



KÜLFÖLDIEK SZEMÉLYI SEGÍTSÉGNYÚJTÁSA ÉS EGÉSZSÉGÜGYI BIZTOSÍTÁSA

BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

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

COLONNADE 
A FAIRFAX COMPANY



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

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

Milyen típusú biztosításról van szó?

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



Mire terjed ki a biztosítás?

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

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

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

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



Mire nem terjed ki a biztosítás?

A biztosításból kizárásra kerülnek:

- ✗ a felmerült vagyoni károk és a felmerült sérelemdíjak,
- ✗ Biztosított által okozott felelősségi károk,
- ✗ veszélyes sportok (az autó- motorsport versenyek ideértve a tesztúrákat és a rally versenyeket is-, szikla- és hegymászás, barlangászat, repülő sportok, ejtőernyős ugrások.) gyakorlása és az ezekkel kapcsolatos edzéseken való részvétel során bekövetkezett események
- ✗ közvetve vagy közvetlenül a jogszabály szerint 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.

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



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

A Biztosító mentesül a kártérítési kötelezettség alól, ha:

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

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





Hol érvényes a biztosításom?

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



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

A Szerződőt/Biztosítottat terhelő kötelezettségek:

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

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



Mikor és hogyan kell fizetnem?

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



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

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

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



Hogyan szüntethetem meg a szerződést?

A biztosítási szerződés megszűnik:

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





HOGYAN HASZNÁLJA A BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELT?

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

HOGYAN HASZNÁLJA A BIZTOSÍTÁSI KÖTVÉNYT?

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

FOGALMAK

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



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

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

Baleset

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

Betegség

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

Biztosítási esemény

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

Biztosítási összeg

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

Biztosítási szerződés

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

Biztosított személyek köre

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

Észszerű és indokolt költségek

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

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

Fekvőbeteg

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

Fizikai munkavégzés

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

Fogyasztó

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



Gyermek

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

Háború

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

Hozzá tartozó

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

Kizárt sporttevékenység

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

Kórház

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

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.

Közlekedési költség

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

Krónikus betegségek

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

Lakóhely szerinti ország

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

Orvos

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

Orvosi ellátás

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

Sürgősségi egészségügyi ellátás

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

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



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

Szolgáltatási Táblázat

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

Tömegközlekedés

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

Vállalkozás

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

Verseny/versenysport

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

Veszélyes sport

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

Terrorizmus, Terrorcselekmény

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

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



4.1. BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

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

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

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

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

Biztosító

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

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

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

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

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

Biztosított

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

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

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

Szerződő

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



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

Kedvezményezett

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

4.2. A BIZTOSÍTÁS FEDEZETI KÖRE

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

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

4.3. BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nem fogyasztói biztosítási szerződés: az a biztosítási szerződés, ahol a szerződő fél nem a3. pont szerinti fogyasztó.

4.4. A KOCKÁZATVISELÉS TARTAMA

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



4.5. TÖBBSZÖRÖS BIZTOSÍTÁS

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

4.6. BIZTOSÍTÁSI DÍJ

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

A jelen biztosítási szerződést értékesítő biztosításközvetítő (függő, független) jogosult az 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 megkötöni.

4.7. A BIZTOSÍTÁS FELMONDÁSA

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

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

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

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

Lejárt biztosítás díja nem téríthető vissza.

A Szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik:

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

4.8. SZANKCIÓS KORLÁTOZÁSOK

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

4.9 A BIZTOSÍTOTT KÖTELEZETTSÉGEI:

Közlési és változás bejelentési kötelezettség

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

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



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

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

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

Jelen Biztosítási feltételek alapján a Biztosított köteles:

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

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

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

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

ATLASZ Assistance segélyszolgálat

24 órás asszisztencia szolgálat

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

4.10. ELÉVÜLÉS

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

4.11. ELTÉRÉS A POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYV RENDELKEZÉSEITŐL

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

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

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



1. Az egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás fedezete

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

A Biztosító vagy szolgáltató partnere

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

2. Biztosító egészségügyi biztosítási szolgáltatásai

Biztosító egészségügyi biztosítási szolgáltatásait az alábbiak szerint nyújtja:

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

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

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

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

Egészségügyi biztosítási szolgáltatások felsorolása:

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

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



MIRE NEM TERJED KI A BIZTOSÍTÁS?

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

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



„B” Szakasz **EGYÉB UTAZÁSI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS**

1. Holttest hazaszállítása

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

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

2. Telefonköltség térítése

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

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

3. Tartózkodás meghosszabbodása

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

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

MIRE NEM TERJED KI A BIZTOSÍTÁS?

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

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



„C” Szakasz **SZEMÉLYI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS**

Személyi segítségnyújtás

Ha Biztosítottnak, a biztosítás érvénytartamán belül:

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

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



ÁLTALÁNOS KIZÁRÁSOK

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

A biztosításból kizárt kockázatok

A Biztosító helytállási kötelezettsége az alábbiakra nem terjed ki:

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



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

A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

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

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

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

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



KÁRRENDEZÉSEL KAPCSOLATOS TUDNIVALÓK

Kárbejelentés, kárrendezés általános szabályai

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

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

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

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

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

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

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

A kárrendezés menete

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

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

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

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

„A” Szakasz Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítás esetén:

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

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



„B” Szakasz Egyéb utazási segítségnyújtás:

1. Holttest hazaszállítása esetén:

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

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

2. Telefonköltség térítése esetén:

- részletes telefonszámla és részletes híváslista.

3. Tartózkodás meghosszabbodása esetén:

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

8. Tájékoztatás a biztosítási titok kezeléséről



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

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

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LX X XVIII. törvény (Bit.) 135. § (1) bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést Biztosító vagy viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

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

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a Biztosító a Bit.135. § (1) bekezdésében 3 meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a) a Biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele, vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- b) a törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
- c) a Biztosító vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) a Bit. 138. § (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a Közigazgatási és közúti közlekedési nyilvántartási szervvel,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a Balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,



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

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

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

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

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

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

A Biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- a)** a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, Terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b)** a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, Terrorcselekménnyel, Terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, Terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

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

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



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

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

- a)** a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
- b)** a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a Terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot.

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

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

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

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

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

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

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

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

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

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

A Biztosító és a viszontbiztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.



A BIZTOSÍTÓ ÉS A VISZONTBIZTOSÍTÓ ÜZLETI TITKA

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

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

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

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

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

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

- a) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- b) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, valamint az önkormányzati adósságrendezési eljárás keretében a bírósággal szemben.

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

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

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

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

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

Biztosító és a viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a Biztosító és a viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó – az Infotv.-ben meghatározott – adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

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



A BIZTOSÍTÓK KÖZÖTTI ADATCSERÉVEL ÖSSZEFÜGGŐ ADATKEZELÉS

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

A Biztosító ennek keretében,

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

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

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

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

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

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

9. Panaszkezelés és jogviták rendezése



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

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

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

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

Pénzügyi Békéltető Testület

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

Magyar Nemzeti Bank

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

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

Polgári peres eljárás

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

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

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

10. Személyes adatok kezelésével kapcsolatos tájékoztatás



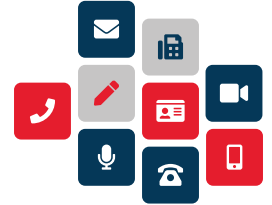
Az adatok kezelője a Colonnade Insurance S.A.

Az adatvédelmi tisztviselő elérhetőségei:

email: dpo@colonnade.hu

telefon: +36 1 460 1400

levelezési címe: 1426 Budapest, Pf.: 153



A kezelt adatok kategóriái

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

különleges adat: egészségügyi adatok

Az adatkezelés célja

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

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

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

A Biztosító adatkezelése a biztosítási szerződés megkötésével, míg kárbejelentés, szolgáltatási igény bejelentése és a szerződéssel kapcsolatos információkérés során megadott adatok esetén a bejelentés, kérés elküldésével megadottnak tekintett önkéntes hozzájáruláson alapul. Amennyiben utasbiztosítási szolgáltatási igény teljesítésével kapcsolatban a Biztosított létfontosságú érdekeinek védelmére az szükséges, akkor a biztosító egészségügyi adatokat továbbíthat az Európai 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 „Biztosítottai veszélyközösség védelme” pontban részletezett feltételekkel és időtartam elteltéig kezeli.

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

Az adatkezelés jogalapja

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



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

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

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

Az érintettek jogai és azok érvényesítése

Az érintettek jogai az alábbiakra terjednek ki:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Colonnade Biztosító Adatvédelmi Tisztviselő

email: dpo@colonnade.hu

levelezési címe: 1426 Budapest, Pf. 153.

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

Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság
Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11.
Levelezési cím: 1363 Budapest, Pf. 9, Telefon: (+36) 1 391 1400,
Fax: (+36) 1 391 1410,
E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu,
Web: naih.hu

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

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

Egyéb adatkezelések

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

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

Adatvédelmi incidens bejelentése a felügyeleti hatóságnak, az érintett tájékoztatása

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

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

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

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



PERSONAL ASSISTANCE AND HEALTH INSURANCE FOR FOREIGNERS

INSURANCE TERMS AND CONDITIONS AND
THE CUSTOMER INFORMATION

THE ATLASZ ASSISTANCE HUNGARY AND ATLASZ ASSISTANCE
EU PRODUCTS ARE EFFECTIVE: FROM 30.09.2024

COLONNADE 
A FAIRFAX COMPANY



Insurance Product Information Document (IPIID)	3
1. Guide to the Insurance Terms and Conditions and the Customer Information	5
2. Service table	6
3. Definitions.....	7
4. Main features of the insurance	10
5. Supplementary terms and conditions - What is insured?.....	15
Section "A" - Health assistance and insurance,	15
Section "B" - Other travel assistance services,	17
Section "C" - Personal assistance	17
6. General exclusions	18
7. On documents and other means of evidence necessary for claim settlement.....	20
8. Information on handling the insurance secret.....	22
9. Complaints handling and resolution of legal disputes.....	27
10. Information on handling personal data	28

Full information on the product can be found in the product's detailed Insurance Terms and Conditions and Customer Information.

Number of the Regulation: HU - LAK - AA - 240930

What is this type of insurance?

Colonnade Assistance Hungary and EU is an insurance that provides accident and illness cover for foreign nationals staying in Hungary and the European Union.



What is insured?

The insurer provides the following assistance and insurance services to the insured in the manner and up to the limits specified in the insurance terms and conditions:

- ✓ Health assistance and insurance
- ✓ Other travel assistance services
- ✓ Personal assistance

The insurer will cover the services specified in the insurance terms and conditions up to a maximum limit amount of EUR 40,000. Detailed limits for each service are set out in the insurance terms and conditions.

For detailed terms and conditions of the Insurance, see the Insurance Terms and Conditions and the Customer Information.



What is not insured?

Exclusion from the insurance:

- ✗ the property damage and indemnity payment incurred,
- ✗ liability damage caused by the Insured,
- ✗ the practice of and participation in hazardous sports (motor racing, including test drives and rally races, rock climbing, mountaineering, caving, flying, parachuting) and incidents occurring during training in these sports
- ✗ events caused directly or indirectly by radiation, nuclear energy, which are considered by law to be ionising,
- ✗ causal damage caused by a breach of health and safety regulations,
- ✗ events directly or indirectly related to war, civil war, hostilities, acts of terrorism, insurrection, rebellion, strikes, riots,
- ✗ liability damage resulting from medical malpractice caused by a service provider engaged by the Insurer or its Partner,
- ✗ damage suffered by an Insured who has not yet reached the age of 15 or has reached the age of 65 at the time the risk commences,
- ✗ damages under the AA product incurred by an Insured who was not in the territory of Hungary at the time of the loss or damage, or under the AAEU mode if the Insured was not in the territory of the European Union or the Schengen Area.

Additional exemptions for all cover are specified in the detailed Insurance Terms and Conditions and the Customer Information.



Are there any restrictions on the cover?

The Insurer shall be released from the obligation to pay compensation if:

- ! the Insured breaches their obligation to disclose or notify the change, unless the policyholder (the Insured) proves that the omitted or unreported circumstance was known to the Insurer at the time of contracting or did not contribute to the occurrence of the insured event,
- ! the Insured fails to notify the Insurer of the occurrence of the insured event within the time limit stipulated in the contract, fails to provide the necessary information or does not allow the content of the information to be verified, and as a result, circumstances relevant to the Insurer's obligation become undetectable,
- ! it is proved that the insured event was caused by the unlawful, intentional or grossly negligent conduct of the Policyholder or the Insured and/or their relatives living in the same household
- ! the claim event may be linked to the use of drugs or intoxicating substances or the consumption of alcohol by the Insured,
- ! it occurred while driving without a driving licence,
- ! The Policyholder/Insured is in breach of its duty to prevent or remedy the damage, intentionally or with gross negligence.

Additional exemptions for all cover are specified in the detailed Insurance Terms and Conditions and the Customer Information.



Where am I covered?

- ✓ Depending on the product chosen, the territory of Hungary or the territory of the European Union or the Schengen Area.



What are my insurance obligations?

Obligations of the Policyholder/Insured:

- the obligation to notify and pay fees at the time the contract is concluded,
- the obligation to notify changes and prevent damage during the term of the contract,
- in the event of damage, the obligation to remedy and report the damage, the Insured is obliged to cooperate with the ATLASZ Assistance emergency service, and shall obtain the prior consent of the ATLASZ Assistance emergency service for any services used in connection with the insured event.

For detailed rules on the Insurer's service obligations, please consult the relevant section of the Insurance Terms and Conditions and the Customer Information.



When and how do I pay?

The insurance premium must be paid at the same time as the insurance contract is concluded and in one sum.



When does the risk cover start and end?

The insurer's coverage begins on the date specified in the contract or, in the absence of such a date, on the date of the conclusion of the contract and lasts until the date specified in the certificate of cover.

For detailed rules on the duration of the period of cover of the Insurer, consult the relevant section of the Insurance Terms and Conditions and the Customer Information.



How can I terminate the Contract?

The insurance contract is terminated in the following cases:

- impossibility of the performance of the contract, lapse of interest,
- expiry of the insurance term,

1. Guide to the Insurance Terms and Conditions and the Customer Information

HOW TO USE THE INSURANCE TERMS AND CONDITIONS?

The Insurance Terms and Conditions and the Customer Information you have received are designed to be read on screen. By clicking on the underlined words in the "[Table of contents](#)", you have access directly to the content you are interested in.

Click on the "[Go to Table of contents](#)" at the bottom of the page to return to the beginning of the Insurance Terms and Conditions and Customer Information.

HOW TO USE THE INSURANCE POLICY?

The Insurance Terms and Conditions and the Customer Information shall include all services covered by the Insurer in respect of the insurance. The insurance policy is applicable together with the Insurance Terms and Conditions and the Customer Information.

DEFINITIONS

The Insurance Terms and Conditions and the Customer Information contain predefined terms. Terms that start with a capital letter and their exact definitions can be found in the Definitions section.

2. SERVICE TABLE



Insurance package	AA	AAEU
Section "A" - Health assistance and insurance		
Emergency medical expenses in case of accident and illness	EUR 40,000	EUR 40,000
Service available for emergency care:		
emergency medical examination		
emergency medical treatment		
emergency inpatient treatment (the Insurer reserves the right to cover the foreign hospitalisation expenses only until that time (up to 30 days) when the state of the patient, as certified by the treating physician, allows the transportation of the patient to the country of permanent residence for further		
emergency surgery, intensive care		
emergency pregnancy care before the 28th week of pregnancy,		
reimbursement of the cost of medicines purchased on prescription, supported by an invoice		
hire of artificial limbs, crutches, wheelchairs and other medical equipment, appliances and instruments on a physician's prescription		
Replacement of glasses prescribed by a physician due to a documented accident involving personal injury requiring medical care	EUR 200	EUR 200
Emergency dental care, direct pain relief treatment for up to two teeth	EUR 150/tooth	EUR 150/tooth
In the absence of prior notification		
Emergency medical expenses in case of accident and illness	EUR 1,000	EUR 1,000
Section "B" - Other travel assistance services		
Repatriation of a corpse	EUR 10,000	EUR 10,000
Telephone expenses	HUF 100,000	EUR 400
Extension of stay up to 4 nights	EUR 400 / night	EUR 400 / night
Section "C" - Personal assistance	organisation	organisation

3. Definitions



For the purposes of this Insurance Terms and Conditions, the following terms have the following meanings:

Accident

An accident is defined as a sudden external event occurring abroad during the period of cover which causes bodily injury requiring Emergency Medical Care, without the will of the Insured or other person(s) concerned as defined in these terms and conditions. In addition, unintentional drowning, injury caused by significant fluctuations in air pressure, gas poisoning and poisoning caused by accidental ingestion of a substance by the Insured or other person(s) concerned as defined in these terms and conditions shall also be considered an accident.

Illness

An unforeseeable, unintentional and unexpected health impairment requiring Emergency Medical Care that occurs in the health of the Insured or other person(s) concerned as defined in these terms and conditions, and is involuntary and without prior cause, provided that the impairment occurred during the period of risk coverage, or that clear signs of the impairment first appeared during the period of risk coverage, or that medical experience indicates that it is likely to have occurred during the period of risk coverage.

Insured event

An event giving rise to a payment obligation of the Insurer to the Insured, as defined in the Insurance Terms and Conditions.

Sum insured

The maximum amount specified in the Insurance Contract that the Insurer will pay to the Insured, the Injured Party or the Beneficiary upon the occurrence of an Insured Event.

In the event of trip cancellation, the sum insured may not exceed the amount of the participation fee paid by the Insured to the Tour Operator less the excess.

Insurance contract

The Insurance Contract consists of the Proposal, the Insurance Policy and the ATLASZ Assistance Insurance Terms and Conditions and Customer Information (hereinafter Insurance Terms and Conditions or Insurance Contract or Contract).

Scope of insured persons

Under this Insurance Contract, the Insured may be the person who concluded the Insurance Contract (hereinafter Policyholder), the other natural person(s) named as the Insured on the Insurance Policy.

Reasonable and justified expenses

Fees and expenses incurred for the use and purchase of services and things that are essential for the mitigation of the damage. For car hire and medically necessary treatments, services and supplies, the costs and charges that the ATLASZ Assistance emergency services partner has or would have applied for treatments of a similar severity and nature.

Reasonable and justifiable expenses do not include the cost of services, things and benefits that would not have been provided in the absence of insurance and were not medically justified.

Inpatient

The Insured who has been admitted to hospital, has a medical record opened and whose admission as a patient was justified by the treatment of an Accident or Illness and who has been continuously in hospital for at least 24 consecutive hours.

Physical work

Work which, by reason of the nature, circumstances or location of the work, involves a significant physical effort, is not considered to be intellectual work and involves a risk of accident which exceeds the risk of white-collar office work. Professional driving is also considered as physical work.

Consumer

A natural person as defined in Section 81 (2) a) of the MNB Act.

Child

Own, adopted, step and foster children under 18 years of age of the Insured or their spouse or life partner.

War

War (whether or not war has been formally declared) or military activities similar to war, including the use of military force by any sovereign power for economic, territorial, national, political, racial, religious or other purposes.



Relative

Spouses are the direct line relatives and siblings of a spouse, the direct line relatives and their spouses, the siblings and their spouses, the adopted, step and foster children, the adoptive, step and foster parents and the life partner.

Excluded sports activity

Participation in any competition or professional sporting activity, or any sporting activity during which the Insured strays from the course designated for the sporting activity. Also excluded are any motor sports, any air sports, caving, wall climbing, rock climbing, hiking and climbing above 3,500 metres, bungee jumping, base jumping, cliff jumping, martial arts, all forms of downhill/mountain/acrobatic cycling and triathlon.

Hospital

A licensed in-patient care facility recognised by the medical and occupational inspectorate of the country in which it is located, registered or licensed as a Hospital in the country where it is located and where the Insured is under the continuous supervision of a specialist physician.

Close relative:

Pursuant to Section 8:1 (1) of the Civil Code: the spouse, direct line relatives, adopted, step and foster children, adoptive, step and foster parents and siblings.

Transportation costs

The transport costs incurred in connection with the Insured Event, up to a maximum of 10 l/100 km of fuel and toll in the case of a motor vehicle and the cost of a second-class trip in the case of public transport.

Chronic diseases

A pathological health condition that existed in the Insured prior to the start of the risk coverage period.

Country of residence

The country where the Insured has their official and registered permanent residence.

Physician

A person who holds a human medicine degree attesting to the required level of competence for the type of care provided and who holds the necessary official licences issued by the competent authority and/or professional supervisor of the place of care to provide that type of care. **The Insured and the person whose health condition is the subject of the Insured Event, their Relative or a person living in the same household as the Insured or their Relative, are not considered to be a physician for the purposes of the Insurance Terms and Conditions, even if they meet the above conditions.**

Medical care

Medical care means health care provided by a Physician and documented by a credible medical record.

Emergency health care

Emergency medical care which, in accordance with general practice, is urgently needed (including the necessary diagnostic examinations) for one of the following reasons:

- » failure to provide emergency medical care would foreseeably endanger the life or physical integrity of the person concerned or cause irreparable damage to their health or physical integrity,
- » symptoms of illness (loss of consciousness, bleeding, acute infectious disease, high fever, vomiting, etc.),
- » immediate medical attention is required due to a sudden serious health condition that occurs during the period of cover, immediate medical attention is required due to a sudden Accident during the period of cover.

Service Table

The Annex to these Insurance Terms and Conditions, which contains the services of the Insurer and their Sum Insured.

Public transport

A regular train, bus, taxi, boat or ferry service used to reach a destination.

Business

Pursuant to Section 8:1 item 4, a person acting for purposes of their trade, business or profession.

Competition/competitive sports

Any amateur or professional sporting event that ends with a start and finish and/or a result, i.e. where a winner is declared for time, distance, height, hit, score, goal, or in preparation for, or in training camp.



Dangerous sport

Motor racing, including test drives and rally races, rock climbing, mountaineering, caving, flying, parachuting, scootering on public roads (up to 125 cm³), recreational jet skiing, windsurfing, snorkelling, SUP, triathlon, cycling, parasailing, airchair, hot air ballooning with a qualified guide, and zip-lining.

Terrorism, Act of terror

A terrorist action is any violent or potentially violent act which threatens human life, material or intangible assets or infrastructure for any declared religious, ethnic, political, ideological objectives or is aimed at or is suitable for influencing a government or creating fear in society or any part thereof.

The Insurer will not provide cover if the Insured was in the area where the act of terrorism occurred despite a prohibition issued by the authorities.

4. Main features of the insurance



4.1. PARTIES TO THE INSURANCE CONTRACT

The Insurer or the insurance sales agent issues a policy on the Insurance Contract concluded. An electronically generated policy is considered a written declaration. The Insurance Contract consists of the Insurance Policy and the Insurance Terms and Conditions which form an integral part thereof. At the request of the Policyholder and the Insured, the Insurer is obliged to make the terms and conditions of the contract available on paper at any time during the period of insurance. **The content of the Insurance Contract shall not include any previous contractual/business practice or custom of the parties, nor any custom widely known and regularly applied in the insurance business line for contracts of a similar nature.**

The general terms and conditions of the Insurance Contract, including the general exclusions, shall apply to the entire Insurance Contract, but the supplementary conditions and special exclusions specified therein shall apply jointly to the parts of the Insurance Contract relating to the individual coverages. **Any breach of the general and supplementary terms and conditions by the Insured will result in the termination of the Insurer's liability.**

After submitting an insurance proposal through the electronic sales platform of the Insurer, the data will be automatically processed in the IT system of the Insurer.

The insurance is taken out electronically by providing the relevant data and the Policyholder submitting the insurance proposal. The proposal becomes a contract immediately upon receipt by the Insurer. Subsequently, the Insurer will send the policy, these Insurance Terms and Conditions, the Customer Information and the Product Information Guide to the e-mail address specified in the proposal by electronic mail.

The Hungarian language version of the Insurance Contract and the information received or provided prior to the conclusion of the Contract shall prevail. During the contractual relationship, the Insurer shall communicate with the Insured in Hungarian. The Insurance Contract shall be governed by Hungarian law and the Hungarian court shall have jurisdiction.

Insurer

Colonnade Insurance S.A. Hungary Branch Office (1134 Budapest, Váci út 23-27. company registration number: Budapest-Capital Regional Court as court of registration, Cg. 01-17-000942; tax registration number: 25383371-2-41 phone: (+36 -1) 460-1400, postal address: 1426 Budapest, PO Box 153

Founder: The founder of the Colonnade Insurance S.A. Hungary Branch Office is Colonnade Insurance S.A. (registered office: 1, rue Jean Piret, L-2350 Luxembourg), registering court of registration: Registre de Commerce at des Sociétés, Luxembourg, company registration number: B 61605, authority issuing the licence for the activity: Grand-Duche de Luxemburg, Minister des Finances, Commissariat aux Assurances (L-1840 Luxembourg, Bureaux: 7, Boulevard Joseph II,) licence number of the activity: S 068/15.

The Colonnade Insurance S.A. Hungary Branch Office is a legal entity, under its corporate name, its founder may acquire rights and incur liabilities for the benefit of Colonnade Insurance S.A.

The Insurer shall provide cover for the risks specified in these terms and conditions of insurance and, in the event of the occurrence of an Claim Event after the commencement of the risk, shall provide services on the basis of the Service Table

The insurer's report on its solvency and financial position is available on the Insurer's website: <https://www.colonnade.hu/fizetokepessegrol-es-penzugyi-helyzetrol-szolo-jelentesek>

Insured

For AA product: Any natural person (Consumer) who is a foreigner and who is 15 days old at the time of the insurance taking effect but under the age of 65 and who is residing in Hungary with proper title, who pays the premium and is named as the Insured in the insurance policy, may be an Insured.

For AAEU product: All natural persons (Consumer) who is a foreigner and who is 15 days old at the time of the insurance taking effect but under the age of 65 and who is residing in the states of the European Union or the Schengen Area with proper title, who pays the premium and is named as the Insured in the insurance policy, may be an Insured.

No natural person who is a Hungarian national (Consumer) may be an Insured.



Policyholder

A natural person of full age or an economic entity having its permanent residence or registered office in a Member State of the European Union or having a business site in Hungary, who has made a proposal to take out the insurance and pays the premium.

Beneficiary

The Insured may designate a beneficiary in writing for the event of accidental death. If the Insured has not nominated a Beneficiary or the nomination of the Beneficiary has been invalid, the Insured or their legal heir(s) shall be considered the Beneficiary. For all other services, the Beneficiary is the Insured themselves, unless the Insured provides differently.

4.2. SCOPE OF THE INSURANCE COVER

Under this insurance contract, the Insurer undertakes to provide the following assistance and insurance services listed in this insurance contract against payment of the insurance premium, within the period of validity of the insurance, in the case of Atlasz Assistance Hungary (hereinafter AA) product: within the territory of Hungary, and in the case of Atlasz Assistance EU (hereinafter AAEU product): within the territory of the European Union and the states of the Schengen Area:

- » Health assistance and insurance,
- » Other travel assistance services,
- » Personal assistance.

4.3. CONCLUDING THE INSURANCE CONTRACT

An insurance contract based on this Regulation may be concluded in writing or, in the case of a consumer insurance contract, by the Insurer acting on their own initiative.

In the case of product AA, the insurance can only be taken out for a natural person (consumer) who applies for an entry visa or residence permit for Hungary or already holds such documents. The conclusion of the contract is also subject to payment of the insurance premium.

In the case of the product AAEU, the insurance may be taken out in the place of residence of the Insured for persons applying for an entry visa to the European Union or the Schengen Area.

The Insurer or its agent issues a document certifying coverage for all Insured, on which the Policyholder certifies that they received information on the main data of the Insurer and the features of the insurance contract.

The party making the proposal is bound for fifteen days from the date of its submission, or sixty days if a health risk assessment is required for the evaluation of the proposal.

Where the policyholder is a consumer, the contract shall be concluded even if the Insurer does not respond to the offer within

fifteen days of its receipt, or within sixty days if a medical

examination is required for the assessment of the proposal, provided that the proposal has been made in possession of the information required by law on the content of the legal relationship, on the proposal form provided by the Insurer and in accordance with the premium scale.

If the policyholder is a consumer, in this case the contract, with the content of the proposal, is concluded with retroactive effect to the date of the offer to the Insurer, on the day following the expiry of the risk assessment period.

If during the risk assessment period the insured event

occurs, the proposal may only be rejected by the Insurer if the possibility of this has been expressly drawn to its attention on the proposal form and it is obvious from the nature of the insurance cover requested or the circumstances of the risk that an individual assessment of the risk is necessary for the acceptance of the proposal.

If a contract concluded without an express declaration by the Insurer differs in material respects from the general terms and conditions of the Insurer, the Insurer may propose, within fifteen days of the conclusion of the contract, that the contract be amended in accordance with the general terms and conditions. If the policyholder does not accept the proposal or does not respond to it within fifteen days, the insurer may terminate the contract in writing within fifteen days of the rejection or receipt of the proposal for amendment, for a period of thirty days.

Consumer insurance contract: an insurance contract where the policyholder is a consumer within the meaning of section 3

Non-consumer insurance contract: an insurance contract where the policyholder is not a consumer within the meaning of section 3

4.4. PERIOD OF COVER

The Insurer's cover begins on the date specified by the parties in the contract or, in the absence of such a date, on the date of the conclusion of the contract and lasts until the date specified in the certificate of cover, up to a maximum of 365 days.



4.5. CONCURRENT INSURANCE

- 4.5.1.** If the same interest is covered by multiple insurers independently of each of the others, the insured shall be entitled to submit their claim to one or more of these insurers.
- 4.5.2.** The Insurer to which the claim for compensation was submitted shall make payment in accordance with the terms and conditions specified in the document it has issued in proof of cover, up to the insurance compensation specified in such document, reserving the right to claim proportionate reimbursement from the other Insurers.
- 4.5.3.** Under the claim referred to in Section 4.5.2., the insurers shall cover the claims paid jointly subject to the terms and conditions and in proportion to the amounts of sums insured according to which the individual insurers would be liable to the insured.

4.6. INSURANCE PREMIUM

This insurance is a single premium, the premium is due at the time of conclusion. **The Policyholder is obliged to pay the one-off premium when the contract is concluded.** The amount of the insurance premium is stipulated in the Insurance Policy.

The insurance intermediary (dependent, independent) who sells this insurance contract is entitled to receive premiums from the customer without any limitation as to the amount, but is not entitled to assist the insurer in paying the amount due to the customer, nor are they entitled to conclude the insurance contract on behalf of the insurer.

4.7. TERMINATION OF THE INSURANCE

The Insurance Contract may be terminated after its conclusion by sending an e-mail to info@colonnade.hu or by sending a written declaration to the Insurer by other means.

By concluding the Insurance Contract, the Policyholder gives their explicit consent for the risk to be borne before the expiry of the period of notice.

If the Insurance Contract is cancelled after the start of the Trip, the Insurer will refund the pro-rata premium for the actual duration of the underwriting. The Insurer will count the unused risk period from the day following the termination. If the cancellation is made before the start of the trip, the Insurer will refund the full amount of the premium paid.

The insurance premium partially used as a result of the claim of the Insured is not refundable,

The insurance contract is cancelled in the event of the death of the Insured. The Insurer will refund the pro rata share of the premium paid to the Beneficiary or, failing that, to the Heir, from the day after the date of the notification covered by the premium.

Expired insurance premiums are not refundable.

Termination of the Contract

The insurance contract is terminated in the following cases:

- » impossibility of the performance of the contract, lapse of interest,
- » the expiry of the insurance period.

4.8. SANCTION LIMITATIONS

The Insurer shall not provide insurance coverage or indemnification or other insurance services under this insurance if the provision of such coverage, indemnification or services would subject the Insurer, its parent company or its owner to sanctions, restrictions or prohibitions imposed by resolutions, commercial and economic sanctions or legal regulations of the United Nations, the European Union or any other organisation.

4.9 OBLIGATIONS OF THE INSURED PARTY:

Obligation to provide information and report changes

At the time of conclusion of the contract, the policyholder shall disclose to the insurance company all circumstances of which he is or should be aware and which are important in terms of providing the insurance coverage. The policyholder shall satisfy his disclosure obligation by truthfully filling out the questionnaire furnished by the insurance company. Leaving the questions unanswered shall not in itself constitute a violation of the disclosure obligation.



The Policyholder must notify the Insurer in writing within 8 days of any change in the material circumstances. In the event of a breach of the obligation to disclose or notify a change, the Insurer shall not be liable unless the Policyholder proves that the concealed or unreported circumstance was known to the Insurer at the time of conclusion of the contract or did not contribute to the occurrence of the insured event.

If the contract covers more than one person concurrently, and the breach of the obligation of disclosure and notification of changes pertains to some of them, the insurance company shall not be able to allege the breach of the obligation of disclosure and notification of changes with respect to the remaining persons.

The Policyholder, Insured shall inform the Insurer within the framework of their obligation to notify the Insurer of any change if they have concluded an insurance contract with another insurer for the same cover.

The insured and the policyholder are equally bound by the obligation to report changes and disclose information; neither of them may refer to circumstances that they failed to disclose to the Insurer although they should have been known to them, and they were obliged to report such circumstances.

Under the conditions of this Insurance Policy, the Insured shall:

1. The Insured is obliged to report the Insured Event to the ATLASZ Assistance service as soon as possible, but not later than 2 working days, in the manner expected in the particular situation. If the Insured fails to comply with the obligation to notify the Insurer, and as a result the circumstances relevant to the Insurer's obligation cannot be ascertained, the Insurer's obligation shall not arise.

The Insured is exempted from the obligation to notify only if, as a result of Illness or Accident or for any other reason beyond their control, they are not in a condition to take the necessary action immediately, and this incapacity is clearly proven by a police minutes or medical documentation relating to the Insured Event. If the Insured has effectively excused their delay, the Insurer will not limit their service even if the material circumstances of the Insured Event have become impossible to ascertain due to the delay by the Insured. The Insured must take the necessary measures immediately, but no later than within 2 working days, after the condition giving rise to the exemption ceases to exist.

If the Insured has not excused their delay, i.e. if they fail to notify the Insurer within the time limit for reasons for which they are responsible, but the material circumstances can be established or are not due to the delay in notification, the Insurer will provide the insurance service.

2. The Insured is obliged to cooperate with the ATLASZ Assistance emergency service, and shall obtain the prior consent of the ATLASZ Assistance emergency service for any services used in connection with the insured event. If the Insured fails to cooperate with ATLASZ Assistance, the Insurer's obligation shall cease, but the Insured shall be liable for any additional costs incurred due to the breach of the obligation to cooperate that exceed the Reasonable and Justifiable Costs.

ATLASZ Assistance service
24-hour assistance service

The assistance service provides immediate assistance to the Insured in the event of illness or accident. The English and Hungarian language assistance service is available round the clock every day of the year:

24-hour ATLASZ Assistance emergency service: **+36 1 460 1500**

When filing a claim, the Insured shall provide the Insurer with the documents and information listed in Chapter 7 of these Insurance Terms and Conditions that are relevant to the determination of the Insurer's liability.

The Insurer will provide the insurance service within 15 days of receipt of the last document, once it has received all the documents necessary to assess the claim.

3. The Insured is obliged to provide the Insurer with exhaustive and truthful responses to the Insurer's questions. The Insured is obliged to provide the documents listed in Chapter 7 at their own expense to the Insurer during claims settlement.

4. The Insured must provide the information required to establish the legal ground and the amount of the claim and enable the content of the notification and information to be checked. In order to enforce the Insurer's claims against third parties, the Insured shall provide the Insurer with the relevant documents at



their disposal. If the Insured fails to provide the Insurer with the necessary information or does not allow the content of the information to be verified, and as a result circumstances relevant to the Insurer's obligation cannot be ascertained, the Insurer's obligation shall not apply.

5. The Insured must fully comply with the provisions and obligations stipulated in the Insurance Contract (including any subsequent amendments thereto). Failure to do so will result in the Insurer being partially or fully exempted from the Insurer's obligations. The Insurer shall not be liable, or shall only be partially liable, if the Insured does not declare a genuine claim or uses fraudulent means to declare a claim.

6. In connection with the claim settlement, the Insurer may require the Insured to undergo a compulsory medical examination, in which case the Insurer shall bear the costs reasonably incurred in connection with the participation in the examination.

7. Claims will be settled in HUF at the European Central Bank's medium exchange rate on the due date.

In the event of a breach of the above, the Insurer shall not be liable, or shall only be liable in part.

By accepting these Insurance Terms and Conditions, the Policyholder acknowledges that, in the course of and for the purpose of the assessment of a claim for services, the following may be required:

- a)** a declaration by the Policyholder to the Insurer that they release the physician performing the examination or treatment from the obligation of medical confidentiality vis-à-vis the Insurer or the ATLASZ Assistance emergency service and authorise them to provide the Insurer or the ATLASZ Assistance emergency service with the information necessary for the settlement of the claim concerning the treatments performed by them;
- b)** the Policyholder's consent for the Insurer to request information from the treating physician or the health care institution treating you about the treatment of your illnesses prior to the conclusion of the insurance contract.

4.10. STATUTE OF LIMITATIONS

Any claim under these Terms and Conditions shall be subject to a limitation period of 2 years. The limitation period starts to run on the date on which a claim under these Insurance Terms and Conditions arose.

4.11. DEROGATION FROM THE PROVISIONS OF THE CIVIL CODE

The insurance terms differ substantially from the relevant provisions of the Civil Code in the following points:

Notwithstanding the 5-year limitation period set out in Section 6:22 (1) of the Civil Code, claims arising from this insurance contract shall expire in 2 years.

Contrary to the provisions of Section 6:63 of the Civil Code, the content of the Insurance Contract shall not include any previous contractual/business practice or custom of the Parties, or any custom widely known and regularly used by the subjects of a similar type of contract in the insurance business line.



1. Cover for medical assistance and insurance

Following a telephone call received by it, or its assistance or claim settlement partner, the Insurer will provide the Insured with health assistance benefits and will undertake the payment of the health care expenses incurred, in accordance with the provisions detailed in this section, if during the insurance period the insured would get ill or suffer an accident. The Insurer will provide these services only in the case of Emergency Medical Care.

The Insurer or its service partner

1. shall send a physician to the place of residence of the Insured as soon as possible or provide the Insured with the address of a physician (this requires the Insured or their representative to telephone the Insurer, giving the name, policy number, contact telephone number and the exact address of the Insured where the Insured would like to see a physician or near where they would like to see a physician);
2. if the need arises, shall arrange for and organise further medical care for the Insured;
3. shall arrange for the transport of the Insured to a physician or hospital by ambulance or taxi in the event of inability to walk;
4. for hospital treatment (up to 30 days). As soon as the condition of the patient in hospital allows, the Insured will be transported to his/her country of residence instead of being treated abroad, if necessary with a medical attendant or a patient escort, and will be placed in the competent medical institution. The Insurer defines the its date and method on the basis of prior consultations with the treating physician and health institution.
5. the Insurer maintains regular contact with the physician and institution providing the treatment and agrees to regularly inform one person designated by the Insured by phone on the condition of the Insured.

2. Health insurance service by the Insurer

The Insurer provides health insurance services as follows:

Cover is only provided in the event of urgent medical treatment, within the period of the Insurer's coverage:

- » for illnesses, in relation to costs, in total EUR 40.000
- » for accidents, in relation to costs, in total EUR 40.000

The Insurer will undertake the payment of the above costs if the Insured or their representative, or the institute providing the treatment or the treating physician asked for health assistance services from the Insurer or the Insurer's Partner, or, if they were unable to do so, notified the Insurer's Atlas Assistance Centre or their Partner as soon as possible and the latter authorised the use of the services.

In the absence of such notification, and therefore relevant information about the case has become unavailable, the Insurer will reimburse retroactively the costs incurred up to a limit of EUR 1,000.

List of health insurance services:

- » emergency medical examination,
- » emergency medical treatment,
- » emergency inpatient treatment (the Insurer reserves the right to cover the foreign hospitalisation expenses only until that time (up to 30 days) when the state of the patient, as certified by the treating physician, allows the transportation of the patient to the country of permanent residence for further medical treatment),
- » emergency surgery, intensive care,
- » emergency pregnancy care before the 28th week of pregnancy,
- » reimbursement of the cost of medicines purchased on prescription, supported by an invoice,
- » hire of artificial limbs, crutches, wheelchairs and other medical equipment, appliances and instruments on a physician's prescription,
- » replacement of glasses prescribed by a physician due to a documented accident involving personal injury requiring medical care up to the amount of EUR 200,
- » emergency dental care only, direct pain relief treatment for up to two teeth, up to a maximum of EUR 150 per tooth, justified and customary costs of general treatment – without free selection of the treating physician – taking into consideration the average medical tariffs effective at the location where the service is used.

The Insured should exempt the physician performing the examination or the treatment from their secrecy obligation in respect of the Insurer or its representative.



WHAT IS NOT INSURED?

In addition to the exclusions specified in the section „General Exclusions“ (clause 6 of the Regulation), the Insurer's cover does not include the following:

- » any treatment or purchase of drugs that was a consequence or could be derived from a former health state. (Former health state shall mean any illness or health state of the Insured that before the entry into force of this insurance:
 - a) necessitated medical treatment, or treatment has been recommended by a physician, or
 - b) necessitated prescription and taking of pharmaceutical, or
 - c) was appreciable and produced any symptoms on the basis of which a person acting with due diligence would sought diagnose, care or treatment).
- » any service that is unnecessary from the aspect of the diagnose or the treatment,
- » any service that would be necessary for reasons other than acute disease or accident injury,
- » any additional expenses that exceed the justified and customary fees in the country where the Insured made use of a service,
- » hospitalisation for more than 30 days,
- » those additional expenses of the inpatient treatment that stem from the fact that, although it was not contraindicated, due to the decision made by the Insured the Insurer could not transport the Insured (even in a special manner) for continuing medical treatment in the country of residence,
- » in those cases when the Insured or their Representative, or the treating institute or physician did not request within the shortest possible time, the consent of the Insurer to the utilisation of the health care services, any expenses in excess of EUR 150,
- » costs of repatriation that were not consented by the Insurer,
- » costs of surgeries that could be postponed, without transgressing the level of acceptable risks, until arriving home,
- » follow-up treatment, rehabilitation,
- » treatment or care provided by a family member,
- » sunstroke, sunburn
- » cosmetic surgery,
- » pregnancy care,
- » obstetrics care before the 28th week of pregnancy,
- » non-emergency medical check-ups, treatment,
- » physiotherapy, acupuncture, alternative medicine or chyropractics treatment,
- » vaccination,
- » routine, control or screening examinations,
- » diagnose or treat sexually transmitted diseases and/or sexually transmitted infections,
- » acquired immunodeficiency diseases (AIDS) or related diseases,
- » contact lens, hearing aid, eyeglasses (in respect of the latter: except consequences of accidents causing personal injury),
- » costs incurred as a result of intentional crime committed by the Insured,- the costs of medical care related to an accident in the course of professional physical work.
- » treatment of more than two teeth,
- » definitive dental treatment, orthodontic treatment of the jaw, orthodontic treatment, periodontics treatment, scaling, root treatment, prosthesis, artificial crown, bridge, preparation or repair of full prosthesis.
- » for single or double accommodation, extra costs for private hospital and choice of physician.



Section "B" OTHER TRAVEL ASSISTANCE SERVICES

1. Repatriation of a corpse

In the event of the death of the Insured, the Insurer will arrange for the transport of the corpse of the Insured to the country of permanent residence and will cover the costs of this up to a maximum of EUR 10,000.

In order to organise the repatriation of the corpse, the family member of the Insured should acquire and submit to the Insurer the documents pursuant to Section V subsection 32.4.3 within the shortest possible time.

2. Telephone cost reimbursement

If the Insured is hospitalised in an emergency hospital for more than 48 hours, the Insurer will cover the cost of the telephone calls by the Insured made during the hospitalisation, as certified by an invoice:

- » For AA product: up to the amount of HUF 100,000,
- » For AAEU product: up to the amount of EUR 400

3. Extended stay

If the Insured needs to extend their stay after their discharge from hospital (in case of medical reasons or if the return to the country of residence can only be arranged at a later date), the Insurer will arrange hotel accommodation and cover the costs for up to 4 nights up to a limit of EUR 100 per night.

The procedure for settling claims and the documents to be submitted shall be governed by the provisions of Section 7.

WHAT IS NOT INSURED?

In addition to the exclusions specified in the section „General Exclusions“ (clause 6 of the Regulation), the Insurer's cover does not include the following:

- » **in the event of repatriation of a corpse, the costs of repatriation without the prior consent of the Insurer**
- » **telephone costs in the absence of an invoice**
- » **the costs of stay without the preliminary consent of the Insurer.**



Section "C" PERSONAL ASSISTANCE

Personal assistance

If the Insured needs, within the period of insurance:

- » quick technical assistance for their vehicle
- » rental car,
- » discounted flight ticket,
- » accommodation booking,
- » lawyer or interpreter, all it takes is a phone call and they have access to the Insurer's round-the-clock assistance service and partner network.

This service is provided by the Insurer at no extra cost, however, the cost of the service obtained through such intermediation shall be borne by the Insured.

6. What is not insured? - General exclusions



General exclusions

The additional conditions and exclusions applicable to certain cover provided under the Insurance Terms and Conditions are specified in the sections marked „A“ to „C“. The General Exclusions detailed below apply to all insurance cover detailed in all Sections.

Risks excluded from the insurance

The Insurer shall not be liable to pay indemnity for the following:

1. Damage caused by or in connection with the Trip of the Insured, if:
 - a. The Insured does not have the vaccinations required or recommended by the National Centre for Epidemiology for the destinations of the Trip;
 - b. the Insured is travelling against medical advice; the Insured is travelling specifically for medical advice or treatment;
 - c. the Insured is on a waiting list for hospitalisation;
 - d. the damage may be related to the pregnancy of the Insured pregnancy, if the pregnancy exceeds 28 weeks before or during the Trip;
 - e. the damage may be linked to the consumption of drugs or intoxicants, including alcohol, by the Insured;
 - f. if the damage is linked to the alcohol intoxication of the Insured, if the blood alcohol concentration exceeds 0.8 g/l,
 - g. the damage is caused by civil war or foreign war, invasion, rebellion, revolution, use of military force or takeover of government or military power;
 - h. the damage can be directly or indirectly attributed to natural disasters, seismic phenomena or weather impacts which were foreseeable at the time of commencement of the Trip
2. The insurance does not cover sunburn, sunstroke, sunburn caused by sunlight, quartz, tanning beds, medical malpractice, post-operative complications, or damage resulting from professional physical work or hazardous occupation
3. the property damage and indemnity payment incurred,
4. Liability damage caused by the Insured,
5. The practice of and participation in hazardous sports and incidents occurring during training in these sports,
6. events caused directly or indirectly by radiation, nuclear energy, which are considered by law to be ionising,
7. causal damage caused by a breach of health and safety regulations,
8. events occurring directly or indirectly in connection with an act of war, civil war, hostilities, terrorist act, uprising, rebellion, strike, riot,
9. liability damage resulting from medical malpractice caused by a service provider engaged by the Insurer or their Partner,
10. damage suffered by an Insured who has not yet reached the age of 15 or has reached the age of 65 at the time the risk commences,
11. damages under the AA product incurred by an Insured who was not in the territory of Hungary at the time of the loss or damage, or under the AAEU mode if the Insured was not in the territory of the European Union or the Schengen Area,
12. Damage and loss of profit resulting from the income or wealth of the Insured and from exchange losses,
13. Damage related to an event connected with the claim of the Insured, not expressly mentioned in these Insurance Terms and Conditions,
14. Damage caused by the insolvency of the Travel Agent or any other company or person, or by the failure to perform, or the partial performance of an obligation by them,
15. If the damage is related to any unlawful, intentional or grossly negligent act or criminal offence committed by the Insured,
16. The damage is caused by or results from the following:
 - a. poisoning or injury caused by the suicide, self-mutilation or attempted suicide of the Insured or a Relative, or the intentional ingestion of any substance or drug.
 - b. any depression, anxiety, panic disorder, mental illness, stress disorder, addiction, psychiatric or mental illness in relation to the Insured or a Relative.
- ⚠ Attention. The conditions listed in section 16 a) and b) do not constitute an Illness (disease), i.e. they are not covered by the Insurer.
- 17 Claims for expenses normally incurred by the Insured in connection with Travel
18. Expenses incurred in connection with the participation of the Insured in a private medical facility or other private medical treatment, unless the Insurer has given their consent in advance.
19. If the damage is related to any cosmetic or human reproductive procedure or any Non-emergency Medical Care.



- 20.** The Insurer shall not be liable for service shortcomings or delays due to local infrastructure and supply conditions (e.g. standard of care or procedural standards).
- 21.** Accidents occurring in the course of the performance of the armed service of the Insured or if the Accident occurred in the course of or in connection with the carrying or use of a weapon by the Insured.
- 22.** Claims for which the employer is liable.
- 23.** The Insured is travelling as a passenger (regardless of payment) or crew on an aircraft that does not belong to any airline or is not properly registered or licensed to carry passengers.
- 24.** A claim arising out of the ownership, possession or use of a firearm, explosive or weapon.
- 25.** Claims that involve physiotherapy, acupuncture, naturopathy or chiropractic treatment.
- 26.** The insurance cover does not include medical complaints that existed before the Insurer took the risk.

EXEMPTION OF THE INSURER

The Insurer is exempted from the obligation to provide insurance services in the following cases:

- 1.** In the event of a breach of the obligation to disclose or notify a change, the Insurer shall not be liable unless the policyholder (Insured) proves that the concealed or unreported circumstance was known to the Insurer at the time of conclusion of the contract or did not contribute to the occurrence of the insured event.
- 2.** If the Insured fails to notify the Insurer of the occurrence of the insured event within the time limit stipulated in the contract, fails to provide the necessary information or does not allow the content of the information to be verified, and as a result, circumstances relevant to the Insurer's obligation become undetectable.
- 3.** If it is proved that the occurrence of the insured event was caused by unlawful, intentional or grossly negligent conduct of the Policyholder or the Insured and/or their relatives living in the same household.

An insured event shall be considered to have been caused by grossly negligent conduct if:

- » the claim event may be linked to the use of drugs or intoxicating substances or the consumption of alcohol by the Insured,
- » the claim event occurred while driving without a driving licence,
- » the Policyholder/Insured is in breach of its duty to prevent or remedy the damage, intentionally or with gross negligence.

7. Documents and other means of proof required for claims settlement:



INFORMATION ON CLAIMS SETTLEMENT

General rules for reporting and settling claims

The party requesting the performance of the insurance contract (policyholder, insured, assignee, beneficiary) shall certify that the prerequisites of the insurer's service, stated in the contract and in the law prevail, including especially proof of the occurrence of the insured event itself and the amount of the damage(s) suffered as a consequence. However, the Insurer shall certify the facts and circumstances that exclude the Insurer's obligation to provide the service, including especially the applicability of any reason for exemption or exclusion, or any other impediment preventing the insurance service.

The party requesting performance of the insurance contract (policyholder, insured, assignee, beneficiary) must provide the insurer with the documents and certificates required for the assessment of the insurer's obligation to provide the service.

In relation to its obligation arising from this insurance contract, the Insurer undertakes to compensate for, or make a refund to the eligible party (Insured/Policyholder) value added tax included in the consideration for a service (material, repair and reconstruction cost) which is subject to VAT and is required for the restoration of the situation prevailing prior to the claim event or the elimination of the consequences of the actual damage only if the respective invoice states the VAT amount, or the VAT amount can be calculated from it.

Payments to individuals under this insurance contract are subject to the provisions of the Personal Income Tax Act in force at the time.

The Insurer will provide the insurance service within 15 days of receipt of the last document, once it has received all the documents necessary to assess the claim.

If the Insurer has paid indemnification, the Insurer is entitled to the same rights as the Insured had towards the person responsible for the damage, unless they are a relative sharing the same household with the Insured

The responsibilities of the Insured (the heir or beneficiary of the Insured) after the occurrence of a claim event, the procedure for settling the claim

Procedure for claim settlement

If the Insured has used the medical assistance services and, as a result, the Insurer has arranged for the costs to be covered, the medical, treatment or treatment body (person) shall submit the invoice and the insurance policy or a copy thereof directly to the Insurer or their Partner.

If the Insured has paid the cost of the medical treatment on the spot - after having reported the insured event as required - the Insurer's Assistance Office (1134 Budapest, Váci út 23-27; phone +36 (1) 460-1500; fax: +36 (1) 460-1515) will reimburse the damage.

The Insurer will reimburse the costs of medical services used without prior authorisation up to a maximum amount of EUR 1,000, if the material circumstances of the service used without authorisation cannot be clarified afterwards.

The party requesting performance of the insurance contract (policyholder, insured, assignee, beneficiary) must provide the insurer with the following documents and certificates necessary for the assessment of the insurer's obligation to provide the service:

For Section "A" Health assistance and insurance:

- » a copy of the document proving the cover,
- » full medical documentation proving the urgency of the treatment, diagnosis, medical description, final report,
- » invoices of the medical and pharmaceutical expenses,
- » if the Insurer requests: report of the family practitioner of the Insured on illnesses before travelling abroad,
- » a fully completed and signed claim report form (including policy number, address, transfer details);

In the event of an accident, in addition to the above: an official report taken at the scene of the accident, or a certificate of the accident and the circumstances of the injury, and in the event of the death of the Insured, an autopsy report or, if no autopsy report was made, a certificate of the coroner's inquest.

7. Documents and other means of proof required for claims settlement:



Section "B" Other travel assistance services:

1. For the repatriation of a corpse:

In order to organise the repatriation of the corpse, the family member of the Insured should acquire and submit to the Insurer the following documents within the shortest possible time:

- » declaration of acceptance from the cemetery,
- » an autopsy report or, if there is no autopsy report, a death examination certificate or death certificate.

For telephone cost reimbursement:

- » detailed phone bill and detailed call list.

For an extended stay:

- » invoices of transportation costs,
- » invoice of accommodation,
- » invoice of fuel cost.

8. Information on handling the **insurance secret**



Insurance secret shall mean all data - other than classified information - in the possession of insurance companies, reinsurance companies and insurance intermediaries that pertain to the personal circumstances and financial situations (or business affairs) of their clients (including claimants), and the contracts of clients with insurance companies and reinsurance companies.

The Insurer or the reinsurer shall be entitled to treat the insurance secrets of those of its customers which are related to the insurance contract, its conclusion, registration and service. The purpose of such data management may only be related to the conclusion or modification of the insurance contract, keeping the insurance contract in the portfolio or assessment of claims stemming from the insurance contract or some other purpose as specified in this act.

Processing of data for purposes other than those specified in Section 135 (1) of Act LX X XVIII of 2014 on Insurance Activities (Insurance Act) may be conducted by an insurer or reinsurer only with the prior consent of the customer. The customer shall suffer no disadvantage as a consequence of the refusal to grant such consent and no advantage may be provided for the customer in exchange for granting such consent.

In regard to insurance secrets the owners, managers, employees of the Insurer as well as others acquired such secrets in any way in the course of their activities relating to the Insurer shall – unless otherwise provided by law – be under a secrecy obligation without limitation in time.

Health data relating to the customer's health status, specified in the Act on the Processing of Health and Related Personal Data (hereinafter Eüak.), may only be processed by the Insurer for the purposes specified in Section 135 (1), exclusively with the written consent of the person concerned.

Insurance secrets may only be disclosed to third parties:

- a) under the express prior written consent of the insurance or reinsurance company's client to whom they pertain, and this consent shall precisely specify the insurance secrets that may be disclosed;
- b) if there is no obligation of confidentiality under the Act;
- c) if the certification body, including its subcontractor, hired by an insurer or re-insurer, received such confidential information in carrying out the certification process.

No secrecy obligation shall be in place in relation to

- a) the Authority in exercising its designated functions;
- b) the investigating authority and the prosecutor's office once the investigation has been commissioned,
- c) the court of law proceeding in connection with criminal cases, civil actions, non-contentious proceedings and administrative lawsuits, including the experts appointed by the court, and the independent court bailiff, the administrator acting in bankruptcy proceedings, the temporary administrator, extraordinary administrator, liquidator acting in liquidation proceedings in connection with a case of judicial enforcement, the principal creditor in debt consolidation procedures of natural persons, the Családi Csódvédelmi Szolgálat (Family Bankruptcy Protection Service), the family administrator, the court,
- d) notaries public, including the experts they have appointed, in connection with probate cases;
- e) in cases under Section 138 (2) of the Insurance Act, with the tax authority,
- f) the national security service in exercising its designated functions;
- g) the Gazdasági Versenyhivatal (Hungarian Competition Authority) in exercising its designated functions;
- h) the guardian authority in exercising its designated functions;
- i) the government body in charge of the healthcare system in the case defined in Subsection (2) of Section 108 of Act CLIV of 1997 on Health Care;
- j) bodies authorized to use secret service means and to conduct covert investigations if the conditions prescribed in specific other act are provided for,
- k) with the reinsurer and, in the case of co-insurance, with the underwriting insurers,
- l) in respect of data transmitted in the course of data transfers regulated by law, with the body maintaining the policy register, the body maintaining the claims history record, and the claims records agency keeping accident and claims records, the traffic control authority in connection with road transport administrative actions relating to vehicles which are not listed in the motor vehicle registry, and the Public Administration and Road Traffic Registry,
- m) the receiving insurance company with respect to insurance contracts conveyed under a portfolio transfer arrangement, as provided for by the relevant agreement,
- n) with respect to the information required for settlement and for the enforcement of compensation claims, and also for the conveyance of these among one another, the body operating the Compensation Fund and/or the Claims Guarantee Fund, the National Bureau, the correspondent, the Information Center, the Claims Organization, claims representatives and claims adjustment representatives, or the responsible party if wishing to access - in exercising the right of self-determination - the particulars of the other vehicle that was involved in the accident from the accident report for the purpose of settlement;



- o)** the outsourcing service provider with respect to data supplied under outsourcing contracts, and the auditor with respect to data required for carrying out the audits,
- p)** third-country insurance companies and insurance intermediaries in respect of their branches, if they are able to satisfy the requirements prescribed by Hungarian law in connection with the management of each datum and the country in which the third-country insurance company is established has regulations on data protection that conform to the requirements prescribed by Hungarian law;
- q)** the commissioner of fundamental rights in exercising its designated functions;
- r)** the Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (National Authority for Data Protection and Freedom of Information) in exercising its designated functions;
- s)** the insurance company in respect of the bonus-malus system and the bonus-malus rating, and the claims record and the bonus-malus rating in the cases specified in the decree on the detailed rules for the verification of casualties;
- t)** the agricultural damage survey body, the agricultural administration body, the agricultural damage compensation body, and the institution delegated to conduct economic assessments under the supervision of the ministry directed by the minister in charge of the agricultural sector in respect of insured persons claiming any aid for the payment of agricultural insurance premiums;
- u)** the authority registering the liquidation companies if a body or person referred to in paragraphs a)-j), n), s), t) and u) turns to them with a written request specifying the name of the customer or the identification of the insurance contract, the types of the requested data and the purpose and legal grounds of the request for data, providing that the body or person referred to in paragraphs p)- s) only needs to specify the type of the requested data, the purpose and legal grounds of the request for data. An indication of the statutory provision granting authorisation for requesting data shall be treated as verification of the purpose and legal grounds.

Pursuant to Section 138 (1) e) of the Insurance Act, there shall be no confidentiality obligation concerning insurance secrets in connection with tax matters where the insurance company is required by law to disclose specific information to the tax authority upon request and/or to disclose data concerning any payment made under an insurance contract that is subject to tax liability.

The obligation of confidentiality concerning insurance secrets shall not apply to financial institutions provided for in the CIFE in connection with insurance contracts linked to claims arising out of financial services, if the financial institution makes a written request to the insurance company indicating the name of the client or the description of the insurance contract, the type of data requested and the purpose and legal ground for requesting it.

The disclosure made by an insurance company to the tax authority in compliance with the obligation prescribed in Sections 43/B–43/C of Act XXXVII of 2013 on International Administrative Cooperation in Matters of Taxation and Other Compulsory Payments (hereinafter referred to as IACA) in accordance with Act XIX of 2014 on the Promulgation of the Agreement between the Government of Hungary and the Government of the United States of America to Improve International Tax Compliance and to Implement FATCA, and on the Amendment of Certain Related Acts (hereinafter: FATCA Act) shall not be construed as violation of insurance secrets.

The Insurer or the reinsurer may transfer personal data of policyholders to the cases and entities specified in Section 138(1) and Section 138(6) of the Insurance Act, Sections 1-37 of the Insurance Act and Section 140 of the Insurance Act.

In addition to the procedure, the obligation of professional secrecy shall also apply to the employees of the bodies referred to in Section 138(1) of the Insurance Act.

Insurers and re-insurers shall be required to supply information forthwith where so requested in writing by the national security service, the public prosecutor or the investigating authorities under the prosecutor's consent if there is any suspicion that an insurance transaction is associated with:

- a)** to the misuse of narcotic drugs, illegal possession of new psychoactive substances, acts of terrorism, criminal misuse of explosives or blasting agents, criminal misuse of firearms and ammunition, money laundering, or any felony offense committed in criminal conspiracy or within the framework of a criminal organization under Act IV of 1978 in force until 30 June 2013,
- b)** unlawful drug trafficking, possession of narcotic drugs, inciting substance abuse, aiding in the manufacture or production of narcotic drugs, illegal possession of new psychoactive substances, acts of terrorism, failure to report a terrorist act, terrorist financing, criminal misuse of explosives or blasting agents, criminal misuse of firearms and ammunition, money laundering, or any felony offense committed in criminal conspiracy or within the framework of a criminal organization under the Criminal Code.

The obligation of confidentiality concerning insurance secrets shall not apply where an insurer or reinsurer complies with the obligation of notification prescribed in the Act on the Implementation of Restrictive Measures Imposed by the European Union Relating to Liquid Assets and Other Financial Interests.

8. Information on handling the insurance secret



The disclosure of the group examination report to the dominating member of the financial group during the supervisory oversight proceedings in the case of group supervision shall not constitute a breach of confidentiality concerning insurance secrets and trade secrets.

Data transfer pursuant to Section 164/B of the Credit Institutions Act (Hpt.) does not constitute violation of insurance secrets.

The obligation to keep insurance secrets shall not apply when:

- a)** a Hungarian law enforcement agency makes a written request for information - that is considered insurance secret - in order to fulfil the written requests made by a foreign law enforcement agency pursuant to an international agreement;
- b)** the national financial intelligence unit makes a written request for information - that is considered insurance secret - acting within its powers conferred under the Act on the Prevention and Combating of Money Laundering and Terrorist Financing or in order to fulfill the written requests made by a foreign financial intelligence unit.

It shall not constitute a violation of professional secrecy where an insurance or reinsurance company supplies information to a third-country insurance or reinsurance company or a third-country data processing agency:

- a)** if the client to whom such information pertains (hereinafter referred to as "data subject") has given his prior written consent, or
- b)** if in the absence of the data subject's consent, the data transfer involves a set of data, for a purpose and on the basis of legal grounds specified by law, and in the third country concerned an adequate level of protection of personal data is ensured in any way prescribed in Section 8 (2) of Act CXII of 2011 on the Right of Informational Self-determination and Freedom of Information (hereinafter Infotv or Information Act).

The provisions governing data disclosure within the domestic territory shall be observed when sending data that is treated as an insurance secret to another Member State.

The following shall not be deemed a violation of insurance secrets:

- a)** disclosure of summarized information from which the clients and/or the specifics of their business cannot be identified;
- b)** in respect of branches, transfer of data for the purpose of supervisory activities to the supervisory authority of the country where the registered address (main office) of the foreign-registered business entity is located, if such transfer is in compliance with the agreement between the Hungarian and the foreign supervisory authorities;
- c)** the disclosure of information, other than personal data, to the minister for legislative purposes and in connection with the completion of impact assessments,
- d)** the disclosure of data in order to comply with the provisions contained in the Act on the Supplementary Supervision of Financial Conglomerates.

The Insurer and the reinsurer may not refuse to disclose the data specified in sub-sections e)-g) above, on the grounds of protection of insurance secrets.

The personal data indicated in the data transfer records and the data covered by Section 136, or the data treated as special data under the Info Act shall be deleted, respectively, after five years and twenty years following the date of disclosure.

The Insurer and the reinsurer shall not inform the person concerned of the data transfers made pursuant to Section 138(1)(b), (f) and (j) of the Insurance Act or Section 138(6) thereof.

The insurer and the reinsurer may process personal data during the term of the insurance, reinsurance or agency relationship and during the period in which any claim may be made and enforced in relation to the insurance, reinsurance or agency relationship.

An insurer or reinsurer may process personal data relating to an insurance contract that has not been executed as long as claims may be enforced in relation to the failure of the contract to be executed.

Insurers and reinsurers shall delete any and all personal data relating to its customers, former customers or contracts that have failed to be concluded, the objective of the processing of which no longer exists or for the processing of which the consent of the individual concerned is not available or for the processing of which there are no statutory grounds.

The processing of data related to deceased persons shall be governed by the statutory provision on the processing of personal data. In relation to data that can be associated with a deceased person the individual's rights may also be exercised by the heir of the deceased person or the obligee specified in the insurance contract.



TRADE SECRETS OF THE INSURER AND REINSURER

The Insurer, the reinsurer and their owners, the person who intends to acquire a participation in the Insurer, the reinsurer, the person holding a managerial position, other managers, as well as the employees and agents of the Insurer and the reinsurer shall keep trade secrets which have come to their knowledge in connection with the operation of the Insurer and the reinsurer, without time limitation.

The obligation of confidentiality provided for in Section 144 of the Insurance Act shall not apply to the following entities acting in the exercise of their functions:

- a) the Supervisory Authority,
- b) the national security service,
- c) the State Audit Office,
- d) the Competition Office,
- e) the internal audit body appointed by the Government to monitor the regularity and appropriateness of the use of central budget funds,
- f) the asset controller,
- g) the Information Centre,
- h) in the case of insured persons receiving aid towards the premium for an agricultural insurance contract - with the agricultural damage assessment body, agricultural damage compensation body, agricultural administration body, and the institute dealing with economic analyses under the Ministry headed by the minister responsible for agricultural policy.

The provision of information by the Insurer to the tax authorities for the purpose of complying with the obligation under Sections 43/B-43/C of the Aktv. on the basis of the FATCA Act does not constitute a breach of trade secret.

The provision of information by the Supervisory Authority to the European Insurance and Occupational Pensions Authority (hereinafter 'EIOPA') in accordance with Regulation (EU) No 1094/2010 of the European Parliament and of the Council of 24 November 2010 establishing a European Supervisory Authority (European Insurance and Occupational Pensions Authority), amending Decision No 716/2009/EC and repealing Commission Decision 2009/79/EC (hereinafter Regulation (EU) No 1094/2010) shall not constitute a breach of a trade secret.

The obligation of confidentiality provided for in Section 144 of the Insurance Act does not apply to

- a) the investigating authority and the prosecutor's office once the investigation has been commissioned,
- b) in criminal proceedings, in civil or non-criminal proceedings, in proceedings for judicial review of administrative decisions, against a court-appointed expert, against a bailiff in enforcement proceedings and against a court in municipal debt settlement proceedings.

The provision of individually identifiable data on insurers and reinsurers by the Supervisory Authority to the Minister responsible for the regulation of the money, capital and insurance markets for the purposes of legislative underpinning and impact assessments does not constitute a breach of trade secret.

The data transfer by the Information Centre acting in the exercise of its functions does not constitute a breach of a trade secret.

Anyone who comes into possession of a trade secret must keep it for an unlimited period of time.

Based on the obligation of confidentiality, facts, information or data that fall within the scope of trade secrets may not be disclosed to third parties outside the scope defined in this Act without the authorisation of the Insurer and the reinsurer, as well as the customer, and may not be used outside the scope of their duties.

Any person who obtains possession of a trade secret may not use it to directly or indirectly benefit themselves or any other person, or to cause a disadvantage to the Insurer, the reinsurer or their customers.

In the case of the termination of an insurer or a reinsurer documents containing business secrets, managed by the insurer or reinsurer concerned, may be used for purposes of archive research after the passing of sixty years following the date of the document. Relevant information shall not be withheld by reference to the protection of insurance secrets in the case of a data supply obligation relating to the publicity of data of public interest and data that are public in line with the interest of the public, as specified in the Info Act.

Other issues relating to insurance secrets and trade secrets shall be governed by the relevant provisions of the Civil Code.



DATA PROCESSING IN CONNECTION WITH THE EXCHANGE OF DATA BETWEEN INSURERS

In order to safeguard the interests of the insured risk community, the Insurer - for the purpose of performing its statutory or contractual obligations in the performance of services in accordance with the law and the contract, and to prevent abuse of insurance contracts - shall be entitled, as of 1 January 2015, to address a request to another insurer in respect of the data processed by this Insurer in accordance with the provisions of Section 135 (1) of the Insurance Act, taking into account the characteristics of the insurance product - as defined in Section 149 (3) to (5) of the Insurance Act. The request made shall contain the information necessary for the identification of the person, property or right defined therein, it shall specify the type of data requested and the purpose of the request. A request and the response to such request shall not be construed as a violation of insurance secrets.

Under this, the Insurer may request

- (I) in relation to the conclusion or performance of an insurance contract in the sectors specified in paragraphs 1 and 2 of Part A of Annex 1 to the Insurance Act, the information listed in paragraphs (a) to (e) of Section 149(3) of the Insurance Act;
- (II) in relation to the conclusion or performance of a contract in the sectors specified in paragraphs 5, 6, 7, 8, 9, 16, 17 and 18 of Part A of Annex 1 to the Insurance Act, the information listed in Section 149(4)(a) to (e) of the Insurance Act, and
- (III) in connection with the conclusion or performance of a contract belonging to the sectors specified in paragraphs 11, 12 and 13 of Part A of Annex 1 to the Insurance Act, from another insurer, with the prior consent of the injured party, the information listed in Section 149(5)(a) to (c) of the Insurance Act.

The requested insurance company shall make available to the requesting insurance company the data requested in due compliance with the law, inside the time limit specified in the request, or failing this, within fifteen (15) days from the date of receipt of the request.

The requesting insurer shall be allowed to process data obtained through the request for a period of ninety (90) days from the date of receipt. If the data obtained by the requesting Insurer through the request is necessary for the enforcement of that Insurer's legitimate interest, the time limit specified above for data processing shall be extended until the final conclusion of the procedure opened for the enforcement of such claim.

If the data obtained by the requesting insurer through the request for the enforcement of that insurer's legitimate interest, and the procedure for the enforcement of such claim is not opened inside a period of one (1) year after the data is received, such data may be processed for a period of one (1) year from the date of receipt. The requesting insurer shall inform the customer affected by the request concerning the request made for this purpose and also if the request is satisfied, on the data to which it pertains, at least once during the period of insurance cover.

If the customer requests information about their data in the manner specified in the Act on the Right of Informational Self-determination and Freedom of Information and the requesting insurer, with regard to the provisions of Section 149 (8) to (10) of the Insurance Act, no longer processes the data concerned by the request, the applicant shall be informed of the fact.

The requesting insurer shall not combine the data received as a result of the request with other data not relating to the interest of the Insured which it has knowledge of or which it processes for any purpose other than the above. The requested insurer shall be responsible for the accuracy and relevance of the data indicated in the request.

9. Complaints handling and resolution of legal disputes



The Insurer will make every effort to ensure that the Policyholder and the Insured receive a high quality insurance service.

If, despite all our efforts, we are unable to resolve your problem satisfactorily, you may submit a complaint in writing about the services provided by the insurer and the performance of the insurance contract, by letter, e-mail or fax addressed to **Colonnade Insurance S.A. Hungary Branch Office** (Postal address: 1426 Budapest, PO Box 153; Fax: +36 1 460 1499; e-mail address: info@colonnade.hu, our website: info@colonnade.hu, or in person or by telephone during business hours at our Customer Service (Address: 1134 Budapest, Váci út 23-27.; Telephone: +36 1 460 1400).

Our Company will send a written response to the complainant within 30 (thirty) days of receipt of the complaint. In case your complaint is rejected, you have the possibility to contact the manager in charge of complaint handling at Colonnade Insurance S.A. to have your complaint re-examined by sending an e-mail to complaints@colonnade-insurance.com.

If the complaint is rejected, or if the statutory time limit of 30 days for responding to the complaint has elapsed without a response, the consumer may submit the complaint to any of the following organisations:

Financial Arbitration Board

In the event of a (financial consumer) dispute related to the conclusion and performance of the Insurance Contract, the Consumer may initiate proceedings with evidence supporting their position at the Financial Arbitration Board (registered office: 1013 Budapest, Krisztina krt 55; Customer Service: 1122 Budapest, Krisztina krt 6; Mailing address: 1525 Budapest BKKP PO Box 172; Telephone +36 80 203 776; E-mail: ugyfelszolgalat@mnf.hu).

Magyar Nemzeti Bank (National Bank of Hungary)

The competent supervisory authority is the Magyar Nemzeti Bank. In the event of a breach of the consumer protection provisions, a natural person (Consumer) acting for purposes outside their self-employed occupation and economic activity may contact the Magyar Nemzeti Bank (Mailing address: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP PO box: 777.; Telephone: +36 80 203 776; E-mail address: ugyfelszolgalat@mnf.hu, address: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.) to initiate a consumer protection procedure.

The standard form for submitting a request to initiate a consumer protection procedure is available at: <https://www.mnf.hu/fogyasztovedelem/penzugyi-panasz>

Civil court proceedings

In the event of a dispute relating to the conclusion and performance of the insurance contract, the consumer may take legal action with evidence in support of their position.

If the complaint is rejected or if the statutory time limit of 30 days for responding to the complaint has expired without result, the customer who is not a consumer has the right to appeal to the Court against the decision taken by Colonnade Insurance S.A. Hungary Branch (1134 Budapest, Váci út 23-27.) which is not satisfactory to them. In this case, the civil lawsuit must be brought against Colonnade Insurance S.A. Hungary Branch before the Hungarian court having jurisdiction and competence.

The Insurer's Complaints Handling Regulations are available for inspection at the Customer Service and also at the following address: <https://www.colonnade.hu>

10. Information on handling personal data



The data controller is Colonnade Insurance S.A.

Contact details of the data protection officer:

email: dpo@colonnade.hu

phone: +36 1 460 1400

mailing address: 1426 Budapest, PO Box 153



Categories of processed data

personal data means any information relating to an identified or identifiable natural person (hereinafter data subject);

a natural person can be identified, directly or indirectly, in particular by an identifier, name, number, date and place of birth, address, phone number, online identifier;

special data: health data.

The purpose of processing

The Insurer shall be entitled to manage such insurance secrets of its customers that are related to the insurance contract, its conclusion, recording and the services relevant under the insurance contract. The purpose of the processing may be the conclusion, modification or maintenance of the insurance contract, the adjudication of claims arising from the insurance contract or any other purpose specified in the Insurance Act.

The purposes of processing include ensuring compliance with UN, EU or other economic sanctions and obligations to prevent money laundering and terrorist financing.

Online contracting through the colonnade.hu website is subject to the provisions of the Distance Marketing Act and the Electronic Trading Act, therefore, in addition to the above, the further purpose of data processing is to prove the fulfilment of the obligation to inform consumers as required by these laws, to prove the conclusion of an insurance contract, to create, define the content of, amend and monitor the performance of a contract for the provision of information society services, to invoice the resulting premiums and to enforce claims in this regard.

The processing of data by the Insurer is based on the voluntary consent deemed to have been given when the insurance contract is concluded and, in the case of data provided in the course of filing a claim, submitting a service request or requesting information on the contract, when the claim or request is sent. Where it is necessary to protect the vital interests of the Insured in connection with the provision of travel insurance services, the Insurer may transfer health data to countries outside the European Union and the Insurer shall inform the data subject of the circumstances of such transfers at the time of transfer.

The Insurer shall process the personal data it becomes aware of in the course of handling complaints in order to comply with the provisions of Section 159 of the Insurance Act concerning the handling of complaints, and shall keep a record of customer complaints and the measures taken to resolve and resolve them. The processing of data by the Insurer is mandatory processing based on the above provision of the Insurance Act.

In the event of a complaint being handled by telephone, the Insurer shall record the telephone communication between the Insurer and the customer by means of a voice recording. The voice recording is mandatory under the above-mentioned section of the Insurance Act.

Duration of processing

When processing data covered by insurance secrets, the Insurer may process personal data, including data directly related to health, for the duration of the insurance relationship and for the period for which a claim may be made in connection with the insurance relationship. Insurers shall be entitled to process personal data relating to any un concluded insurance contract as long as any claim can be asserted in connection with the failure of the contract. The Insurer shall keep the documents that qualify as accounting documents generated in connection with the conclusion and recording of the insurance contract and the insurance service for 8 years pursuant to Section 169 of the Accounting Act.

The Insurer shall process the data obtained from other insurers as a result of the exchange of data between insurers under the conditions and for the period of time specified in the section „Protection of the Insured Risk Community“.

The Insurer shall keep the voice recordings made during the complaint handling for a period of five years. The Insurer shall keep the complaint and the reply to it for five years and present it to the authorities upon request.



Legal ground of the processing

The legal ground for data processing in connection with the management and recording of insurance contracts and for telephone customer service purposes is the consent of the data subjects, Section 135 of the Insurance Act, Section 169 of the Accounting Act, and in the case of insurance concluded electronically or by telephone, Section 11 (2) of the Distance Marketing Act and Section 13/A of the Electronic Trading Act.

Data relating to health status may be processed by the insurer in accordance with the provisions of Act XLVII of 1997 on the processing of health and related personal data, with the written consent of the person concerned.

The legal ground for the processing of data for the purpose of handling complaints is Section 159 of the Insurance Act.

In the case of ensuring compliance with economic sanctions (embargoes) imposed by the UN, the EU or others, the legal ground for processing is the legitimate interest of the Insurer or the fulfilment of a legal obligation to which the Insurer is subject.

Rights of data subjects and enforcement thereof

The rights of data subjects include the following:

- a) may request access to personal data concerning them from the controller;
- b) may request the rectification and integration of their personal data;
- c) may request the erasure or restriction of the processing of their personal data;
- d) may object to the processing of personal data;
- e) lodge a complaint with the competent data protection supervisory authority (NAIH);
- f) has the right to data portability; or
- g) request to prohibit the use of your personal data for direct marketing purposes.

The Insurer shall, at the request of the data subject and within the shortest possible time from the date of the request, but not later than 15 days, provide the data subject with written information on the following information concerning the data subject processed by the Insurer or its processor:

- » the categories of personal data and their sources, the purposes and legal ground for processing;
- » the intended period of storage of personal data or, if this is not possible, the criteria for determining that period;
- » the recipients or categories of recipients to whom or which the personal data have been or will be disclosed;
- » the name, address and activity of the data processor used for the processing.

The information is free of charge if the natural person concerned has not yet submitted an information request for the same set of data in the current year. In other cases, a reasonable rate of reimbursement based on administrative costs may be established.

In addition to the above, the Insurer shall provide a copy of the personal data processed upon the data subject's request.

b) The data subject shall have the right to have inaccurate personal data concerning them corrected or completed by the Insurer without undue delay upon request.

- c) The Insurer shall delete the personal data concerning the data subject without undue delay if.
- » the personal data are no longer necessary for the purposes for which they were collected, or
 - » the data subject withdraws the consent on which the processing is based and there is no other legal ground for the processing, unless the processing is necessary for the establishment, exercise or defence of legal claims or for compliance with a legal obligation.

The Insurer shall also delete the personal data concerning the data subject without undue delay if the personal data must be deleted in order to comply with a legal obligation applicable to the controller or if the personal data have been collected in connection with the provision of information society services referred to in Article 8(1) of the GDPR.

The data subject shall be entitled to have the data processing limited by the Insurer at their request if one of the following conditions is met:

- » the data subject contests the accuracy of the personal data, in which case the restriction applies for the period of time necessary to allow the controller to verify the accuracy of the personal data;
- » the processing is unlawful, but the data subject opposes the erasure of the data and instead requests the restriction of their use;
- » the controller no longer needs the personal data for the purposes of processing, but the data subject requires them for the establishment, exercise or defence of legal claims; or
- » the data subject has objected to the processing; in this case, the restriction applies for the period until it is established whether the legitimate grounds of the controller override those of the data subject.



Data thus restricted may be processed, except for storage purposes, only with the consent of the data subject or for the establishment, exercise or defence of legal claims or for the protection of the rights of another natural or legal person or of an important public interest of the EU or of a Member State. The controller shall give prior notice of the lifting of the restriction to the data subject at whose request the processing was restricted.

d) Where processing is necessary for the purposes of the legitimate interests pursued by the controller or by a third party, the data subject shall have the right to object at any time, on grounds relating to their particular situation, to the processing of their personal data, including profiling based on those provisions.

In this case, the Insurer may no longer process the personal data, unless it proves that the processing is justified by compelling legitimate grounds which override the interests, rights and freedoms of the data subject or are related to the establishment, exercise or defence of legal claims. The Insurer will examine the objection within the shortest possible time, but not later than 15 days from the date of its submission, will decide on its validity and will inform the person concerned in writing of their decision.

Data subjects may lodge their objections or requests concerning the processing of their personal data with the Insurer orally (in person) or in writing (including by e-mail) using the following contact details:

Colonnade Insurer Data Protection Officer:
email: dpo@colonnade.hu
mailing address: 1426 Budapest, PO Box 153

e) If your objection, complaint or request concerning your personal data has not been satisfactorily resolved, or if at any time you consider that there has been or is an imminent threat of a breach of rights in relation to the processing of your personal data, you have the right to lodge a complaint with the following authorities.

Hungarian National Authority for Data Protection and Freedom of Information
Registered office: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11.
Postal address: 1363 Budapest, PO box.: 9, Telephone: (+36) 1 391 1400,
Fax: (+36) 1 391 1410,
E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu
Web: naih.hu

You also have the right to take legal action if your rights to the protection of your personal data are infringed. The court has jurisdiction to rule on the case. You can also choose to bring the case before the court in your place of residence or domicile.

f) The data subject shall have the right to receive data relating to them in a structured, commonly used, machine-readable format and the right to transfer such data to another controller without hindrance from the controller to whom the personal data have been provided. Where technically feasible, the data subject may request the direct transfer of personal data between controllers.

Other processing

If the Insurer provides information on personal data to the authorities listed in Section 138 of the Insurance Act, it shall also inform the data subject of the legal ground and the recipient of the data transfer at the time of the communication. The insurer shall not inform the data subject of data transfers made pursuant to Section 138(1)(b), (f) and (j) of the Insurance Act and Section 138(6).

The controller shall disclose to the public authorities, if the public authority has indicated the precise purpose and scope of the data, personal data only to the extent and to the extent necessary to achieve the purpose of the request.

Notification of a personal data breach to the supervisory authority, information to the data subject

The controller shall notify the personal data breach to the competent supervisory authority without undue delay and, where possible, no later than 72 hours after becoming aware of the data protection incident, unless the data protection incident is unlikely to pose a risk to the rights and freedoms of the data subject. The controller shall keep records of personal data breaches, indicating the facts relating to the personal data breach, its effects and the measures taken to remedy it.

The controller shall inform data subjects of a personal data breach without undue delay where the personal data breach is likely to result in a high risk to the rights of the data subject.

10. Information on handling personal data



In addition to the above, the Controller will take all possible steps to ensure the most effective response to the personal data breach and the most complete protection of personal data.

The Insurer shall delete any and all personal data relating to its Customers, former customers or contracts that have failed to be concluded, the objective of the processing of which no longer exists or for the processing of which the consent of the data subject Customer concerned is not available or for the processing of which there are no legal grounds.

COLONNADE



A FAIRFAX COMPANY

