

E.ON ÉletEnergia Csoportos egészségbiztosítás feltételei

Jelen Biztosítási Feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., mint biztosító és az E.ON Energiakereskedelmi Kft., mint szerződő között létrejött E.ON ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződésre érvényesek.

1. Fogalmak

1.1. Alapellátás: a Biztosított / Társbiztosított lakóhelyén, tartózkodási helyén, illetve annak közelében a Biztosított / Társbiztosított választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatás (háziorvosi szolgáltatás).

1.2 Általános járóbeteg-szakellátás: a Biztosított / Társbiztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a Biztosított / Társbiztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmyszerű egészségügyi ellátás.

1.3. Az ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató: bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel nem köt szerződést.

1.4. Az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltató: bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel szerződést köt.

1.5. Beavatkozás: azon megelőző, diagnosztikus, terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.

1.6. Biztosítási év: két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak. Az egyes Biztosítottakra / Társbiztosítottakra vonatkozó biztosítási év az adott Biztosítottak Biztosítotti Nyilatkozatának megtételét követő napon kezdődik és a következő év ugyanezen hónapjának ugyanezen napjáig tart.

1.7. Biztosított: az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítást megkötik.

1.8. Biztosítási esemény: a Biztosító azon szolgáltatása, amelyre a biztosítási szerződés alapján a Biztosító a Biztosított Társbiztosított megbetegedése esetén a szerződésben meghatározott egészségügyi ellátás megszervezése vagy az ellátás költségeinek megfizetése vállal kötelezettséget.

1.9. Csoportos biztosítás: a biztosítás – egy szerződésen belül – több Biztosítottra / Társbiztosítottra, a Szerződő által a biztosítási ajánlatban rögzített, objektív szempontok szerint meghatározott természetes személyek csoportjára, illetve

csoportjaira vonatkozik. A jelen általános feltételek alapján létrejövő szerződésben több – név szerint meghatározott – biztosított csoport képezhető. Csoportképző objektív szempont lehet a Biztosítottak és a Szerződő között fennálló jogviszony, egyéb kapcsolat, illetve a Biztosítottak valamely szervezethez való tartozása.

1.10. Egészségügyi ellátás: a Biztosított / Társbiztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.

1.11. 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 biztosított (beteg) vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a biztosított (beteg) vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet.

1.12. 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.

1.13. 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.

1.14. Éves szolgáltatási limit: a biztosító az E.ON ÉletEnergia csoportos biztosítási szerződés szolgáltatásaira éves szolgáltatási limitet alkalmaz, melynek mértékét jelen feltétel 5. pontja tartalmazza. A szolgáltatási limitből egy biztosítási évben fel nem használt mennyiség nem vihető át a következő biztosítási évre.

1.15. Előzménybetegség: a biztosítás megkötése előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettel összefügg.

1.16. Kezelőorvos: a Biztosított / Társbiztosított adott

E.ON ÉletEnergia Csoportos egészségbiztosítás feltételei

betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a Biztosított / Társbiztosított gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak.

1.17. Költségterítés: a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a szerződésben meghatározott mértékig.

1.18. Szolgáltatási Szerződés: az E.ON Energiaszolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság és a Biztosított között fennálló, érvényes egyetemes áramszolgáltatási szerződést jelenti.

1.19. Vizsgálat: az a tevékenység, amelynek célja a Biztosított / Társbiztosított 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.

2. A biztosítási szerződés alanyai

2.1. A **Biztosító** az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., amely jelen biztosítási feltételek alapján kötött szerződés értelmében meghatározott díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a 4. pontban meghatározott szolgáltatásokat nyújtja.

2.2. A **Szerződő** fél az E.ON Energiakereskedelmi Kft., amely az érvényes jognyilatkozatokat teszi, meghatározza azokat a feltételeket, amelyek alapján valaki a csoportos egészségbiztosítási szerződéshez biztosítottként csatlakozhat, valamint a biztosítási díjat a Biztosítónak megfizeti.

2.3. **Biztosított** lehet (i) az a Biztosítotti Nyilatkozat megételének időpontjában a 18. életévét betöltött, de a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a 80. életévét még nem betöltött, (ii) Szolgáltatási Szerződéssel rendelkező természetes személy, aki (iii) a fogyasztási helyre nem rendelkezik előrefizetős mérővel, (iv) folyószámla egyenlege a Biztosítotti Nyilatkozat megtételének időpontjában nem mutat lejárt tartozást, (v) az általa tett Biztosítotti Nyilatkozással kezdeményezte az E.ON ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés hatályának kiterjesztését saját magára, illetve családi kiterjesztés esetén a Társbiztosítottakra, és (vi) akit a Szerződő a Biztosítónak Biztosítottként bejelentett, továbbá (vii) akire vonatkozó biztosítási díjat a Szerződő megfizette. Családi kiterjesztés esetén Társbiztosítottnak minősülnek

a Biztosítottnak a Ptk. 8:1.§ (1) bek. 1. pontban megjelölt közeli hozzátartozói, valamint a biztosított élettársa, továbbá az élettárs gyermekei és az élettárs szülei is, feltéve, hogy ezen személyek a biztosítási esemény bekövetkeztékor állandó lakcímbeljelentéssel a Biztosítottal azonos lakcímen életvitelszerűen laknak, és életkoruk eléri a 3 hónapot, illetve nem haladja meg a 80. életévét.

2.4. Kedvezményezett: minden esetben a Biztosított illetve Társbiztosított.

3. A biztosító kockázatviselésének kezdete, megszűnése, a díjfizetés tartama, a díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei

3.1. A Biztosító kockázatviselésének kezdete A Biztosított / Társbiztosított vonatkozó kockázatviselés kezdete – a szolgáltatás igénybevételének legkorábbi időpontja – a Biztosítotti Nyilatkozat megtételét követő nap 0. órája.

3.2. A Biztosító kockázatviselésének megszűnése A Biztosító kockázatviselése megszűnik – és nem nyújt a továbbiakban szolgáltatást – az alábbi esetekben:

3.2.1. Egy adott Biztosított illetve Társbiztosított tekintetében:

- a Biztosított vagy Társbiztosított halálával,
- annak a hónapnak az utolsó napjával, amelyben a Biztosított, illetve a Társbiztosított a 80. életévét betöltötte. Családi csomag esetén, amennyiben a Biztosított a 80. életévét eléri, rá vonatkozóan megszűnik a biztosító szolgáltatása, de a Társbiztosítottakra – változatlan díjfizetés mellett – érvényben marad, amíg életben vannak, vagy amíg a 80. életévüket be nem töltik és a rájuk vonatkozó biztosítási díj megfizetésre került.

3.2.2. A Biztosított és valamennyi Társbiztosított tekintetében:

- a Biztosított halálával, az elhalálozás napjával;
- a Biztosított Szolgáltatási Szerződésének megszűnése esetén annak a hónapnak az utolsó napján 24 órákor, amely hónapban a Szolgáltatási Szerződés megszűnt,
- távértékesítés esetén a biztosítotti jogviszony azonnali hatályú felmondásával a 3.2.3. pont szerinti időpontban,
- a biztosítotti jogviszony Biztosított általi felmondásával a 3.2.4. pont szerinti időpontban,
- amennyiben a Biztosított a rá vonatkozó biztosítási díjat nem fizeti meg a Szerződő részére a 3.4. pont szerinti időpontban.

E.ON ÉletEnergia Csoportos egészségbiztosítás feltételei

3.2.3. Amennyiben a Biztosított távértékesítés útján – telefonon, vagy internetes felületen keresztül – csatlakozik a csoportos biztosítási szerződéshez, úgy a csatlakozását követő 14. napig postára adott (postacím: 9002 Győr, Pf. 205.) vagy telefaxon (faxszám: 06-96/521-735), elküldött, a Szerződőhöz intézett nyilatkozatával indokolás nélkül visszavonhatja a csatlakozási nyilatkozatát, mely esetben a Biztosító kockázatviselése a visszavonó nyilatkozat hatályosulásával megszűnik.

3.2.4. A Biztosított jogosult biztosítotti jogviszonyát a Szerződőhöz intézett - a Szerződő ügyfélszolgálatán személyesen átadott vagy a szerződő ügyfélszolgálati elérhetőségeire postai úton vagy faxon eljuttatott – írásbeli nyilatkozattal bármikor megszüntetni (továbbiakban: felmondó nyilatkozat). A biztosítotti jogviszony felmondása esetén a biztosítotti jogviszony megszűnik a felmondást követő hónap utolsó napján 24 órakor.

3.2.5. **Valamennyi Biztosított** vonatkozásában megszűnik a Biztosító kockázatviselése a Biztosítottak által megfizetett biztosítási díjjal fedezett időtartam utolsó napjának 24. órakor, ha a Szerződővel kötött csoportos szerződés megszűnik, de legkésőbb azon a napon, amikor a csoportos biztosítás átruházásra kerül.

3.2.6. A Biztosító kockázatviselésének megszűnése nem érinti a megszűnés előtt igényelt szolgáltatások, folyamatban lévő vagy függő szervezését, finanszírozását

3.3. A díjfizetés tartama

3.3.1. A Biztosítottra vonatkozó **díjfizetés kezdete** a csoportos szerződéshez történt csatlakozást követő hónap 1. napja 0:00 óra.

3.3.2. A biztosítás díjának esedékessége minden hónap első napja, azzal, hogy a Biztosított a biztosítási díjat az E.ON Energiaszolgáltató Kft.-vel kötött Szolgáltatási szerződés díjával együtt, az áramszolgáltatási díj megfizetésére vonatkozó határidőben és gyakorisággal köteles megfizetni a Szerződő részére.

3.3.3. A Biztosítót a biztosítási díj adott Biztosított / Társbiztosított vonatkozásában annak a hónapnak az utolsó napjáig illeti meg, amely hónapban a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított / Társbiztosított vonatkozásában megszűnt.

3.4. A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei

3.4.1. Amennyiben a Biztosított az esedékes biztosítási

díjat a díj megfizetésére szolgáló számlán szereplő teljesítési határidő lejártától számított 60 napon belül nem fizeti meg a Szerződő részére, úgy a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított / Társbiztosított(ak) tekintetében az utolsó díjjal rendezett időszak utolsó napjára visszamenőleges hatállyal megszűnik.

3.4.2. Amennyiben a Biztosított / Társbiztosított az elmaradt díj esedékességét követő időpontban, de még a díj megfizetésére rendelkezésre álló időtartam alatt a 4.3. pont szerinti szolgáltatást vett igénybe, úgy a díjfizetés elmulasztása esetén a Biztosító kockázatviselése – a 3.4.1. pontban foglaltaktól eltérően – a 4.3. pont szerinti szolgáltatás igénybe vételének időpontjára visszamenőleges hatállyal szűnik meg.

4. Szolgáltatások

4.1. Orvosi call center igénybevétele

A biztosító a jelen feltételek alapján a biztosított / társbiztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által (Advance Medical Hungary Kft., továbbiakban: szolgáltató) 24 órás egészségügyi információs szolgáltatást nyújt. A szolgáltatás célja, hogy szakorvosok telefonon, laikusoknak szóló, egészségmegőrzéssel kapcsolatos információkat szolgáltatassanak az ügyfeleknek. Az egészségügyi információs központban szakorvosok válaszolják meg a beérkező hívásokat, és tájékoztatást adnak a következő kérdések esetén:

- egészségmegőrzéssel, életmóddal kapcsolatos kérdések,
- tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,
- tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
- tájékoztatás ügyeleti gyógyszertárakról,
- tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

A non-stop Orvosi call center szolgáltatást a biztosított / társbiztosított a kockázatviselés teljes tartama alatt, az év minden napján, a nap 24 órájában veheti igénybe. Pontos diagnózis felállítása és helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés alapján nem lehetséges, így a telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozást és a biztosított vizsgálatát. A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget. Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez. Szolgáltató a

E.ON ÉletEnergia Csoportos egészségbiztosítás feltételei

telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább.

4.2. Időpont egyeztetés szakorvosi vizsgálatra

A Biztosító a jelen feltételek alapján a Biztosított / Társbiztosított számára - egészségügyi szolgáltató partnere által (Advance Medical Hungary Kft., továbbiakban: ellátásszervező) - megszervezi a vizsgálati időpontokat, helyszíneket járóbeteg-szakellátásokra. A járóbeteg-szakellátásokra a helyszínt és időpontot az Ellátásszervező 48 órán belül megszervezi szerződött egészségügyi szolgáltató partnereinél. Az orvosi ellátás időpontja és helyszíne minden esetben a Biztosítottal / Társbiztosítottal egyeztetve történik.

Az Időpont egyeztetés szakorvosi vizsgálatra szolgáltatás nem finanszírozza az orvosi vizsgálatok költségét, kizárólag a megfelelő szakorvos kiválasztását és a vizsgálat idejének megszervezését tartalmazza. Az ügyfelek érdeklődése esetén tájékoztató jellegű információt ad az ellátásszervező a választott szakrendelés árairól. A vizsgálat költségei a Biztosítottat / Társbiztosítottat terhelik.

Időpont egyeztetés hétköznapiokon a +36-1-461-1575 számon, 8:00 – 20:00 óráig történik. Meglévő időpont módosítására legkésőbb 48 órával a kiadott időpont előtt van lehetőség.

4.3. Orvosi képalkotó diagnosztikai eljárások

Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak / Társbiztosítottnak a további gyógyulásához szükségessé váló, a következő pontokban részletezett orvosi diagnosztikai eljárások valamelyike, melyre a Biztosított / Társbiztosított vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkezett, szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított betegsége miatt van szükség.

A Biztosító a szerződött egészségügyi szolgáltató partnerei valamelyikénél megszervezi a vizsgálatot – a Biztosított / Társbiztosított lakcímét is figyelembe véve –, és a rendelkezésre álló éves limit erejéig finanszírozza is azt.

4.3.1. MR (mágneses rezonancia diagnosztika)

A Biztosított / Társbiztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban a koponya, a gerinc, az ízületek, a hasi és kismedencei szervek, valamint az erek és a szív betegségeinek diagnosztikáját segítik elő.

4.3.2. CT (computer tomográf – számítógépes rétegvétel diagnosztika)

A Biztosított / Társbiztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, melynek eredményeként a szervek kóros anatómiai elváltozásai, méret, struktúra, helyzetbeli eltérései igazolhatók nagy térbeli részletességgel.

5. Szolgáltatási limit

A biztosítási szerződés alapján a Biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatásokra éves szolgáltatási limitet határoz meg, melynek mértéke:

Szolgáltatás	Egyéni csomag	Családi csomag
Non-stop orvosi call center	korlátlan	korlátlan
Időpontfoglalás szakrendelésre	korlátlan	korlátlan
Orvosi képalkotó diagnosztika (MRI, CT)	1 000 000 Ft / bizt. év	1 000 000 Ft / fő/bizt. év

6. A Biztosító szolgáltatása

6.1. Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén az **Orvosi képalkotó diagnosztikai eljárások** (MRI, CT) szolgáltatás költségeit teljes egészében – a rendelkezésre álló éves limit erejéig – megtéríti a Biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak.

6.2. Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a Biztosítottat / Társbiztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limitből rendelkezésre álló összegről az Orvosi képalkotó diagnosztikai vizsgálatokra való jelentkezéskor.

6.3. Amennyiben a Biztosított / Társbiztosított az ellátásra vonatkozó éves limitjének 90%-át már felhasználta, a Biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás finanszírozását, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a Biztosított / Társbiztosított részére az éves limit erejéig.

6.4. A szolgáltatások megszervezésének és a Biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a Biztosított / Társbiztosított – egészségi állapotának további vizsgálata vagy egészségének megőrzése érdekében orvosi vizsgálat alapján indikált esetben – rendelkezzen a további ellátásához szükséges (szak)orvosi javaslattal. A Biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező jelen Biztosítási Feltételek alapján megalapozottnak minősítse.

E.ON ÉletEnergia Csoportos egészségbiztosítás feltételei

6.5. **Szakorvosi vizsgálatok** valamelyikének igénylésekor ellátási igényét a Biztosított / Társbiztosított telefonon bejelenti az ellátásszervezőnek, aki munkanapokon áll rendelkezésre, és a bejelentést követő öt munkanapon belülről megszervezi az első kapcsolatfelvételt a Biztosított / Társbiztosított és az orvos között. Erről 48 órán belül értesíti a Biztosítottat / Társbiztosítottat. Amennyiben az orvos ezt követően további vizsgálatokat rendel el, azokat szintén az ellátásszervező által megszervezett időpontban veheti igénybe a Biztosított / Társbiztosított. A telefonbeszélgetések visszakereshető formában rögzítésre kerülnek.

7. A Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

A teljesítés feltétele, hogy az ellátást igénylő jogosultsága az ellátásra a szerződés alapján fennálljon.

Az Orvosi képkalkáló diagnosztikai szolgáltatás igénybevételéhez szükséges szakorvosi javaslat.

8. A kockázatviselésből kizárt kockázatok

A Biztosító nem téríti meg Orvosi képkalkáló diagnosztikai vizsgálatok költségét az alábbi esetekben:

- a kockázatviselés kezdete előtt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülések későbbi következményeivel kapcsolatos MRI, CT vizsgálatokat,
- amennyiben a CT, MRI vizsgálatra szóló orvosi javaslatot nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos által kiállított javaslatot / beutalót a Biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat,
- amennyiben az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét,
- amely ellátás igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül történt.

9. Az ellátásszervező felelőssége

Az ellátásszervező orvosilag kizárólagos mérlegelési joggal bír a biztosítási fedezet körébe vont ellátási igény jogosságának elbírálásában. Ezen mérlegelési jogával élve megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.

Ezek közé tartoznak különös tekintettel azok a vizsgálatok, melyeket ismételt, az előző ugyanolyan beavatkozáshoz képest orvosilag indokolatlanul rövid időn belül kívánnak ismét elvégezni. Ugyancsak ezek közé tartoznak azok a vizsgálatok, amelyek orvosi szükségességét a javaslatot tevő orvos igazolni nem tudja.

Nem terjed ki az ellátásszervező felelőssége az adott időpontban a biztosított kezelőorvosa által orvosilag

indokoltnak tartott olyan esetekre és a vonatkozó ellátási igény elbírálására, amelyek nem tartoznak a Biztosító fedzeti körébe. Ebben az esetben a biztosított / társbiztosított felelőssége, hogy igénybe vegye a TB szabályai szerinti egészségügyi ellátást. Nem terjed ki az ellátásszervező és a Biztosító felelőssége a szolgáltatók által végzett konkrét szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a Biztosítottnak / Társbiztosítottnak okozott károkra.

10. A biztosító szolgáltatásának területi hatálya

A non-stop Orvosi call center szolgáltatás korlátozás nélkül, a Föld bármely országában elérhető.

Az Időpont egyeztetés szakorvosi vizsgálatra szolgáltatás területi hatálya Magyarországon működő szakorvosi ellátókra vonatkozik.

A Biztosító az Orvosi képkalkáló diagnosztika szolgáltatását magyarországi szerződött partnereinél finanszírozza.

11. A szerződéskötés különös szabályai

11.1. A biztosítási jogviszony létrejöttéhez – eltérő megállapodás hiányában – a Biztosított hozzájárulása, azaz a Biztosított Nyilatkozat szükséges.

11.2. A Biztosított Nyilatkozat az a dokumentum, amely tartalmazza a Biztosított nyilatkozatát arra vonatkozóan, hogy az E.ON ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződéshez való csatlakozásával a biztosítás hatálya rá / a Társbiztosítottakra kiterjed, valamint a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést. A Biztosított Nyilatkozat a biztosított jogviszony részét képezi. A Biztosított Nyilatkozatot – eltérő megállapodás hiányában – a Szerződő köteles megőrizni, és a Biztosító kérésére azt a Biztosító rendelkezésére bocsátani. A Biztosított Nyilatkozatban a Biztosított tudomásul veszi, hogy a Szerződő által a Biztosítónak megfizetett biztosítási díjat köteles a Szerződőnek megfizetni. A Biztosító a kockázatelbírálási és kárrendezési szerveivel szemben a Biztosítottat az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkozattételre hívja fel.

11.3. A Biztosított a valóságnak megfelelően és hiánytalanul köteles nyilatkoznia a feltett kérdésekre.

11.4. Ha a Biztosított kiskorú, a kockázatviselés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges.

11.5. Amennyiben a Biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy, a kockázatviselés

E.ON ÉletEnergia Csoportos egészségbiztosítás feltételei

érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges.

12. Adatkezelés, biztosítási titok

12.1. 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 állapotról, 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 közzététele nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez.

12.2. 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 biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben (a továbbiakban: Bit.) foglaltakkal összhangban kezelni.

12.3. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a Biztosító a 18.5. pontban meghatározott célból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

12.4. 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.

12.5. A Biztosító a Szerződő, Biztosított / Társbiztosított illetve Kedvezményezett személyes adatait a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben vagy a Bit. által meghatározott egyéb célból kezeli.

12.6. 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 megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. Telefonon történő panaszkezelés esetén a szolgáltató és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a szolgáltató hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt öt (5) 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.

12.7. 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.

12.8. 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 mértékben. A biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.

12.9. 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.

12.10. 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.

12.11. Amennyiben kiszervezett tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek személyes adatait is továbbítja a kiszervezett tevékenységet végző személyeknek, 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.

12.12. 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

E.ON ÉletEnergia Csoportos egészségbiztosítás feltételei

személynek, kivéve, ha az adattovábbítás a Bit. által felsorolt szervezetek számára jogszabály alapján végzett megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során történik.

12.13. A titoktartási kötelezettség nem áll fenn:

- a. feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b. a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c. büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, családi csődvédelmi szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
- d. a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e. adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi, illetve biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén az adóhatósággal,
- f. a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g. a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h. a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i. az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j. a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k. a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l. az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel,
- m. az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,
- n. a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátáshoz szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- o. 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,

- p. a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- q. a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal, szemben, ha az a)–j) 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 az o) 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.

12.14. A továbbított személyes adatokat 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.

12.15. 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 pszichoaktív anyaggal való visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel való visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel való visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b. a Btk. szerinti kábítószer-kereskelemmel, 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 lőszerrel való visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

12.16. 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.

12.17. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, biztosításközvetítő

E.ON ÉletEnergia Csoportos egészségbiztosítás feltételei

és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

12.18. 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.

12.19. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:

- a. az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b. fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- c. a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d. a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

12.20. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:

- a. ha az ügyfél ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- b. ha – az ügyfél hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az Infotv. 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

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

12.22. Az érintett a biztosító adatkezelésével kapcsolatosan

az alábbi jogokkal élhet:

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

12.23. 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.

12.24. 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.

12.25. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közgazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítéséhez.

12.26. A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az e biztosító által kezelt alábbiakban részletezett adatok vonatkozásában:

- a. a szerződő, a biztosított / társbiztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatai;
- b. a biztosított / társbiztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok;
- c. az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi élet-, baleset-, betegségbiztosítási eseményekre vonatkozó adatok;
- d. a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés

E.ON ÉletEnergia Csoportos egészségbiztosítás feltételei

megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és

- e. a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.

A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a Bit-ben meghatározott időpontig kezelheti. A biztosító a fentiek szerinti megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az érintett ügyfelet évente legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél sérelmére az Info tv-ben szabályozott módon tájékoztatja.

12.27. A biztosító adatkezelési nyilvántartási száma: NAIH-57651/2012

13. A kapcsolattartás és az ügyfél-tájékoztatás nyelve

A Biztosító és a Szerződő kapcsolattartása, valamint a Biztosítottak / Társbiztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.

14. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok

Az E.ON ÉletEnergia csoportos Egészségbiztosítási szerződésre és az az alapján létrejövő biztosítotti jogviszonyokra vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadóak. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosítotti jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulnak. Az eljárások nyelve magyar.

15. Vitás kérdések rendezése

15.1. 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. Minden, a szerződés megkötése után felmerülő és a felektől független olyan körülményről, amely a szerződés teljesítését akadályozza, a felek kölcsönösen kötelesek egymást tájékoztatni.

15.2. A Biztosító szolgáltatásával kapcsolatban felmerült panaszokat a Biztosító részére kell bejelenteni:

- a. írásban vagy telefonon az alábbi elérhetőségen
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
(1082 Budapest, Baross u. 1., tel.: (+36-1) 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 közléssel.

15.3. Ha a biztosítási szolgáltatással kapcsolatos esetleges panasz a Szerződőhöz érkezik be, a Szerződő a Biztosítottakat / Társbiztosítottakat a Biztosítóhoz irányítja.

15.4 A Biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.

15.5. A Biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank (1054 Budapest, Szabadság tér 8-9; központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600)

15.6. Jogok érvényesítésének egyéb fórumai Amennyiben a Biztosított / Társbiztosított 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; ügyfélszolgálati telefonszám: (+36-80) 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: (+36-80) 203-776; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu), vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

15.7. A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.