HOSPITAL – Csoportos fekvőbeteg ellátásra vonatkozó műtéti biztosítás Feltételek

Érvényes: 2021. szeptember 1-től

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1.1. Az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) a jelen Feltételek (továbbiakban: Biztosítási Feltételek) alapján arra vállal kötelezettséget, hogy biztosítási díj ellenében a Biztosítási Feltételekben részletezett biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosítási Feltételek szerint meghatározott biztosítási szolgáltatásokat nyújtja.

1.2. A Biztosítási Feltételekre, illetve a feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak. **Nem válik a jelen Biztosítási Feltételekkel létrejövő Csoportos Biztosítási szerződés (továbbiakban: Biztosítási Szerződés) tartalmává bármely olyan szokás, amelynek alkalmazásában a Szerződő és a Biztosító korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és más gyakorlat, amelyet egymás között kialakítottak, hacsak az előbbiek alkalmazásában a Szerződésben nem állapodnak meg. Nem válik továbbá a Szerződés tartalmává a biztosítási szektorban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás, akkor sem, ha a Szerződés azzal ellentétes kikötést nem tartalmaz, vagy arról nem rendelkezik.**

1.3. A biztosítási szolgáltatást a Biztosító a Szerződő és a Biztosító által kötött Szerződés alapján nyújtja.

1.4. A Szerződés részét képezi:

a) a jelen Biztosítási Feltételek,

b) az Ajánlat, amely

- a Mellékletből – mely tartalmazza különösen a biztosítotti csoportok felsorolását, a szerződés és a kockázatviselés kezdetét és végét, valamint a díjfizetéssel kapcsolatos adatokat – és az annak részét képező Biztosítotti Csatlakozási Nyilatkozatból,
- az Egyszerűsített egészségi nyilatkozatból, melyet a Biztosított tesz,
- az Adatvédelmi tájékoztató csoportos biztosításokhoz nevű dokumentumból,
- és az Adatközlőből áll,

c) továbbá a szerződés létrejöttét igazoló Kötvény.

2. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

2.1. Biztosító

Az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. (1091 Budapest, Üllői út 1.), amely a befizetett díj ellenében a Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási kockázatok bekövetkezése esetén a szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

2.2. Szerződő

Szerződő lehet bármely Magyarországon működő jogi személy, vagy egyéb gazdálkodó szervezet, amely az érdekkörébe tartozó természetes személyek számára a Biztosítóval a Szerződésben meghatározottak szerint csoportos biztosítást köt, és a díjfizetést teljesíti.

2.3. Biztosított

Biztosított az lehet, akit a Szerződő az Adatközlőben biztosításra jelöl, és **egyidejűleg** megfelel az alábbiaknak:

a) a Szerződéshez való **csatlakozáskor betöltötte a 16. életévét, de nem töltötte be a 60. életévét. Ha a Biztosított életkora a 18 évet nem éri el, akkor a Szerződés megkötéséhez a törvényes képviseletet gyakorló személy engedélye is szükséges.** Az életkor számítása úgy történik, hogy a csatlakozás évéből ki kell vonni a Biztosított születési évét.

b) jogviszonya illetve egyéb kapcsolata a Szerződővel az Ajánlaton részletezettek szerint fennáll,

c) a Biztosító a kockázat-elbírálás keretében rá nézve a kockázatot vállalja.

A Szerződés adott Biztosítottra vonatkozó teljes körű érvényességéhez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ezen hozzájárulását a Biztosított a Biztosítotti Nyilatkozat kitöltésével és annak sajátkezű aláírásával teszi meg.

2.4. Kedvezményezett

A Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatás igénybevételére minden esetben a Biztosított jogosult.

3. FOGALMAK, MEGHATÁROZÁSOK

3.1. Egészségügyi szolgáltató

A Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségügyi szolgáltatások nyújtására jogosult szolgáltató.

3.2. Ellátásszervező

Azon intézmény, amely szakértőket és orvosokat alkalmaz, akik segítségével a Biztosító egészségügyi szolgáltatásokat szervezhet a Biztosított részére.

3.3. Egészségügyi ellátás

Az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedéllyel végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amelynek célja a Biztosított egészségének megőrzése, a megbetegedések korai felismerése, megelőzése, megállapítása, gyógykezelése, beteg állapotának javítása, állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálata, kezelése, gondozása, ápolása, fájdalom csökkentése, továbbá a beteg jelen szerződés szerinti vizsgálati anyagainak feldolgozása.

3.4. Egészségügyi szakma

Egészségügyi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai (személyi és tárgyi) minimumfeltételekkel ellátható olyan egészségügyi szolgáltatások összessége, mely szerepel az egészségügyi szakmai kódjegyzékben.

3.5. Egészségügyi tevékenység

Az egészségügyi szolgáltatás részét képező minden tevékenység, kivéve azon tevékenységeket, amelyek végzéséhez nem szükséges egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy szakmai felügyelete.

3.6. Járóbeteg-ellátás

Betegség vagy baleset következtében szükségessé váló, szakorvos által végzett egyszeri vagy alkalomszerű egészségügyi ellátás.

3.7. Fekvőbeteg-ellátás

A páciens folyamatos egészségügyi ellátását végző orvos, kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, illetve a páciens jelentkezése alapján – a fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozó hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelő – fekvőbeteg-gyógyintézetben, kórházban – folyamatos benntartózkodás mellett vagy meghatározott napszakokban – nyújtott diagnosztikai, gyógykezelési célú egészségügyi szolgáltatás, illetve olyan egyszeri beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt – szükség esetén – a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított. Így fekvőbeteg-ellátásnak minősül a fekvőbeteg-gyógyintézetben, kórházban a páciensen diagnosztikai, gyógykezelési céllal végzett műtét (annak pre- és postoperativ szakaszaival együtt), különösen, ha a pácienst a neki nyújtandó egészségügyi ellátás céljából a fekvőbeteg-gyógyintézetbe, kórházba több napra szólóan vesznek fel. Az egészségügyi szolgáltató intézményébe való felvétel több napra szól, ha a páciens az intézménybe való felvétele, illetve elbocsátása napja között minden éjszakát az intézményben tölt egészségügyi ellátásával összefüggésben és az intézményből való elbocsátás későbbi napon történik, mint az intézménybe való felvétel.

3.8. Egészségügyi dokumentum, dokumentáció

Az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi személyzet tudomására jutó, a páciens kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó, a hatályos jogszabályok alapján és az egészségügyi, orvosszakmai előírások betartásával készített feljegyzés, nyilvántartás, vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától.

3.9. Kezelés

A páciens betegségével, sérülésével, egészségkárosodásával illetve egészségi állapotával kapcsolatos diagnosztikai, vizsgálati, terápiás eljárás, továbbá ezek keretében végzett beavatkozás, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás, melyet (szak)orvos(ok) nyújt(anak), mint kezelőorvos(ok).

3.10. Kezelőorvos

A páciens betegségével, sérülésével, egészségkárosodásával illetve egészségi állapotának felmérésével összefüggő diagnosztikai, vizsgálati, terápiás eljárást felállító, továbbá ezek keretében beavatkozást, egészségügyi ellátást vagy szolgáltatást nyújtó (szak)orvos, aki a páciens egészségi állapotáért, megfelelő egészségügyi ellátásáért felel.

3.11. Szolgáltatási limit

A Biztosító meghatározza, hogy egy jelen Biztosítási Feltételek szerinti szolgáltatás egy biztosítási esemény vonatkozásában mekkora keretösszegig vehetők igénybe.

3.12. Ambuláns műtét

Az ambuláns sebészi beavatkozás olyan járóbeteg-ellátás keretében végzett sebészeti beavatkozás, amely nem igényel kórházi ellátást.

4. A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, TARTAMA

4.1. Szerződés a Szerződő képviselője által aláírt Ajánlat valamennyi elemének a Biztosítóhoz való beérkezését követően, a Mellékletben meghatározott nap **0. órájával lép hatályba, feltéve, hogy az utóbb a Biztosító által is elfogadásra kerül**. A Szerződés hatálybalépésének napja az egy éves biztosítási időszak első napja.

4.2. A Szerződés határozott, 1 éves tartamra jön létre, amely automatikusan megújul, ha egyik fél sem jelzi a tartam vége előtt 30 nappal ettől eltérő szándékát.

4.3. **A Biztosított egyidejűleg csak egy Biztosítási Szerződéshez csatlakozhat. Amennyiben több Biztosítási Szerződés alapján kívánja igénybe venni a szolgáltatást, a Biztosító csak az először történt csatlakozás alapján nyújt szolgáltatást.**

5. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK KEZDETE, HATÁLYA

5.1. A Biztosító minden biztosításra jelölt személy esetében kockázat-elbírálást végez az erre a célra kialakított Biztosítotti nyilatkozat biztosításra jelölt személy általi kitöltése formájában. A kockázat-elbírálás eredményeként – amennyiben a biztosításra jelölt személy a Biztosítotti nyilatkozaton feltett kérdések bármelyikére igennel válaszol – a Biztosító az adott biztosításra jelölt személy vonatkozásában a kockázatot nem vállalja. Ebben az esetben a biztosításra jelölt személy nem válik biztosítottá.

5.2. Azon Biztosítottak esetében, akikre vonatkozóan a Biztosító a kockázat-elbírálás eredményeképpen a kockázatot vállalja, a Biztosító kockázatba állása az 5.3. vagy 5.4. pontban meghatározottak szerint történik.

5.3. A Szerződés megkötésekor biztosítottá válik az a személy,

- akiket a Szerződő biztosításra jelölt,
- akik a Szerződés megkötésekor megfelelnek a 2.3. pontban foglaltaknak,
- és akiket a Biztosító az 5.1. pont alapján nem utasít el.

5.4. **A Szerződés hatályba lépését követően biztosításra jelölt személy az azt követő hónap 1. napjának 0. órájától válik biztosítottá, amikor a Szerződő őt a Biztosítotti Nyilatkozatnak és az Adatközlő rá vonatkozó kiegészítésének a Biztosítóhoz történő eljuttatásával biztosításra jelöli, a Biztosító e jelölést bizonyíthatóan kézhez is veszi, és ha rá nézve a 2.3. pontban foglalt feltételek teljesülnek, feltéve, hogy az 5.1. pont szerint a Biztosító a kockázat vállalását nem tagadja meg.**

5.5. A Biztosító adott Biztosítottra 1 hónap várakozási időt határoz meg az 5.3. vagy 5.4 pontban meghatározott dátumtól minden szolgáltatás vonatkozásában. **A várakozási idő alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn.**

5.6. A biztosítás a Magyarországon bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, azonban a biztosítási eseményeket kiváltó ok a Föld bármely országában bekövetkezhet. A biztosítás a nap 24 órájára kiterjed.

6. A SZERZŐDÉS ÉS A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK MEGSZŰNÉSE

6.1. **A Szerződés megszűnik:**

a) díjnemfizetés esetén a 7.4. pontban foglaltak szerint,

b) ha a Szerződő vagy a Biztosító jogutód nélkül megszűnik, úgy a jogutód nélküli megszűnés időpontjával,

c) a határozott tartam lejártával, figyelemmel a 4.2. pontban foglaltakra.

6.2. **Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik az alábbi esetekben:**

a) ha a 6.1. pontban szereplő megszűnési ok bármelyike bekövetkezik, és a Szerződővel kötött szerződés megszűnik;

b) ha a Biztosítottra vonatkozóan a 2.3. pont alatt definiált feltételek bármelyike már nem áll fenn, úgy a feltétel megszűnése hónapjának utolsó napján 24:00 órakor,

c) ha a Biztosított már nem tartozik egyik biztosításra jogosító csoportba sem, úgy a csoportokba tartozás megszűnése hónapjának utolsó napján 24:00 órakor,

d) a Biztosított halálával a halál bekövetkezése hónapjának utolsó napján 24:00 órakor.

7. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ, A DÍJ MÓDOSÍTÁSÁNAK LEHETŐSÉGE

7.1. A csoportos biztosítás díja a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melyet a **Szerződő havi gyakorisággal fizet meg a Biztosítónak**.

7.2. **Az első díj a Mellékletben meghatározott napon esedékes, a folytatólagos díjak pedig minden hónap első napján esedékesek.**

7.3. A csoportos biztosítás díját az összes Biztosítottra vonatkozóan – a díj esedékességének megfelelően – egyösszegben kell megfizetni. Amennyiben a Szerződő a biztosítás érvényes díjánál kevesebbet fizet, úgy a díj nemfizetés esetére vonatkozó szabályok lépnek életbe (7.4. pont).

7.4. Ha a Szerződő a csoportos biztosítás érvényes díját az esedékesség napjáig nem egyenlíti ki, úgy a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a Szerződőt a felszólítás **elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a díjfizetés teljesítésre írásban felhívja. Amennyiben a Szerződő az elmaradt díjat ezen idő alatt sem fizeti meg, és a biztosító a követelését bírósági úton nem érvényesíti vagy a felek halasztásban sem állapodnak meg, úgy a Szerződés az első elmaradt esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.**

7.5. Amennyiben a Biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, úgy az adott biztosítási időszakra járó esetlegesen elmaradt díjat a Biztosítónak jogában áll a kifizetésre kerülő szolgáltatás(ok) összegéből levonni.

7.6. A Biztosító a teljes biztosítási tartamra járó díjat az első évben bírósági úton érvényesítheti. Ezt követően csak akkor élhet e jogával, ha abban az évben a szerződő fél a díjfizetést már megkezdte vagy a díjfizetés halasztásában állapodtak meg.

7.7. **Ha a Biztosított elhalálozása miatt szűnik meg a Biztosító kockázatviselése, a Biztosító az elhalálozás hónapjának utolsó napjáig jogosult a Biztosítottra vonatkozó biztosítási díjra.** Ezt követő időszakra befolyt biztosítási díjakat a Biztosító visszautalja a Szerződőnek. Az elhalálozás bejelentésének elmaradásából adódó vitás kérdéseket a Biztosított örököse(i) a Biztosítóval közvetlenül rendezik.

7.8. **Biztosító a biztosítási díj mértékének vagy egyéb fizetési feltételeinek változásáról, mely az adott Biztosítási Szerződés kárainak alakulásától és az egészségügyi szolgáltatások piaci árának változásától függően lehetséges, az évforduló előtt 60 nappal értesíti a Szerződőt. A Szerződő legkésőbb az évforduló előtt 30 nappal nyilatkozik a Biztosító felé, hogy a díjváltozást elfogadja-e.** Amennyiben a Szerződő a díjmódosítást nem fogadja el, a jelen Biztosítási Feltételekkel létrejött Szerződést legkésőbb az évforduló előtt 30 nappal a Felek közös megegyezéssel felmondhatják.

7.9. Amennyiben a Szerződő a díjat – díjátvételre biztosítói meghatalmazással rendelkező – többes ügynöknek fizette – legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon – a biztosító számlájára vagy pénztárába beérkezettnek kell tekinteni, a szerződő fél azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

8. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA, A SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBE VÉTELE

8.1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a gyógyulása céljából a kockázatviselés tartama alatt elvégzett, orvosi dokumentumokkal, zárójelentéssel igazolt, és a Biztosító által elismert, orvosszakmai szempontok szerint (ésszerű időn belül) ütemezett, az egészségi állapot kockázata nélkül halasztható (továbbiakban: **elektív) műtéte**.

8.2. A Biztosító szolgáltatása

8.2.1. A Biztosító vállalja, hogy a biztosítási eseményhez kapcsolódóan Ellátásszervező partnere bevonásával a Biztosított gyógyulása érdekében szükségessé váló műtétet és azt megelőző kivizsgálásokat, valamint a műtétet követő utógondozását megszervezi és az alábbiakban részletezettek szerint megtéríti:

A szolgáltatás megszervezésének részletes feltétele

Amennyiben a Biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt megbetegszik, és

- a Biztosított rendelkezésére áll releváns szakorvos által a jogszabályoknak megfelelő formában kiállított és **műtéti indikációt tartalmazó diagnózis vagy javaslat**,
- és ezen diagnózis birtokában a **Biztosított az Ellátásszervezőt felkeresi**,
- valamint az Ellátásszervező által bevont egészségügyi szolgáltató, illetve szakorvos által a Biztosított egészségi problémájának kivizsgálása és a Biztosított által az Ellátásszervező rendelkezésére bocsátott előzetes szakvéleményben szereplő **diagnózisának validációja megtörténik**,

akkor az Ellátásszervező **megszervezi a Biztosított fekvőbeteg-ellátás keretében történő műtétjét és ahhoz kapcsolódó egyéb egészségügyi ellátását**.

A Biztosító a fenti eseményt az alábbi feltételek szerint téríti:

- Amennyiben **a biztosítási esemény bekövetkezik**, a Biztosító – a jelen Biztosítási Feltételek 8.4. pontjában részletezett **limitek figyelembe vételével, a limit erejéig** – **a biztosítási esemény bekövetkezés után, a biztosítási esemény elszámolásával egyidejűleg, a Biztosított nevére kiállított számla ellenében megtéríti** a Biztosított részére a biztosítási eseménnyel összefüggésben álló és **az Ellátásszervező által szervezett, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőző 90 naptári napon belül elvégzett** előzetes vizsgálatokat, szakorvosi konzultációkat, labor- és diagnosztikai vizsgálatokat, melyeket a Biztosított előfinanszírozott.
- Amennyiben a **biztosítási esemény nem következik be, a Biztosító nem köteles téríteni a fenti vizsgálatokat**.
- A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító – a jelent Biztosítási Feltételek 8.4. pontjában részletezett **limitek figyelembe vételével, a limit erejéig** – az Ellátásszervező által szervezett szakorvosi konzultáció keretében felmerült első műtéti indikációtól számítva **a szakmai protokollok szerinti határidőn**, de (esetleges egyéb, a Biztosítottnak nem felróható, egészségügyi okból bekövetkező meghiúsulás kivételével) **maximum 90 naptári napon belül elvégzésre kerülő műtéthez** közvetlenül kapcsolódó, a Biztosított kórházi betegfelvételétől

az elbocsátásáig, illetve a zárójelentés kiadásáig felmerülő egészségügyi és egyéb szolgáltatások (műtéti beavatkozás, implantátum és egyéb anyagköltségek, humán erőforrás költségek, labor- és egyéb diagnosztikai költségek, kórházi elhelyezéssel kapcsolatos szállás és étkezési költségek, ápolás, korai rehabilitáció, gyógyszerelés, esetleges egyéb vizsgálatok, komplikációk, szövődmények kezelése) költségét a biztosításiesemény elszámolásával egyidejűleg fizeti ki az egészségügyi szolgáltató felé.

- Az orvos-szakmai protokollok alapján egy biztosítási esemény kapcsán adott esetben több műtét elvégzése is indokolt, illetve szükséges lehet, mely esetben a Biztosító egynél több műtétet is finanszíroz a szakmai protokollok szerinti ütemezés szerint és a jelen Biztosítási Feltételek 8.4. pontjában részletezett **limitek figyelembe vételével, a limit erejéig**.
- A biztosítás által fedezett műtét során bekövetkező komplikációk és szövődmények műtéti kezelését, helyreállítását a Biztosító a jelen Biztosítási Feltételek 8.4. pontjában részletezett **limitek figyelembe vételével, a limit erejéig** téríti, mely esetben a limit az **alap biztosítási eseményre és az azzal összefüggő komplikációk és szövődmények kezelése céljából bekövetkező műtétekre együttesen vonatkozik**.
- A 8.4. pontban részletezett **limiteket meghaladó összegről** az egészségügyi szolgáltató a Biztosított nevére állít ki számlát, melyet a Biztosított az intézmény elhagyásakor **maga köteles megfizetni**.
- A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító – a jelen Biztosítási Feltételek 8.4. pontjában részletezett **limitek figyelembe vételével, a limit erejéig** – a zárójelentés kiadásától számított legfeljebb 30 naptári napon belül bekövetkező első szakorvosi kontrollt, diagnosztikai vizsgálatot és az esetleges varratszedést a biztosítási esemény elszámolásával egyidejűleg a Biztosított nevére kiállított számla ellenében megtéríti a Biztosított részére.

8.2.2. **A Biztosító nem téríti az alábbi egészségügyi ellátásokat:**

- biztosítási eseményhez nem kapcsolódó orvosi vizsgálatok és egyéb kezelések,
- biztosítási eseményhez nem kapcsolódó betegségek gyógyszerelése,
- nem műtéti jellegű onkológiai kezelések,
- orvosi műhiba esetén szükséges korrekciós vagy/és egyéb műtétek, kezelések,
- műtét utáni járóbeteg-ellátás a 8.2.1. pontban felsoroltakon kívül,
- betegszállítás,
- egészségügyi dokumentációk másolása, fordítása,
- olyan ellátások, melyeket nem az Ellátásszervező szervezett meg vagy írt elő.

8.2.3. **Szolgáltatás igénybevétele**

- Az Ellátásszervező és a Biztosított közötti kommunikáció az Ellátásszervező által üzemeltetett (+36) 1-700-1875 telefonszámon, illetve a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozás után a Biztosított számára megküldött linkre való kattintással aktivált www.smarthumed.hu/aegonhospital műtéti igénybejelentő felületen keresztül történik (pl. levelezés, adatfeltöltés, stb.).
- A Biztosított a fenti műtéti igénybejelentő felületen 24 órában jelentheti be a szolgáltatásra vonatkozó igényét és munkanapokon 8–18 óra között a fenti telefonszámon felteheti kérdéseit.
- A fenti műtéti igénybejelentő felületen keresztül az Ellátásszervező bekéri a saját orvosa és/vagy az egészségügyi szolgáltató partnerének orvosa által meghatározott, az előminősítéshez szükséges szakorvosi diagnózist, kórházi zárójelentést, laboratóriumi és egyéb vizsgálati eredményeket, szövetmintákat, és egyéb egészségügyi információkat, majd a teljeskörű információk megléte után 48 órán belül tájékoztatást ad a Biztosítottnak a szolgáltatásról.
- A Biztosított a szükséges dokumentumok kitöltésével, az elérhető egészségügyi információk Ellátásszervező részére történő rendelkezésre bocsátásával kezdeményezi a szolgáltatás igénybevételét, valamint felhatalmazza az Ellátásszervezőt a szolgáltatás előkészítésével, lebonyolításával kapcsolatos feladatok ellátására.
- Az Ellátásszervező ellenőrzi a Biztosított szolgáltatásra való jogosultságát, majd szükség esetén 15 munkanapon belül javaslatot tesz a további validációs célú személyes szakorvosi konzultációra, illetve esetleges egyéb vizsgálatokra.
- Az Ellátásszervező által delegált betegút-menedzser a személyes szakorvosi konzultációt követő 15 munkanapon belül javaslatot tesz a műtét elvégzésére vonatkozóan (szolgáltató, szakorvos, időpont és egyéb feltételek), majd a feltételek ügyfél által történő elfogadása esetén megszervezi azt.
- Az első műtéti javaslat Biztosított által történő visszautasítása esetén a szolgáltatói erőforrásoktól függően lehetséges legkorábbi időpontban alternatív javaslat kerül kidolgozásra.
- Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során az Ellátásszervező által delegált betegút-menedzser folyamatosan támogatja a szolgáltatási folyamatot, a Biztosított egészségügyi szolgáltatással kapcsolatosan felmerülő kérdéseire válaszol, a szolgáltatással kapcsolatos problémáinak megoldását elősegíti, valamint a szolgáltatáshoz kapcsolódóan lebonyolítja a Biztosító és az egészségügyi szolgáltató közötti adminisztrációt.

8.2.4. **Szolgáltatás igénybevételének egyéb feltételei**

- A szolgáltatás iránti igény Biztosított általi bejelentése nem jelenti az Ellátásszervező azonnali rendelkezésre állását.
- A Biztosított által leadásra kerülő egészségügyi dokumentációk előminősítésébe, illetve a szakorvosi konzultációba bevont orvosok kiválasztásában az Ellátásszervező dönt.
- A biztosítási esemény bekövetkezésének előfeltételeként szükséges előminősítés, illetve szakorvosi konzultáció eredményétől függően, amennyiben a biztosítási esemény orvosilag nem megalapozott, vagy egyéb ellenjavallatok merülnek fel, akkor az Ellátásszervező a szolgáltatás nyújtását megtagadhatja.

- A Biztosító és az Ellátásszervező nem felel a megszervezett szolgáltatás során végzett konkrét szakmai munkáért, az egészségügyi ellátás során a szolgáltató intézmények által végzett tevékenységért és okozott esetleges kárért közvetlenül az egészségügyi szolgáltató tartozik felelősséggel.

8.2.5. **Szolgáltatási limitek**

A Biztosító egy biztosítási esemény kapcsán és/vagy egy biztosítási év folyamán maximum 3 000 000 Ft értékben teljesít szolgáltatást, melyből a biztosítási eseménnyel összefüggő, azt megelőző vagy követő, a 8.2.1. pontban részletezett kiegészítő vizsgálatok és konzultációk ára az alábbi táblázat szerint maximalizálásra kerül:

Műtét költsége		Kiegészítő vizsgálatok és konzultációk biztosítás által térített költsége maximum	
Alsó határ	Felső határ	Műtét teljes költségének	Maximum
100 000 Ft	200 000 Ft	20%	40 000 Ft
200 001 Ft	500 000 Ft	15%	75 000 Ft
500 001 Ft	1 000 000 Ft	10%	100 000 Ft
1 000 001 Ft	2 000 000 Ft	7%	140 000 Ft
2 000 001 Ft	3 000 000 Ft	5%	150 000 Ft

9. KIZÁRÁSOK

9.1. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek ok-okozati összefüggésben vannak a Biztosított alábbiakban meghatározott sporttevékenységével:**

- **Autómotor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rali, motocross, ügyességi versenyek gépkocsival, gokart sport, autocrash (roncsautó) sport, motorcsónak sport.**
- **Repülőtevékenység: motoros, segédmotoros, illetve motor nélküli légijármű, ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, gumikötél ugrás, mezőgazdasági repülés.**
- **Egyéb: búvárkodás, nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, illetve sziklamászás, barlangászat.**

9.2. **Háborús kockázat, zavargások, felkelések esetén a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll az alábbi eseményekben történő aktív vagy passzív részvétellel:**

- **háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határvillongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás, terrorcselekmény, felvonulás, sztrájk, munkahelyi rendbontás,**
- **felkelésben, lázadásban, vagy zavargásban való részvétel, kivéve ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelességteljesítés közben kerül sor.**

Jelen Biztosítási Feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

9.3. **Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre sem, amelyek oka részben vagy egészben az adott Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már fennálló, a Biztosított által tudott betegsége, egészségi állapota, valamint megállapított maradandó egészségkárosodása. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.**

9.4. **Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése a fentieken túl az alábbiakban felsoroltakra:**

- **Ambuláns műtétek.**
- **Sürgősségi vagy akut (nem elektív) ellátás.**
- **Traumatológiai ellátás.**
- **Veleszületett betegségek kezelése kapcsán felmerülő műtéti beavatkozások.**
- **Szervtranszplantáció.**
- **Koronária intervenciók, egyéb szív- és aortaműtétek.**
- **Nyelőcső-, hasnyálmirigy- és májdaganatok műtétei.**
- **Szülészeti esemény, terhesség-megszakítás, meddőség kezelése.**
- **Kóros elhízás kezelését célzó műtéti beavatkozások (pl. gyomorszűkítő műtétek).**
- **Esztétikai és plasztikai sebészeti beavatkozások, valamint az ilyen beavatkozások által szükségessé tett korrekciós vagy helyreállító műtétek.**
- **Fogászati beavatkozások.**
- **Nemi átalakító vagy helyreállító műtétek.**

- **Az egészségügyi szolgáltató, illetve kezelőorvos felelősségi körébe tartozó műhiba bekövetkezése esetében elvégzendő egyéb műtéti beavatkozások.**
- **Bármely műtéti beavatkozás, mely a jelen Biztosítási Feltételekkel létrejött Szerződés hatályba lépésekor magánellátás keretében nem (volt) elérhető.**

10. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha a biztosítási esemény az alábbi körülményekkel összefüggésben következett be:

- **elme és pszichiátriai kóros állapot,**
- **a Biztosított által (szándékosan) elkövetett bűncselekmény,**
- **a jogszabály szerint ionizáló vagy annak minősülő sugárzás, nukleáris energia,**
- **a Biztosított öngyilkossági kísérletének következtében bekövetkező biztosítási események a biztosítási tartam egészében,**
- **a Biztosított jogellenes, szándékosan elkövetett vagy súlyosan gondatlan magatartása, így különösen a súlyosan ittas (0,8 ezrelék véralkoholszintet elérő vagy azt meghaladó) vagy kábítószer alkalmazásának hatása alatti állapot.**

Amennyiben a biztosításra jelölt személy a kockázat-elbírálás során a Biztosító fedezetvállalása szempontjából lényeges körülményt elhallgat, vagy hamisan közöl (közlési kötelezettséget sért), a Biztosító a szolgáltatást a hamisan közölt vagy elhallgatott tényekkel összefüggésben álló szolgáltatási igényekkel kapcsolatban megtagadhatja.

11. MARADÉKJOGOK

A Csoportos Biztosítási szerződés maradékjogokkal nem rendelkezik, így nem vonatkozik rá a visszavásárlási jog és a díjmentes leszállítási joga, továbbá nincs lehetőség kötvénykölcsön felvételére sem.

12. TÖBBLETHOZAM VISSZATÉRÍTÉS

A Csoportos Biztosítási szerződés többlethozam visszatérítésben nem részesedik.

13. A BIZTOSÍTÁS ELÉVÜLÉSE

A Csoportos Biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított két éven belül elévülnek.

14. FELEK KÖZÖTTI JOGVITÁK

A szerződő Felek a közöttük felmerülő jogvitákat megkísérelik peren kívüli eljárás során megállapodással rendezni. Ennek sikertelensége esetén a Felek bármelyike a jogvita eldöntése céljából a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat.

15. AZ ALKALMAZOTT JOG

A szerződés tekintetében a **magyar jogrend az irányadó, az alkalmazandó jog a magyar.**

16. A PÉNZMOSÁS ÉS A TERRORIZMUS FINANSZÍROZÁSÁNAK MEGELŐZÉSE ÉS MEGAKADÁLYOZÁSA

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben foglaltak értelmében kötelező az ügyfél-átvilágítás a jogszabályban meghatározott esetekben, így különösen a szerződéses kapcsolat keletkezésénél és a szolgáltatás igénybevételekor, illetve a 3,6 millió forintot elérő vagy meghaladó összegű ügyleti megbízás teljesítése esetén. A Szerződő az azonosítás során büntetőjogi felelőssége tudatában köteles valós adatokat szolgáltatni és a szerződéses kapcsolat fennállása alatt a megadott adatokban bekövetkezett változásokat köteles 5 munkanapon belül bejelenteni a Biztosítónak.

17. BIZTOSÍTÁSI TITOK

17.1. **A Biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek.** Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

17.2. **A 17.1. pontban meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést Biztosító vagy viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.**

17.3. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

17.4. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a Biztosító a 17.1. pontban meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

17.5. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

a) a Biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,

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

c) a biztosító vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.

17.6. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége

17.6.1. a) **A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn**

aa) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,

ab) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,

ac) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,

ad) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,

ae) a b) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,

af) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,

ag) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,

ah) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

ai) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,

aj) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,

ak) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,

al) a törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével,

am) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,

an) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,

ao) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,

ap) 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,

aq) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,

ar) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,

as) a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel,

at) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,

szemben, ha az aa)–aj), an), as) és at) pontban megjelölt szerv vagy személy adatkéréssel, illetve 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 ap)–ar) 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.

b) Az a) bekezdés ae) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

c) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a Biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját és az adatkérés célját.

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

e) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

f) A Biztosító vagy a viszontbiztosító az a) és h) bekezdésekben, a 17.5., a 17.6. és a 17.7. a)-b) pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

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

h) A Biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

   ha) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

   hb) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer 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.

i) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a Biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

j) Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

k) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Hpt. 164/B. § szerinti adattovábbítás.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn továbbá abban az esetben, ha

l) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,

m) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a biztosító vagy a viszontbiztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmusfinanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.

17.7. A biztosítási titok sérelme

a) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító és a viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:

   aa) ha a Biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy

   ab) ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.

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

Nem jelenti továbbá a biztosítási titok sérelmét

c) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,

d) 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,

e) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,

f) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

g) A c)–f) pontokban meghatározott adatok átadását a Biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

17.8. Adatkezelés, adattovábbítás, adatszolgáltatás

a) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a különleges adatnak vagy bűnügyi személyes adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.

b) A Biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 17.5. a) bekezdés ab), af) és aj) pontjai, illetve a 17.6. g) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.

c) A Biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

d) A Biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

e) A Biztosító és a viszontbiztosító 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.

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

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

h) Biztosító és a viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a Biztosító és a viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.

i) Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó – az Infotv.-ben meghatározott – adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

j) Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk.-ban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

k) Szerződéses kikötés üzleti partnerek kapcsolattartóinak illetve képviselőinek kezelésére

Szerződő felek rögzítik, hogy a jelen Szerződés megkötése és teljesítése során a jelen Szerződéssel összefüggésben az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. részére a Szerződő fél részéről ez utóbbi fél természetes személy képviselőinek és kapcsolattartóinak (illetőleg ha a szerződő fél egyéni vállalkozó, magának a szerződő félnek) személyes adatai kerülnek továbbításra. Ezen adatok tekintetében az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. adatkezelőként jár el.

Szerződő fél a jelen Szerződés aláírásával feltétel nélkül és visszavonhatatlanul kötelezettséget vállal arra, hogy a Szerződéshez csatolt Adatkezelési Tájékoztatót a szerződés megkötése és teljesítése során részéről és nevében képviselőként és kapcsolattartóként eljáró természetes személyekkel igazolható módon közli. Ha a szerződő fél egyéni vállalkozó, a Szerződést a csatolt Adatkezelési Tájékoztató megismerése után írja alá, amely megismerést a Tájékoztatón elhelyezett aláírásával igazol.

A jelen pontban foglalt kötelezettsége nem teljesítéséből vagy késedelmes teljesítéséből eredő következményért Szerződő fél teljes kártérítési felelősséggel tartozik, az ezzel összefüggésben az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.-vel szemben támasztott igény, követelés alól az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.-t teljes körűen mentesíti és az ilyen igényért, követelésért harmadik személlyel szemben helytáll. Szerződő fél kifejezetten kijelenti, hogy jelen kötelezettsége kiterjed a fentiekkel összefüggésben bármely eljáró hatóság – ide értve a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságot, illetőleg más adatvédelmi hatóságot –, bíróság, vagy más harmadik személy által az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.-re kiszabásra kerülő bírság vagy bírság jellegű szankció Szerződő fél által az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. számára történő maradéktalan megtérítésére.

17.9. A veszélyközösség védelme érdekében:

A Biztosító (e pont alkalmazásában: megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a Szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és Szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az e Biztosító által – a 17. fejezetben meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a paragrafusban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási Szerződésben rögzítésre került.

17.10. Az Ajánlat és Biztosítotti Nyilatkozat aláírásával a Szerződő és a Biztosított felmenti az orvosi titoktartás alól egyrészt a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, másrészt a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon – az egészségi állapottal, fennálló és korábbi betegségekkel, balesetekkel, esetleges halál bekövetkeztével összefüggő – adatoknak a Biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a Biztosító számára a kockázat vagy a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek.

17.11. Ha a Szerződő/Biztosított a biztosítási Szerződés szempontjából lényeges körülmények vonatkozásában a titoktartási kötelezettség alól a kezelőorvosokat nem menti fel, de a Szerződés létrejött, úgy a Biztosító annyiban mentesül a fizetési kötelezettség alól, amennyiben emiatt a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

17.12. A Szerződésre a hatályos Személyi jövedelemadóról (továbbiakban: Szja) szóló törvény, és az Adózás rendjéről szóló törvény (továbbiakban: Art) megfelelő rendelkezései érvényesek. Ha a Szerződő az Art. szerint kifizetőnek minősül, akkor – az előbbi két jogszabályon kívül – a Szerződésre mindazon anyagi jogszabályok (pl. társadalombiztosítási járulékról, egészségügyi hozzájárulásról, foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló törvény, stb.) érvényesek, amelyek érintik a biztosítási jogviszonyból származó jövedelem közteherviselési kötelezettségét. A Biztosító a Szerződés szabályzatának átadásakor aktuális adózási tájékoztatót is átad a Szerződőnek.

17.13. Jelen Szerződésre a magyar jog érvényes és a Szerződés nyelve a magyar.

18. A BIZTOSÍTÓ ADATAI

a) Cégadatok

Biztosító neve:	Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.
Biztosító rövidített neve:	Aegon Magyarország Zrt.
Társasági formája:	Zártkörűen működő Részvénytársaság

A Biztosítót a Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság a 01-10-041365 szám alatt tartja nyilván.

Adószám:	10389395-4-44
Biztosító székhelye és címe:	1091 Budapest, Üllői út 1.
Székhelyének állama:	Magyarország
Felügyeleti szerve:	Magyar Nemzeti Bank, 1054 Budapest, Szabadság tér 9.

b) Ügyfélszolgálat

Telefonszám:	(+36) 1-477-4800
Elektronikus elérhetőség:	http://www.aegon.hu/irjonnekunk

A személyes ügyfélszolgálati irodák listája megtekinthető: www.aegon.hu/ugyintezes/kiemelt-ugyfelszolgalati-irodak.html

c) A Biztosító köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről. A jelentés kötelező tartalma a Biztosító honlapján (www.aegon.hu) először 2017-ben tekinthető meg a 2016-os évre vonatkozóan.

19. PANASZKEZELÉS

A biztosító biztosítja, hogy az ügyfél és a fogyasztói érdekképviseleti szervek (a továbbiakban együtt e pont alkalmazásában: ügyfél) a Biztosító, a megbízásából eljáró ügynök, vagy – adott termék kapcsán – az általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban vagy írásban az alábbiakban foglaltak szerint közölhesse.

A biztosító „Panaszkezelési szabályzata" elérhető és megtekinthető ügyfélszolgálati irodában, illetve a biztosító honlapján: https://www.aegon.hu/ugyintezes/panaszkezelesi-szabalyzat.html

19.1. A Panaszok bejelentésére biztosított lehetőségek

Ügyfeleink szóbeli panaszaikat személyesen vagy telefonon tehetik meg:

a) személyesen: valamennyi, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségben

- **Központi Ügyfélszolgálati Iroda**, székhely: 1091 Budapest Üllői út 1. (levelezési cím: 1813 Budapest, Pf. 245)
  Nyitvatartás: hétfő, kedd, szerda és péntek 8.00–16.00, csütörtök 8.00–20.00,
- **Értékesítési pontok**, cím lista: https://www.aegon.hu/ugyintezes/ertekesitesi-pontok.html, a linken feltüntetett nyitvatartási időben.

b) telefonon: (+36) 1-477-4800, külföldről is hívható telefonszámon, csütörtökön 7.00 és 19.00 óra között, a hét többi munkanapján 8.00 és 16.00 óra között.

Ügyfeleink írásbeli panaszaikat az alábbi csatornákon tehetik meg:

a) személyesen vagy más személy által az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján,

- **Központi Ügyfélszolgálati Iroda**, székhely: 1091 Budapest Üllői út 1. (levelezési cím: 1813 Budapest, Pf. 245)
  Nyitvatartás: hétfő, kedd, szerda és péntek 8.00–16.00, csütörtök 8.00–20.00
- **Értékesítési pontok**, cím lista: https://www.aegon.hu/ugyintezes/ertekesitesi-pontok.html, a linken feltüntetett nyitvatartási időben.

b) postai úton: Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. Központi Panasziroda, 1813 Budapest, Pf. 245,

c) telefaxon: (+36) 1-476-5791,

d) elektronikus úton a https://www.aegon.hu/aegon-panaszbejelentes linken elhelyezett on-line panaszbejelentőn vagy a panasz@aegon.hu e-mail címen,

e) adatkezelési ügyekben elektronikusan a https://www.aegon.hu/adatbiztonsag oldalon vagy az adatvedelem@aegon.hu e-mail címen.

20. JOGORVOSLATI LEHETŐSÉG

A panasz teljes vagy részleges elutasítása vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén az ügyfél az alábbi jogorvoslati fórumokhoz fordulhat.

20.1. A fogyasztónak minősülő ügyfelek* részére nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

Az ügyfél a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén a Pénzügyi Békéltető Testülethez, vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

* Fogyasztón az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személyt kell érteni.

Pénzügyi Békéltető Testület

Székhely: Magyar Nemzeti Bank, 1054 Budapest, Szabadság tér 9.
Levelezési cím: Pénzügyi Békéltető Testület, 1525 Budapest, Pf. 172
Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Telefon: (+36) 80-203-776
E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu

Bővebben a https://www.mnb.hu/bekeltetes honlapon kaphat tájékoztatást.

Tájékoztatjuk, hogy az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. a Pénzügyi Békéltető Testület előtt általános alávetési nyilatkozatot nem tett.

Amennyiben Biztosító alávetési nyilatkozatot nem tett, de az ügyfél kérelme megalapozott és a fogyasztónak minősülő ügyfél érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg az egymillió forintot, akkor a PBT kötelezést tartalmazó határozatot hozhat.

Bíróság

Az ügyfél panaszának a biztosítóhoz történő benyújtását követően jogorvoslatért az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat (www.birosag.hu).

A fogyasztó a biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó – a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény alapján – a fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése (vagy annak vélelmezése) esetén, fogyasztóvédelmi ellenőrzési eljárást kezdeményezhet a Magyar Nemzeti Banknál.

Magyar Nemzeti Bank – Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ

Székhely: Magyar Nemzeti Bank, 1054 Budapest, Szabadság tér 9.
Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Pf. 777
Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Telefon: (+36) 80-203-776
E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu

Bővebben a www.mnb.hu/fogyasztovedelem honlapon kaphat tájékoztatást.

A fogyasztónak minősülő ügyfél a Pénzügyi Békéltető Testület, illetve a Fogyasztóvédelmi eljárás alapjául szolgáló „Kérelem" nyomtatvány megküldését igényelheti.

Az igénylés módja: telefonon: (+36) 1-477-4800; postai úton: 9401 Sopron, Pf. 22; e-mailen: panasz@aegon.hu

A biztosító a nyomtatványt igazolható módon, költségmentesen az ügyfél kérésének megfelelően e-mailen vagy postai úton küldi ki. A biztosító a nyomtatványokat elérhetővé teszi a honlapján, a www.aegon.hu weboldalon és az ügyfelek számára nyitva álló helyiségeiben is.

Online vitarendezési platform

Az Európai Unióban tartózkodási hellyel rendelkező fogyasztók és az Európai Unióban letelepedett szolgáltatók közötti, online szolgáltatási szerződésekből eredő kötelezettségekkel kapcsolatban felmerülő jogviták, így az online megkötött szerződésekkel összefüggő pénzügyi fogyasztói jogviták bírósági eljáráson kívüli rendezésére szolgáló platform.

A fogyasztó online vitarendezési platformon keresztül online kezdeményezheti a jogvita bírósági eljáráson kívüli rendezését a közösen megválasztott vitarendezési fórumnál. Magyarországon a pénzügyi fogyasztói jogviták rendezésére a Pénzügyi Békéltető Testület jogosult.

Az online vitarendezési platform honlapja: **http://ec.europa.eu/odr**

20.2. Fogyasztónak nem minősülő ügyfelek számára nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

A fogyasztónak nem minősülő ügyfél, panaszának a biztosítóhoz történő benyújtását követően jogorvoslatért az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat (www.birosag.hu).

20.3. A biztosító adatkezelését érintő panaszok esetén nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

A biztosító adatkezelését érintő adatvédelmi panasz esetén, amennyiben az ügyfél a biztosító adatkezeléssel összefüggő panaszra adott válaszával nem ért egyet, 30 napon belül bírósághoz, illetve ha a panasz adatkezeléssel összefüggő tájékoztatás, helyesbítés, zárolás vagy törlés biztosító általi megtagadásával függ össze, a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz is fordulhat.

Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság

Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11.
Levelezési cím: 1363 Budapest, Pf. 9
Telefon: (+36) 1-391-1400
E-mail cím: ugyfelszolgalat@naih.hu

Bővebben a www.naih.hu honlapon kaphat tájékoztatást.

A biztosítás szerződéses feltételeiben nem szabályozott kérdésekben a Ptk. és a magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak.

Felhívjuk figyelmét, hogy jelen tájékoztató nem helyettesíti azt a tájékoztatást, amelyet a biztosító a rá irányadó szakmai rendelkezések alapján köteles teljesíteni.