



KÜLFÖLDIEK SZEMÉLYI SEGÍTSÉGNYÚJTÁSA ÉS EGÉSZSÉGÜGYI BIZTOSÍTÁSA

BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

ATLASZ ASSISTANCE HUNGARY ÉS ATLASZ ASSISTANCE
EU MÓDOZATOK ÉRVÉNYES: 2024.09.30-ÁTÓL

COLONNADE 
A FAIRFAX COMPANY



Biztosítási termékismertető (IPID)	3
1. Útmutató a Biztosítási feltételek és Ügyfélértékoztatáshoz.....	5
2. Szolgáltatási táblázat	6
3. Fogalmak	7
4. A biztosítás főbb jellemzői	10
5. Kiegészítő feltételek – Mire terjedhet ki a biztosítás?	15
"A" szakasz - Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás	15
"B" szakasz - Egyéb utazási segítségnyújtás.....	17
"C" szakasz - Személyi segítségnyújtás	17
6. Általános kizárások	18
7. Kárrendezéshez szükséges dokumentumokról és egyéb bizonyítási eszközökről	20
8. Tájékoztatás a biztosítási titok kezeléséről	22
9. Panaszkezelés és jogviták rendezése	27
10. Személyes adatok kezelésével kapcsolatos tájékoztatás	28

A termékre vonatkozó teljes körű tájékoztatás a részletes Biztosítási feltételek és Ügyféltájékoztatóban érhető el.
Szabályzat száma: HU – LAK – AA - 240930

Milyen típusú biztosításról van szó?

A Colonnade Assistance Hungary és EU egy olyan biztosítás, amely külföldi állampolgároknak magyarországi és európai uniós tartózkodására nyújt baleset és betegség biztosítást.



Mire terjed ki a biztosítás?

A biztosító a biztosított részére a biztosítási feltételekben részletezett módon és limitösszegek mértékéig az alábbi segítségnyújtási és biztosítási szolgáltatásokat nyújtja:

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

A biztosító a biztosítási feltételekben meghatározott szolgáltatásokra együttesen legfeljebb 40.000 euró limitösszegig vállalja a fedezetet. Az egyes szolgáltatásokra vonatkozó részletes limiteket a biztosítási feltételek tartalmazzák.

A biztosítás részletes feltételeiről részletes felvilágosítást a vonatkozó Biztosítási feltételek és Ügyféltájékoztatóban talál.



Mire nem terjed ki a biztosítás?

A biztosításból kizárásra kerülnek:

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

A biztosítás valamennyi fedezetéhez kapcsolódó további mentesüléseket a részletes Biztosítási feltételek és Ügyféltájékoztató tartalmazza.



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

A Biztosító mentesül a kártérítési kötelezettség alól, ha:

- ! a Biztosított a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettségét megszegi, kivéve, ha a szerződő fél (Biztosított) bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében,
- ! ha a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben a Biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenül válik,
- ! ha bizonyítást nyer, hogy a biztosítási esemény bekövetkezettének az oka a Szerződő, illetve Biztosított és/vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuknak jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása
- ! a káresemény összefüggésbe hozható a Biztosított általi kábító vagy bódító hatású szer fogyasztásával, vagy alkohol fogyasztásával,
- ! jogosítvány nélküli gépjárművezetés közben következett be,
- ! Szerződő / Biztosított kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettségé szándékosan vagy súlyosan gondatlanul megszegi.

A biztosítás valamennyi fedezetéhez kapcsolódó további mentesüléseket a részletes Biztosítási feltételek és Ügyféltájékoztató tartalmazza.





Hol érvényes a biztosításom?

- ✓ A választott módozat függvényében Magyarország területe, vagy az Európai Unió, illetve a Schengeni Térség Államainak területe.



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

A Szerződőt/Biztosítottat terhelő kötelezettségek:

- a szerződés megkötésekor közlési és díjfizetésre vonatkozó kötelezettség,
- a szerződés tartama során a változások bejelentésére vonatkozó és kármegelőzési kötelezettség,
- kár esetén kárenyhítési, kárbejelentési kötelezettség, a Biztosított köteles az ATLASZ Assistance segélyszolgálattal együttműködni, továbbá köteles a Biztosítási eseménnyel kapcsolatosan igénybe vett szolgáltatásokhoz az ATLASZ Assistance segélyszolgálat előzetes hozzájárulását kérni.

A Biztosító szolgáltatási kötelezettségeivel kapcsolatos részletes szabályokért kérjük, tanulmányozza a Biztosítási feltételek és Ügyféltájékoztató erre vonatkozó részét.



Mikor és hogyan kell fizetnem?

A biztosítás díját a biztosítási szerződés megkötésével egy időben és egy összegben kell megfizetni.



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

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

A Biztosító kockázatviselésének tartamára vonatkozó részletes szabályokért kérjük, tanulmányozza a Biztosítási feltételek és Ügyféltájékoztató erre vonatkozó részét.



Hogyan szüntethetem meg a szerződést?

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a szerződés lehetetlenülése; érdekmúlás esetén,
- biztosítási időtartam lejártával.





HOGYAN HASZNÁLJA A BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELT?

Az Ön által kézhez kapott Biztosítási feltételek és Ügyféléltájékoztatót képernyőn történő olvasásra terveztük. A „[Tartalomjegyzék](#)”-ben az aláhúzott szavakra kattintva közvetlenül a kívánt tartalmat érheti el. A Biztosítási feltételek és Ügyféléltájékoztató elejéhez való visszatéréshez kattintson az oldal alján található „[Ugrás a Tartalomjegyzékre](#)” felíratra.

HOGYAN HASZNÁLJA A BIZTOSÍTÁSI KÖTVÉNYT?

A Biztosítási feltétel és Ügyféléltájékoztató tartalmazza az összes szolgáltatást, amelyre a Biztosító a biztosítás tekintetében fedezetet nyújt. A biztosítási kötvény a Biztosítási feltétel és Ügyféléltájékoztatóval együtt alkalmazandó.

FOGALMAK

A Biztosítási feltétel és Ügyféléltájékoztató előre meghatározott fogalmakat tartalmaz. A nagybetűvel kezdődő fogalmakat és azok pontos meghatározását a Fogalmak fejezet alatt találja meg.





Biztosítási csomag	AA	AAEU
„A” szakasz – Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás		
Baleset és betegség esetén sürgős orvosi költségek	40.000 EUR	40.000 EUR
Sürgősségi ellátás kapcsán igénybe vehető szolgáltatások:		
sürgősségi orvosi vizsgálat		
sürgősségi orvosi gyógykezelés		
sürgősségi kórházi gyógykezelés (a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a külföldi kórházi kezelési költségeket addig az időpontig vállalja (maximum 30 napig), amíg a kezelőorvossal történt egyeztetés után a beteg állapota lehetővé teszi az állandó lakhelye szerinti országba történő szállítását további gyógykezelés céljából)		
halaszthatatlan műtét, intenzív ellátás		
sürgősségi szülészeti ellátás a terhesség betöltött 28. hete előtt		
orvosi rendelvényre vásárolt gyógyszer költségeinek számlával igazolt utólagos megtérítése		
művégtagok, mankók, rokkant kocsik és egyéb orvosi felszerelések, készülékek, eszközök orvosi rendelvényre történő kölcsönzése		
Orvos által rendelt szemüveg pótlása személyi sérülést is okozó, dokumentáltan orvosi ellátást igénylő baleset miatt	200 EUR	200 EUR
Sürgősségi fogászati ellátás, közvetlen fájdalomcsökkentő kezelés, legfeljebb két fogra	150 EUR/fog	150 EUR/fog
Előzetes értesítés hiányában		
Baleset és betegség esetén sürgős orvosi költségek	1.000 EUR	1.000 EUR
„B” szakasz – Egyéb utazási segítségnyújtás		
Holttest hazaszállítása	10.000 EUR	10.000 EUR
Telefonköltség	100.000 Ft	400 EUR
Tartózkodás meghosszabbítás max. 4 éjszaka	400 EUR / éjszaka	400 EUR / éjszaka
„C” szakasz – Személyi segítségnyújtás	szervezés	szervezés



Jelen Biztosítási feltételek alkalmazásában a következő fogalmak az alábbi jelentéssel bírnak:

Baleset

Balesetnek minősül a Biztosított vagy jelen szerződési feltételekben meghatározott egyéb érintett személy(ek) akaratán kívül a kockázatviselés időtartama alatt külföldön hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely Sürgősségi egészségügyi ellátást igénylő testi sérülést okoz. Balesetnek minősül továbbá a nem szándékos vízbefulladás, a légnyomás jelentős fluktuációja okozta sérülés, a gázmérgezés, valamint a Biztosított vagy jelen szerződési feltételekben meghatározott egyéb érintett személy(ek) által véletlenül bevett szer okozta mérgezés.

Betegség

A Biztosított vagy jelen szerződési feltételekben meghatározott egyéb érintett személy(ek) egészségi állapotában bekövetkezett, a Biztosított vagy jelen szerződési feltételekben meghatározott egyéb érintett személy(ek) akaratán kívül eső, előzmények nélkül fellépő, előre nem látható Sürgősségi egészségügyi ellátást igénylő egészségkárosodás, feltéve, hogy az egészségkárosodás a kockázatviselési időszak alatt következett be, vagy annak egyértelmű jelei az első alkalommal a kockázatviselés alatt jelentkeztek, illetve, ha az orvostudomány tapasztalatai alapján valószínűsíthető, hogy az a kockázatviselés alatt keletkezett.

Biztosítási esemény

A Biztosítónak a Biztosított felé fennálló fizetési kötelezettségét kiváltó, a Biztosítási feltételekben meghatározott esemény.

Biztosítási összeg

A Biztosítási szerződésben meghatározott összeg, amelyet a Biztosító a Biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosítottnak, a Károsultnak vagy Kedvezményezettnek maximálisan megfizet. Ütlemondás esetén a Biztosítási összeg nem haladhatja meg a Biztosított által az Utazásszervező részére befizetett részvételi díj önrésszel csökkentett összegét.

Biztosítási szerződés

A Biztosítási szerződést az Ajánlat, a Biztosítási kötvény, illetve az ATLASZ Assistance Biztosítási Feltételek és Ügyfélértékelő kiegészítő képezi (továbbiakban: Biztosítási feltételek vagy Biztosítási szerződés vagy Szerződés).

Biztosított személyek köre

Jelen Biztosítási szerződés alapján Biztosított lehet a Biztosítási szerződést megkötő személy (a továbbiakban: Szerződő), a Biztosítási kötvényen Biztosítottként megnevezett további természetes személy(ek).

Észszerű és indokolt költségek

Azon szolgáltatások és dolgok igénybevétele és beszerzésével felmerült díjak és költségek, amelyek a kárenyhítés szempontjából nélkülözhetetlenek. Gépjárműbérlet, valamint orvosilag szükséges gyógykezelések, szolgáltatások és ellátások esetén azok a költségek és díjak, amelyeket az ATLASZ Assistance segélyszolgálat partnere a hasonló súlyosságú és jellegű kezelések esetében igazoltan alkalmazott vagy alkalmazott volna.

Nem tartoznak az Észszerű és indokolt költségek közé azon szolgáltatások, dolgok és ellátások költségei, amelyeket a biztosítás hiányában nem vettek volna igénybe és orvosilag nem indokoltak.

Fekvőbeteg

Az a Biztosított, aki a kórházi betegfelvételen átesett, róla orvosi kartont nyitottak, és akinek betegként történő felvételét valamilyen Baleset vagy Betegség kezelése indokolta, továbbá legalább 24 egymást követő órán keresztül folyamatosan a Kórházban tartózkodik.

Fizikai munkavégzés

A munka jellegéből, körülményeiből, illetve helyszínéből adódóan jelentős fizikai erőfeszítéssel járó, szellemi munkavégzésnek nem minősülő munkavégzés, amely a szellemi jellegű irodai munkavégzés kockázatát meghaladó balesetveszéllyel jár. Fizikai munkavégzésnek minősül a hivatásos járművezetői tevékenység is.

Fogyasztó

Az MNB tv. 81. § (2) bekezdés a) pontjában meghatározott természetes személy.

Gyermek

A Biztosítottnak vagy házastársának, élettársának 18 év alatti, saját, örökbefogadott, mostoha és nevelt gyermeke.

Háború

Háború (függetlenül attól, hogy hivatalosan hadat üzentek-e), vagy háborúhoz hasonló katonai tevékenység, beleértve bármely szuverén hatalom részéről katonai erő alkalmazását gazdasági, területi, nemzeti, politikai, faji, vallási vagy egyéb célból.

Hozzá tartozó

A házastárs és házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, az egyeneságbeli rokon és annak házastársa, a testvér és annak házastársa, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és az élettárs.

Kizárt sporttevékenység

Bármely versenyen való részvétel, illetve hivatásos sporttevékenység, illetve minden olyan sporttevékenység, mely során a Biztosított a sporttevékenységre kijelölt pályáról letér. Kizárt sporttevékenységnek minősül továbbá bármely motorsport, bármely légisport, barlangászat, falmászás, sziklamászás, 3500 méter feletti túrázás és hegymászás, bungee jumping, bázis- és sziklaugrás, küzdősportok, a downhill/hegyi/akrobatikus kerékpározás minden ága és a triálozás.

Kórház

Az adott ország tisztiorvosi és szakmai felügyelete által elismert, engedélyezett Fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely Kórházként került bejegyzésre vagy engedélyezésre abban az országban, ahol található, és ahol a Biztosított folyamatos szakorvosi felügyelet alatt áll.

Közeleli hozzátartozó

A Ptk. 8:1. § (1) bekezdés 1. pontja szerint: a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér.

Közlekedési költség

A Biztosítási eseménnyel összefüggésben felmerült közlekedési költség, amely gépjármű esetén legfeljebb 10 l/100 km üzemanyag és az úthasználati díj, tömegközlekedési eszköz esetén pedig a másodosztályú utazás költsége.

Krónikus betegségek

Olyan kóros egészségi állapot, amely már a kockázatviselési időszak megkezdését megelőzően fennállt a Biztosítottnál.

Lakóhely szerinti ország

Az az ország, amelyben a Biztosított hivatalos és bejelentett állandó lakóhelye található.

Orvos

Az adott gyógykezelés jellegéhez szükséges szaktudást igazoló humán orvosi diplomával rendelkező személy, aki az adott típusú egészségügyi ellátás végzéséhez a szükséges - az ellátás helyén illetékes hatóság és/vagy szakmai felügyelet által kiállított - hatósági engedélyekkel rendelkezik. **A Biztosított és azon személy, akinek az egészségi állapotával összefüggésben következik be a Biztosítási esemény, illetve ezek Hozzá tartozója, vagy vele vagy Hozzá tartozójával közös háztartásban élő személy a Biztosítási feltételek szempontjából nem minősül orvosnak, abban az esetben sem, ha az előbbi feltételeknek megfelel.**

Orvosi ellátás

Orvosi ellátás az Orvos által végzett, és hitelt érdemlően dokumentált egészségügyi ellátás.

Sürgősségi egészségügyi ellátás

Olyan, az általános gyakorlat alapján halaszthatatlan azonnali orvosi ellátás (az ehhez szükséges diagnosztikai vizsgálatokkal együtt), amely az alábbi okok valamelyike miatt válik szükségessé:

- » az azonnali orvosi ellátás elmaradása előreláthatóan az érintett életét, illetve testi épségét veszélyeztetné, vagy egészségében, illetve testi épségében helyrehozhatatlan károsodást okozna,
- » a Betegség tünetei (eszméletvesztés, vérzés, heveny fertőző megbetegedés, magas láz, hányás stb.) miatt,
- » a biztosítás hatálya alatt hirtelen bekövetkezett súlyos egészségkárosodás miatt azonnali orvosi ellátás válik szükségessé,



» a biztosítás hatálya alatt hirtelen bekövetkezett Baleset miatt azonnali orvosi ellátás szükséges.

Szolgáltatási Táblázat

Jelen Biztosítási feltételek melléklete, amely tartalmazza a Biztosító szolgáltatásait és ezek Biztosítási Összegeit.

Tömegközlekedés

Az utazási cél elérése érdekében igénybe vett menetrend szerint közlekedő vonat, busz, taxi, hajó vagy komp.

Vállalkozás

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

Verseny/versenysport

Minden olyan amatőr és profi/hivatásszerű sportolás, amely rajt és cél meghatározással és/vagy eredményhirdetéssel zárul, azaz ahol időeredményre, távolságra, magasságra, találatra, pontra, gólra győztest hirdetnek, illetve az erre való felkészülés, edzőtábor.

Veszélyes sport

Az autó- motorsport versenyek – ideértve a tesztúrákat és a rally versenyeket is-, szikla- és hegymászás, barlangászat, repülő sportok, ejtőernyős ugrások, a robogózás közúton (max. 125 cm³-ig), hobbi szinten űzött jetskizés, szörfözés (windsurf), snorkeling, SUP, triatlon, kerékpározás, parasailing, airchair, hőlégballonozás szakképzett vezetővel, illetve a drótkötélpályán csúszás.

Terrorizmus, Terrorcselekmény

Erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vallási, etnikai, politikai, ideológiai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

A Biztosító nem vállal szolgáltatást, ha a Biztosított a hatóságok által közzétett tiltás ellenére tartózkodott azon a területen, ahol a terrorcselekmény történt.





4.1. BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

A létrejött Biztosítási szerződésről a Biztosító vagy a biztosításértékesítő kötvényt állít ki. Az elektronikusan előállított kötvény írásban megtejt nyilatkozatnak minősül. A Biztosítási szerződést a Biztosítási kötvény, és az annak elválaszthatatlan részét képező Biztosítási feltételek együttesen képezik. A Szerződő és a Biztosított kérésére a Biztosító a biztosítás fennállása alatt bármikor köteles a szerződési feltételeket papíron rendelkezésre bocsátani. **Nem válik a Biztosítási szerződés tartalmává a felek esetleges korábbi szerződéses/ üzleti gyakorlata, szokása, sem a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződéseknél széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.**

A Biztosítási szerződés általános feltételei – ideértve az általános kizárásokat – a teljes Biztosítási szerződésre vonatkoznak, az egyes biztosítási fedezetekre vonatkozó részek tekintetében azonban az ott meghatározott kiegészítő feltételek és különös kizárások együttesen érvényesek. **Az általános és kiegészítő feltételekben foglaltak Biztosított részéről történő megsértése a Biztosító helytállási kötelezettségének megszűnését eredményezi.**

Az Biztosító elektronikus értékesítési felületén beküldött biztosítási ajánlat megtétele után az adatok automatikusan feldolgozásra kerülnek a Biztosító informatikai rendszerében. A biztosítás elektronikus úton történő megkötése a megfelelő adatok megadásával és a Szerződő által a biztosítási ajánlat beküldésével történik. Az ajánlat Biztosítóhoz történő beérkezését követően azonnal szerződéssé válik. Ezt követően a Biztosító az ajánlatban megadott e-mail címre elektronikus levélben megküldi a szerződést igazoló kötvényt, jelen Biztosítási feltételeket és Ügyfélértékelőzt, illetve a Termékismertetőt.

A Biztosítási szerződés, valamint a Szerződés megkötését megelőzően kapott vagy rendelkezésre bocsátott információk magyar nyelvű változata az irányadó. A Szerződéses jogviszony során a Biztosító, magyar nyelven tartja a kapcsolatot a Biztosítottal. A Biztosítási szerződésre a magyar jog az irányadó, és a magyar bíróság jogosult eljárni.

Biztosító

Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe (1134 Budapest, Váci út 23-27. cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék, mint Cégbíróság Cg. 01-17-000942 adószám.: 25383371-2-41 telefonszáma: (06 -1) 460-1400, levelezési címe: 1426 Budapest, Pf. 153.)

Alapító: A Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepének alapítója a Colonnade Insurance S.A. (székhelye: 1, rue Jean Piret, L-2350 Luxembourg), nyilvántartó cégbíróság neve: Registre de Commerce at des Sociétés, Luxembourg, cégjegyzék-száma: B 61605, tevékenységi engedélyt kiadó hatóság: Grand-Duché de Luxembourg, Minister des Finances, Commissariat aux Assurances (L-1840 Luxembourg, Bureaux: 7, Boulevard Joseph II,) a tevékenységi engedély száma: S 068/15.

A Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe jogképes, cégneve alatt alapítója a Colonnade Insurance S.A. javára szerezhet jogokat és a Colonnade Insurance S.A. terhére vállalhat kötelezettségeket.

A Biztosító jelen biztosítási feltételekben meghatározott kockázatokra fedezetet nyújt, illetve a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező Biztosítási események bekövetkezése esetén a Szolgáltatási Táblázat alapján szolgáltatást teljesít

A biztosító jelentése a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről elérhető a Biztosító honlapján: <https://www.colonnade.hu/fizetokepessegrol-es-penzugyi-helyzetrol-szolo-jelentesek>

Biztosított

AA módozat esetében: Biztosított lehet valamennyi, Magyarország területén megfelelő jogcímmel tartózkodó, a biztosítás hatálybalépésekor 15 napos kort betöltött, de 65. életévébe nem lépett külföldinek minősülő természetes személy (Fogyasztó), aki a biztosítási díjat megfizeti és a biztosítási kötvényben Biztosítottként megnevezésre került.

AAEU módozat esetén: Biztosított lehet az Európai Unió, illetve a Schengeni térség államainak területén megfelelő jogcímmel tartózkodó valamennyi a biztosítás hatálybalépésekor a 15 napos kort betöltött, de a 65. életévébe nem lépett külföldinek minősülő természetes személy (Fogyasztó) aki a biztosítási díjat megfizeti és a biztosítási kötvényben Biztosítottként megnevezésre került.

Nem lehet biztosított a belföldinek minősülő természetes személy (Fogyasztó).

Szerződő

Az a nagykorú természetes személy, vagy gazdálkodó szervezet, akinek állandó lakhelye vagy székhelye az Európai



Unió valamely tagállamában vagy telephelye Magyarországon van, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tett és fizeti a biztosítás díját.

Kedvezményezett

A Biztosított baleseti halála esetére írásban kedvezményezettet jelölhet meg. Amennyiben a Biztosított Kedvezményezettet nem jelölt meg, vagy a Kedvezményezett kijelölése érvénytelen volt, a Biztosítottat vagy a törvényes örökösét (örökösait) kell Kedvezményezettnek tekinteni. Minden egyéb szolgáltatás esetén – amennyiben a Biztosított eltérően nem rendelkezik – a Kedvezményezett maga a Biztosított.

4.2. A BIZTOSÍTÁS FEDEZETI KÖRE

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

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

4.3. BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

A jelen szabályzaton alapuló biztosítási szerződés létrejöhet írásban, illetve fogyasztói biztosítási szerződés esetén a Biztosító ráutaló magatartásával.

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

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

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

Az ajánlattevő ajánlatához annak megtételétől számított tizenöt napig, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázat felmérésre van szükség, hatvan napig van kötve.

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

Amennyiben a szerződő fél fogyasztó ebben az esetben a szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal a kockázat elbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

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

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

Fogyasztói biztosítási szerződés: az a biztosítási szerződés, ahol a szerződő fél a 3. pont szerinti fogyasztó.

Nem fogyasztói biztosítási szerződés: az a biztosítási szerződés, ahol a szerződő fél nem a 3. pont szerinti fogyasztó.

4.4. A KOCKÁZATVISELÉS TARTAMA

A Biztosító kockázatviselése a felek által a szerződésben meghatározott időpontban, ilyen hiányában a szerződés létrejöttének időpontjában kezdődik és a fedezetigazoló dokumentumon meghatározott időpontig, legfeljebb 365 napig tart.



4.5. TÖBBSZÖRÖS BIZTOSÍTÁS

- 4.5.1.** Ha ugyanazt az érdeket több biztosító egymástól függetlenül biztosítja, a biztosított jogosult igényét ezek közül egyhez vagy többhöz benyújtani.
- 4.5.2.** A biztosító, amelyhez a kárigényt benyújtották, az általa kiállított fedezetet igazoló dokumentumban írt feltételek szerint és az abban megállapított biztosítási összeg erejéig köteles fizetést teljesíteni, fenntartva azt a jogát, hogy a többi biztosítóval szemben arányos megtérítési igényt érvényesíthet.
- 4.5.3.** A biztosítók a 4.5.2. pontban írt megtérítési igény alapján a kifizetett kárt egymás között azokkal a feltételekkel és biztosítási összegekkel arányosan viselik, amelyeknek megfelelően az egyes biztosítók a biztosított irányában külön - külön felelnének.

4.6. BIZTOSÍTÁSI DÍJ

A jelen biztosítás egyszeri díj, a biztosítási díj a megkötéskor esedékes. A **Szerződő köteles az egyszeri díjat a szerződés létrejöttékor megfizetni.** A biztosítási díj összegét a Biztosítási kötvény rögzíti.

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

4.7. A BIZTOSÍTÁS FELMONDÁSA

A Biztosítási szerződés a megkötését követően az info@colonnade.hu e-mail címre küldött elektronikus levélben vagy a Biztosítónak más módon küldött írásbeli nyilatkozattal felmondható. A Biztosítási szerződés megkötésekor a Szerződő kifejezett hozzájárulását adja ahhoz, hogy a kockázatviselés a felmondási határidő eltelte előtt megkezdődjön.

Amennyiben a Biztosítási szerződés felmondására az Utazás megkezdését követően kerül sor, a Biztosító a kockázatvállalásának tényleges tartamára eső időarányos biztosítási díjat téríti vissza. Az igénybe nem vett kockázatviselési időszakot a Biztosító a felmondást követő naptól számolja. Amennyiben a felmondására még az Utazás megkezdését megelőzően sor kerül, a Biztosító a befizetett biztosítási díj teljes összegét visszatéríti.

A Biztosított káreseménye következtében részben felhasznált biztosítás díja nem téríthető vissza,

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

Lejárt biztosítás díja nem téríthető vissza.

A Szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik:

- » a szerződés lehetetlenülése vagy érdekmúlás esetén,
- » a biztosítási időtartam lejártával.

4.8. SZANKCIÓS KORLÁTOZÁSOK

A jelen biztosítás alapján a Biztosító nem nyújt biztosítási fedezetet és nem fizet kártérítést vagy egyéb biztosítási szolgáltatást, ha ilyen fedezet, kártérítés vagy szolgáltatás nyújtása a Biztosítót, anyavállalatát vagy tulajdonosát az Egyesült Nemzetek Szervezetének, az Európai Unió vagy bármely egyéb szervezet határozatai, kereskedelmi és gazdasági szankciói vagy jogi szabályozása szankciónak, korlátozásnak vagy tilalomnak tenné ki.

4.9 A BIZTOSÍTOTT KÖTELEZETTSÉGEI:

Közlési és változás bejelentési kötelezettség

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

A Szerződő fél köteles a lényeges körülmények változását a Biztosítónak írásban 8 napon belül bejelenteni. A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.



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

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

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

Jelen Biztosítási feltételek alapján a Biztosított köteles:

1. A Biztosított köteles adott helyzetben elvárható módon, a lehető legrövidebb időn – de legfeljebb 2 munkanapon – belül bejelenteni a Biztosítási eseményt az ATLASZ Assistance segélyszolgálat felé. Amennyiben a Biztosított nem tesz eleget a bejelentési kötelezettségének, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, a Biztosító kötelezettsége nem áll be.

A Biztosított a bejelentési kötelezettsége alól csupán abban az esetben mentesül, ha bekövetkezett Betegsége vagy Balesete vagy más önhibáján kívül álló ok miatt nincs olyan állapotban, hogy a szükséges intézkedést haladéktalanul megtegye és ezt az akadályoztatást a Biztosítási eseménnyel kapcsolatos rendőrségi jegyzőkönyv vagy orvosi dokumentáció egyértelműen bizonyítja. Amennyiben a Biztosított eredményesen kimentette a késedelmét, a Biztosító akkor sem korlátozza a szolgáltatását, ha a Biztosítási eseménnyel kapcsolatos lényeges körülmények a Biztosított késedelme miatt váltak kideríthetetlené. A Biztosított a mentesülésre okot adó állapot megszűnését követően köteles haladéktalanul, de legkésőbb 2 munkanapon belül megtenni a szükséges intézkedéseket.

Amennyiben a Biztosított nem mentette ki a késedelmét, azaz felróható okból mulasztja el a határidőben történő bejelentést, de a lényeges körülmények kideríthetők, vagy azok kideríthetetlenségét nem a bejelentés késedelme okozta, a Biztosító teljesíti a biztosítási szolgáltatást.

2. A Biztosított köteles az ATLASZ Assistance segélyszolgálattal együttműködni, továbbá köteles a Biztosítási eseménnyel kapcsolatosan igénybe vett szolgáltatásokhoz az ATLASZ Assistance segélyszolgálat előzetes hozzájárulását kérni. Amennyiben a Biztosított nem működik együtt az ATLASZ Assistance segélyszolgálattal, a Biztosító kötelezettsége beáll, azonban a Biztosítottra hárítja az együttműködési kötelezettség megsértése miatt felmerülő, az Észszerű és indokolt költségeket meghaladó többletköltséget.

ATLASZ Assistance segélyszolgálat

24 órás asszisztencia szolgálat

Az asszisztenciaszolgálat a Biztosított részére a bekövetkezett Betegség vagy Baleset esetén azonnali segítséget nyújt. A magyar és angol nyelvű asszisztenciaszolgálat az alábbiakban megadott elérhetőségeken az év minden napján, 24 órán át elérhető:

Éjjel-nappal hívható ATLASZ Assistance segélyszolgálat: +36 1 460 1500

A Biztosított a kárigény bejelentése során köteles a Biztosító helytállási kötelezettségének megállapítása szempontjából lényeges, és a jelen Biztosítási feltételek 7. fejezetében felsorolt dokumentumokat és információkat a Biztosító rendelkezésére bocsátani.

A Biztosító a kárigény elbírálásához szükséges valamennyi dokumentum birtokában, az utolsó irat beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti a biztosítási szolgáltatást.

3. A Biztosított köteles a Biztosító kérdéseire kimerítő, és a valóságnak megfelelő válaszokat adni. A Biztosított köteles saját költségére a Biztosító által a kárrendezés során a 7. fejezetben felsorolt dokumentumokat rendelkezésre bocsátani.

4. A Biztosított köteles a kárigény jogalapjának és összecszerúségének a megállapításához szükséges felvilágosítást megadni, és lehetővé tenni a bejelentés és a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését. A Biztosító harmadik féllel szembeni követeléseinek érvényesítéséhez a Biztosított köteles az ehhez szükséges, rendelkezésére álló dokumentumokat a Biztosító rendelkezésére bocsátani. Amennyiben a Biztosított nem adja meg a Biztosító részére a szükséges felvilágosítást, vagy nem teszi lehetővé a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, a Biztosító kötelezettsége nem áll be.



5. A Biztosított köteles a Biztosítási szerződésben (ideértve annak későbbi módosításait is) foglalt rendelkezéseket és vállalt kötelezettségeket maradéktalanul teljesíteni. Ennek elmulasztása esetén a Biztosító részben vagy teljesen mentesül szolgáltatása alól. A Biztosító helytállási kötelezettsége nem, vagy csak részben áll be, amennyiben a Biztosított nem valós káreseményt jelent be, vagy a káresemény bejelentése során csalárd eszközöket használ.

6. A Biztosító a kárrendezés kapcsán előírhatja a Biztosított kötelező orvosi vizsgálatának elvégzését, mely esetben a Biztosító vállalja a vizsgálaton való részvétellel összefüggésben észszerűen felmerülő költségeket.

7. A kár kifizetése forintban történik az esedékesség időpontjában érvényes Európai Központi Bank középárfolyama alapján.

A fentiek megsértése esetén a Biztosító helytállási kötelezettsége nem, vagy csak részben áll be.

A jelen Biztosítási feltételek elfogadásával a Szerződő tudomásul veszi, hogy a szolgáltatási igény elbírálása során, és annak érdekében szükség lehet:

- a) a Szerződő nyilatkozatára a Biztosító felé arról, hogy a Biztosítóval, illetve az ATLASZ Assistance segélyszolgálattal szemben felmenti a vizsgálatot, vagy kezelést végző orvost orvosi titoktartási kötelezettsége alól, és felhatalmazza őt, hogy a Biztosítónak, illetve az ATLASZ Assistance segélyszolgálatnak az általa végzett kezelésekről a kár rendezéséhez szükséges felvilágosítást megadja;
- b) a Szerződő hozzájárulására ahhoz, hogy a Biztosító felvilágosítást kérjen a Biztosítási szerződés megkötése előtt meglévő betegségeinek kezelésével kapcsolatban a kezelőorvostól, vagy az Önt kezelő egészségügyi szervtől.

4.10. ELÉVÜLÉS

A jelen Szerződési feltételek alapján érvényesített igények 2 év elteltével elévülnek. Az elévülési idő a jelen Biztosítási feltételek alapján előterjeszthető igény keletkezésének időpontjában veszi kezdetét.

4.11. ELTÉRÉS A POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYV RENDELKEZÉSEITŐL

A biztosítási feltételek az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a Ptk. vonatkozó rendelkezéseitől:

A Ptk. 6:22.§ (1) bekezdésében foglalt 5 éves elévülési időtől eltérően a jelen biztosítási szerződésből eredő igények 2 év alatt évülnek el.

A Ptk. 6:63. §-ban foglaltaktól eltérően nem válik a Biztosítási szerződés tartalmává a Felek esetleges korábbi szerződéses/üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.



1. Az egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás fedezete

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

A Biztosító vagy szolgáltató partnere

1. a Biztosított tartózkodási helyére a lehető legrövidebb időn belül orvost küld, vagy orvos címét bocsátja a Biztosított rendelkezésére (ehhez az szükséges, hogy a Biztosított vagy megbízottja telefonáljon a Biztosítónak, megadja a Biztosított nevét, kötvényszámát, elérhetőségi telefonszámát és pontos címét, ahova az orvost kéri, vagy amelynek közelében orvoshoz szeretne menni);
2. szükség esetén gondoskodik a Biztosított további egészségügyi ellátásáról, illetve megszervezi azt;
3. járóképtelenség esetén megszervezi a Biztosított mentőautóval vagy taxival történő orvoshoz vagy kórházba szállítását;
4. kórházi gyógykezelés esetén (maximum 30 napig). Amint a kórházban lévő beteg állapota lehetővé teszi, a külföldi kezelés helyett a Biztosítottat – szükség esetén orvos kíséréssel vagy betegkíséréssel – az állandó lakhelye szerinti országba szállítja és gondoskodik az illetékes gyógyintézetbe történő elhelyezéséről. Ennek időpontját és módját a Biztosító a kezelést végző orvossal, egészségügyi intézménnyel történt előzetes egyeztetés alapján határozza meg;
5. a Biztosító folyamatos kapcsolatot tart a kezelést ellátó orvossal, egészségügyi intézménnyel, vállalja, hogy folyamatosan tájékoztatja telefonon a Biztosított által megjelölt egy személyt a Biztosított állapotáról.

2. Biztosító egészségügyi biztosítási szolgáltatásai

Biztosító egészségügyi biztosítási szolgáltatásait az alábbiak szerint nyújtja:

A biztosítás kizárólag sürgős egészségügyi ellátás esetén, a Biztosító kockázatviselésének tartamán belül:

- » megbetegedés kapcsán felmerült költségekre összesen 40.000,- euró
- » baleset kapcsán felmerült költségekre összesen 40.000,- euró

A fenti költségeket akkor vállalja a Biztosító, ha a Biztosított vagy megbízottja, illetve az ellátást nyújtó intézmény, kezelőorvos a Biztosítótól vagy Partnerétől egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatást kért, vagy ha erre nem volt lehetősége, a lehető legrövidebb időn belül a Biztosító Atlasz Assistance Centerét vagy Partnerét értesítette és az a szolgáltatások igénybevételét engedélyezte.

Amennyiben az értesítés nem történt meg, és ezért az esettel kapcsolatos lényeges információ elérhetetlenné vált, úgy a Biztosító a felmerült költségeket maximum 1.000,- euró összeghatárig utólag megtéríti.

Egészségügyi biztosítási szolgáltatások felsorolása:

- sürgősségi orvosi vizsgálat,
- sürgősségi orvosi gyógykezelés,
- sürgősségi kórházi gyógykezelés (a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a külföldi kórházi kezelési költségeket addig az időpontig vállalja (maximum 30 napig), amíg a kezelőorvossal történt egyeztetés után a beteg állapota lehetővé teszi az állandó lakhelye szerinti országba történő szállítását további gyógykezelés céljából),
- halaszthatatlan műtét, intenzív ellátás,
- sürgősségi szülészeti ellátás a terhesség betöltött 28. hete előtt,
- orvosi rendelvényre vásárolt gyógyszer költségeinek számlával igazolt utólagos megtérítése,
- művétagok, mankók, rokkant kocsik és egyéb orvosi felszerelések, készülékek, eszközök orvosi rendelvényre történő kölcsönzése,
- szemüveg – orvos által rendelt – pótlása, személyi sérülést is okozó, dokumentáltan orvosi ellátást igénylő baleset miatt 200,-euró összeghatárig,
- kizárólag sürgősségi fogászati ellátás, közvetlen fájdalomcsökkentő kezelés, legfeljebb két fogra, foganként maximum 150,-euró összeghatárig, indokolt és szokásos – orvosválasztás nélküli – általános ellátás költségeire a szolgáltatás igénybevételének helyén érvényes átlagos orvosi díjszabások figyelembevételével.

A biztosítási eseménnyel kapcsolatban a Biztosított a Biztosítóval vagy annak megbízottjával szemben felmenti a vizsgálatot vagy kezelést végző orvost az orvosi titoktartás alól.



MIRE NEM TERJED KI A BIZTOSÍTÁS?

Az „Általános Kizárások” című szakaszban (szabályzat 6. pontja) meghatározott kizárásokon túl a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következőkre:

- bármely olyan ellátásra vagy gyógyszervásárlásra, amely korábban fennálló egészségi állapot miatt vagy erre visszavezethető okból következett be. (Korábban fennálló egészségügyi állapotnak kell tekinteni a Biztosított bármely olyan betegségét vagy egyéb egészségügyi állapotát, amely a jelen biztosítás hatályba lépését megelőzően:
 - a) orvosi kezelést tett szükségessé, illetve kezelését orvos javasolta vagy
 - b) szükségessé tette gyógyszerek felírását, illetve szedését vagy
 - c) észlelhető volt, valamint olyan tünetet eredményezett, amelynek alapján egy elvárható gondossággal eljáró személy diagnózist, gondozást vagy kezelést keresett volna),
- olyan szolgáltatásra, amely nem szükséges a diagnózis megállapítása vagy a kezelés céljából,
- olyan szolgáltatásra, amely nem akut megbetegedés vagy baleseti sérülés miatt válik szükségessé,
- azon többletköltségekre, amelyek meghaladják az indokolt és szokásos díjat abban az országban, ahol a Biztosított a szolgáltatást igénybe vette,
- 30 napot meghaladó kórházi kezelésekre,
- a kórházi kezelés azon többletköltségeire, amelyek abból adódtak, hogy bár orvosilag megoldható lett volna, a Biztosított döntése miatt a Biztosító nem tudta a Biztosítottat (akár speciális módon is) további kezelés céljából a lakóhelye szerinti országba hazaszállítani,
- amennyiben a Biztosított vagy Megbízottja, illetve az ellátást nyújtó intézmény, kezelőorvos a lehető legrövidebb időn belül nem kérte a Biztosító hozzájárulását az egészségügyi ellátás igénybevételéhez, a 150,- euró összeghatárt meghaladó károk esetében a fenti összeghatárt meghaladó költségekre,
- a Biztosító hozzájárulása nélkül történt hazaszállítási költségeire,
- az elvárható, észszerű kockázati szint túllépése nélkül a hazatérés utánra halasztható műtétre,
- utókezelésre, rehabilitációra,
- hozzátartozó által nyújtott kezelésre, ápolásra,
- napszúrásra, napégésre,
- kozmetikai sebészetre,
- terhes gondozásra,
- a terhesség betöltött 28. hete utáni szülészeti ellátására,
- nem sürgősségi jellegű orvosi kivizsgálásra, kezelésre,
- fizioterápiára, akupunktúrára, természetgyógyász, illetve csontkovács által nyújtott kezelésre,
- védőoltásra,
- rutin, kontroll, illetve szűrővizsgálatokra,
- nemi betegségek és/vagy szexuális úton terjedő betegségek diagnosztizálására, illetve kezelésére,
- szerzett immunhiányos betegségekre (AIDS), illetve ezzel összefüggő betegségekre,
- kontaktlencsére, hallásjavító eszközökre, szemüvegre (ez utóbbi, kivéve személyi sérüléses baleset esetén),
- a Biztosított által elkövetett szándékos bűncselekmény következtében felmerült költségekre,
- hivatásszerű fizikai munkavégzés során bekövetkezett baleset következtében felmerült egészségügyi ellátás költségeire,
- kettőnél több fog kezelésére,
- definitív fogászati ellátásra, állkapocs ortopédiai ellátásra, fogszabályozásra, paradontológiai kezelésekre, fogkő eltávolításra, foggyökérkezelésre, fogpótlásra, fogkoronára, hídra, protézis készítésére és javítására.
- az egy-, illetve kétágyas elhelyezésre, magánkórház és orvosválasztás többletköltségeire.



„B” Szakasz EGYÉB UTAZÁSI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS

1. Holttest hazaszállítása

A Biztosított halála esetén a Biztosító intézkedik a biztosított holttestének állandó lakhelye szerinti országba történő szállításáról és ennek költségeit maximum 10.000 euróig átvállalja.

A holttest hazaszállításának megszervezése érdekében a Biztosított hozzátartozójának a 7. pontja szerinti dokumentumokat kell, a lehető legrövidebb időn belül beszereznie és a Biztosító rendelkezésére bocsátania.

2. Telefonköltség térítése

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

- » AA módozat esetén: 100.000.- Ft összeghatárig,
- » AAEU módozat esetén: 400 euró összeghatárig.

3. Tartózkodás meghosszabbodása

Amennyiben a Biztosítottnak a kórházi elbocsátását követően tartózkodását meg kell hosszabbítani (orvosilag indokolt esetben, vagy amennyiben a lakóhelye szerinti országba történő hazautazás csak későbbi időpontban oldható meg), a Biztosító gondoskodik a szállodai elhelyezésről, és annak költségeit átvállalja maximum 4 éjszakára 100,-euró/éjszaka értékhatárig.

A kárrendezés menetére és a benyújtandó iratok körére vonatkozóan a 7. pont rendelkezései az irányadóak.

MIRE NEM TERJED KI A BIZTOSÍTÁS?

Az „Általános Kizárások” című szakaszban (szabályzat 6. pontja) meghatározott kizárásokon túl a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következőkre:

- holttest hazaszállítása esetén a Biztosító előzetes hozzájárulása nélkül intézett hazaszállítás költségeire
- telefonköltségekre számla hiányában
- a Biztosító előzetes hozzájárulása nélküli tartózkodás költségeire.



„C” Szakasz SZEMÉLYI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS

Személyi segítségnyújtás

Ha Biztosítottnak, a biztosítás érvénytartamán belül:

- gépjárművével kapcsolatos gyors műszaki segítségre,
- bérautóra,
- kedvezményes repülőjegyre,
- szállásfoglalásra,
- ügyvédre, tolmácsra van szüksége, elegendő egy telefonhívás és rendelkezésére áll a Biztosító éjjel-nappali assistance szolgálata és partneri hálózata.

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



ÁLTALÁNOS KIZÁRÁSOK

A Biztosítási feltételek alapján nyújtott egyes biztosítási fedezetekre vonatkozó kiegészítő feltételeket és kizárásokat a „A”-tól „C”-ig jelölt szakaszok rögzítik. Az alábbiakban meghatározott Általános Kizárások valamennyi Szakaszban részletezett biztosítási fedezetre érvényesek.

A biztosításból kizárt kockázatok

A Biztosító helytállási kötelezettsége az alábbiakra nem terjed ki:

1. A Biztosított Utazása miatt, vagy azzal összefüggésben keletkező kárra, amennyiben:
 - a. Biztosított nem rendelkezik az Országos Epidemiológiai Központ által az Utazás célállomásaira kötelezően előírt, illetve ajánlott védőoltásokkal;
 - b. a Biztosított orvosi tanács ellenére vesz részt az Utazásban; a Biztosított kifejezetten orvosi tanácsért vagy orvosi kezelés miatt vesz részt az Utazásban;
 - c. a Biztosított kórházi kezelésre vonatkozó várólistán szerepel;
 - d. a kár összefüggésbe hozható a Biztosított terhességével, amennyiben az Utazás megkezdése előtt vagy annak ideje alatt a terhesség átlép a 28. hétbe;
 - e. a kár összefüggésbe hozható a Biztosított kábító vagy bódító hatású szer, beleértve alkohol fogyasztásával;
 - f. ha a kár összefüggésbe hozható a Biztosított alkoholos befolyásoltságával, amennyiben a véralkoholkoncentráció mértéke meghaladja a 0,8 g/l ezreléket,
 - g. a kár polgárháború vagy külföldi Háború, megszállás, lázadás, forradalom, katonai erő alkalmazása vagy a kormányzati vagy katonai hatalom átvétele miatt következik be;
 - h. a kár közvetlen vagy közvetett módon visszavezethető olyan természeti katasztrófákra, szeizmikus jelenségekre vagy időjárási hatásokra, amelyek bekövetkezése az Utazás megkezdésekor előrelátható volt
2. A biztosítási fedezet nem terjed ki a napsugárzás, kvarc, szolárium által okozott leégés, napégés, orvosi műhiba, műtét utáni komplikáció, valamint a hivatásszerű Fizikai munkavégzés vagy veszélyes foglalkozás eredményeként bekövetkező károkra.
3. A felmerült vagyoni károkra, és a felmerült sérelemdíjakra.
4. A Biztosított által okozott felelősségi károkra.
5. A Veszélyes sportok gyakorlása és az ezekkel kapcsolatos edzéseken való részvétel során bekövetkezett eseményekre.
6. A közvetve vagy közvetlenül a jogszabály szerint ionizálónak minősülő sugárzás, nukleáris energia folytán bekövetkezett eseményekre,
7. A munkavédelmi előírások megszegésével ok-okozati összefüggésben keletkezett károkra.
8. A háborús, polgárháborús cselekménnyel, harci eseménnyel, terrorcselekménnyel, felkeléssel, lázadással, sztrájkkal, zavargással közvetlen vagy közvetett összefüggésben bekövetkezett eseményekre.
9. A Biztosító vagy Partnere által felkért szolgáltató által okozott orvosi műhibákból eredő felelősségi károkra.
10. Azon károkra, amelyek olyan Biztosítottnál következtek be, aki a kockázatviselés kezdetekor 15. élet napját még nem vagy a 65. életévét már betöltötte.
11. Azon AA módozat kapcsán felmerült károkra, amelyek olyan Biztosítottnál következtek be, aki a káresemény időpontjában nem tartózkodott Magyarország területén, illetve AAEU módozatnál, ha a Biztosított nem az Európai Unió, illetve a Schengeni Térség Államainak területén tartózkodott.
12. A Biztosított jövedelmi vagy vagyoni helyzetével összefüggően, valamint árfolyamvesztéséből bekövetkező kárra és elmaradt haszonra.
13. A Biztosított kárigényével kapcsolatos eseménnyel összefüggő, jelen Biztosítási feltételekben kifejezetten meg nem nevezett kárra.
14. Az Utazási szolgáltató vagy más társaság vagy személy fizetőképzetlensége, vagy az általuk vállalt kötelezettség nem, vagy csak részbeni teljesítése miatt okozott kárra.
15. Amennyiben a kár összefüggésben áll a Biztosított által elkövetett bármilyen jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan cselekedettel, vagy bűncselekménnyel.
16. A kár az alábbiak miatt, vagy annak következményeként keletkezik:
 - a. a Biztosított vagy Hozzá tartozó öngyilkossága, öncsonkítása vagy annak kísérlete, valamint bármilyen anyag vagy szer szándékos bevétele miatti mérgezésekre vagy sérülésekre.
 - b. a Biztosított vagy Hozzá tartozó vonatkozásában felmerült depresszió, szorongás, pánikbetegség, mentális Betegség, stresszbetegség, szenvedélybetegség, pszichiátriai és pszichés megbetegedések.
- ❗ **Figyelem! 16 pont a) és b) pontjában felsoroltak nem minősülnek Betegségnek (megbetegedésnek), azaz erre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.**
17. A Biztosítottnak az Utazással összefüggésben szokásosan felmerülő költségekkel kapcsolatos kárigényeire.
18. A Biztosított magánygyógyászati létesítményben, vagy egyéb magánjellegű gyógykezelésen való részvételével összefüggésben felmerülő költségeire, kivéve, ha ehhez a Biztosító előzetesen hozzájárult.



19. Ha a kár összefüggésbe hozható bármilyen szépeszeti, humánreprodukciós eljárással, vagy bármilyen nem Sürgősségi egészségügyi ellátással.
20. A Biztosító nem vállal felelősséget a helyi infrastrukturális és ellátási viszonyokból (pl. ellátási vagy eljárási színvonalból) adódó szolgáltatási hiányosságokért, illetve késedelmes teljesítésért.
21. A Biztosított fegyveres szolgálatának teljesítése során bekövetkező Balesetekre, illetve, ha a Baleset a Biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben következett be.
22. Olyan káreseményekre, amelyekért a felelősség a munkáltatót terheli.
23. A Biztosított utasként (a fizetés tényétől függetlenül) vagy személyzetként utazik olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem vagy nincs megfelelő bejegyzése, vagy engedélye utasok szállítására.
24. Olyan igényre, amely lőfegyver, robbanószer vagy fegyver tulajdonlásából, birtoklásából vagy használatából ered.
25. Olyan káreseményekre, amely fizioterápiával, akupunktúrával, természetgyógyászattal, illetve csontkovács által nyújtott kezeléssel kapcsolatos.
26. A biztosítási fedezet nem terjed ki a Biztosító kockázatviselését megelőzően fennálló egészségügyi panaszokra.

A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

A következő esetekben a Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás nyújtásának kötelezettsége alól:

1. A Biztosított a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettségét megszegi, kivéve, ha a szerződő fél (Biztosított) bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
2. Ha a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben a Biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenülé válik.
3. Ha bizonyítást nyer, hogy a biztosítási esemény bekövetkeztének az oka a Szerződő, illetve Biztosított, és/vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuknak jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása.

A biztosítási eseményt súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak akkor kell tekinteni, ha:

- a káresemény összefüggésbe hozható a Biztosított általi kábító vagy bódító hatású szer fogyasztásával, vagy alkohol fogyasztásával,
- a káresemény jogosítvány nélküli gépjárművezetés közben következett be,
- a Szerződő/Biztosított kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettségét szándékosan vagy súlyosan gondatlanul megszegi.



KÁRRENDEZÉssel KAPCSOLATOS Tudnivalók

Kárbejelentés, kárrendezés általános szabályai

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

A biztosítási szerződés teljesítését igénylő fél (szerződő, biztosított, engedményes, kedvezményezett) a biztosító szolgáltatási kötelezettségének elbírálásához szükséges okiratokat, dokumentumokat és igazolásokat köteles a biztosító rendelkezésére bocsátani.

A Biztosító a jelen biztosítási szerződésből eredő kötelezettségével összefüggésben, a károsító eseményt megelőző állapot visszaállításához vagy a bekövetkezett kár következményeinek megszüntetéséhez szükséges, általános forgalmiadó-köteles szolgáltatás ellenértéke (anyag-, javítási, illetve helyreállítási költség) után az általános forgalmi adó összegének megfelelő összeg megtérítésére csak olyan számla alapján vállal kötelezettséget, illetve téríti meg azt az arra jogosultnak (Biztosított/Szerződő), amelyen feltüntetik az általános forgalmi adó összegét vagy amelyből az általános forgalmi adó összege kiszámítható.

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

A Biztosító a kártérítési igény elbírálásához szükséges valamennyi dokumentum birtokában, az utolsó irat beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti a biztosítási szolgáltatást.

Amennyiben a Biztosító a kárt megtérítette, őt illetik meg azok a jogok, amelyek a Biztosítottat illették meg a kárért felelős személlyel szemben, kivéve, ha ez a Biztosítóval közös háztartásban élő hozzátartozó

A Biztosított (a Biztosított örökösének, illetve kedvezményezettjének) káresemény bekövetkezte utáni feladatai, a kárrendezés menete

A kárrendezés menete

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

Amennyiben az egészségügyi ellátás ellenértékét a Biztosított – a biztosítási esemény előírtak szerinti bejelentése után – a helyszínen kifizette, a kárt a Biztosító Assistance Irodája (1134 Budapest, Váci út 23-27.; tel. (1) 460-1500; fax: (1) 460-1515) téríti meg.

Az előzetes jóváhagyás nélkül igénybe vett egészségügyi szolgáltatások költségeit maximum 1.000,- euró összeghatárig téríti meg a Biztosító, amennyiben a jóváhagyás nélkül igénybe vett szolgáltatás kapcsán lényeges körülmény utóbb nem tisztázható.

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

„A” Szakasz Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás esetén:

- a fedezet igazoló dokumentum egy példánya,
- az ellátás sürgősségét igazoló teljes orvosi dokumentáció, diagnózis, orvosi leírás, zárójelentés,
- orvosi, gyógyszerköltségek számlái,
- a Biztosító kérésére – esetlegesen – háziorvosi dokumentáció a kiutazást megelőző megbetegedésekről,
- teljeskörűen kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatvány (kötvényszám, cím, átutaláshoz szükséges adatok megadásával);.

Baleset esetén a felsoroltakon kívül: a baleset helyszínén felvett hivatalos jegyzőkönyv, vagy igazolás a baleset és a sérülés megtörténtéről, körülményeiről, továbbá a Biztosított elhalálása esetén boncolási jegyzőkönyv vagy - amennyiben nem készült boncolási jegyzőkönyv - halottvizsgálati bizonyítvány .



„B” Szakasz Egyéb utazási segítségnyújtás:

1. Holttest hazaszállítása esetén:

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

- temetői befogadó nyilatkozat,
- boncolási jegyzőkönyv, vagy - amennyiben nem készült boncolási jegyzőkönyv - halottvizsgálati bizonyítvány vagy halotti anyakönyvi kivonat,

2. Telefonköltség térítése esetén:

- részletes telefonszámla és részletes híváslista.

3. Tartózkodás meghosszabbodása esetén:

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



Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó – a Biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek – ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

A Biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, 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.

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LX X XVIII. törvény (Bit.) 135. § (1) bekezdésben 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.

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.

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 Bit. 135. § (1) bekezdésében 3 meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

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) a 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.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
- c) 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 Szolgálat, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) a Bit. 138. § (2) bekezdésben foglalt esetekben 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 esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) 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 Közigazgatási és közúti közlekedési nyilvántartási szervével,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvető biztosítóval,
- n) 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,



- o)** a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- p)** fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli Biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
- q)** a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r)** a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- s)** a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a Biztosítóval,
- t)** 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,
- u)** a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal, szemben, ha az a)–j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)–s) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A Bit. 138. § (1) bekezdés e) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

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, az adatkérés célját és jogalapját.

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 X X XVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B–43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

A Biztosító vagy a viszontbiztosító a Bit. 138. § (1) és Bit. 138 § (6) bekezdésekben, a Bit. 1–37. §-ban, és a Bit. 140. §-ban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a Bit. 138. § (1) bekezdésben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

A Biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban 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 visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, Terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b)** 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, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

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

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.



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

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,
- 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.

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:

- a)** ha a Biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- b)** ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.) 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

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

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.

Az a)–d) pontokban meghatározott adatok átadását a Biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a 136. § alá eső adatok vagy az Infotv. szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.

A Biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a Bit. 138. § (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a 138. § (6) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.

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.

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

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.

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.



A BIZTOSÍTÓ ÉS A VISZONTBIZTOSÍTÓ ÜZLETI TITKA

A Biztosító, a viszontbiztosító, valamint ezek tulajdonosa, a biztosítóban, a viszontbiztosítóban részesedést szerezni kívánó személy, a vezető állású személy, egyéb vezető, valamint a Biztosító és a viszontbiztosító alkalmazottja, megbízottja köteles a Biztosító és a viszontbiztosító működésével kapcsolatban tudomására jutott üzleti titkot – időbeli korlátozás nélkül – megőrizni.

A Bit. 144. §-ban előírt titoktartási kötelezettség nem áll fenn a feladatkörében eljáró

- a) Felügyelettel,
- b) Nemzetbiztonsági szolgálattal,
- c) Állami Számvevőszékkel,
- d) Gazdasági Versenyhivatallal,
- e) a központi költségvetési pénzeszközök felhasználásának szabályszerűségét és célszerűségét ellenőrző Kormány által kijelölt belső ellenőrzési szervvel,
- f) vagyonellenőrrel,
- g) Információs Központtal,
- h) a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében – az agrárkár-megállapító szervvel, agrárkár-enyhítési szervvel, mezőgazdasági igazgatási szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel szemben.

Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B–43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítéséhez.

Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a Felügyelet által az Európai Biztosítás- és Foglalkoztatói nyugdíjhatóság (a továbbiakban: EBFH) felé történő adatszolgáltatás, az európai felügyeleti hatóság (az Európai Biztosítás- és Foglalkoztatói nyugdíj-hatóság) létrehozásáról, valamint a 716/2009/EK határozat módosításáról és a 2009/79/ EK bizottsági határozat hatályon kívül helyezéséről szóló 2010. november 24-i 1094/2010/EU európai parlamenti és tanácsi rendeletnek (a továbbiakban: 1094/2010/EU rendelet) megfelelően.

A Bit. 144. §-ban előírt titoktartási kötelezettség nem áll fenn

- a) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- b) 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, valamint az önkormányzati adósságrendezési eljárás keretében a bírósággal szemben.

Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a Felügyelet által a biztosítókról és a viszontbiztosítókról egyedi azonosításra alkalmas adatok szolgáltatása a jogalkotás megalapozása és hatásvizsgálatok elvégzése céljából a pénz-, tőke- és biztosítási piac szabályozásáért felelős miniszter részére.

Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a feladatkörében eljáró Információs Központ által végzett adattovábbítás.

Aki üzleti titok birtokába jut, köteles azt időbeli korlátozás nélkül megőrizni.

A titoktartási kötelezettség alapján az üzleti titok körébe tartozó tény, tájékoztatás vagy adat az e törvényben meghatározott körön kívül a Biztosító és a viszontbiztosító, továbbá az ügyfél felhatalmazása nélkül nem adható ki harmadik személynek és feladatkörön kívül nem használható fel.

Aki üzleti titok birtokába jut, nem használhatja fel arra, hogy annak révén saját maga vagy más személy részére közvetlen vagy közvetett módon előnyt szerezzen, továbbá, hogy a Biztosítónak, a viszontbiztosítónak vagy ügyfeleinek hátrányt okozzon.

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. 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.

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



A BIZTOSÍTÓK KÖZÖTTI ADATCSERÉVEL ÖSSZEFÜGGŐ ADATKEZELÉS

A biztosított veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében a Biztosító – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából – a 2015. év január hó 1. napjától kezdődően jogosult megkereséssel fordulni más biztosítóhoz az e Biztosító által a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével kezelt – a Bit. 149. § (3)–(5) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában. A megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.

A Biztosító ennek keretében,

- (I) Bit. 1. számú melléklet A) rész 1. és 2. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó biztosítási szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a Bit. 149. § (3) bek. a)–e) pontjaiban felsorolt adatokat;
- (II) a Bit. 1. számú melléklet A) rész 5., 6., 7., 8., 9., 16., 17. és 18. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a Bit. 149. § (4) bek. a)–e) pontjaiban felsorolt adatokat, továbbá
- (III) a Bit. 1. számú melléklet A) rész 11., 12. és 13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a Bit. 149. § (5) bek. a)–c) pontjaiban felsorolt adatokat kérheti más biztosítótól.

A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt (15) napon belül köteles(ek) átadni a biztosítónak.

A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven (90) napig kezelheti. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat a biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés fentebb meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.

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

Ha az ügyfél az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben meghatározott módon az adatairól tájékoztatást kér és a megkereső biztosító – a Bit. 149. § (8)–(10) bekezdésben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

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



A Biztosító minden tőle telhetőt megtesz annak érdekében, hogy a Szerződő és a Biztosított személy magasszínvonalú biztosítási szolgáltatásban részesüljön.

Amennyiben valamennyi erőfeszítésünk ellenére sem sikerült felmerült problémáját megnyugtatóan rendezni, a biztosító szolgáltatásaival, valamint a Biztosítási szerződés teljesítésével összefüggésben panasz terjeszthető elő írásban a **Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepéhez** címzett levélben, e-mailben vagy faxon (Levelezési cím: 1426 Budapest, Pf.: 153.; Telefaxszám: +36 460 1499; e-mail cím: info@colonnade.hu, weboldalunkon: <https://www.colonnade.hu/panaszbejelentés> illetőleg személyesen vagy telefonon is nyitvatartási időben az **Ügyfélszolgálatunkon** (Cím: 1134 Budapest, Váci út 23-27.; Telefonszám: +36 1 460 1400).

Társaságunk a panaszbejelentés beérkezésétől számított 30 (harminc) napon belül írásban küldi meg válaszát a panaszos részére. Panaszának elutasítása esetén lehetősége van a Colonnade Insurance S.A. Panaszkezelésért felelős vezetőjéhez fordulni a panasz ismételt elbírálása érdekében a complaints@colonnade-insurance.com e-mail címre küldött e-mailben.

A panasz elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a fogyasztónak minősülő ügyfél az alábbi szervezetek bármelyike előtt előterjesztheti a panaszt:

Pénzügyi Békéltető Testület

A Biztosítási szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatos (pénzügyi fogyasztói) jogvita esetén a Fogyasztó álláspontját alátámasztó bizonyítékaival a Pénzügyi Békéltető Testület (Székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.; Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.; Levelezési cím: 1525 Budapest BKKP Pf.: 172.; Telefonszám: +36 80 203 776; E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu) eljárását kezdeményezheti.

Magyar Nemzeti Bank

Hatáskörrel rendelkező felügyeleti hatóság a Magyar Nemzeti Bank. Fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy (Fogyasztó) a Magyar Nemzeti Banknál (Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Pf.: 777.; Telefonszám: +36 80 203 776; E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu, cím: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.) fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet.

A fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezésére irányuló kérelem benyújtása céljából rendszeresített formanyomtatványt az alábbi címen érhetik el: <https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugyi-panasz>

Polgári peres eljárás

A Biztosítási szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatos jogvita esetén a fogyasztó álláspontját alátámasztó bizonyítékaival bírósághoz is fordulhat.

A panasz elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a fogyasztónak nem minősülő ügyfél jogosult a Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe (1134 Budapest, Váci út 23-27.) által hozott, számára nem megfelelő döntés ellen Bírósághoz fordulni. Ebben az esetben a polgári pert a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező magyar bíróság előtt kell a Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepével szemben megindítani.

A Biztosító panaszkezelési szabályzata megtekinthető az Ügyfélszolgálaton kifüggesztve, továbbá elérhető a következő címen: <https://www.colonnade.hu>

10. Személyes adatok kezelésével kapcsolatos tájékoztatás



Az adatok kezelője a Colonnade Insurance S.A.

Az adatvédelmi tisztviselő elérhetőségei:

email: dpo@colonnade.hu

telefon: +36 1 460 1400

levelezési címe: 1426 Budapest, Pf.: 153



A kezelt adatok kategóriái

személyes adat: azonosított vagy azonosítható természetes személyre („érintett”) vonatkozó bármely információ; azonosítható az a természetes személy, aki közvetlen vagy közvetett módon, különösen valamely azonosító, név, szám, születési idő és hely, cím, telefonszám, online azonosító;

különleges adat: egészségügyi adatok

Az adatkezelés célja

A Biztosító az ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélése vagy a Bit.-ben meghatározott egyéb cél lehet.

Az adatkezelés céljai közé tartozik az ENSZ, az EU vagy más által elrendelt gazdasági szankcióknak, illetve a pénzmosás és terrorizmus finanszírozás megelőzésére vonatkozó kötelezettségeknek való megfelelés biztosítása.

A colonnade.hu honlapon keresztül online történő szerződéskötések a Távért tv. és az Eker tv. hatálya alá esnek, ezért az adatkezelések további célja a fentiek mellett az ezen jogszabályok által előírt fogyasztói tájékoztatásra vonatkozó kötelezettség teljesítésének a bizonyítása, a biztosítási szerződés megkötésének a bizonyítása, az információs társadalommal összefüggő szolgáltatás nyújtására irányuló szerződés létrehozása, tartalmának meghatározása, módosítása, teljesítésének figyelemmel kísérése, az abból származó díjak számlázása, valamint az az azzal kapcsolatos követelések érvényesítése.

A Biztosító adatkezelése a biztosítási szerződés megkötésével, míg kárbejelentés, szolgáltatási igény bejelentése és a szerződéssel kapcsolatos információkérés során megadott adatok esetén a bejelentés, kérés elküldésével megadottnak tekintett önkéntes hozzájáruláson alapul. Amennyiben utasbiztosítási szolgáltatási igény teljesítésével kapcsolatban a Biztosított létfontosságú érdekeinek védelmére az szükséges, akkor a biztosító egészségügyi adatokat továbbíthat az Európai Unión kívüli országokba az ilyen adattovábbítások körülményeiről a Biztosító a továbbításkor tájékoztatja az érintettet.

A Biztosító a panaszügyintézés során tudomására jutott személyes adatokat a Bit. 159. § panaszkezelésre vonatkozó rendelkezéseinek való megfelelés érdekében kezeli, és az ügyfelek panaszairól, valamint az azok rendezését, megoldását szolgáló intézkedésekről nyilvántartást vezet. A Biztosító adatkezelése a Bit. fenti rendelkezésén alapuló kötelező adatkezelés.

Telefonon történő panaszkezelés esetén a Biztosító a közötte és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt hangfelvétellel rögzíti. A hangfelvétel rögzítését a Bit. fent hivatkozott szakasza rendeli el kötelezően.

Az adatkezelések időtartama

A biztosítási titok körébe tartozó adatok kezelése során a Biztosító a személyes adatokat – ideértve az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő adatokat is – a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosítási szerződés megkötésével, nyilvántartásával, valamint a biztosítási szolgáltatással összefüggésben keletkezett, számviteli bizonylatnak minősülő dokumentumokat a Biztosító az Sztv. 169. §-a alapján 8 évig őrzi meg.

A Biztosító a biztosítók közötti adatcsere folytán más biztosítótól beszerzett adatokat a „Biztosítottai veszélyközösség védelme” pontban részletezett feltételekkel és időtartam elteltéig kezeli.

A panaszügyintézés során készült hangfelvételeket a Biztosító öt évig őrzi meg. A Biztosító a panaszt és az arra adott választ öt évig őrzi meg, és azt a hatóságok kérésére bemutatja.

Az adatkezelés jogalapja

A biztosítási szerződések kezelésével, nyilvántartásával kapcsolatos, valamint a telefonos ügyfélszolgálati célú adatkezelések jogalapja az érintettek hozzájárulása, a Bit. 135. §-a, az Sztv. 169. §-a, továbbá a biztosításnak elektronikus úton, vagy telefonon keresztül történő megkötése esetén a Távért. tv. 11. § (2) bekezdése, és az Eker tv. 13/A. §-a.



Az egészségi állapottal összefüggő adatokat a biztosító az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

A panaszkezelési célú adatkezelések jogalapja a Bit.159. §-a.

Az ENSZ, az EU vagy más által elrendelt gazdasági szankcióknak (embargóknak) való megfelelés biztosítása esetén az adatkezelés jogalapja a Biztosító jogos érdeke, illetve a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése.

Az érintettek jogai és azok érvényesítése

Az érintettek jogai az alábbiakra terjednek ki:

- a) kérelmezheti az adatkezelőtől a rá vonatkozó személyes adatokhoz való hozzáférést;
- b) kérheti a személyes adatai helyesbítését és kiegészítését;
- c) kérheti a személyes adatai törlését vagy kezelésének korlátozását;
- d) tiltakozhat a személyes adatok kezelése ellen;
- e) panasszal fordulhat az illetékes adatvédelmi fő felügyeleti hatósághoz (NAIH);
- f) joga van az adathordozhatósághoz; illetve
- g) kérheti a személyes adatainak direkt marketing célokra való használatának megtiltását.

A Biztosító az érintett kérelmére – a kérelem benyújtásától számított legrövidebb idő alatt, legfeljebb azonban 15 napon belül - írásban tájékoztatást ad az érintett részére a Biztosító vagy adatfeldolgozója által kezelt, az érintettre vonatkozó

- személyes adatok kategóriáiról és azok forrásáról adatkezelés céljáról és jogalapjáról;
- személyes adatok tárolásának tervezett időtartamáról, vagy ha ez nem lehetséges, ezen időtartam meghatározásának szempontjairól;
- a címzettek vagy címzettek kategóriáiról, akikkel, illetve amelyekkel a személyes adatokat közölték vagy közölni fogják;
- az igénybe vett adatfeldolgozó nevééről, címéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről.

A tájékoztatás ingyenes, ha a tájékoztatást kérő a folyó évben azonos adatkörre vonatkozóan tájékoztatási kérelmet az érintett természetes személy még nem nyújtott be. Egyéb esetekben az adminisztratív költségeken alapuló, észszerű mértékű költségtérítés állapítható meg.

Az Biztosító a fentiekén túl, az érintett kérésére a kezelt személyes adatok másolatát rendelkezésre bocsátja.

- b) Az érintett jogosult arra, hogy kérésére a Biztosító indokolatlan késedelem nélkül helyesbítse vagy kiegészítse a rá vonatkozó pontatlan személyes adatokat.
- c) A Biztosító az érintettre vonatkozó személyes adatokat indokolatlan késedelem nélkül törli, ha
 - a személyes adatokra már nincs szükség abból a célból, amelyből azokat gyűjtötték, vagy
 - az érintett visszavonja az adatkezelés alapját képező hozzájárulását, és az adatkezelésnek nincs más jogalapja, kivéve, ha az adat kezelése jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez, illetve védelméhez szükséges, vagy jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges.

A Biztosító az érintettre vonatkozó személyes adatokat indokolatlan késedelem nélkül akkor is törli, ha a személyes adatokat az adatkezelőre alkalmazandó jogi kötelezettség teljesítéséhez törölni kell, vagy a személyes adatok gyűjtésére az ÁAR 8. cikk (1) bekezdésében említett, információs társadalommal összefüggő szolgáltatások kínálásával kapcsolatosan került sor.

Az érintett jogosult arra, hogy kérésére a Biztosító korlátozza az adatkezelést, ha az alábbiak valamelyike teljesül:

- az érintett vitatja a személyes adatok pontosságát, ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amely lehetővé teszi, hogy az adatkezelő ellenőrizze a személyes adatok pontosságát;
- az adatkezelés jogellenes, de az érintett ellenzi az adatok törlését, és ehelyett kéri azok felhasználásának korlátozását;
- az adatkezelőnek már nincs szüksége a személyes adatokra adatkezelés céljából, de az érintett igényli azokat jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez; vagy
- az érintett tiltakozott az adatkezelés ellen; ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amíg megállapításra nem kerül, hogy az adatkezelő jogos indokai elsőbbséget élveznek-e az érintett jogos indokaival szemben.

Az így korlátozott kezeléssel adatot a tárolás kivételével csak az érintett hozzájárulásával, vagy jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez, vagy más természetes vagy jogi személy jogainak védelme érdekében, vagy az Unió, illetve valamely tagállam fontos közérdekéből lehet kezelni. Az adatkezelő a korlátozás feloldásáról előzetesen tájékoztatja az érintettet, akinek a kérésére korlátozták az adatkezelést.



- d)** Ha az adatkezelés az adatkezelő vagy egy harmadik fél jogos érdekeinek érvényesítéséhez szükséges, akkor az érintett jogosult arra, hogy a saját helyzetével kapcsolatos okokból bármikor tiltakozzon személyes adatainak a kezelése ellen, ideértve az említett rendelkezéseken alapuló profilalkotást is.

Ebben az esetben a Biztosító a személyes adatokat nem kezelheti tovább, kivéve, ha bizonyítja, hogy az adatkezelést olyan kényszerítő erejű jogos okok indokolják, amelyek elsőbbséget élveznek az érintett érdekeivel, jogaival és szabadságaival szemben, vagy amelyek jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez kapcsolódnak. A tiltakozást a Biztosító annak benyújtásától számított legrövidebb időn belül, de legfeljebb 15 napon belül megvizsgálja, annak megalapozottsága kérdésében döntést hoz, és döntéséről az érintettet írásban tájékoztatja.

Az érintettek a személyes adataik kezelésével kapcsolatos tiltakozásaikat, kérelmeiket a Biztosítónál szóban (személyesen) vagy írásban (ideértve az elektronikus levelezést is) jelenthetik be, az alábbi elérhetőségeken:

Colonnade Biztosító Adatvédelmi Tisztviselő

email: dpo@colonnade.hu

levelezési címe: 1426 Budapest, Pf. 153.

- e)** Ha Önnek a személyes adataival kapcsolatos tiltakozását, panaszát, kérelmét nem sikerült megnyugtató módon rendeznie, vagy Ön bármikor úgy ítéli meg, hogy személyes adatai kezelésével kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fennáll, akkor az alábbi hatóságoknál jogosult bejelentést tenni.

Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság

Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11.

Levelezési cím: 1363 Budapest, Pf. 9, Telefon: (+36) 1 391 1400,

Fax: (+36) 1 391 1410,

E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu,

Web: naih.hu

Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz is fordulni. A per elbírálása a törvényszék hatáskörébe tartozik. A per – az Ön választása szerint – az Ön lakóhelye vagy tartózkodási helye szerinti törvényszék előtt is megindítható.

- f)** Az érintett jogosult arra, hogy a rá vonatkozó adatokat tagolt, széles körben használt, géppel olvasható formátumban megkapja, továbbá jogosult arra, hogy ezeket az adatokat egy másik adatkezelőnek továbbítsa anélkül, hogy ezt akadályozná az adatkezelő, amelynek a személyes adatokat a rendelkezésére bocsátotta. Ha ez technikailag megvalósítható, az érintett kérheti a személyes adatok adatkezelők közötti közvetlen továbbítását.

Egyéb adatkezelések

Amennyiben a Biztosító a Bit. 138. §-ban felsorolt hatóságok részére tájékoztatást nyújt a személyes adatokkal kapcsolatosan, akkor a közléskor az érintettet is tájékoztatja az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről. A biztosító nem tájékoztatja az érintett személyt a Bit. 138. § (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a 138. § (6) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.

Az adatkezelő a hatóságok részére – amennyiben a hatóság a pontos célt és az adatok körét megjelölte – személyes adatot csak annyit és olyan mértékben ad ki, amely a megkeresés céljának megvalósításához szükséges.

Adatvédelmi incidens bejelentése a felügyeleti hatóságnak, az érintett tájékoztatása

Az adatkezelő az adatvédelmi incidenst indokolatlan késedelem nélkül, és ha lehetséges, legkésőbb 72 órával azután, hogy az adatvédelmi incidens a tudomására jutott, bejelenti az illetékes felügyeleti hatóságnak, kivéve, ha az adatvédelmi incidens valószínűsíthetően nem járt kockázattal az érintett jogaira és szabadságaira nézve. Adatkezelő nyilvántartja az adatvédelmi incidenseket, feltüntetve az adatvédelmi incidensekhez kapcsolódó tényeket, annak hatásait és az orvoslására tett intézkedéseket.

Az adatkezelő indokolatlan késedelem nélkül tájékoztatja az érintetteket az adatvédelmi incidensről, ha az adatvédelmi incidens valószínűsíthetően magas kockázattal jár az érintett jogaira tekintettel.

Az Adatkezelő a fentieken túlmenően is megtesz minden lehetséges lépést az adatvédelmi incidens leghatékonyabb elhárítása és a személyes adatok védelmének legteljesebb biztosítása érdekében.

A Biztosító köteles törölni minden olyan, Ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos Személyes Adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett Ügyfél hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

