

# Atlasz Assistance Hungary, EU

## Biztosítási termékismertető

A társaság: Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe

A termék: AA HUN, EU



A termékre vonatkozó teljes körű tájékoztatás a termék részletes biztosítási feltételeiben érhető el.

Módozat száma: 001-2018

### Milyen típusú biztosításról van szó?

A Colonnade Assistance Hungary és EU egy olyan biztosítás, amely külföldi állampolgároknak magyarországi és európai uniós tartózkodásra 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 30.000 EUR limitösszegig vállalja a fedezetet. Az egyes szolgáltatásokra vonatkozó részletes limiteket a biztosítási feltételek tartalmazzák.



#### 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 ionizálóan minősülő sugárzás, nukleáris energia folytán bekövetkezett események,
- ✗ munkavédelmi előírások megszegésével ok-okozati összefüggésben keletkezett károk,
- ✗ háborús, polgárháborús cselekménnyel, harci eseménnyel, terrorcselekménnyel, felkeléssel, lázadással, sztrájkjal, zavargással közvetlen vagy közvetett összefüggésben bekövetkezett események,
- ✗ a Biztosító vagy Partnere által felkért szolgáltató által okozott orvosi műhibákból eredő felelősségi károk,
- ✗ azon károk, amelyek olyan Biztosítottnál következtek be, aki a kockázatviselés kezdetekor 15. élet napját még nem vagy a 65. életévét már betöltötte,
- ✗ azon AA 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.



#### Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

##### A Biztosító mentesül a károk kifizetése alól, ha:

- ! a Biztosított a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettségét megszegi, kivéve, ha a szerződő fél (Biztosított) bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében,

- ! ha a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben a Biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetlenné válik,
- ! ha bizonyítást nyer, hogy a biztosítási esemény bekövetkezettének az oka a Szerződő, illetve Biztosított, a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuknak jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása
- ! A biztosítási esemény súlyosan gondatlan magatartás által okozottak akkor kell tekinteni, ha a kárt a Biztosított:
- ! 0,80‰ véralkoholszint feletti ittas állapotában vagy kábítószeres befolyásoltság alatt, azzal közvetlen okozati összefüggésben következett be,
- ! jogosítvány nélküli gépjárművezetés közben következett be,
- ! Szerződő / Biztosított kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettségé szándékosan vagy súlyosan gondatlanul megszegi.



### 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.



### 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.



### Hogyan szüntethetem meg a szerződést?

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a szerződés lehetetlenülése; érdekmúlás esetén,
- biztosítási időtartam lejártával,
- biztosítási tartam alatti egy biztosítási esemény bekövetkeztével.

A megkötött biztosítási szerződés határozott időre szól, így a biztosítási szerződés az időtartam lejárta előtt nem mondható fel.

## I. ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK

### 1. Biztosító

1.1. Biztosító adatai: Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe (1139 Budapest, Váci út 99. 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, Luxemburg, cégjegyzék-száma: B 61605, tevékenységi engedélyt kiadó hatóság: Grand-Duche 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.

1.2. Biztosítóval kapcsolatos egyéb rendelkezések

A Biztosító a biztosítási termékkel kapcsolatosan nem nyújt tanácsadást.

A biztosító jelentése a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről elérhető a Biztosító honlapján: [www.colonnade.hu/rolunk](http://www.colonnade.hu/rolunk)

### 2. A Biztosítás fedezeti köre

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

segítségnyújtási és biztosítási szolgáltatásokat nyújtja:

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

### 3. Biztosítási szerződés létrejötte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 4. A kockázatviselés tartama

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

### 5. Szerződő

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

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

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

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

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

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

5.7. Fogyasztói biztosítási szerződés: Az a biztosítási szerződés, ahol a szerződő fél az

5.5. pont szerinti fogyasztó.

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

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

5.10. Hozzátartozó: a Ptk. 8:1 § (1) bekezdés 2. pontja szerint: a közeli hozzátartozó, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona és test-vére, és a testvér házastársa.

A szerződéses jogviszony során a Biztosító díjmentesen, magyar nyelven tartja a kapcsolatot az ügyféllel.

## 6. Biztosított

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

6.2. AAEU módozat esetén Biztosított lehet az Európai Unió, illetve a Schengeni térség államainak területén tartózkodó valamennyi a biztosítás hatálybalépésekor a 15 napos kort betöltött, de a 65. életévébe nem lépett külföldinek minősülő természetes személy (fogyasztó) aki a biztosítási díjat megfizeti és érvényes biztosítási kötvény van a tulajdo-nában.

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

## 7. Kedvezményezett

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

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

7.3. Ha a Szerződő fél a Biztosítotthoz vagy a kedvezményezethez intézett írásbeli nyi-latkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy

megváltoz-tatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A Szerződő fél nyilatkozatáról a Biztosítót tájékoztatni kell.

## 8. Többszörös biztosítás

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

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

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

## 9. Díjfizetés

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

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

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

9.3. A jelen biztosítási szerződést értékesítő biztosításközvetítő (független) jogosult az ügyféltől összegszerűségi 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 megkötni.

## 10. Díjvisszatérítés lehetősége

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

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

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

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

10.4. Lejárt biztosítás díja nem téríthető vissza.

## 11. Közlési és változás bejelentési kötelezettség

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

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

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

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

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

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

## **12. A szerződés lehetetlenülése, érdekmúlás**

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

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

## **13. Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség**

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

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

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

## **14. Kárbejelentés, kárrendezés általános szabályai**

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

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

14.3. Ha a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggésben büntetőeljárás, vagy szabálysértési eljárás indult, az ilyen eljárást jogerősen lezáró határozatot a biztosítási szerződés teljesítését

igénylő fél (szerződő, biztosított, engedményes, kedvezményezett) akkor is köteles a biztosítónak benyújtani, ha időközben sor került a biztosítási szolgáltatás teljesítésére. Az ilyen határozatok rendelkezésre állásának hiánya a biztosító szolgáltatásának esedékessé válását nem érinti.

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

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

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

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

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

## **15. Általános mentesülési okok**

15.1. A Biztosító mentesül a károk kifizetése alól, ha

– a Biztosított a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettségét megszegi, kivéve, ha a szerződő fél (Biztosított) bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében,

– ha a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben a Biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenülé válik,

– ha bizonyítást nyer, hogy a biztosítási esemény bekövetkezésének az oka a Szerződő, illetve Biztosított, a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuknak jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása

A biztosítási esemény súlyosan gondatlan magatartás által okozottakkor kell tekinteni, ha a kárt a Biztosított:

– 0,80% véralkoholszint feletti ittas állapotában vagy kábítószeres befolyásoltság alatt, azzal közvetlen okozati összefüggésben következett be,

– jogosítvány nélküli gépjárművezetés közben következett be,

– Szerződő/Biztosított kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettségé szándékosan vagy súlyosan gondatlanul megszegi.

## **16. Általános Kizárások**

16.1. A biztosításból kizárt kockázatok

A biztosításból kizárásra kerülnek:

– a felmerült vagyoni károk, és a felmerült sérelemdíjak,  
– Biztosított által okozott felelősségi károk,

- veszélyes sportok (az autó- motorsport versenyek – ideértve a teszttúrákat és a rally versenyeket is-, szikla- és hegymászás, barlangászat, repülő sportok, ejtőernyős ug-rások.) gyakorlása és az ezekkel kapcsolatos edzéseken való részvétel során bekövetkezett események,
- közvetve vagy közvetlenül a jogszabály szerint ionizálóan minősülő sugárzás, nukle-áris energia folytán bekövetkezett események,
- munkavédelmi előírások megszegésével ok-okozati összefüggésben keletkezett károk,
- háborús, polgárháborús cselekménnyel, harci eseménnyel, terrorcselekménnyel, fel-kelessel, 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 kezdete-tekor 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.

## 17. A Szerződés felmondása

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

## 18. A Szerződés megszűnése

18.1. A biztosítási szerződés megszűnik:

- a szerződés lehetetlenülése, érdekmúlás esetén,
- a biztosítási időtartam lejártával,
- a biztosítási tartam alatti egy biztosítási esemény bekövetkeztével.

## 19. Elévülés

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

## 20. Irányadó jog

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

## 21. Titoktartási kötelezettség és a személyes adatok kezelésére vonatkozó tudni-valók

A Biztosítási titok

Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó -, a biztosító, a viszont-biztosító, 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 szolgáltatás-sal 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 LXXXVIII. 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 meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- e törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
- 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 feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
- büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel, e) a (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
- a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal, g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal, h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetekben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- a viszontbiztosítóval, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvény-nyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével [szemben, ha az a)–j), n) és s) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely

tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a 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]

- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány te-kintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosító-val,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közötti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Szám-lát 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 jegyzőkönyvből 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, [szemben, ha az a)–j), n) és s) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a 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.]
- 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 szemben, ha az a)–j), n) és s) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a 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.
- t) a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szerv-vel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős

miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézmény-nyel” [szemben, ha az a)–j), n) és s) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a 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,

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 XXXVII. 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.137. §-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 foglalt szerinti kábító-szerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal

vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szerven-délykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaélés-sel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a 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 ré-szére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,

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

(2) Az (1) bekezdésben 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 adat-nak 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.

(3) E törvény alkalmazásában 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 intéz-



ménnyel 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.

(3) Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a Felügyelet által az Európai Biztosítás- és Foglalkoztatónyugdíj-hatóság (a továbbiakban: EBFH) felé történő adatszolgáltatás, az európai felügyeleti hatóság (az Európai Biztosítás- és Foglalkoztatónyugdíj-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 adósságrendezi eljárás keretében a bírósággal szemben.

(5) 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.

(6) 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 biztosítotti veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás**

A biztosítotti 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) a 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 érdek-re 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."

#### **Személyes adatok kezelésére vonatkozó tudnivalók**

**Colonnade Insurance S.A.**

**Az adatvédelmi tisztviselő elérhetőségei:**

**email: dpo@colonnade.hu, telefon: (06-1) 460-1400**

**levelezési címe: 1442 Budapest, Pf.:101**

#### **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 összefüggenek. 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. Ezzel kapcsolatban a Biztosító személyes adatokat (név) továbbíthat adatfeldolgozóinak az Amerikai Egyesült Államokba az Európai Bizottság megfelelőségi határozata, illetve a Privacy Shield Egyezmény alapján.

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 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 Unió 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 „Biztosított 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) 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 nevről, 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 kérelem nélkül helyesbítse vagy kiegészítse a rá vonatkozó pontatlan személyes adatokat.

**c)** A Biztosító az érintettre vonatkozó személyes adatokat indokolatlan kérelem 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 kérelem 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 (ide értve az elektronikus levelezést is) jelenthetik be, az alábbi elérhetőségeken:

**Colonnade Biztosító Adatvédelmi Tisztviselő**

**email: [dpo@colonnade.hu](mailto:dpo@colonnade.hu)**

**levelezési címe: 1442 Budapest, Pf.:101**

**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: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.

Levelezési cím: 1530 Budapest, Pf. 5, Telefon: (+36) 1 391 1400,

Fax: (+36) 1 391 1410, E-mail: [ugyfelszolgalat@naih.hu](mailto:ugyfelszolgalat@naih.hu), Web:

[naih.hu](http://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 kérelem 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 kérelem nélkül tájékoztatja az érintetteket az adatvédelmi incidensről, ha az adatvédelmi incidens valószínűsíthetően magas kockázattal jár az érintett jogaira tekintettel.

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

### **22. Panaszkezelés / Panasz fórumok / Bírósági Vitarendezés**

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

Társaságunk szolgáltatásaival, valamint a biztosítási szerződés teljesítésével összefüggésben panasz terjeszthető elő írásban a Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe vezetőjéhez címzett levélben, e-mailben vagy faxon (cím: 1139 Budapest, Váci út 99., levelezési cím: 1442 Budapest, Pf.: 101, telefonszám: (06-1) 461499; e-mail cím: info@colonnade.hu), illetőleg személyesen vagy telefonon is nyitvatartási időben az Ügyfélszolgálatunkon (cím: 1139 Budapest, Váci út 99.; telefonszám:(06-1) 460-1400). Társaságunk a panaszbejelentés beérkezésétől számított 30 (harminc) napon belül írásban küldi meg válaszát a panaszos részére.

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

– **Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe vezetője** (1139 Budapest, Váci út 99., levelezési cím: 1442 Budapest, Pf.: 101, telefonszám: (36-1) 460-1400, e-mailcím: info@colonnade.hu. faxszám: (361) 4601499)

– **Pénzügyi Békéltető Testület** (a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival, és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén) (1013 Budapest, Krisztina krt. 37-39., levelezési cím: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172, ügyfélszolgálat címe: 1013. Budapest, Krisztina krt. 39., telefonszám: +36-80-203-776 , e-mailcím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu, bt@mnbb.hu,www.felugyelet.mnbb.hu/pbt.)

– fogyasztóvédelmi eljárás alapjául szolgáló kötelezettségszegéssel kapcsolatos panasz esetén a Társaságunk felügyeletét ellátó **Magyar Nemzeti Bank Zrt. Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ (MNB)** cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank Zrt. Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ, 1534 Budapest BKKP Pf.777.; telefonszám: + 36 80 203 776, e-mailcím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu.

A panaszos jogosult továbbá a Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe (1139 Budapest, Váci út 99.) 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 (1139 Budapest, Váci út 99.) szemben megindítani.

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 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 (1139 Budapest, Váci út 99.) szemben megindítani.

## II. EGÉSZSÉGÜGYI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ÉS BIZTOSÍTÁS

### 23. Az egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás kockázati köre

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

23.2. Sürgős szükség esete áll fenn, ha az azonnali orvosi ellátás elmaradása előre lát-hatóan a Biztosított életét, illetve testi épségét veszélyeztetné vagy a Biztosított egészségében, illetve testi épségében helyrehozhatatlan károsodást okozna, úgyszintén, ha a Biztosított betegségének tünetei (eszméletvesztés, vérzés, fertőző heveny megbetegedés, stb.) alapján, illetve baleset folytán vagy hirtelen bekövetkezett súlyos egészség károsodása miatt azonnali orvosi ellátásra szorul.

### 24. A Biztosító egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatásai:

#### 24.1. A Biztosító vagy Partnere

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

### 25. Biztosító egészségügyi biztosítási szolgáltatásai

25.1. Biztosító egészségügyi biztosítási szolgáltatásai az alábbiak szerint nyújtja:

- a biztosítás kizárólag sürgős szükség esetén, a Biztosító kockázatviselésének tartamán belül:
- megbetegedés kapcsán

30.000,-

felmerült költségekre összesen:

EUR

- baleset kapcsán

30.000,-

felmerült költségekre összesen:

EUR

25.2. A fenti költségeket akkor vállalja a Biztosító, ha a Biztosított vagy megbízottja, illetve az ellátást nyújtó intézmény, kezelőorvos a Biztosítottól vagy Partnerétől egészségügyi segítségnyújtási szolgáltatást kért, vagy ha erre nem volt lehetősége, a lehető legrövidebb időn belül (de max. 24 órán belül) a Biztosító Atlasz Assistance Centerét vagy Partnerét értesítette és az a szolgáltatások igénybevételét engedélyezte.

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

25.4. Egészségügyi biztosítási szolgáltatások felsorolása:

- sürgősségi orvosi vizsgálat,
- sürgősségi orvosi gyógykezelés,
- sürgősségi kórházi gyógykezelés (a Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a külföldi kórházi kezelési költségeket addig az időpontig vállalja (maximum 30 napig), amíg a kezelőorvossal történt egyeztetés után a beteg állapota

lehetővé teszi az állan-dó 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 eredeti számlával igazolt utólagos megtérítése,
- művégtagok, mankók, rokkant kocsik és egyéb orvosi felszerelések, készülékek, esz-közök orvosi rendelvényre történő kölcsönzése,
- szemüveg – orvos által rendelt – pótlása, személyi sérülést is okozó, dokumentáltan orvosi ellátást igénylő baleset miatt 100,-EUR összeghatárig,
- kizárólag sürgősségi fogászati ellátás, közvetlen fájdalomcsökkentő kezelés, legfeljebb két fogra, foganként max. 100,-EUR összeghatárig, indokolt és szokásos – orvosválasztás nélküli – általános ellátás költségeire a szolgáltatás igénybevételének helyén érvényes átlagos orvosi díjszabások figyelembevételével.

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

## 26. Kizárások

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

- bármely olyan ellátásra vagy gyógyszervásárlásra, amely korábban fennálló egészségi állapot miatt vagy erre visszavezethető okból következett be. (Korábban fennálló egészségügyi állapotnak kell tekinteni a Biztosított bármely olyan betegségét vagy egyéb egészségügyi állapotát, amely a jelen biztosítás 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 24 órán belül nem kérte a Biztosító hozzájárulását az egészségügyi ellátás igénybevételéhez, a 100,-EUR összeghatárt meghaladó károk esetében a fenti összeghatárt meghaladó költségekre,
- a Biztosító hozzájárulása nélkül történt hazaszállítás költségeire,
- az elvárható, ésszerű kockázati szint túllépése nélkül a hazatérés utánra halasztható műtetre,
- utókezelésre, rehabilitációra,
- pszichiátriai és pszichés megbetegedések kezelésére,

- hozzátartozó által nyújtott kezelésre, ápolásra,
- napszúrás, napégés
- kozmetikai sebészetre,
- terhes gondozásra,
- a terhesség betöltött 28. hete utáni szülészeti ellátására,
- nem sürgősségi jellegű orvosi kivizsgálásra, kezelésre,
- fizioterápiára, akupunktúrára, természetgyógyász, illetve csontkovács által nyújtott kezelésre,
- alkoholos (0,80‰ véralkoholszint feletti), illetve kábítószeres befolyásoltság miatt
  - vagy erre visszavezethető okokból – szükségessé vált orvosi, kórházi ellátásra,
- védőoltásra,
- rutin, kontroll, illetve szűrővizsgálatokra,
- szexuális úton terjedő betegségekre,
- szerzett immunhiányos betegségekre (AIDS), illetve ezzel összefüggő betegségekre,
- kontaktlencsére, hallásjavító eszközökre, szemüvegre (ez utóbbi, kivéve személyi sérüléssel járó baleset esetén),
- öngyilkosság, illetve annak kísérlete, vagy 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 elhelyezés, magánkórház és orvosválasztás többletköltségeire

## III.SEGÍTSÉGNYÚJTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

### 27. Holttest hazaszállítása

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

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

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

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

### 28. Telefonköltség térítése

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

AA módozat esetén: 10.000.-

Ft összeghatárig, AAEU módozat esetén: 40 EUR összeghatárig.

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

### 29. Tartózkodás meghosszabbodása

29.1. 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 40,-EUR/éjszaka értékhatárig.

29.2. A Biztosító előzetes hozzájárulása nélküli tartózkodás költségeit a Biztosító nem téríti. 29.3. A kárrendezés menetére és a benyújtandó iratok körére vonatkozóan a V. pont rendelkezései az irányadóak.

#### IV. SZEMÉLYI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS

##### 30. Személyi segítségnyújtás

30.1. Ha Biztosítottnak, a biztosítás érvénytartamán belül:

- gépjárművel kapcsolatos gyors műszaki segítségre,
- bérautóra,
- kedvezményes repülőjegyre,
- szállásfoglalásra,
- ügyvédre, tolmácsra van szüksége, elegendő egy telefonhívás és rendelkezésére áll a

Biztosító éjjel-nappali assistance szolgálata és partneri hálózata.

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

#### V. KÁRRENDEZÉSEL KAPCSOLATOS TUDNIVALÓK

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

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

- a Biztosító vonatkozásában kezelőorvosát felmentse az orvosi titoktartás alól,
- a káreseményével kapcsolatban felmerült minden tényről, adatról a Biztosítót haladéktalanul tájékoztassa,
- a kárt a lehetőségekhez képest elhárítsa, illetve csökkentse és ennek során a Biztosító útmutatását kövesse,
- kárigényét – a szerződésben szabályozott bejelentési kötelezettségének is eleget téve
  - a számla kiállításától számított 10 napon belül kell a Biztosító címére megküldje,
- a Biztosító számára minden olyan vizsgálatot engedélyezzen, melyek a káresemény okaira, a kár mértékére és a kártérítés nagyságára vonatkoznak.

##### 32. A kárrendezés menete

32.1. 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.

32.2. Amennyiben az egészségügyi ellátás ellenértékét a Biztosított – a biztosítási esemény előírtak szerinti bejelentése után – a helyszínen kifizette, a kárt a Biztosító Atlasz Assistance Irodája (1139 Budapest, Váci út 99.; tel. (1) 460-1500; fax: (1) 460-1515) az érvényes devizarendelkezések szerint megtéríti.

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

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

32.4.1. Egészségügyi szolgáltatás esetén:

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

32.4.2. Baleset esetén a 32.4.1. pontban felsoroltakon kívül: a baleset helyszínén felvett hiva-talos jegyzőkönyv, vagy igazolás a baleset és a sérülés megtörténtéről, körülményeiről, tovább-bá a Biztosított elhalálása esetén boncolási jegyzőkönyv, halott vizsgálati bizonyítvány is.

32.4.3. Holttest hazaszállítása esetén:

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

- születési anyakönyvi kivonat,
- házassági anyakönyvi kivonat, esetleg a házastárs halotti anyakönyvi kivonata,
- temetői befogadó nyilatkozat,
- halál tényét igazoló okirat,
- halál okát igazoló hatósági vagy orvosi bizonyítvány,
- baleseti halál esetén boncolási jegyzőkönyv és a halál bekövetkezése körülményeinek tisztázásához szükséges hivatalos iratok.

32.4.4. Telefonköltség térítése esetén:

- eredeti részletes telefonszámla.

32.4.5. Tartózkodás meghosszabbodása esetén:

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

32.4.6. A 32.4.1.– 32.4.5. pontban felsorolt okiratokon kívül a biztosítottnak (a biztosított örökösének, illetve kedvezményezettjének) joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint, annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse. 32.4.7. Ha a biztosító szolgáltatásának a szerződésben valamint jogszabályban előírt feltételei közül bármelyiknek a fennállása vagy tisztázása a konkrét kárügyben olyan okirat, dokumentum vagy igazolás benyújtását igényli, mely nem szerepel a fenti felsorolásban, erről és a szükséges bizonyítékok benyújtása elmaradásának következményeiről a biztosító haladéktalanul tájékoztatja az ügyfelet.

**PERSONAL ASSISTANCE AND MEDICAL INSURANCE PROVIDED  
FOR FOREIGNERS**

**ATLASZ Assistance Hungary and**

**ATLASZ Assistance EU modes**

**Validity: as from the 18. of July, 2018**

**I. GENERAL CONDITIONS**

**1. Data of the Insurer**

Insurer: Colonnade Insurance S.A. Branch Office in Hungary (1139 Budapest, Váci út 99., phone number: (06 -1) 460-1400, correspondence address: 1426 Budapest, Pf. 153.)

Founder: Founder of the Branch Office in Hungary of Colonnade Insurance S.A. is

Colonnade Insurance S.A. (seat: 1, rue Jean Piret, L-2350 Luxembourg, name of the registering court of registration: Registre de Commerce at des Sociétés, Luxembourg, trade register number: B61605, authority issuing the activity permission: Grand-Duche de Luxemburg, Minister des Finances, Commissariat aux Assurances (L-1840 Luxembourg, Bureaux: 7,boulevard Joseph II,)), number of the activity permission: S 068/15.

The Branch Office in Hungary of Colonnade Insurance S.A. is of legal capacity, it may under its company name obtain rights in favour of its founder, the Colonnade Insurance S.A. and it may undertake obligations to the charge of Colonnade Insurance S.A..

**2. The circle of coverage of the Insurance**

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

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

**3. Establishment of an Insurance Contract**

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

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

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

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

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

3.6. Would the contractor be a consumer, the contract would be established also in the case, when the Insurer would not declare

in respect of the offer within fifteen days reckoned from its receipt – in case an assessment of health risk would be needed for the evaluation of the offer, within sixty days – provided that the offer was made in the possession of the information relating to the period of the legal relation as prescribed in the rule of law, on the offer sheet introduced by the Insurer and in accordance with the tariff.

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

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

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

**4. Time period of the risk bearing**

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

**5. Contractor**

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

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

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

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

the Contracting Party spent for the contract – here included also the insurance premium. 5.5. Consumer: According to point. 8:1 § 3. of the Civil Code consumer is a natural person proceeding outside of its profession, individual occupation or business activity.

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

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

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

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

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

## **6. Insured**

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

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

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

## **7. Beneficiary**

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

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

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

## **8. Multiple insurance**

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

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

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

## **9. Payment of premium**

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

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

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

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

## **10. The possibility of premium reimbursement**

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

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

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

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

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

## **11. Obligation for information and change notification**

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

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



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

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

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

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

## **12. Impossibility of the contract; lapse of interest**

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

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

## **13. Obligation for damage prevention and mitigation of damages**

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

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

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

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

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

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

14.3. When criminal proceedings, or infraction proceedings were commenced in connection with the occurrence of the insurance event, the decision finally closing such proceedings has to be submitted by the party requiring the fulfilment of the insurance contract (Contractor, Insured, assignee, beneficiary) to the Insurer also in the case, when the fulfilment of the insurance service duly happened in the meantime. The lack of standing at disposal of such decisions does not touch the becoming due of the service of Insurer.

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

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

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

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

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

## **15. General exemption reasons**

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

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

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

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

## 16. General exclusions

### 16.1. Risks excluded from the insurance

The following will be excluded from the insurance:

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

## 17. Cancellation of the Contract

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

## 18. Termination of the Contract

18.1. The insurance contract will be terminated:

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

## 19. Limitation

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

## 20. Governing law

20.1. In respect of present contract the prevailing Hungarian rules of law and general contractual conditions are governing.

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

Insurance secrecy  
There are insurance secrecy all data – not containing any qualified data – standing at the disposal of the insurer, the reinsurer, the insurance inter-mediator, relating to the personal circumstances, financial standing, as well as to the economy or to the contracts of customers of the insurer, the reinsurer, the insurance inter-mediator – here included also the aggrieved party – concluded

with the insurer or with the reinsurer of customers of the insurer or the reinsurer.

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

The Insurer may carry on a data handling being different from the purpose stipulated in paragraph (1) of Article 135. of the Insurance Law No. LXXXVIII of the year 2014 on insurance activity only with the previous approval of the customer. Due to the refusal of the approval the customer may not get into disadvantageous situation and in case of its approval there cannot be granted any advantage to it.

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

The insurer may handle the medical data stipulated in the Law in connection with the health condition of customer and on the handling and protection of relating personal data (hereinafter: Law on the handling Health Data) for purposes stipulated in paragraph (1) of Article 135. of the Insurance Law, according to instructions of the Law on the handling of health data, with the written approval of the touched person.

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

- a) if the customer of the insurer or of the re-insurer its representative give a written dismissal in this relation, properly indicating the insurance secrecy circle to be handed over,
- b) on the basis of this Law there does not exist any obligation of secrecy. There does not exist any obligation of insurance secrecy in the following cases: a) against the Supervisory Office acting in its capacity,
- b) following the prescribing the investigation against the investigating authorities and the state attorney's office,
- c) in criminal case, in civil case or in non-legal proceeding against the court proceeding in the course of judicial review of administrative decisions, against the expert designated by the court, furthermore against the individual bailiff, against the main creditor proceeding in the debt-settlement proceedings of natural persons, against Family Bankruptcy Protection, against the guardian of family property and against the court,
- d) against the notary public proceeding in probate matter, furthermore against the expert appointed by it,
- e) against the tax authority in cases stipulated in paragraph (2), f) against the national security service proceeding in its capacity,
- g) against the Economic Competition Office proceeding in its capacity,
- h) against the public guardianship authority proceeding in its capacity,
- i) against the health administrative organ in case indicated in paragraph (2) of Article 108. of the Law No. CLIV of the year 1997 on public health,
- j) in case of the existence of conditions stipulated in the law against the organ authorized for the employment of

- intelligence tools against the organ authorized for the collection of secret information,
- k) against the re-insurer, as well as in case of co-insurance against the risk taking insurers,
- l) In respect of data handed over in the course of data transmissions duly regulated in the law against the bond registering organ administering the bond register, against the damage registering organ managing the damage history register, furthermore in authority matters in connection with transport management tasks relating to vehicles not figuring in the vehicle-records against the public traffic authority, as well as against the Central Office of Administrative and Electronic Public Services (contrary to the event, when the person or organ duly stipulated under points a)-j), n) and s) turns to it with written request containing the name of the customer or the designation of the insurance contract, the kind of the requested data, the purpose and legal basis of the request for data, under the condition that the organ or person stipulated under points p)-s) are obliged to designate exclusively the kind of the requested data, the purpose and legal basis of the request for data. Also the designation of the legislative direction authorizing for getting acquainted with the data will be qualified as confirmation of the purpose and the legal basis.
- m) in respect of the insurance contract stock to be transferred in the frame of stock transfer  
– according to the stipulations of the agreement relating to that – against the undertaking insurer,
- n) in respect of the data being necessary for the enforcement of the lost adjustment and of the claim for compensation, furthermore, in connection with the transfer of these among each other, against the organization handling the Compensation Account and the Compensation Fond, respectively, against the National Office, the correspondent, the Information Centre, the Compensation Organization, the consignee for the loss adjustment and the representative for damages, furthermore against the person causing the damage,  
– on the basis of exercising its right of self-determination in respect of the repair data of the other vehicle touched in the accident from the accident report form in connection with its traffic accident,
- o) in respect of data being necessary for carrying on the allocated activity, against the entity carrying on the allocated activity, furthermore, in respect of data being necessary for performing the auditor's tasks against the auditor, with exception when the organ or person stipulated under points a)-j), n) and s) turn to it with written request, containing the name of the customer or indication of the insurance contract, the kind of the requested data, the purpose and legal basis of the request for data, under the condition that the organ or person requesting for the data stipulated under the points p)-s) are obliged to designate only the kind of the requested data, the aim and legal basis of the request for data. Also the designation of the instruction of law authorizing for getting acquainted with the data will be qualified as confirmation of the purpose and legal basis.
- p) in case of a branch establishment – in case all conditions will be fulfilled in respect of all data meeting the requirements laid down by the Hungarian legal rules, as well as the state according to the seat of the insurer of third country possesses of the data protection legal rules meeting the requirements laid down by the Hungarian legal rules  
– against the insurer, the re- insurer of third country,
- q) against the commissioner of fundamental rights proceeding in its term of reference,
- r) against the National Data Protection and Information Liberty Authority proceeding in its capacity,
- s) in respect of the bonus-malus system, of the arrangement into it, as well as of the data of damage history and bonus-malus arrangement stipulated in the ministerial decree on the detailed rules of the case of damage, in cases stipulated in the order against the insurer, if the organ or person indicated under points a)-j) and n) and s) applies to it in writing, which contains the name of the customer or the identification of the insurance contract, the type of the requested data, the purpose and legal basis of the request for data, under the condition, that the organ or person indicated under points p)-s) are obliged to indicate only the type of the requested data, the purpose and legal basis of the request for data. Also the designation of the legislative measure entitling for getting acquainted with the data will be qualified as certification of the purpose and the legal basis.
- t) In case of insurance policy holders utilizing the support granted for the premium of the agricultural insurance contract against the organ stating the agrarian damage, against the agricultural administrative organ, the agrarian damage mitigating organ, as well as against the institution standing under the direction of the ministry managed by the minister being responsible for the agrarian policy, dealing with economic analysis (contrary to the fact, when the organ or person stipulated under points a)-j), n) and s) turns to it with written request containing the name of the customer or the designation of the insurance contract, the kind of the requested data, the purpose and legal basis of the requested data, under the condition that the organ or person stipulated under points p)-s) is obliged to stipulate only the kind of the requested data, the aim and legal basis of the requested data. Also the designation of the legislative measure will be qualified as confirmation of the aim and the legal basis.
- On the basis of point e) of paragraph (1) of Article 138. of the Insurance Law the obligation for insurance secrecy does not exist in the case, when in tax matter, on request of the tax authority the Insurer is obliged for making a declaration in a circle stipulated by the law, as well as in case, when it is obliged for data supply on the payment being subject to tax liability originating from the insurance contract stipulated by the law.
- The obligation of insurance secrecy does not exist against the financial institution determined in the law No. CXII. of the year 1996 on lending institutions and financial undertakings in relation with the insurance contract connected with the receivables originating from the financial service, when the financial institution turns to the insurer with written request containing the name of the customer or the designation of the insurance contract, the kind of the requested data, the aim and legal basis of the request for data.
- It does not mean the violation of the insurance secret, when the supply of data by the insurer towards the tax authority amounts to the fulfillment of obligations determined in Articles 43/ B-43/C of the Law No. XXXVII. of the year 2013 on single rules of international administrative co-operation between the Government of Hungary and the Government of the United States of America in connection with tax and other public burdens on the basis of the Law No. XIX. of the year 2014 on the promotion of international fiscal correspondence and on the execution of FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)

regulation, furthermore on the modification of single laws in this connection.

The insurer or the re-insurer may forward the personal data of the customers in cases and against organs stipulated in paragraphs (1) of the Article 138 of the Insurance Law and (6) of Article 138. of the Insurance Law, in Article 137. of the Insurance Law, in Article 138. and Article 140. of the Insurance Law.

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

The Insurer or the re-insurer are obliged to give immediate information to the written request of the national security service, to the state attorney's office, furthermore with the approval of the state attorney to the investigating authority even in those cases, when data occur, that the insurance transaction stands in connection with

- a) the abuse of drug trade according to the stipulations of the Law No. IV. of the year 1978, having been in force till the 30. June, 2013, the abuse of psychoactive material, with act of terrorism, with the abuse of explosive or high explosive, the abuse of fire-arm or ammunition, money-laundering, with crime omitted in criminal organ or in conspiracy to commit unlawful acts,
- b) the drug trade according to the Criminal Code, the possession of drug, with pathological arousing of emotion, or with the preparation of drug preparation, with the abuse of psychoactive material, act of terrorism, the omission of information of an act of terrorism, the financing of terrorism, the abuse of explosive or high explosives, abuse of fire arms or ammunition, with money laundering, with criminal offence omitted in criminal organ or in conspiracy.

The obligation for insurance secrecy does not exist in the case, when the insurer or the re-insurer fulfill their duty of registration stipulated in the law of the European Union on the execution of financial and pecuniary restrictive measurements.

The forwarding of group examination report to the leading member of the financial group in the course of supervisory control procedure, in case of group supervision does not mean the violation of insurance secret or business secret.

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

- a) the Hungarian criminal prosecution organ – on the basis of international commitment, for the purpose of the fulfillment of written request of foreign criminal prosecution organ – request data qualified as insurance secret in writing,
- b) the authority functioning as financial information unit, proceeding in its terms of reference determined in the law on the prevention and hindrance of financing the money laundering and terrorism or for the purpose of the fulfillment of written request of foreign financial information unit request data qualified as insurance secret in writing.

Data forwarding by the insurer and the re-insurer to an insurer, a re-insurer or to a data processing organ of third country does not mean the violation of the insurance secret in the following cases:

- a) when the customer of insurer (hereinafter: data subject) approved it in writing, or
- b) when – due to the lack of the approval of the data subject – the data forwarding has data circle, purpose and legal basis duly stipulated in the law and the suitable level of the protection of personal data in the third country will be assured in any way as determined in paragraph (2) of Article 8. of the Law CXII. of the year 2011 on information

right of self-determination and information freedom (hereinafter: Law of Information).

In case of forwarding the data qualified as insurance secret to another member state the instructions relating to the data forwarding to inland have to be employed. The following do not mean the violation of insurance secret:

- a) providing such summarized data, from which the person or business data of single customers cannot be ascertained,
  - b) in case of subsidiary establishment to the supervision authority of foreign seat (headquarter) the data forwarding being necessary for the Hungarian criminal prosecution organ, in case this suites to the stipulations of the agreement between the foreign and Hungarian Supervision Authority,
  - c) the forwarding of data not qualified as personal data to the Minister in order to substantiate the legislation and to carry on the impact examination,
  - d) data forwarding for the purpose of fulfillment of instructions figuring in the law on additional supervision of financial conglomerates.
- (2) The giving over of data determined in paragraph (1) may not be refused by the insurer

a  
The personal data figuring in the data forwarding register have to be cancelled after expiration of five years reckoned from the data forwarding, however, in case of data as per Article 136. or of data qualified as specific data according to the Information Law after expiration of twenty years.

The insurer and the re-insurer may not inform the touched person on data forwarding carried on the basis of points b), f) and j) of paragraph (1) of Article 138. of the Insurance Law and of paragraph (6) of Article 138. of the Insurance Law, respectively.

The insurer and the re-insurer may handle the personal data during the existence of the insurance, re-insurance and the commission legal relationship, furthermore, during the period, within which ion connection with the insurance, re-insurance and the commission legal relationship the claim can be validated.

The insurer and the re-insurer may handle personal data in connection with the insurance contract not established as long as a claim can be validated in connection with the failure of the establishment of the contract.

The insurer and the re-insurer are obliged to cancel all such personal data in connection with their customers, former customers or contracts not established, in case of the handling of which the purpose of data handling terminated or for the handling of which the approval of the touched person does not stand at disposal or for the handling of which there does not exist any legal basis.

(3) In the employment of this law, in respect of the handling of data being connected with the deceased person the legislative measures relating to the handling of personal data are governing. In respect of the data to be connected with the deceased person the rights of the touched person can be exercised by its inheritor, or also by the party entitled denominated in the insurance contract.

Business secret of insurer and re-insurer

The insurer, the re-insurer, as well as their proprietor, the person intending to obtain share in the insurer, in the re-insurer, the person of leading position, other leaders, as well as the employee, agent of the insurer and re-insurer are obliged to safeguard the business secret came to their knowledge in connection with the operation of insurer and re-insurer – without temporal limitation.

The obligation of secrecy prescribed in Article 144. of the Insurance Law does not exist against

- a) the Supervision,
- b) the National Security Service,
- c) the State Audit Office,
- d) the Economic Competition Office,
- e) the internal control organ controlling the conformity to rules and appropriateness of the utilization of central budgetary monetary assets designated by the Government,
- f) the property controller,
- g) the Information Centre,
- h) in case of insureds utilizing the support granted for the premium of agricultural insurance contract – the agricultural damage stating organ, the agricultural damage mitigating organ, the agricultural administrative organ, as well as the institution dealing with economic analysis, standing under the leadership of the Ministry directed by the Minister being responsible for the agrarian policy.

The data forwarding by the insurer towards the tax authority for the fulfillment of obligations stipulated in Articles 43/B-43/C of the Law No. XXXVII. of the year 2013. on International Administrative Co-operation in Fiscal matters does not mean the violation of the business secret.

(3) The data supply by the Supervision towards the European Insurance and Employer's Retired Pay Authority (hereinafter: EBFH) does not mean the violence of business secret, according to the European Union's and Council's decree No. 1094/2010/EU of the 24. November, 2010 (hereinafter: 1094/2010/EU) on the establishment of the European Supervisory Authority (European Insurance and Employer's Retired Pay Authority), as well as on the modification of the decision No. 716/2009/EK and on the annulment of the committee's decision No. 2009/79/EK.

(4) The obligation of secrecy prescribed in Article 144. of the Insurance Law does not exist in following cases:

- a) against the investigating authority and the state attorney's office following the ordering of the investigation,
- b) in criminal case, in lawsuit or in non-lawsuit against the court proceeding in the course of court's review of administrative decision, against the expert designated by the court, furthermore, against the independent court's bailiff, as well as against the court in the frame of municipal debt settlement proceedings.

(5) The supply of data by the Supervision being suitable for individual identification on insurers and re-insurers for the purpose of foundation of the legislation and of carrying on the impact examinations to the Minister being responsible for the regulation of the money-, capital- and insurance market.

(6) Data forwarding by the Information Centre proceeding in its terms of reference does not mean the violation of business secret.

Those, who obtain business secret, are obliged to safeguard it, without time limitation. Fact, information or data belonging to the circle of business secret on the basis of obligation of secrecy may not be published to any third person outside of the circle stipulated in this law without the authorization of insurer and re-insurer, furthermore of customer and it may not be used outside of the terms of reference.

Those, who obtain business secret, may not use it for obtaining advantage for itself or for other person directly or indirectly, furthermore, for causing disadvantage for insurer or re-insurer.

In case of the termination of insurer or re-insurer without legal successor the document containing business secret managed by

insurer and re-insurer may be used for the purpose of archival researches after sixty years reckoned from its origin.

It is not possible to retain any information with reference to insurance secret in case of the obligation to supply data relating to the publicity of public data and to public data due to general interest – as duly stipulated in the Law on Information.

As to the business secret and the insurance secret the stipulations of the Civil Code have to be employed.

Data management connected with the data exchange among Insurers

For the sake of preserving the interests of Insured's danger community – in order to perform the services in accordance with the rules of law or with the contract in the course of fulfilment of obligations stipulated in the rules of law or undertaken in the contract and to prevent the abuses in connection with the insurance contract – on the basis of authorization of Insured as per paragraph (1) of Article 135. of the Insurance Law the Insurer will be entitled as from the 1. of January, 2015 to request an other Insurer in respect of data managed by this Insurer in accordance with the stipulations of paragraph (1) of Article 135. of the Insurance Law in consideration of the characteristics of the insurance product as stipulated in paragraphs

(3) – (5) of Article 149. of the Insurance Law. The request has to contain the data being necessary for the identification of the person, chattel or law of property stipulated there, the type of the requested data, as well as the designation of the aim of the data requesting. The request and the fulfilment of that will not be qualified as violating the insurance secrecy.

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

- (I) in connection with the conclusion or fulfilment of the insurance contract belonging to the sectors determined in points 1. and 2. of part A) of appendix No. 1. of the Insurance Law the data listed in points a-e) of paragraph (3) of Article 149. of the Insurance contract;
- (II) in connection with the conclusion or fulfilment of the insurance contract belonging to the sectors determined in points 5., 6., 7., 8., 9., 16., 17. and 18. of part A) of appendix No. 1. of the Insurance Law the data listed in points a-e) of paragraph (4) of Article 149. of the Insurance Law; furthermore
- (III) in connection with the conclusion or fulfilment of the insurance contract belonging to the sectors determined in points 11. and 12. and 13. of part A) of appendix No. 1. of the Insurance Law, in case of preliminary approval of the damaged person, the data listed in points a)-c) of paragraph (5) of Article 149. of the Insurance Law.

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

In case the data having come to the knowledge of the requesting Insurer as a result of the request would be necessary for

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

In case the customer would request for information about its data in a way stipulated in the Law on the right of informational self-determination and on the freedom of information and the requesting Insurer – in consideration of the stipulations of paragraphs (8)-(10) of Article 149. of the Insurance Law – would already not manage the data touched by the request, the applicant has to be informed on that fact.

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

#### Information Relating to the Handling of Personal Data

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

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

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

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

The Insurer manages the personal data in connection with the establishment, the records of the insurance contract and of the insurance legal relationships of the Customers and with the fulfilment of the insurance service. The data supply is voluntary. In accordance with the Law No. LXXXVIII. of the year 2014 on insurance activity – taking also the purpose of the data handling into consideration – the Insurer may handle the personal data of the Customers being qualified as Insurance Secret without the explicit consent of the Customers. The data in connection with the health condition of the Customers (furthermore called as Health Data) may be handled by the

Insurer according to the stipulations of the law on the handling of the health and connecting personal data exclusively with the written approval of the Customer concerned. Also the handling of the Health Data may be connected exclusively with the establishment, the records of the insurance relationships of the Customer, and with the fulfilment of the insurance service.

The Insurer may handle the personal data during the existence of the insurance legal relationship, furthermore during the time

period, within which a claim can be validated against it or through it in connection with the insurance legal relationship.

Would the legal regulation not provide otherwise, the Insurer may release the data being qualified as Insurance Secret during its activity to a Third Person, when the Customer, or its legal representative – the circle of insurance secrets to be disclosed duly determined

– gives an exemption to that in writing. All those natural or legal persons and organizations not possessing of legal personality, respectively, who or which is not identical with the Customer, with the data handler or with the data processor will be qualified as a Third Person. Since it will not be qualified as a Third Person, the Colonnade Insurance S.A., as founder of the Insurer, is entitled to handle the personal data and insurance secrets of the Customers without special approval of the Customers.

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

The Insurer is obliged to give information on request of the Customers on the personal data handled by it or transmitted under conditions stipulated in the legal regulation. The customers may request the correction of these data – with exception of the obligatory data managements from a purpose based on common interest duly ordered in the rule of law – also their blocking or cancellation, respectively. The Insurer is obliged to correct the personal data of the Customer handled by it according to the request of the Customer.

The Insurer is obliged to cancel all those personal data in connection with its Customers, former Customers or with a contract not having been established, in case of the handling of which the data handling purpose terminated, or for the handling of which the approval of the concerned Customer does not stand at disposal, and for the handling of which there does not exist any legal basis, respectively

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

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

22.2. In connection with the services of our Society, as well as with the fulfilment of the Insurance Contract a claim can be submitted in writing in a letter addressed to the chief of the Hungarian Branch Office of Colonnade Insurance S.A., in e-mail or through fax (address of correspondence: 1139 Budapest, Váci út

99., phone number: (36-1) 460-1499; email-address: info@colonnade.hu) and also personally, or by phone, during the working time, respectively, on our Customer service (address: 1139 Budapest, Váci út 99., phone number: (36-1) 460-1400). Our Society sends its answer to the claimant within 30 (thirty) days reckoned from the receipt of the notification of the complaint, in writing.

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

- Branch Office Manager of Colonnade Insurance S.A. Branch Office in Hungary (1139 Budapest, Váci út 99., Post Address: 1426 Budapest, Pf. 153., phone: (+36 1) 460-1400, e-mail address: info@colonnade.hu, fax: (+36 1) 460-1499)
- Financial Arbitration Board (the contract agreement, validity, legal effects, and termination, as well as dispute evening relating to breach of contract and its legal effects) (H-1013 Budapest, Krisztina krt. 37-39, post address: H-1525 Budapest BKKP PO Box 172, phone: (+361) 489-9700, e-mail address: pbt@mnb.hu, www.felugyelet.mnb.hu / PBT)
- In the case of consumer complaints relating to misconduct proceedings as a basis for supervision of the Company's Hungarian National Bank Financial Consumer Protection Centre (MNB) Address: H-1013 Budapest, Krisztina krt.39, post address: Hungarian National Bank Financial Consumer Protection Centre, Budapest H-1534 BKKP. Pf.: 777.; phone: 06 40 203776, e-mail address: ugyfelszolgalat@mnb.hu

22.4. The claimant is entitled to turn to the court against a decision brought by the Branch Office in Hungary of Colonnade Insurance S.A. (1139 Budapest, Váci út 99.), being not acceptable for it. In this case the civil action has to be initiated before the Hungarian Court possessing of jurisdiction and competence against the Branch Office in Hungary of Colonnade Insurance S.A. (1139 Budapest, Váci út 99.).

In case of the unsuccessful lapse of the legal deadline of thirty (30) days prescribed for the dismissal of the claim or for the examination of the claim the customer not being qualified as consumer will be entitled to turn to the court against the decision brought by the Hungarian Branch Establishment of Colonnade Insurance S.A. (1139 Budapest, Váci út 99.), being not acceptable by it. In this case the civil case has to be initiated against the Hungarian Branch Establishment of Colonnade Insurance S.A. (1139 Budapest, Váci út 99.), before a Hungarian court possessing of jurisdiction and competence.

## II. MEDICAL ASSISTANCE AND INSURANCE

### 23. Circle of risks of the medical assistance and insurance

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

23.2. There exists the case of urgent necessity, when the absence of an immediate medical care would in all probability endanger the life or the corporeal integrity of the Insured, or it would cause irreparable injury in the health or corporeal integrity of the

Insured, furthermore, when on the basis of the symptoms of the illness of the Insured (loosing the consciousness, haemorrhage, infections acute illness, etc.), as well as through an accident or due to a suddenly occurred severe health deterioration it needs immediate medical care.

### 24. Medical assistance services of the Insurer:

#### 24.1. The Insurer or its Partner

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

### 25. Medical insurance services of the Insurer

25.1. The Insurer renders medical insurance services as follows:

- the insurance, exclusively in case of urgent necessity, within the period of the risk bearing of the Insurer:
- in connection with an illness

for costs having been occurred,	30.000,-
totally:	EUR

- in connection with an accident

for costs having been occurred,	30.000,-
totally:	EUR

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

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

25.4. Listing of medical insurance services:

- emergency medical examination,
- emergency medical treatment,
- emergency hospital treatment (the Insurer reserves itself the right to undertake the costs of foreign hospital treatment up to the time point (maximum up to 30 days), until the condition of the ill person – upon agreement with the

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

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

## 26. Exclusions

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

- to any kind of treatment or buying of medicines, which is due to health condition existed already earlier or to reasons originating from that. (Any kind of illnesses or other health condition of Insured have to be considered as an earlier existing health condition, which prior to the coming into force of present insurance:
- made a treatment by a physician necessary, or it was recommended by a physician, or
- made the prescription, or the taking of medicines necessary, or it was perceptible, as well as it resulted such symptom, on the basis of which a person proceeding with appropriate carefulness could have looked for a diagnosis, care or treatment),
- to such service, which is not necessary for stating the diagnosis of for the purpose of the treatment,
- to such service, which will be necessary not due to an acute illness or an injury caused by an accident,
- to those surplus costs, which exceed the reasonable and usual fee in that country, where the Insured utilized the service,
- to hospital treatments exceeding 30 days,
- to those surplus costs of hospital treatment, which are originating from the fact, that
  - although it could have been managed, due to the decision of the Insured – the Insurer could not transport the Insured (maybe also in a specific way) to the country according to its domicile, for further treatment,
- in case the Insured or its representative, as well as the institution granting the treatment, the medical attendant did not request the approval of Insurer for the utilization of the medical provision within 24 hours, in case of damages exceeding the amount limit of EUR 100,-, to the costs exceeding above amount limit,
- to the costs of transporting home without the approval of the Insurer,
- to the operation, which can be postponed after the returning home without exceeding the reasonable risk level that can be expected,

- to after-treatment, rehabilitation,
- to treatment of psychiatric and psychic illnesses,
- to treatment, care rendered by the relative,
- to sunstroke, sun-burning,
- to cosmetic surgery,
- to prenatal care,
- to obstetrical treatment after the completed week 28. of the pregnancy,
- to medical examination, treatment not being of emergency,
- to physical therapy, acupuncture, treatment given by a non-medical practitioner or by chiropractor,
- to medical, hospital treatment became necessary due to alcoholic (above the blood alcohol level of 0,80 ‰) or due to reason in connection with that,
- to protective inoculation,
- to routine, control or screening examination,
- to illnesses extending in sexual way,
- to acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and illness in connection with that,
- to contact lens, hearing aids, spectacles (this last one with exception of the case of a personal accident),
- to suicide or an attempt at it, or costs arisen due a criminal case omitted by the Insured, deliberately,
- to costs of medical care occurred due to an accident, which happened in the course of professional physical work,
- to treatment of more than two teeth,
- to definite dental care, orthopaedic provision of jaw, orthodontia, periodontal treatments, tooth-film cutting, tooth-root canal treatment, dental prosthesis, tooth crown, dental bridge, making and repairs of prosthesis,
- to surplus costs of an accommodation in one-, or double-.bed hospital sick-ward, of a private hospital and of the choosing a physician.

## III. ASSISTANCE SERVICES

### 27. Transporting home of the body

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

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

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

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

### 28. Reimbursement of phone costs

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

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

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

### 29. Prolongation of the stay

29.1. In case the Insurer has to prolong its stay following its dismissal from the hospital (in a case reasoned by the physician, or in case its travelling home into the country according its



domicile can be managed only in a later time point), the Insurer provides for hotel accommodation and it undertakes its costs, for maximum 4 nights and up to amount limit of EUR 40,-/night.

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

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

#### **IV. PERSONAL ASSISTANCE**

##### **30. Personal assistance**

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

- quick technical assistance in connection with its vehicle,
- a rented car,
- reduced-rate air-ticket,
- accommodation booking,
- attorney-at-law, interpreter, only a phone call will be enough and the 24 hour assistance service and the partner network of the Insurer would stand at disposal.

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

#### **V. INFORMATION IN CONNECTION WITH THE ADJUSTMENT OF DAMAGES**

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

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

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

##### **32. The course of the adjustment of damages**

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

32.2. In case the Insured has paid the counter value of the health care on the spot – upon having the insurance event duly announced according to the prescriptions – the damage will be reimbursed by the Atlasz Assistance Office of Insurer (1139 Budapest, Váci út 99.; phone: (36-1) 460-1500; fax: (36-1) 460-1515) according to the exchange control regulations being in force.

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

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

32.4.1. In case of medical service:

- one copy of the document confirming the coverage,
- full medical documentation confirming the urgency of the treatment, diagnosis, medical description, final report,
- invoices of medical and medicine costs,
- upon request of the Insurer – eventually – family doctor's documentation about the illnesses before the journey abroad,
- the loss notice printed matter introduced by the Insurer and duly filled-in by the Insured or its successor, or beneficiary, respectively.

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

32.4.3. In case of transporting home the body:

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

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

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

- original detailed telephone bill.

32.4.5. In case of the prolongation of the stay:

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

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

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