in paragraph (1) of § 159 of the Insurance Law with reference to the protection of the insurance secrecy.
- The personal data figuring in the data forwarding registry have to be cancelled after 5 years reckoned from the data forwarding, however, in case of data stipulated in Article 154. of the Insurance Law or of data being qualified as specific data according to the data security law after 20 years.

The Insurer does not inform the person being touched on the data forwarding carried on on the basis of points b), f) and j) of Article 157. of the Insurance Law, as well as of paragraph (5) of Article 157. of the Insurance Law.

The Insurer, the insurer inter-mediator and the insurance consultant may handle the personal data during the period of the existence or the assignment legal relation, as well as during the time period, within which a claim can be enforced in connection with the insurance or the assignment legal relation.

The Insurer may handle personal data in connection with the insurance contract not having been established, until a claim can be enforced in connection with the failure of the establishment of the contract.

The Insurer, the insurance inter-mediator and the insurance consultant are obliged to cancel all personal data in connection with their customers, their former customers, or

with contracts not having been established, in case of the handling of which the purpose of data handling terminated or for the handling of which the approval of the touched person does not stand at disposal, as well as, for the handling of which there does not exist any legal basis.

In the employment of this law, in respect of the handling of data being connected with the deceased person the legislative measures relating to the handling of personal data are governing.

In respect of the data to be connected with the deceased person the rights of the touched person can be exercised by its inheritor, or also by the party being entitled denominated in the insurance contract.

In case of the termination of the Insurer, the insurance inter-mediator and the consultant's enterprise without legal successor the document containing business secrecy handled by the Insurer, the insurance inter-mediator and the consultant's enterprise can be utilized after 60 years reckoned from its establishment for the purpose of archival researches.

There cannot be retained any information under reference to the business secrecy or insurance secrecy in respect of the publicity of data of public interest and in case of the obligation for data supply relating to public data from common interest and in case of an obligation for data supply duly stipulated in a separate law.

Data management connected with the data exchange among Insurers

For the sake of preserving the interests of Insured's danger community– in order to perform the services in accordance with the rules of law or with the contract in the course of fulfillment of obligations stipulated in the rules of law or undertaken in the contract and to prevent the abuses in connection with the insurance contract – on the basis of authorization of Insured as per Article 161/A of the Insurance Law coming into force as from the 1. of January, 2015 the Insurer will be entitled as from the 1. of January, 2015 to request an other Insurer in respect of data managed by this Insurer in accordance with the stipulations of paragraph (1) of Article 155. of the Insurance Law in consideration of the characteristics of the insurance product as stipulated in paragraphs (3) – (5) of Article 161/A of the Insurance Law.

The request has to contain the data being necessary for the identification of the person, chattel or law of property stipulated there, the type of the requested data, as well as the designation of the aim of the data requesting. The request and the fulfillment of that will not be qualified as violating the insurance secrecy.

The Insurer in the frame of that may request the following data from another Insurer:

- (i) in connection with the conclusion or fulfillment of the insurance contract belonging to the sectors determined in points 1. and 2. of part A) of appendix No. 1. of the Insurance Law the data listed in points a-e) of paragraph (3) of Article 161/A of the Insurance contract;
- (ii) in connection with the conclusion or fulfillment of the insurance contract belonging to the sectors determined in points 5., 6., 7., 8., 9., 16., 17. and 18. of part A) of appendix No. 1. of the Insurance Law the data listed in points a-e) of paragraph (4) of Article 161/A of the Insurance contract; furthermore
- (iii) in connection with the conclusion or fulfillment of the insurance contract belonging to the sectors determined in points 11. and 12. and 13. of part A) of appendix No. 1. of the Insurance Law, in case of preliminary approval of the damaged person, the data listed in points a)-c) of paragraph (5) of Article 161/A of the Insurance Law.

The contacted Insurer(s) is/are obliged to hand over to the Insurer the data according to the request being in compliance with the rules of law in due time stipulated in the request, for lack of this within fifteen (15) days reckoned from receipt of the request. The requesting Insurer may manage the data having come to its knowledge as a result of the request till ninety (90) days following the receipt. In case the data having come to the knowledge of the requesting Insurer as a result of the request would be necessary for validation of the lawful interests of Insurer, the time period of data management determined above will be prolonged till the final completion of the proceedings initiated in connection with the validation of the claim.

In case the data having come to the knowledge of the requesting Insurer as a result of the request would be necessary for validation of the lawful interests of Insurer and the proceedings in connection with the validation of the claim would not be initiated till one (1) year following the getting acquainted with the data, the data might be managed till one (1) year following the getting acquainted with the data. The requesting Insurer will notify the concerned Customer about the request carried on for this purpose and about the acts of the performance of the request, furthermore, about the circle of data figuring there at least on one occasion during the insurance period.

In case the customer would request for information about its data in a way stipulated in the Law on the right of informational self-determination and on the freedom of information and the requesting Insurer – in consideration of the stipulations of paragraphs (8)-(10) of Article 161/A of the Insurance Law – would already not manage the data touched by the request, the applicant has to be informed on that fact.

The requesting Insurer does not connect the data received as a result of the request with those other data not relating to the insured interest, having come to its knowledge or managed by it for a purpose being different from the above purpose. The connected insurer is responsible for the correctness and exactness of the data figuring in the request.

21.2. Information relating to the handling of personal data

The Contractor, the Insured, the beneficiary and anyone else, being entitled to assert a right to the services of the Insurer, in the employment of present chapter and from the point of views of the data protection provisions have to be considered as client of the Insurer (hereinafter called as Client).

That is the Insurer who is responsible for the handling and safeguarding of the data of the Customers – here included also the data to be put at disposal in the future in connection with the insurance contract.

There will be qualified as personal data all data to be connected with any determined natural person Customer (identified or to be identified on the basis of personal data – directly or indirectly), as well as a conclusion to be drawn from such data, relating to the touched Customer.

The data relating to the personal circumstances of the Customers, to their pecuniary circumstances, or their husbandry – in case these are standing at the disposal of the Insurer – will be qualified as Insurance Secrets.

The Insurer handles the personal data in connection with the establishment, the records of

the insurance contract and of the insurance relationships of the Customers and with the fulfillment of the insurance service. The data supply is voluntary. In accordance with the Law No. LX. of the year 2003 on insurers and insurance activity – taking also the purpose of the data handling into consideration – the Insurer may handle the personal data of the Customers being qualified as Insurance Secret without the explicit consent of the Customers. The data in connection with the health condition of the Customers (furthermore called as Health Data) may be handled by the Insurer according to the stipulations of the law on the handling of the health and connecting personal data exclusively with the written approval of the Customer concerned. Also the handling of the Health Data may be connected exclusively with the establishment, the records of the insurance relationships of the Customer, and with the fulfillment of the insurance service.

The Insurer may handle the personal data during the existence of the insurance legal relationship, furthermore during the time period, within which a claim can be validated against it or through it in connection with the insurance legal relationship.

Would the legal regulation not provide otherwise, the Insurer may release the data being qualified as Insurance Secret during its activity to a Third Person, when the Customer, or its legal representative – the circle of insurance secrets to be disclosed duly determined – gives an exemption to that in writing. All those natural or legal persons and organizations not possessing of legal personality, respectively, who or which is not identical with the Customer, with the data handler or with the data processor will be qualified as a Third Person. Since it will not be qualified as a Third Person, the QBE Insurance (Europe) Ltd., as founder of the Insurer, is entitled to handle the personal data and insurance secrets of the Customers without special approval of the Customers.

Data transmission into the member states of the European Union and into any of the EEA states has to be considered as an execution of a transmission within the territory of Hungary. The Personal Data of the Customer (including also the Personal Data qualified as specific data) can only in the case be transmitted from the country – independently from the data carrier or of the method of the data transmission – to a data administrator carrying on the data management or to a data processor carrying on the data processing in a Third Country, when the Client explicitly approves it, when it will be made possible by the law or when the conditions of the data management prescribed in the will be fulfilled and the protection of personal data will on an appropriate level as determined in the law be assured in the third country in the course of the management, as well as of the processing of data transmitted. Those countries will be qualified as Third Country, which are not members of the European Union and will not be qualified as EEA states.

The Insurer is obliged to give information on request of the Customers on the personal data handled by it or transmitted under conditions stipulated in the legal regulation. The customers may request the correction of these data – with exception of the obligatory data managements from a purpose based on common interest duly ordered in the rule of law – also their blocking or cancellation, respectively. The Insurer is obliged to correct the personal data of the Customer handled by it according to the request of the Customer. The Insurer is obliged to cancel all those personal data in connection with its Customers, former Customers or with a contract not having been established, in case of the handling of which the data handling purpose terminated, or for the handling of which the approval of the concerned Customer does not stand at disposal, and for the handling of which there does not exist any legal basis, respectively.

22. Complaint management / Complaint authorities / Settlement of disputes by the Court

22.1. Our Society guarantees that the Customer of our Society could submit its claim relating to the behaviour, activity or default of our Society verbally (personally or by phone), or in writing (personally or through a document handed over by other person, by mail, through fax, in electronic e-mail message).

22.2. In connection with the services of our Society, as well as with the fulfillment of the Insurance Contract a claim can be submitted in writing in a letter addressed to the chief of the Hungarian Branch Office of QBE Insurance (Europe) Limited, in e-mail or through fax (address of correspondence: 1143 Budapest, Stefánia street 51., phone number: (36-1) 460-1499; e-mail address: info@qbeatlasz.hu and also personally, or by phone, during the working time, respectively, on our Customer service (address: 1143 Budapest, Stefánia street 51., phone number: (36-1) 460-1400). Our Society sends its answer to the claimant within 30 (thirty) days reckoned from the receipt of the notification of the complaint, in writing.

22.3. In case of the 30-day statutory response period provided for the rejection of the complaint or the investigation of the complaint expires the customer may appeal to the following plenum or authorities:

- Branch Office Manager of QBE Insurance (Europe) Limited Branch Office in Hungary (H-1143 Budapest, Stefánia út 51., Post Address: 1442 Budapest, PO Box 101, phone: (+36 1) 460-1400, e-mail address: info@qbeatlasz.hu, fax: (+36 1) 460-1499)
- Financial Arbitration Board (the contract agreement, validity, legal effects, and termination, as well as dispute evening relating to breach of contract and its legal effects) (H-1013 Budapest, Krisztina krt. 37-39, post address: H-1525 Budapest BKKP PO Box 172, phone: (+36 1) 489-9700, e-mail address: pbf@mnb.hu, www.felugyelet.mnb.hu / PBT)
- In the case of consumer complaints relating to misconduct proceedings as a basis for supervision of the Company's Hungarian National Bank Financial Consumer Protection Centre (MNB) Address: H-1013 Budapest, Krisztina krt.39, post address: Hungarian National Bank Financial Consumer Protection Centre, Budapest H-1534 BKKP Pf.: 777.; phone: 06 40 203776, e-mail address: ugyfelszolgalat@mnb.hu

22.4. The claimant is entitled to turn to the court against a decision brought by the Branch Office in Hungary of QBE Insurance (Europe) Limited (1143 Budapest, Stefánia str., 51), being not acceptable for it. In this case the civil action has to be initiated before the Hungarian Court possessing of jurisdiction and competence against the Branch Office in Hungary of QBE Insurance (Europe) Limited (1143 Budapest, Stefánia str. 51.).

22.5. In case of the unsuccessful lapse of the legal deadline of thirty (30) days prescribed for the dismissal of the claim or for the examination of the claim the customer not being qualified as consumer will be entitled to turn to the court against the decision brought by the Hungarian Branch Establishment of QBE Insurance (Europe) Limited (1143 Budapest, Stefánia str. 51), being not acceptable by it. In this case the civil case has to be initiated against the Hungarian Branch Establishment of QBE Insurance (Europe) Limited (1143 Budapest, Stefánia str. 51), before a Hungarian court possessing of jurisdiction and competence.

II. MEDICAL ASSISTANCE AND INSURANCE

23. Circle of risks of the medical assistance and insurance

23.1. The Assistance Centre of the Insurer, following the received phone call renders medical assistance services to the Insured and undertakes the costs having been occurred according to the conditions detailed in this point, under the condition, that Insured gets ill or suffers an accident within the period of the insurance. The Insurer grants these services exclusively in case of urgent necessity.

23.2. There exists the case of urgent necessity, when the absence of an immediate medical care would in all probability endanger the life or the corporeal integrity of the Insured, or it would cause irreparable injury in the health or corporeal integrity of the Insured, furthermore, when on the basis of the symptoms of the illness of the Insured (loosing the consciousness, haemorrhage, infections acute illness, etc.), as well as through an accident or due to a suddenly occurred severe health deterioration it needs immediate medical care.

24. Medical assistance services of the Insurer:

24.1. The Insurer or its Partner

- sends a physician within the shortest possible time to the residence of the Insured, or it puts the address of the physician at the disposal of the Insured (in that case it is necessary that either the Insured or its representative should phone to the Insurer, to give the name of the Insured, its policy number, its availability phone number and exact address, where it requests the physician to, or near to which it should like to go to the doctor),
- in necessity case it provides for the further health service of the Insured, or it organizes it,
- in case of inability to walk it organizes the transport of the Insured to the physician or into the hospital by ambulance, or by taxi,
- in case of hospital treatment (up to maximum 30 days):
- as soon as the condition of the ill persons staying in hospital makes it possible, it transports the Insured instead of the treatment abroad – in case of necessity with physician companion or health companion – into the country according to its permanent domicile and it takes care for its hospitalizing in the competent health resort. The time point and the way of this will be determined by the Insurer on the basis of previous agreement with the physician carrying on the treatment, with the health resort,
- the Insurer keeps continuous connection with the physician providing for the treatment, with the medical institute, it undertakes to continuously inform one person determined by the Insured on the condition of the Insured, by phone.

25. Medical insurance services of the Insurer

25.1. The Insurer renders medical insurance services as follows:

- the insurance, exclusively in case of urgent necessity, within the period of the risk bearing of the Insurer:
- in connection with an illness
- for costs having been occurred, totally: 30.000,-EUR –
- in connection with an accident
- for costs having been occurred, totally: 30.000,-EUR

25.2. The above costs will be undertaken by the Insurer, when the Insured or its consignee and the institution providing for the treatment, respectively, the attending physician requested for medical assistance service from the Insurer or from its Partner, or when it was not possible, it informed within the shortest possible time (however maximum within 24 hours) the Atlasz Assistance Centre of the Insurer or its Partner and the utilization of the services was approved by it.

25.3. In case the announcement did not happen, the Insurer reimburses the costs having been occurred up to the amount limit of maximum EUR 100,- afterwards.

25.4. Listing of medical insurance services:

- emergency medical examination,
- emergency medical treatment,
- emergency hospital treatment (the Insurer reserves itself the right to undertake the costs of foreign hospital treatment up to the time point (maximum up to 30 days), until the condition of the ill person – upon agreement with the attendant physician – makes it possible to transport it to the country according to its permanent domicile for the purpose of further medical treatment),
- operation of pressing necessity, intensive provision,
- emergency obstetrical provision before the completed week 28. of the pregnancy,
- supplementary reimbursement of the costs of medicines bought for medical prescription, confirmed with original invoice,
- loaning of artificial limbs, crutches, wheel-chairs and other medical equipment, devices, tools for medical prescription,
- replacement of spectacles – prescribed by the physician – due to an accident causing also personal injury, requiring medical treatment duly documented, up to the amount limit of EUR 100,-
- exclusively emergency dental treatment, indirect painkiller treatment, for maximum two teeth, up to the amount limit of maximum EUR 100,- as per teeth, for the costs of reasonable and usual general provision – without choosing the physician – under consideration of the average medical tariffs being valid on the place of the utilization of the service.

In connection with the insurance event the Insured releases the physician carrying on the examination or the treatment from the medical secrecy against the Insurer or its representative.

26. Exclusions

26.1. The medical insurance does not extend beyond the stipulations of point 16. of present regulation to the following:

- to any kind of treatment or buying of medicines, which is due to health condition existed already earlier or to reasons originating from that. (Any kind of illnesses or other health condition of Insured have to be considered as an earlier existing health condition, which prior to the coming into force of present insurance:
- a) made a treatment by a physician necessary, or it was recommended by a physician, or
- b) made the prescription, or the taking of medicines necessary, or
- c) it was perceptible, as well as it resulted such symptom, on the basis of which a

person proceeding with appropriate carefulness could have looked for a diagnosis, care or treatment),

- to such service, which is not necessary for stating the diagnosis or for the purpose of the treatment,
- to such service, which will be necessary not due to an acute illness or an injury caused by an accident,
- to those surplus costs, which exceed the reasonable and usual fee in that country, where the Insured utilized the service,
- to hospital treatments exceeding 30 days,
- to those surplus costs of hospital treatment, which are originating from the fact, that – although it could have been managed, due to the decision of the Insured – the Insurer could not transport the Insured (maybe also in a specific way) to the country according to its domicile, for further treatment,
- in case the Insured or its representative, as well as the institution granting the treatment, the medical attendant did not request the approval of Insurer for the utilization of the medical provision within 24 hours, in case of damages exceeding the amount limit of EUR 100,-, to the costs exceeding above amount limit,
- to the costs of transporting home without the approval of the Insurer,
- to the operation, which can be postponed after the returning home without exceeding the reasonable risk level that can be expected,
- to after-treatment, rehabilitation,
- to treatment of psychiatric and psychic illnesses,
- to treatment, care rendered by the relative,
- to sunstroke, sun-burning,
- to cosmetic surgery,
- to prenatal care,
- to obstetrical and gynecological treatments after the 28th week of pregnancy,
- to medical examination, treatment not being of emergency,
- to physical therapy, acupuncture, treatment given by a non-medical practitioner or by chiropractor,
- to medical, hospital treatment became necessary due to alcoholic (above the blood alcohol level of 0,80 ‰) or due to reason in connection with that,
- to protective inoculation,
- to routine, control or screening examination,
- to illnesses extending in sexual way,
- to acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and illness in connection with that,
- to contact lens, hearing aids, spectacles (this last one with exception of the case of a personal accident),
- to suicide or an attempt at it, or costs arisen due a criminal case omitted by the Insured, deliberately,
- to costs of medical care occurred due to an accident, which happened in the course of professional physical work,
- to treatment of more than two teeth,
- to definite dental care, orthopaedic provision of jaw, orthodontia, periodontal treatments, tooth-film cutting, tooth-root canal treatment, dental prosthesis, tooth crown, dental bridge, making and repairs of prosthesis,
- to surplus costs of an accommodation in one-, or double-bed hospital sick-ward, of a private hospital and of the choosing a physician.

III. ASSISTANCE SERVICES

27. Transporting home of the body

27.1. In case of the death of the Insured, the Insurer takes measures to transport home the body of the Insured into the country according to its permanent domicile and it undertakes its costs up to the amount limit.

27.2. In order to organize the transportation home of the body the relative of Insured has to obtain the documents according to point 32.4.3. of Article V. within the shortest possible time and to put these to the disposal of Insurer.

27.3. The costs of transportation home managed without the previous approval of Insurer will not be reimbursed by Insurer.

27.4. In respect of the course of the adjustment of damages and of the circle of documents to be submitted, the stipulations of Article V. are prevailing.

28. Reimbursement of phone costs

28.1. When the Insured receives an urgency hospital provision over 48 hours, the Insurer undertakes the costs of phone calls of the Insured duly confirmed with invoice, initiated during its hospital staying:

in case of mode AA: up to the amount limit of HUF 10.000,-,
in case of mode AAEU: up to the amount limit of EUR 40,-.

28.2. In respect of the settlement of the adjustment of damages and of the circle of documents to be submitted, the stipulations of Article V. are prevailing.

29. Prolongation of the stay

29.1. In case the Insurer has to prolong its stay following its dismissal from the hospital (in a case reasoned by the physician, or in case its travelling home into the country according to its domicile can be managed only in a later time point), the Insurer provides for hotel accommodation and it undertakes its costs, for maximum 4 nights and up to amount limit of EUR 40,-/night.

29.2. The costs of staying without previous approval of the Insurer will not be compensated by the Insurer.

29.3. As to the settlement of the adjustment of losses and to the circle of documents to be submitted, the stipulations of Article V. are governing.

IV. PERSONAL ASSISTANCE

30. Personal assistance

30.1. When the Insured, within the period of the insurance needed:

- quick technical assistance in connection with its vehicle,
- a rented car,
- reduced-rate air-ticket,
- accommodation booking,

- attorney-at-law, interpreter, only a phone call will be enough and the 24 hour assistance service and the partner network of the Insurer would stand at disposal.

30.2. This service will be granted without charging of the additional costs, at the same time the counter value of the services utilized with such intervention will be borne by the Insured.

V. INFORMATION IN CONNECTION WITH THE ADJUSTMENT OF DAMAGES

31. Tasks of the Insured (of the successor and of the beneficiary of Insured, respectively) at the occurrence of the accident:

31.1. Tasks of the Insured (of its successor and beneficiary, respectively):

- to exempt its medical attendant in respect of the Insurer from the medical secrecy,
- to inform the Insurer on all facts, data having been occurred in connection with the accident, without delay,
- to avert the damage as far as possible, and to lessen it, respectively, and in the course of this to follow the instruction of Insurer,
- its claim for damage – meeting also its announcement obligation according to the stipulation of the contract – has to be sent to the address of the Insurer within 10 days reckoned from issuing the invoice,
- it has to approve for the Insurer all such examinations, which relate to the reason of the accident, to the size of the damage and to the measurement of the compensation.

32. The course of the adjustment of damages

32.1. In case the Insured utilized the health assistance services and as a result of this the Insurer took measures for the undertaking of services, the health, medicinal and treating organ (person) will submit the invoice, the insurance policy or its copy directly to the Insurer or to its Partner.

32.2. In case the Insured has paid the counter value of the health care on the spot – upon having the insurance event duly announced according to the prescriptions – the damage will be reimbursed by the Atlasz Assistance Office of Insurer (1143 Budapest, Stefánia street 51.; phone: (36-1) 460-1500; fax: (36-1) 460-1515) according to the exchange control regulations being in force.

32.3. The costs of medical services resorted without previous approval will be reimbursed by the Insurer up to the maximum amount of EUR 100.-.

32.4. The Party requesting for the fulfilment of the insurance contract (contractor, insured, assignee and beneficiary) is obliged to put the following documents, instruments and confirmations being necessary for the judgement of the service obligation of Insurer within 8 days following their standing at the disposal of Insurer.

32.4.1. In case of medical service:

- one copy of the document confirming the coverage,
- full medical documentation confirming the urgency of the treatment, diagnosis, medical description, final report,

- invoices of medical and medicine costs,
- upon request of the Insurer – eventually – family doctor's documentation about the illnesses before the journey abroad,
- the loss notice printed matter introduced by the Insurer and duly filled-in by the Insured or its successor, or beneficiary, respectively.

32.4.2. In case of an accident, beside those listed under point 32.4.1.: official protocol or certificate taken on the spot of the accident about the occurrence of the accident and of the injury, about their circumstances, furthermore, in case of the death of the Insured the autopsy protocol, deceased examination certificate, as well.

32.4.3. In case of transporting home the body:

In order to organize the transportation home of the body the relative of the Insured has to obtain the following documents and to put these at the disposal of Insurer within the shortest possible time:

- birth certificate,
- certificate of marriage, maybe the certificate of death of the spouse,
- affidavit of the cemetery,
- document stating the fact of the death,
- authority's or medical certificate confirming the reason of the death,
- in case of a death through accident the autopsy report and official documents being necessary for clarifying the circumstances of the occurrence of the death.

32.4.4. In case of the reimbursement of the phone costs:

- original detailed telephone bill.

32.4.5. In case of the prolongation of the stay:

- original invoices of transport costs,
- original invoice of accommodation costs,
- original invoice of fuel costs.

32.4.6. Beside the documents listed under points 32.4.1. – 32.4.5. the Insured (the successor of Insured and its beneficiary, respectively) is entitled to confirm the damages and costs, in accordance with the general rules of evidence, in order to be able to enforce its claim.

32.4.7. When the existence or clarification of anyone of the conditions of the service of Insurer prescribed in the contract or in the rule of law require in the concrete case of damage the submission of such document, instrument or confirmation, which are not indicated in the above list, the Insurer informs the Customer about this and about the consequences of the omission of submitting the necessary evidences, without delay.