

1. A feltételek érvényessége Jelen feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) PrivateMed egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek. 2. Fogalmak 1. Alapellátás: a beteg lakóhelyén, tartózkodási helyén, illetve annak közelében a beteg választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatás (házi orvosi szolgáltatás). 2. Általános járóbeteg-szakellátás: a beteg folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmasszerű egészségügyi ellátás. 3. Az ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató: bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel nem köt szerződést. 4. Az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltató: bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel szerződést köt. 5. Beavatkozás: azon megelőző, diagnosztikus, terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő. 6. Biztosítási év: két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak. 7. Biztosított: az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön. 8. Csoportos biztosítás: olyan személyekre jön létre, akik valamilyen ismérv alapján (egy szervezethez való tartozásuk, a biztosítottak és a szerződő között fennálló jogviszony vagy egyéb kapcsolat) – egy csoportba sorolhatók – ide nem értve a 14. pont szerinti családot. 9. Egészségügyi dokumentáció: A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát. a) Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni: – a beteg személyazonosító adatait, – cselekvőképese beteg esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló beteg esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét, – a kórelőzményt, a kórtörténetet, – az első vizsgálat eredményét, – a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját, – az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődeményeket, – egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését, – az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét, – a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét, – a beteg gyógyszer-tulérzékenységre vonatkozó adatokat, – a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját, – a betegnek, illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését, – a beleegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját, – minden olyan egyéb adatot és tényt, amely a beteg gyógyulására befolyással lehet. b) Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni: – az egyes vizsgálatokról készült leleteket, – a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat, – az ápolási dokumentációt, – a képzőképző diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint – a beteg testéből kivett szövetmintákat, illetve azok szövettani eredményeit. Több résztvevővel együtt álló, összefüggő ellátási folyamat végén, vagy fekvőbeteg-gyógyintézet ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárvélményt) kell készíteni, és azt a betegnek át kell adni. 10. Egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység: az egészségügyi szolgáltatások közé tartozik a gyógyító-megelőző	ellátás keretében végzett, valamint a társadalombiztosítási ellátások igénylésével összefüggő egészségügyi szakértői tevékenység, így különösen: a) a munkára, illetőleg a szakmára való egészségi alkalmasságnak, b) a keresőképességnek, c) a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése. 11. Egészségügyi ellátás: a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége. 12. Egészségügyi szolgáltatás: az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet. 13. Egészségügyi szolgáltató: a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet. 14. Egyéni, illetve családi biztosítás: az a biztosítási szerződés, amely egy biztosítottra vagy a Ptk. 8:1 § (1) 1. pontja alapján meghatározott közeli hozzátartozók együttes biztosítására (családi biztosítás) jött létre. 15. Egynapos beavatkozás: olyan tervezett beavatkozás, kisebb műtét, melyet jogszabály alapján bizonyos járóbeteg-ellátást illetve fekvőbeteg-ellátást végző intézmények végezhetnek, és amelynél – probléma nélküli esetben – a beavatkozás utáni elbocsátási idő egyetlen nap is lehet. 16. Ellátásszervező: az a szervezet, amely a biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy az egészségügyi szolgáltatókkal szerződést kössön, és a biztosítottak által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat megszervezze, a szolgáltatást lebonyolítsa a biztosítottak számára. 17. Éves szolgáltatási limit: a biztosító a PrivateMed biztosítási szerződés szolgáltatásaira éves szolgáltatási limitet alkalmaz, melynek mértékét a Szolgáltatási limitek nyomtatvány és a biztosítási kötvény tartalmazza. 18. Gyógyászati segédeszköz: azok a technikai eszközök, amelyek az átmeneti vagy végleges egészségkárosodással, fogyatékkal vagy rokkantsággal élők gyógyászati, ápolási ellátásában használnak, és amelyek alkalmasak arra, hogy a szükséges mértékben elősegítsék az ezen állapotban lévőknél mindennapi életvitelét. 19. Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatóknak a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, geriatrai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai. 20. Kezelőorvos: a beteg adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a beteg gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak. 21. Kockázatalbírálás: a biztosító azon tevékenysége, amellyel felméri a biztosított egészségi állapotát, mielőtt a biztosítási kockázatot elvállalja. 22. Költségtérítés: a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a szerződésben meghatározott mértékig. 23. Speciális járóbeteg-szakellátás: olyan betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igényel. 24. Sürgős szükség: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne. 25. Sűrűvizsgálat: olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító
--	--

26. kockázati tényezőket is – korai felismerése. Várákzási idő: a kockázatviselés kezdetének szerződéses elhalasztását jelenti. Az egyes kockázatokra vonatkozó várákzási időt a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák. Ha a szerződésben a felek várákzási időt kötöttek ki, és a biztosítási esemény a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott okból és az ott meghatározott időtartam alatt következik be, akkor a biztosító teljesítése részleges, és akkor áll be, ha a biztosítási esemény baleset miatt vagy balesettel okozati összefüggésben következett be. 27. Vizsgálat: az a tevékenység, amelynek célja a beteg egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és a halál okának megállapítása. 3. A biztosítási szerződés alanyai 3.1. Biztosító A biztosító az a jogi személy, amely a biztosítási ajánlat elfogadása után a feltételekben meghatározott kockázatokra fedezetet nyújt, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási eseményekre a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal. 3.2. Szerződő A szerződő az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal. 3.3. Biztosított Az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épiségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön. A biztosított életkora a szerződés létrejöttékor 6 hónap és 59 év között lehet; a szerződés lejáratákor legfeljebb 65 éves lehet. 3.4. Együttbiztosítottak családi biztosítás esetén A biztosítottal egy háztartásban élő azon, a Ptk.8:1. § (1), 1. pontjában felsorolt közeli hozzátartozók, valamint az élettárs gyermekei, akik a szerződés létrejöttékor 6 hónap és 59 év közöttiek és a szerződés lejáratákor legfeljebb 65 évesek. Az együttbiztosítottak száma legfeljebb 5 fő lehet. 3.5. Kedvezményezett A biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatások igénybevételeire jogosult személy. 4. A biztosítási szerződés létrejötte, tartama 4.1. A biztosítás a szerződő által a biztosító nyomtatványán előterjesztett ajánlat alapján a felek írásbeli megállapodása alapján jön létre. Amennyiben a szerződést nem írásban kötötték meg, a biztosító köteles a biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot (kötvényt) kiállítani. 4.2. A szerződés megkötésére irányuló ajánlatot a biztosítóval szerződő fél teszi. A szerződő az ajánlatához – annak megtételétől számított – 15 napig, egészségügyi vizsgálat esetén 60 napig kötvény van. 4.3. Az ajánlat elfogadása esetén a biztosító a szerződésről biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot (kötvényt) állít ki. A szerződés a kötvény kiállításának napján jön létre. Ha a kötvény a szerződő fél ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő fél a kötvény kézhezvételét követően késedelem nélkül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre. 4.4. Ha a biztosító az ajánlatot annak beérkezésétől számított 15, egészségügyi vizsgálat esetén 60 napon belül (kockázatbírálási idő) írásban visszautasítja, a szerződés nem jön létre. Az ajánlat elutasítását a biztosító nem köteles indokolni. Ha a szerződő fél fogyasztó és a kockázatbírálási 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. 4.5. Ha a szerződő fél fogyasztó, a szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlattételre annak beérkezését követő 15 napon belül – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon belül – nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlat a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályokban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették meg. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal, a kockázatbírálási idő elteltét	követő napon jön létre. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér jelen szerződési feltételektől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést a jelen feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 napra írásban felmondhatja. 4.6. Fogyasztó definíciója Fogyasztónak minősül az a természetes személy, aki szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül jár el. 4.7. Amennyiben a szerződő és a biztosított különböző személy, a biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. 4.8. Ha a biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges. 4.9. Amennyiben a biztosított cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott, vagy cselekvőkép-telen nagykorú személy a szerződés érvényességéhez a gyámhiva-tal jóváhagyása szükséges. 4.10. A biztosító jogosult az ajánlattételkor a biztosítás első díjának beszedésére, amelyet kamatmentes előlegként kezel. Ha a szerző-dés létrejön, a biztosító az előleget a biztosítási díjba beszámítja. 4.11. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatbírálást végez, melyhez a biztosított egészségi nyilatkozatát és orvosi vizsgálatát és egyéb nyilatkozatát kérheti. A biztosító jogosult ezen adatokat ellenőrizni. 5. A biztosítási szerződés hatályba lépése, a kockázatviselés kezde-te, a várákzási idő 5.1. A biztosítás és a díjfizetés kezdete az azt követő hónapnak az első napja, amikor a szerződő a biztosítási ajánlatot aláírja. A szerződő és a biztosított írásos megállapodással ettől eltérhet. Ez a nap a biztosítás évfordulójának napja is. 5.2. A biztosító kockázatviselésének kezdete nem lehet korábbi, mint a biztosítás hatálybalépése. 5.3. A biztosító a szerződésben várákzási időt köt ki. A várákzási idő azt jelenti, hogy a biztosító valamely biztosítási esemény kocká-zatát csak a szerződés létrejöttét követő későbbi időponttól vállal-lja, tartama a Különös Biztosítási Feltételekben kerül meghatáro-zásra. A várákzási idő alatt a biztosító kockázatvállalása részle-ges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesetekkel kapcsolatos biztosítási eseményekre terjed ki. A várákzási időt a biztosítás kezdetének napjától kell számolni. 6. A szerződés megszűnésének esetei: 6.1. A szerződés megszűnik egy biztosítotttra vonatkozóan az alábbi esetekben: 6.1.1. a biztosított halála esetén, 6.1.2. határozott tartam lejártakor, 6.1.3. díjfizetés elmulasztása esetén a 11. pontban foglaltak szerint, 6.1.4. ha a biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását visszavonta. 6.2. A biztosítási szerződés megszűnik: 6.2.1. a szerződő rendes felmondásával: a biztosítás írásban legkésőbb 30 nappal a biztosítási évforduló előtt, biztosítási évfordulóra a szerződő fél részéről felmondható a szerződésben meghatározott tartam eltelté előtt, 6.2.2. díjfizetés elmulasztása esetén a 11. pontban foglaltak szerint, 6.2.3. a határozott tartam elteltével, a tartam utolsó napján, 6.2.4. a Különös Biztosítási Feltételekben szabályozott egyéb esetekben, 6.2.5. a biztosító rendkívüli felmondásával. A biztosító a szerződést – kizárólag a biztosítási kockázat jelentős növekedése esetén – a szerződőhöz intézett egyoldalú, írásbeli felmondással a biztosítási évfordulóra, 30 napos felmondási idővel mondhatja fel. Nem tekinthető a biztosítási kockázat növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészséglomlás lehetősége. 7. A biztosítás területi és időbeli hatálya 7.1. A biztosítás kizárólag a Magyarországon bekövetkezett biztosítási eseményre terjed ki, kivéve, ha a Különös Biztosítási Feltételek másként nem rendelkeznek. 7.2. A szerződés határozott, a biztosítási szerződésben megjelölt tar-tamra jön létre. 7.3. A biztosítási időszak egy év. 7.4. A biztosítás tartama egyéni és családi biztosítás esetén 6 vagy 9 év, csoportos biztosítás esetén 1 év.
---	--

8. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei 8.1. A közlési és változás bejelentési kötelezettség egyaránt terheli a szerződőt és a biztosítottat. 8.2. A közlési kötelezettség abban áll, hogy az ajánlat megtetelekor a szerződő és a biztosított köteles a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt, adatot a biztosítóval közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott hiánytalan, és a valóságnak megfelelő válaszokkal a fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. 8.3. A biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és e célból a biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó kérdéseket tehet fel, egészségi vizsgálatot vagy orvosi vizsgálatot írhat elő. A biztosító kockázatelbírálási és kárrendezési szerveivel szemben a biztosítottat az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkozattételre hívja fel. 8.4. Amennyiben a kérdésekre adott válaszok, vagy az egészségi vizsgálat kockázatnövelő tényezőt tárnak fel, a biztosító jogosult a szolgáltatásokat alacsonyabb összegre megajánlani, pótdíjat felszámítani vagy az ajánlatot elutasítani. A biztosító az ajánlat esetleges elutasítását nem köteles megindokolni. Ilyenkor a biztosítási ajánlattal kapcsolatos valamennyi irat a biztosító birtokában marad. 8.5. A szerződő és a biztosított a biztosítás tartama alatt a szerződésben meghatározott lényeges körülmények tekintetében változás bejelentési kötelezettséggel tartozik, melyet írásban kell a biztosítóhoz bejelenteni. Ha a biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első 5 évében gyakorolhatja. A szerződő köteles bizonyítani, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetve a szerződés megkötésétől az 5 év már eltelt. 8.6. A közlési kötelezettség megsértése ellenére is beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződéskötéstől a biztosítási esemény bekövetkeztéig már 5 év eltelt. 8.7. A 8.5. és 8.6. pontok rendelkezéseit a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló 5 éves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik. 8.8. Amennyiben a szerződő és a biztosított különböző személy, a biztosítási szerződés megkötéséhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. 9. Szolgáltatási limit A biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződésben meghatározott kockázatokra éves, illetve napi szolgáltatási limitet határoz meg, melynek mértékét a Szolgáltatási limitek és a biztosítási kötvény tartalmazza. A szolgáltatási limit a díjigazításban leírtaknak megfelelően minden biztosítási évfordulón változhat (ld. 13. pont). 10. A biztosítási díj 10.1. A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke. 10.2. A biztosítási díj kiszámítása a biztosított életkorának, egészségi állapotának, a szolgáltatás jellegének, illetve a biztosítási összegnek a figyelembevételével történik. 10.3. A biztosított életkorát úgy kell megállapítani, hogy a biztosítás kezdeti évszámából levonják a biztosított születésének évszámát. 10.4. Az életkor helytelen bevallása esetén a biztosító az esedékes biztosítási összegből a valóságos belépési életkor után járó díjkülönbözet kamatozott összegét levonja, illetve visszafizeti, ha a biztosítás a bevallott korrall létrejöhett volna. Ha a tényleges életkor szerint a biztosítás nem jöhetett volna létre, úgy a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó rendelkezések az irányadók. 10.5. A biztosítás folyamatos díjú. A díj a biztosítási évfordulón évente előre esedékes. A szerződésben a felek megállapodhatnak az éves díj féléves, negyedéves vagy havi részletekben történő megfizetésében. 10.6. A biztosítás első díja az ajánlat aláírásával egyidejűleg fizetendő. 11. Díj-nemfizetés Ha a szerződő az esedékes biztosítás díjat nem fizeti meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződőt a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő ered-	ménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelme nélkül bírósági úton érvényesíti. 12. Értékkövetés 12.1. A biztosító a biztosítás értékállóságának megtartása céljából a tartamon belül a biztosítás folyamatosan fizetett díját és szolgáltatását évente a biztosítási évfordulón növeli. 12.2. A következő évi díjnövelés mértékének az alapja a bázis évre vonatkozó – a KSH által kiadott – átlagos inflációs ráta, amelytől a biztosító a díjnövelés mértékének megállapításakor maximum 2%-kal eltérhet. A díjnövekedés mértéke 4%-nál nem lehet alacsonyabb. 12.3. Az emelés mértékéről, a megemelt díjról a biztosító a biztosítás évfordulója előtt 60 nappal értesíti a szerződőt. 12.4. Az értékkövetéssel a szerződésben megjelölt biztosítási összegek a díjemelés mértékének megfelelően növekednek. 13. Díjigazítás 13.1. A biztosító és a szerződő megállapodnak abban, hogy jelen biztosítás díját az orvosi technika, valamint a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének jelentős vagy lényeges változása, illetve a biztosítási kockázat jelentős növekedése miatt háromévente felülvizsgálhatja és új díjkalkuláció, illetve díjszabás alapján új díjtételt állapíthat meg. 13.2. A módosítás mértékéről a biztosító az új díj érvénybelépése előtt két hónappal írásban tájékoztatja a szerződőt. Az így módosított díj a biztosítás évfordulójával kezdődően érvényes a következő három biztosítási évre. 13.3. A díjigazítás következményeként mind a díjtétel, mind a szolgáltatási limit változhat. 13.4. Amennyiben a szerződő a módosított díjat nem fogadja el, és az erre vonatkozó nyilatkozatát az új díj életbelépése előtt 30 nappal megküldi a biztosítónak, akkor a biztosítás megszűnik az első emelt díj esedékességét megelőző nap 24. órájában. 13.5. Írásbeli nyilatkozat hiányában a jelen feltétel 13.2. pontja szerinti módosított díj a módosításkori biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan hatályba lép. 14. Díjfizetési kedvezmények A biztosító a díjfizetési kedvezményeket jelen szerződéshez az I. és II. sz. záradékban adja meg. 15. A biztosítási esemény bejelentésének határideje A biztosított köteles a biztosítási eseményt a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint bejelenteni. Ha a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározottakat nem tartják be, a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól. 16. A biztosító teljesítésének esedékessége A biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint teljesíti. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy hiányosan teljesítik, a biztosító a szolgáltatást elutasíthatja, vagy a rendelkezésére álló dokumentumok alapján teljesíti. 17. Reaktiválás A díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt biztosítás nem reaktiválható. 18. Maradékjogok A biztosítási szerződés nem rendelkezik maradékjogokkal. 19. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól 19.1. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól abban az esetben, ha a biztosítási eseményt a kedvezményezett szándékosan jogellenesen, vagy a szerződő, illetve biztosított jogellenesen súlyosan gondatlanul okozta. A biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha: a) a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás miatt, illetve esetleg a biztosított súlyos fokú alkoholos befolyásoltsággal okozati összefüggésben (2,6 ezreléket elérő vagy meghaladó) történt, b) a biztosítási esemény kábítószer fogyasztása, kábítószer hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ezt az utóbbit a kezelőorvos javaslatára az előírásnak megfelelően alkalmazták. 19.2. A biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól, ha: a) biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a biztosított öngyilkossági kísérletével, még akkor is, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be,
--	---

b) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben jön létre. 20. A biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól közlési és változás bejelentési kötelezettség megsértése esetén 20.1. A közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítást nyer, hogy: a) a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosítási esemény előtt már ismerte vagy b) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében. Azt, hogy valamelyik fennáll, annak kell bizonyítani, aki erre hivatkozik. 20.2. Ha a szerződést érintő lényeges körülményről a biztosító tudomást szerez, a szerződés létrejötte után 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg a szerződést 30 npra írásban felmondhatja. 20.3. Ha a szerződő (a biztosított) a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra a kézbesítéstől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon (az adott biztosított vonatkozásában) megszűnik, feltéve, hogy a biztosító erre a jogkövetkezményre a biztosított figyelmét a módosító javaslat közlésekor írásban felhívta. 21. A kockázatviselésből kizárt kockázatok 21.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll: – harci eseményekben vagy más háborús cselekményekben valamely fél mellett történő aktív részvétellel, – vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel. 21.2. Jelen feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határviellongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskíséret, polgárháború, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandótámadás, terrorcselekmény. (A kommandótámadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a biztosított az áldozatok érdekében lép fel.) 21.3. E szerződés szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedés, rombolás. 21.4. Nem téríti meg a biztosító azon károkat, amelyek közvetlen vagy közvetett összefüggésben állnak atomkárokkal (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése). 21.5. Nem térít a biztosító olyan esetekben sem, amely esetekben a gyógykezelés során nem tartották be az orvosszakmai előírásokat, és ezen ismételt műtétekre, kezelésekre emiatt került sor, illetve a jelen szerződésben meghatározott egyéb biztosítási esemény következett be az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba). 21.6. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll: – a terhesség ideje alatt és a szülés, valamint a szülést követő egy éven belül bekövetkező egészségkárosodás következményeivel abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt történt (a fogamzás időpontja alatt a szüléstől visszafelé számított 270. napot kell érteni); – az egészségügyi ellátás, az orvosi ellátás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt létrejött egészségkárosodással; – olyan orvosi beavatkozással, amelynek célja esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés. 21.7. A kockázatviselés kezdete előtt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva. 22. Jognyilatkozatok A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatálynak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el a kötvény kibocsátására jogosult szervezeti egységhez. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosítóhoz megérkezett. A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a biztosítási szerződésben érdekelt személynek. 23. A biztosítási kötvény megsemmisülése vagy elvesztése A biztosítási kötvény megsemmisülése vagy elvesztése esetén a biztosító kérésre pótkötvényt (kötvénymásodlatot) állít ki. A biztosító követelheti, hogy az okirat elvesztését hitelt érdemlően bizonyítsák. A költségek a kérelmezőt terhelik.	24. Adatkezelés, biztosítási titok 24.1. Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, mely kapcsolatba hozható egy meghatározott (azonosított vagy azonosítható) természetes személlyel (a továbbiakban: érintett). Ha a személyes adat egészségügyi állapotra, kóros szenvedélyre, illetve szexuális életre vonatkozik, akkor az a hatályos jogszabályok értelmében különleges adatnak minősül, és kizárólag az érintett írásos hozzájárulása alapján kezelhető. Az adatszolgáltatás önkéntes, de egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez. 24.2. A biztosító jogosult az ügyfelek jogszerűen tudomására jutott adatait, ideértve a különleges adatokat is az információs önrendelkezési jogáról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Info törvény) rendelkezései szerint, a Biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben (a továbbiakban: Bit.) foglaltakkal összhangban kezelni. 24.3. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a 24.5. pontjában meghatározott célból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. 24.4. A biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges – banktitoknak minősülő – adatokat kezelni. Az adatok továbbítására a Bit. rendelkezéseiben meghatározott módon, az ügyfél, számlatulajdonos hozzájárulása alapján kerülhet sor. 24.5. A biztosító a szerződő, biztosított illetve kedvezményezett személyes adatait a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben vagy a Bit. által meghatározott egyéb célból kezeli. 24.6. A biztosító a személyes – és azon belül a különleges – adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződésekkel kapcsolatban is csak addig kezelheti a tudomására jutott adatokat, amíg a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. Telefonon történő panaszkezelés esetén a szolgáltató és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a szolgáltató hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt egy évig megőrzi. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. 24.7. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja. 24.8. Az ügyfél adatait kizárólag a biztosító erre feljogosított munkatársai, megbízott biztosításközvetítői, illetve a biztosító részére külön szerződés keretében adatfeldolgozási- vagy kiszervezett tevékenységet végző személyek, szervezetek ismerhetik meg, a biztosító által meghatározott terjedelemben és a tevékenységük végzéséhez szükséges. Biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét. 24.9. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a Bit. szerint biztosítási titokként kezelni. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó – a biztosító rendelkezésére álló adat, mely a biztosító egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. A biztosító titoktartási kötelezettségére a Bit. 153–161.§ és 165.§-ban foglalt szabályok az irányadók. 24.10. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a törvény másképp nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak. 24.11. A Bit. 78 § (3) bekezdése alapján amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek személyes adatait is továbbítja a kiszervezett tevékenységet végző személyekhez, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a biztosító adatfeldolgozójának minősül és titoktartási kötelezettség terheli. Adatfeldolgozási tevékenységet kizárólag erre irányuló megbízási szerződés alapján, kiszervezett tevékenység keretében jogosultak harmadik személyek végezni. 24.12. A biztosító az érintett személyes (és különleges) adatait, továbbá biztosítási titoknak minősülő adatait kizárólag az érintettől vagy annak törvényes képviselőjétől kapott írásos hozzájárulás alapján továbbíthatja harmadik személynek, kivéve, ha az adattovábbítás a
---	---

Bit. által felsorolt szervezetek számára jogszabály alapján végzett megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során történik.

24.13. A titoktartási kötelezettség nem áll fenn:

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkoztattételi, illetve biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együtt-biztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel,
- m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymás közötti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviseelővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval,
- q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben, ha az a)–j), n), s) 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.

24.14. A továbbított személyes adatokat – amennyiben a jogszabály másként nem rendelkezik – az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatok vagy az Info. törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok esetén 20 év elteltével a biztosító köteles törölni.

24.15. A biztosító illetve a szerződő a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel való visszaéléssel, új pszichoak-

- tív anyaggal való visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel való visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerezrel való visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal való visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel való visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerezrel való visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

24.16. A biztosító az ügyfelet nem tájékoztathatja a nyomozó hatóság és ügyészség, a nemzetbiztonsági szolgálat, valamint a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szerv részére történő adattovábbításról.

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

24.18. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha:

- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
- b) a pénzügyi információs 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.

24.19. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:

- a) Az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.
- c) A Biztosítási Törvény Nyolcadik részének III. és III/A. fejezetében foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
- d) A biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezetéhez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben:
 - ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 8.§ (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

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

24.21. Az érintett a biztosító adatkezelésével kapcsolatosan az alábbi jogokkal élhet:

- tájékoztatás kérése,
- helyesbítés,
- törlés,
- zárolás,
- nyilvánosságra hozatal.

24.22. Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a leendő ügyfél orvosi vizsgálata, akkor az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál ismerheti meg.

24.23. Az Infotv. értelmében a jogszabályban meghatározott esetekben az érintett tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen. A biztosító, mint adatkezelő köteles a bejelentéseket a törvény előírása szerint kivizsgálni és a kérelmezőt írásban tájékoztatni. Az érintett jogainak megsértése esetén az adatkezelővel szemben bírósághoz fordulhat. A biztosító, mint adatkezelő köteles megtéríteni az érintett igazolt kárát is, amennyiben azt jogellenes adatkezeléssel, vagy a technikai adatvédelem követelményeinek megszegésével okozta.

25. **Elévülés**
Jelen szerződésből eredő biztosítási igények a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 2 év után elévülnek.

- 26. A kapcsolattartás és az ügyfél-tájékoztatás nyelve**
A biztosító és a szerződő kapcsolattartása, valamint a biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.
- 27. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok**
Jelen biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadóak. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosított jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulnak. Az eljárások nyelve magyar.
- 28. Viták kérdések rendezése**
- 28.1. A szerződőnek és a biztosítónak mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy közvetlen tárgyalások útján rendezzenek minden olyan nézeteltérést vagy vitát, mely közöttük a szerződés keretében vagy a szerződéssel kapcsolatban merül fel.
- 28.2. A biztosító szolgáltatásával kapcsolatban felmerült panaszokat a biztosító részére kell bejelenteni:
- a) írásban vagy telefonon az alábbi elérhetőségen:
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
(1461 Budapest, Pf.: 131., tel.: (06-1) 486 4343)
- b) személyesen az alábbi címen:
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Központi Ügyfélszolgálati Iroda
(1134 Budapest, Váci út 33.)
- A biztosító a szerződéskötést követően fenti elérhetőségeinek változását az internetes honlapján közlésezi.
- 28.3. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.
- 28.4. A biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank
(1054 Budapest, Szabadság tér 8-9;
központi telefonszáma: (06-1) 428-2600)
- 28.5. Jogok érvényesítésének egyéb fórumai
Amennyiben a biztosított a biztosítóhoz benyújtott panaszára adott válasszal nem ért egyet, úgy
- (a) a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bankhoz fordulhat (levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; helyi tarifával hívható kék szám: (+36-40) 203-776;
web: felugyelet.mnb.hu; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu);
- (b) a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a fogyasztó a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: H-1525 Budapest BKKP Pf. 172;
Telefon: 06-1-489-9100; e-mail: pbt@mnb.hu), vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.
- 28.6. A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.
- 29. Felszámolható költségek**
A biztosító a többletráfordítások díját kérheti.
Ilyen lehet például:
- a) a díjfizetés késedelme esetén a felszólító levél díja, a biztosítási kötvény utólagos dokumentálása vagy módosítása,
- b) a biztosítási szerződés átdolgozása, a biztosítási kötvény másodlati példányának kiállítása stb.,
- 30. Egyebek**
A biztosítási események igazolásával kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.
A biztosító szolgáltatása a Különös és Kiegészítő Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén meghatározott összeg megfizetése.
- A tényleges egészségügyi ellátást a 2.13. pontban meghatározott egészségügyi szolgáltató nyújtja, melynek tevékenységére és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből felmerülő károkért a szolgáltató, és nem a biztosító tartozik helytállni.**
A biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetleges orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, tekintettel arra, hogy ezen szolgáltatások ellenértékét csak megfizeti, de ténylegesen a szolgáltatást nem ő nyújtja.