

Medicina Assistance kártyához kapcsolódó csoportos életbiztosítási szerződés Általános és Különös Biztosítási Feltételei

Hatályos: 2018. január 1. napjától

A jelen szabályzatban foglalt Általános Biztosítási Feltételek a Különös Biztosítási Feltételekkel együtt (a továbbiakban együttesen: Biztosítási Feltételek) érvényesek – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az NN Biztosító Zrt. (1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, a továbbiakban Biztosító) és a Telki Kórház Kft. (1121 Budapest, Budakeszi út 36c) között **2017. november 15. napján** létrejött Medicina Assistance kártyához kapcsolódó csoportos életbiztosítási szerződés (továbbiakban Csoportos Biztosítás) alapján a **2018. január 1. napján vagy azt követően a Medicina Assistance kártyával rendelkező, és jelen feltételeknek megfelelő Biztosítottak biztosított jogviszonyára.**

Az Általános Biztosítási Feltételben, illetve az adott biztosítási fedezetre vonatkozó Különös Biztosítási Feltételben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban Ptk.) rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

Minden olyan szokás és gyakorlat, amelynek alkalmazásában a szerződés alanyai, azaz a Szerződő, a Biztosított és a Biztosító a korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, a jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejött biztosított jogviszonyokban nem irányadóak, további alkalmazásukat a szerződő felek kizárják. Ezen túlmenően az életbiztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak a biztosított jogviszony részévé, alkalmazásukat a szerződő felek szintén kizárják üzleti kapcsolatukban.

Általános Biztosítási Feltételek

1. A csoportos biztosítási szerződés alanyai

A szerződés alanyai:

Szerződő: Telki Kórház Kft. (Cg: 01-09-177713, székhely: 1121 Budapest, Budakeszi út 36c), amely a Medicina Assistance kártya kibocsátója és a Biztosítóval a Csoportos Biztosítási szerződést megkötő és az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi, valamint a Csoportos Biztosítás díját a Biztosítónak megfizeti.

Biztosított: a Főbiztosított és az Egyéb Biztosított, akiknek az életével és egészségi állapotával kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási jogviszony létrejön. Eltérő rendelkezés hiányában Biztosított alatt a Főbiztosítottat és az Egyéb Biztosítottat egyaránt érteni kell.

Főbiztosított: az a legalább 16 éves természetes személy, aki a Szerződő által kibocsátott „Medicina Assistance kártya” birtokosaként a szolgáltatásaira jogosult, és a Szerződő biztosítottként lejelenti a Biztosítónak.

Egyéb biztosított: Egyéb Biztosítottá válik az a bármely korú természetes személy, akit a Medicina Assistance kártya birtokosa, mint Medicina Egészségpénztári tag a pénztártagi szolgáltatások vonatkozásában megjelölt kedvezményezettként, és így aki jogosult a Medicina Assistance kártya szolgáltatásaira. A Biztosító az Egyéb biztosított személyes adatait nem tartja nyilván, csak statisztikai célú adatokat. Az Egyéb biztosított feltételek fennállásának az igazolása a biztosítási esemény bejelentésekor szükséges.

Kedvezményezett: a biztosítási szolgáltatásra jogosult személy, aki jelen csoportos biztosítás vonatkozásában

- a Biztosított, ha a szolgáltatás a Biztosított életében válik esedékessé, illetve
- b) a Biztosított örököse, ha a szolgáltatás a Biztosított halála miatt válik esedékessé.

Jelen Biztosítási Feltétel alapján a Biztosított nem jogosult a Kedvezményezettet megnevezni és módosítani.

Biztosító: NN Biztosító Zrt, amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, valamint a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint a szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

Medicina Assistance kártya: a Szerződő által kibocsátott kártya, amely szolgáltatásai a vonatkozó Kártya szabályzatban kerültek meghatározásra.

2. Biztosítotti csoportok

2.1. A Szerződő a Biztosított biztosítási esemény időpontjában betöltött életkorától függően az alábbi biztosítotti csoportokat határozta meg:

Főbiztosítottak vonatkozásában

- 1. csoport: 16-70 éves korig;
- 2. csoport: 70 éves kor felett

Egyéb biztosítottak vonatkozásában:

- 3. csoport 0-70 éves korig;
- 4. csoport: 70 éves kor felett

3. A Biztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez

3.1. Minden olyan természetes személy, aki megfelel a Főbiztosítotti és Egyéb biztosítotti feltételeknek automatikusan, kockázat elbírálás nélkül biztosítottjává válik a Csoportos Biztosításnak a Csoportos Biztosításhoz történő csatlakozás napján. A Csoportos biztosításhoz történő csatlakozás napja az Medicina Assistance kártya szolgáltatásaira való jogosultság kezdetének a napja (a továbbiakban Csatlakozás napja).

4. A biztosítás tartama

4.1. A Csoportos Biztosítás a Szerződő és a Biztosító között határozatlan időtartamra jött létre, azzal, hogy a Szerződő és a Biztosító 2018. január 1-től 2019. december 31-ig a rendes felmondás jogát nem gyakorolja, ezen időszak alatt a Csoportos Biztosítási Szerződést fenntartják, az esetleges rendkívüli felmondás esetének kivételével. A Csoportos Biztosításon belül az egyes Biztosítottak biztosítási jogviszonyának tartama biztosítási időszakokra oszlik. A biztosítási időszak egy naptári év. Az első biztosítási időszak kezdete a Csoportos Biztosításhoz való Csatlakozás napja. Az első biztosítási időszak a Csatlakozás napjától függően lehet törtidőszak, amely a Biztosítottnak a Csoportos Biztosításhoz való Csatlakozás napjától a tárgyév december 31. napjáig tart és automatikusan meghosszabbodik a következő biztosítási évre mindaddig, amíg a Szerződő és a Biztosító között fennálló Csoportos biztosítás hatályban van, figyelembe véve a jelen Biztosítási Feltételek 6. pontjában leírtakat (kockázatviselés megszűnése).

4.2. **A Biztosított a Csoportos Biztosítási szerződésbe nem jogosult szerződként belépni.**

5. A kockázatviselés kezdete

5.1. **A Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselése a Biztosított Csoportos Biztosításhoz való Csatlakozása napjának 0.00 órájától kezdődik.**

6. Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése

6.1. A Biztosító kockázatviselése adott Főbiztosított vonatkozásában megszűnik

- a) a Főbiztosított halálával, a halál időpontjában;
- b) annak a hónapnak az utolsó napján 24 órakor, amikor a Medicina Assistance kártya szolgáltatásaira vonatkozó jogosultsága bármely okból megszűnik (érdekmúlás).
- c) a Csoportos Biztosítás bármely okból történő megszűnése esetén a csoportos biztosítási szerződés megszűnésének napján 24:00 órakor.
- d) a kiegészítő egészségbiztosítási fedezet vonatkozásában a Főbiztosított rosszindulatú daganatos betegségben történő megbetegedése esetén, a betegség diagnosztizálásának napján 24 órakor, azonban ebben az esetben az életbiztosítási alapfedezet továbbra is érvényben marad.
- e) a kiegészítő egészségbiztosítási fedezet vonatkozásában annak a biztosítási évnek az utolsó napján 24 órakor, amikor a Főbiztosított a 70. életévét betöltötte

6.2. A Biztosító kockázatviselése a Főbiztosítotthoz kapcsolódó Egyéb Biztosítottra vonatkozóan megszűnik

- a) ha a Főbiztosítottra vonatkozó kockázatviselés a 6.1 pontban meghatározottak szerint megszűnik, kivéve a 6.1.d) és e) pontokat, mely esetekben a Biztosító kockázatviselése tovább él a kiegészítő egészségbiztosítási fedezet vonatkozásában az Egyéb Biztosítottra.
- b) annak a hónapnak az utolsó napján 24 órakor, amikor a Medicina Assistance kártya szolgáltatásaira vonatkozó jogosultsága bármely okból megszűnik (érdekmúlás).
- c) a kiegészítő egészségbiztosítási fedezet vonatkozásában az Egyéb Biztosított rosszindulatú daganatos betegségben

történő megbetegedése esetén, a betegség diagnosztizálásának napján 24 órakor, azonban ebben az esetben az életbiztosítási alapfedezet továbbra is érvényben marad.

- d) a kiegészítő egészségbiztosítási fedezet vonatkozásában annak a biztosítási évnek az utolsó napján 24 órakor, amikor az Egyéb biztosított a 70. életévét betöltötte.
- e) az Egyéb Biztosított halálával, a halál időpontjában.

6.3. A Csoportos Biztosítási Szerződés rendes felmondásból eredő, vagy közös megegyezéssel történő megszűnése esetén a Szerződő köteles a megszűnés előtt 30 nappal, rendkívüli felmondás esetén pedig haladéktalanul tájékoztatni a Főbiztosítottat a Csoportos Biztosítási Szerződés megszűnéséről,

7. A biztosítási díj

7.1. A Csoportos Biztosítás díja a Biztosító kockázatviselésének, illetve a szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melyet a Szerződő köteles megfizetni a Biztosítónak. A Szerződő a biztosítási díjat a Csoportos Biztosítási szerződésben meghatározott időpontban és módon fizeti meg a Biztosító részére.

8. Biztosított felmondás

8.1. Tekintettel arra, hogy a Biztosítottak biztosítási jogviszonya a Medicina Assistance kártya szolgáltatásaira való jogosultságból ered, a biztosított jogviszony a Biztosítottak által egyoldalúan nem szüntethető meg.

9. A Biztosító teljesítése

9.1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint köteles a jelen Biztosítási Feltételek 17. pontjában meghatározott szolgáltatás teljesítésére, amennyiben a Biztosítási Feltételek szerint a szolgáltatási kötelezettsége fennáll.

9.2. **A biztosítási esemény bekövetkezését a Kedvezményezettnek a biztosítási esemény bekövetkezését követő 15 napon belül írásban kell bejelenteni a Biztosítónál, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben a fenti határidőt nem tartják be, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, továbbá akkor is mentesül a Biztosító, ha a szükséges felvilágosítást nem adják meg, vagy a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.**

9.3. A Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott **biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez és elbírálásához az alábbiakban felsorolt okmányok bemutatása szükséges, amelyet a Biztosító – a Szerződővel előzetesen egyeztetve – bármikor egyoldalúan megváltoztathat, amelyről a változtatást megelőzően 60 nappal írásban értesíti a Szerződőt, a Szerződő pedig a Biztosítottat** oly módon, hogy e-mail-ben vagy postai úton megküldi a Biztosított számára a megváltozására vonatkozó tájékoztatást és a levélben elhelyezett linken keresztül elérhetővé és letölthetővé teszi számára az új Biztosítási Feltételeket. **A Biztosító egyoldalúan kizárólag az alábbi alapos okok miatt módosíthat: jogszabályi előírások módosulása, az orvostudomány fejlődése, technikai fejlődés, a Biztosító szolgáltatás iránti igény elbírálási folyamatának változása, a Biztosító nyilvántartási rendszerének módosítása.**

10. A biztosítási szolgáltatás igénybevételének feltételei

10.1. A Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott **biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez és elbírálásához az alábbiakban felsorolt dokumentumok és okmányok bemutatása vagy másolata szükséges:**

- A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött, a bejelentő eredeti példánya és a Kedvezményezett által aláírt igénybejelentő nyomtatvány eredeti példánya
- Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordításának eredeti példánya
- A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó végzés és jogerős öröklési bizonyítvány másolata
- Kiskorú- és gondnokolt kedvezményezett esetén a törvényes képviselő eredeti nyilatkozata, a gyámot vagy a gondnokot kirendelő határozat és/vagy bírósági ítélet másolata.
- A Kedvezményezett aláírásával ellátott eredeti nyilatkozat a biztosítási összeg rendeltetési helyéről (bankszámlaszám, vagy lakcím), ahová a biztosítási összeg kifizethető.

- Kifizetésnél a kedvezményezett személyazonosságának igazolására szolgáló okmány(ok) bemutatása és azok másolata
 - Teljes orvosi dokumentáció: diagnózis és felállításának időpontját igazoló iratok, orvosi leírás, orvosi szakvélemény/lelet, zárójelentés, kórházi igazolás, elszámolási nyilatkozat, korábbi orvosi iratok, műtéti leírás, ambuláns (járóbeteg-ellátási) lap, röntgenlelet, ápolási dokumentáció, teljes kórházi kórlap, szövettani lelet, kontrolleredmények.
 - Medicina Egészségpénztár által kiállított eredeti igazolás, melyben igazolja, hogy a Biztosított a biztosítási esemény időpontjában jogosult volt a Medicina Assistance kártya szolgáltatásaira.
- 10.2. Halál esetén:
- Halotti anyakönyvi kivonat másolata.
 - Halottvizsgálati bizonyítvány másolata.
 - Boncjegyzőkönyv másolata.
 - Haláleseti vagy baleset utáni orvosi jelentés másolata.
- 10.3. Rosszindulatú daganatos betegség bekövetkezése esetén: eredeti kórházi zárójelentés, sebészeti műtéti leírás, onkológiai szakvélemény, szövettani lelet másolata.
- 10.4. A felsorolt okiratokon kívül a Biztosítottnak/Kedvezményezettnek joga van egyéb okiratokat, dokumentumokat is benyújtani a biztosítási esemény bekövetkezésének és a teljesítendő szolgáltatás mértékének igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint, annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.
- 10.5. A Biztosító szükség esetén bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.
- 10.6. A külföldön bekövetkezett biztosítási esemény bejelentéséhez a Biztosító a biztosítási eseményt igazoló dokumentumok hivatalos magyar nyelvű fordítását kérheti.
- 10.7. Az előálló költségeket annak kell viselni, aki igényét a Biztosítóval szemben érvényesíti. Minden olyan adatszerezés és tudakozódás költségei, amelyek a halál okának, a Biztosított halálát okozó betegség időpontjának és lefolyásának, a halál közelebbi körülményeinek, vagy a Biztosított egészségi állapotának tisztázásához nem voltak szükségesek, a Biztosítót terhelik.
- 10.8. A Biztosító a biztosítási szolgáltatási összeget valamennyi, a jelen Általános Biztosítási Feltételek 10.1. pontjában minden biztosítási esemény, továbbá az adott biztosítási esemény vonatkozásában meghatározott dokumentumok együttes megléte esetén fizeti ki, az utolsó dokumentum Biztosító székhelyére történő beérkezésétől számított 30 napon belül. A benyújtott dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője értékeli.
- 10.9. Amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (különösen az eljárást megszüntető határozat, vagy a jogerős bírósági határozat). A büntetőeljárásban vagy a szabálysértési eljárásban meghatározott jogerős határozatot csak abban az esetben kéri be a Biztosító, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.
- 10.10. Amennyiben a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt illetőleg a biztosítási eseményt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el vagy elutasíthatja.
- 10.11. A biztosítási eseményt az alábbi címen lehet bejelenteni:
NN Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság
Életbiztosítási Szolgáltatások
1068 Budapest, Dózsa György út 84/B
A Biztosító telefonszáma, melyen a biztosítási szolgáltatás iránti igény jelezhető:
1433 (NN TeleCenter)
- 10.12. A biztosítási esemény bejelentését a 10.2 és a 11. pontokban írtak szerint kell megtenni, a Biztosító csak ezt követően tudja megkezdeni a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálását.

11. Mentésülés a teljesítési kötelezettség alól

- 11.1. **A Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, amennyiben a Biztosított halálát a Kedvezményezett szándékosan okozta.**
- 11.2. **A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg abban az esetben, ha a Biztosított**

- a) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
b) a kockázatviselés kezdetétől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében hal meg.

12. Kizárások

12.1. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségekkel, kóros állapotokkal, veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre, amennyiben arról a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett.**

12.2. **A Biztosító nem viseli a kockázatot, amennyiben a Biztosított halála extrém sporttevékenység végzése során következik be.**

Jelen feltételek alkalmazásában különösen veszélyes (extrém) sporttevékenységnek minősül az autó- és motorsportverseny és -edzés, tesztúra, raliverseny, quad használata, roncsautó (auto-crash), sportbarlangászat, szikla- és hegymászás III. foktól, magashegyi expedíció, búvárkodás, jetski, a motorcsónakkal vontatott sporteszközök használata (ideértve az ejtőernyőt, a paplanernyőt és a vízisít is), vadvízi evezés, rafting, hydrospeed, tengeri kajak, kitesurf, bungee jumping és rocky jumping, canyoning, bázisugrás, ejtőernyőzés, vadászat, valamint a motor nélküli légi jármű, a segédmotoros vitorlázó repülőgép, a sárkányrepülő, a hőlégballon használata, műrepülés, az egyszemélyes, félkezes és nyílt tengeri vitorlázás, falmászás, valamint a harci és küzdősportok. Hegymászásnak minősül a hegyvidéken történő túrázás, ha annak során a biztosított a kijelölt turistaútról letér, vagy az útvizonyok speciális felszerelés használatát indokolják (pl. kötélbiztosítás, hágóvas, jégcsákány stb.). Hegymászásnak minősül továbbá a Klettersteig (via ferrata) típusú útvonalakon, valamint a 3500 méteres magasság felett végzett túrázás.

12.3. **A Biztosító nem viseli a kockázatot, amennyiben a Biztosított halála gépi erővel hajtott szárazföldi, vízi vagy légi járművel országos vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) során következett be.**

12.4. A Biztosító a teljes kockázatot viseli, ha a Biztosított halála a szervezett légi utas- vagy áruforgalom keretében végrehajtott olyan légi úton vagy körrepülésen való részvétel következménye, amelyen a Biztosított a légi forgalomban engedélyezett légi jármű utasaként, személyzeteként, vagy az előbbi járműre vezetői engedéllyel rendelkező, hivatásszerűen tevékenykedő vezetőként vett részt.

A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított halála egyéb repülő tevékenység (különösen, de nem kizárólagosan az ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, egyéb sportrepülés, mezőgazdasági repülés stb.) során következik be.

12.5. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény – függetlenül annak bekövetkezési helyétől – közvetlenül összefüggésben áll:**

- **harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel;**
- **felkelésekkel, lázadásokkal vagy zavargásokkal;**
- **munkahelyi rendbontással, tüntetéssel, felvonulással, sztrájkjal, kivéve a hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított tüntetésen, felvonuláson, sztrájkon való jogszzerű részvételt, ha a Biztosított a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségének eleget tett;**
- **radioaktív, illetve ionizáló sugárzással, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést.**

Jelen feltételek alkalmazásában harci eseménynek minősül a háború, polgárháború, határviellongás, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény.

12.6. A jelen pontban meghatározott, kockázatviselésből kizárt esetek bekövetkezése esetén a Biztosító szolgáltatást nem nyújt, és a biztosítási fedezet megszűnik a betegség diagnosztizálásának időpontjában vagy a halál időpontjában.

A Különös Feltételek további kockázatkizárásokat is tartalmaznak.

13. Elévülés

13.1. **A biztosításból eredő igények az esedékességtől számított két év alatt elévülnek.**

13.2. Az elévülési idő alatt ki nem fizetett szolgáltatást a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.

14. A panaszok bejelentése

A Biztosított, a Kedvezményezett, valamint aki a Csoportos Biztosítási szerződéshez történő csatlakozás iránt nyilatkozatot tett, továbbá a Biztosító szolgáltatására jogosult más személy (a jelen pontban a továbbiakban együttesen ügyfél) esetleges szóbeli (személyesen, telefonon) vagy írásbeli (személyesen vagy más által átadott irat

útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) a Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszukkal az **NN Biztosító Zrt. Ügyfélszolgálati Igazgatóságához** (cím: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, levelezési cím: 1364 Budapest, Pf. 247, e-mail cím: biztosito.panasz@nn.hu, telefon: 1433 (NN TeleCenter), faxszám: +36-1-267-4833) fordulhatnak. A fogyasztónak¹ minősülő ügyfél a panasz Biztosító általi elutasítása esetén, illetve ha a Biztosított a Biztosító válaszával nem ért egyet, az alábbi szervezetekhez fordulhat: a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a **Magyar Nemzeti Bank** Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjánál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet (ügyfélszolgálati cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1534 Budapest BKKP, Pf. 777, telefon: 06-80-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mn.b.hu), vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén a **Pénzügyi Békéltető Testület** eljárását kezdeményezheti (Székhely cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési cím általános ügyekben: Pénzügyi Békéltető Testület 1525 Budapest, Pf. 172, telefon: 06-80-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mn.b.hu, ügyfélkapun keresztül: www.magyarorszag.hu) vagy a polgári rendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat. A fogyasztónak nem minősülő ügyfél a panasz Biztosító általi elutasítása esetén, illetve ha az ügyfél a Biztosító válaszával nem ért egyet, panaszával a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat. A Biztosító panaszkezelési eljárására vonatkozó részletes szabályokat a Biztosító Panaszkezelési szabályzata tartalmazza, amely megtalálható a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu).

Telefonon történő panaszkezelés esetén a Biztosító és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a Biztosító hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt öt évig megőrzi. A Biztosító a panaszt és az arra adott választ öt évig őrzi meg, és azt a Magyar Nemzeti Banknak, mint felügyeleti hatóságnak kérésére bemutatja.

15. Adatkezelési tájékoztató

A Biztosító, és viszontbiztosító adatkezelésének jogalapját a biztosítási tevékenységről szóló 2014. LXXXVIII. törvény (a továbbiakban Bit.) és az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban Info tv.) teremti meg.

Személyes adat kizárólag meghatározott célból, jog gyakorlása és kötelezettség teljesítése érdekében kezelhető. Az adatkezelésnek minden szakaszában meg kell felelnie az adatkezelés céljának, az adatok felvételének és kezelésének tisztességesnek és törvényesnek kell lennie.

Csak olyan személyes adat kezelhető, amely az adatkezelés céljának megvalósulásához elengedhetetlen, a cél elérésére alkalmas. A személyes adat csak a cél megvalósulásához szükséges mértékben és ideig kezelhető.

A jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejött biztosítási jogviszonnyal kapcsolatos személyes adatok tekintetében a Biztosító minősül adatkezelőnek.

15.1. A biztosítási titok és titoktartási kötelezettség

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

A Biztosító és a viszontbiztosító a Biztosított által bármilyen formában megadott személyes adatot – értve ezalatt az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatot is – biztosítási titokként kezeli és dolgozza fel.

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

Biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosító csak akkor adhatja ki harmadik személynek, ha

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

¹ Fogyasztó az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy.

15.2. **Az adatkezelés jogalapja, célja és időtartama**

A Biztosító és a viszontbiztosító jogosult kezelni a Szerződő, a Biztosított és a Kedvezményezett (a jelen pontban a továbbiakban együttesen ügyfél) azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a Csoportos Biztosítási szerződéssel, a biztosított jogviszonnyal, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek.

A Szerződő a Biztosított következő személyes adatait adja át a Biztosító részére:

Főbiztosított esetén: neve, neme, állandó lakcíme, születési helye, anyja neve, telefonszáma, kártyaszáma, Medicina Assistance kártya” szolgáltatásaira való jogosultság kezdete és vége(érvényességi Idő kezdete, érvényességi idő vége).

Egyéb biztosított esetén kizárólag anonim adatokat: neme, születési ideje, az Egyéb biztosítottat csatlakoztató Főbiztosított kártyaszáma, Medicina Assistance kártya szolgáltatásaira való jogosultság kezdete és vége (érvényességi idő kezdete, érvényességi idő vége)

A Biztosító az ügyfelek személyes adatait a Csoportos Biztosítási szerződéshez való csatlakozás alapján létrejövő biztosított jogviszony létrejöttével, nyilvántartásával, kapcsolattartás érdekében és a szolgáltatás teljesítésével összefüggő célból feldolgozza, nyilvántartja és kezeli, valamint felhasználja statisztikai célokra, amely adatokra a biztosítási titokvédelem vonatkozik.

Az adatkezelés célja csak a biztosítási jogviszony létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási jogviszonyból származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet.

Az itt meg nem határozott, illetve a jogszabályokban meghatározottaktól eltérő célú adatkezelés esetében a Biztosító az adatfelvétel idején, az adtakezelésre vonatkozó hozzájárulás megadása előtt ad külön tájékoztatást.

A Biztosított egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a Biztosító az előbbiekből meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

Fentiekől eltérő célból végzett adatkezelést a Biztosító és a viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás az érintett akaratának önkéntes és határozott kinyilvánítása. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. Az Info tv.-ben, és a Bit.-ben meghatározott esetben az adatkezelés a hozzájárulás hiányában is megvalósulhat.

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

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

Az Info tv. 6. § (5) bekezdésében foglaltak alapján, az ott meghatározott körben, a hozzájárulás visszavonását követően is jogosult a személyes adatok kezelésére.

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

15.3. **A Biztosító titoktartási kötelezettség alóli mentesülése a Bit. alapján**

A Biztosító titoktartási kötelezettsége nem áll fenn

- a) feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Bankkal, mint Felügyelettel,
- b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyongfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyongfelügyelővel, rendkívüli vagyongfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásban eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyongfelügyelővel, bírósággal,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) a következőkben meghatározott 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) bekezdésben foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j) a törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítóval,
- l) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezési szerint – az átvevő biztosítóval,
- m) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- n) 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,
- o) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával;
- p) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal (a továbbiakban Hatóság),
- q) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal, szemben, ha az a)–j) és q) pontokban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy az n)–p) pontokban 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.

Az adóhatósággal szemben 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 titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül az itt meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed. Az itt meghatározott adatok átadását a Biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben (továbbiakban: Hpt.) meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a Biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját és az adatkérés célját.

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

A Biztosító, 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 vonatkozóan, hogy a biztosítási ügylet

- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt, a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel, illetve
- b) a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer-birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben. Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény szerinti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

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

- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosítótól, valamint
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosítótól.

Nem lehet biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó – az Info tv.-ben meghatározott – adatszolgáltatási kötelezettség esetén. A Biztosító a továbbított adatokról nyilvántartást vezet.

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.

A fentebb meghatározott adatok átadását a Biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

15.4. A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

- 1) A Biztosító (e pont alkalmazásában megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (e pont alkalmazásában: megkeresett biztosító) az e biztosító által – Bit. 135.§ (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a (3) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában.
- 2) A megkeresett biztosító az adatokat köteles átadni a megkereső biztosítónak.
- 3) A megkereső biztosító az élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés (a továbbiakban biztosítási szerződés) teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
 - a) a Szerződő, a Biztosított, a Kedvezményezett személy azonosító adatait;
 - b) a biztosított személy adatfelvételekor, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott életbiztosítási ágazathoz tartozó biztosítási szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
 - d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- 4) **A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.**
- 5) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.
- 6) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (5) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.
- 7) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

- 8) A megkereső biztosító az (1) bekezdésben meghatározott megkeresés, és a megkeresés tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről, a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti. Ha az ügyfél az Info tv-ben szabályozott módon az adatairól tájékoztatást kér és a megkereső biztosító – az (5)-(7) bekezdésben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.
- 9) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosított érdekeire nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az (1) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
- 10) A megkeresésben megjelölt adatok helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.
- 11) A megkereső biztosító felelős az (1) bekezdésben meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.

15.5 Harmadik ország; másik tagállam

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 (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 Info tv. 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.

15.6 A személyes adatok tárolása, adatfeldolgozó igénybevétele

A személyes adatok tárolása és feldolgozása a Biztosító székhelyén, az NN cégcsoport regionális vagy globális központjában, illetve az adatfeldolgozást végző szolgáltatók székhelyén, telephelyén történhet.

A Biztosító – adminisztrációs feladatai megkönnyítése érdekében – egyes adatkezelési műveletek elvégzése céljából az Info tv-ben meghatározottak szerint az általa megbízott adatfeldolgozót vesz igénybe, továbbá a Bit.-ben meghatározottak szerint kiszervezett tevékenységet végző szervezetet vesz igénybe. Amennyiben az adatfeldolgozás az Európai Gazdasági Térségen kívüli országokban történik, úgy az érintettek személyes adatait kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulása alapján, vagy a hatályos jogszabályok által megkövetelt egyéb biztosítékoknak (szerződéseknek) megfelelően továbbítható.

A Biztosító az által igénybevett adatfeldolgozók és a kiszervezett tevékenységet végzők listáját a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu) teszi közzé melyek listája itt érhető el: <https://www.nn.hu/documents/10182/135704/Adatfeldolgoz%C3%B3i+lista+20170901.pdf>.

15.7 Az érintett ügyfél jogai, jogorvoslati lehetőségek

Az érintett ügyfél bármikor tájékoztatását kérhet személyes adatai kezeléséről, kérheti a személyes adatainak helyesbítését, valamint személyes adatainak – a kötelező adatkezelés kivételével – törlését vagy zárolását.

Az érintett ügyfél kérelmére a Biztosító 25 napon belül tájékoztatást ad az érintett általa kezelt, illetve az általa vagy rendelkezése szerint megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adatairól, azok forrásáról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevéről, címéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, az adatvédelmi incidens körülményeiről, hatásairól és az elhárítására megtett intézkedésekről, továbbá – az érintett személyes adatainak továbbítása esetén – az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről.

Adatok helyesbítése illetve törlése esetén a Biztosító értesíti az érintett ügyfelet, továbbá mindazokat, akik részére az adatokat korábban adatkezelés / adatfeldolgozás céljából továbbították. Az értesítés mellőzhető, ha ez az adatkezelés céljára való tekintettel az érintett jogos érdekét nem sérti.

Az érintett ügyfél tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen,

- a) ha a személyes adatok vagy továbbítása kizárólag az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez vagy az adatkezelő, adatátvevő vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve kötelező adatkezelés esetén;
- b) ha a személyes adat felhasználása vagy továbbítása közvetlen üzletszerzés, közvélemény-kutatás vagy tudományos kutatás céljára történik; valamint
- c) törvényben meghatározott egyéb esetben.

A Biztosító a tiltakozást a kérelem benyújtásától számított legrövidebb időn belül, de legfeljebb 15 napon belül megvizsgálja, annak megalapozottsága kérdésében döntést hoz, és döntéséről a kérelmezőt írásban, vagy az érintett ügyfél hozzájárulásával elektronikus úton tájékoztatja.

Ha az érintett a Biztosító meghozott döntésével nem ért egyet, illetve ha a Biztosító az határidőt elmulasztja, az érintett – a döntés közlésétől, illetve a határidő utolsó napjától számított 30 napon belül – az Info tv. 22. §-ban meghatározott módon bírósághoz fordulhat.

Ha a Biztosító az érintett helyesbítés, zárolás vagy törlés iránti kérelmét nem teljesíti, a kérelem kézhezvételét követő 25 napon belül írásban vagy az érintett hozzájárulásával elektronikus úton közli a helyesbítés, zárolás vagy törlés iránti kérelem elutasításának ténybeli és jogi indokait. A helyesbítés, törlés vagy zárolás iránti kérelem elutasítása esetén a Biztosító tájékoztatja az érintettet a bírósági jogorvoslat, továbbá a Hatósághoz fordulás lehetőségéről.

A Biztosító az érintett adatát nem törölheti, ha az adatkezelést törvény rendelte el. Az adat azonban nem továbbítható az adatátvevő részére, ha az adatkezelő egyetértett a tiltakozással, vagy a bíróság a tiltakozás jogosságát megállapította. Az érintett jogaira az Info tv. 14. §, a jogok gyakorlására a 15-19. § és a 21. § rendelkezési vonatkoznak.

Az érintett ügyfél a jelen fejezetben meghatározottak vonatkozásában a Biztosítóhoz és annak belső adatvédelmi felelőséhez fordulhat az alábbi elérhetőségeken:

E-mail cím: adatvedelem@nn.hu;

Levelezési cím: 1364. Budapest, Pf.: 247.;

Székhely cím: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B.

Az érintett ügyfél a jogainak megsértése esetén az Info tv. 22-23. § és az 52. §-ban meghatározottak szerint az adatkezelő ellen bírósághoz fordulhat vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál bejelentéssel vizsgálatot kezdeményezhet arra hivatkozással, hogy személyes adatok kezelésével, illetve a közérdekű adatok vagy a közérdekből nyilvános adatok megismeréséhez fűződő jogok gyakorlásával kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fennáll.

A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság elérhetősége:

cím: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.;

posta cím: 1530 Budapest, Pf.: 5.;

honlap: www.naih.hu

Adatkezeléssel kapcsolatos jogait bíróság előtt is érvényesítheti.

A Biztosító székhelye szerint illetékes bíróság:

név: Fővárosi Törvényszéknél

cím: 1055 Budapest, Markó u. 27.

A per elbírálása a törvényszék hatáskörébe tartozik. A per – az érintett választása szerint – az érintett lakóhelye vagy tartózkodási helye szerinti törvényszék előtt is megindítható.

Adatkezeléssel kapcsolatos kérdéseivel, panaszával a Biztosító vonatkozásában közvetlenül belső adatvédelmi felelőséhez is fordulhat a fentebbi elérhetőségeken.

- 15.8 **A személyes adatok kezelésére vonatkozó szabályokat a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathatja, amennyiben arra jogszabály módosítás miatt szükség van. A Biztosító a változásról a változtatást megelőzően 30 nappal, vagy ha a jogszabály módosítás hatálybalépése ezt nem teszi lehetővé, akkor a jogszabály hatálybalépést követő 30 napon belül írásban értesíti a Szerződőt, a Szerződő pedig a Biztosítottat oly módon, hogy a módosításra vonatkozó figyelemfelhívást és a módosított Biztosítási Feltételt a honlapján közzéteszi.**

16. Egyéb rendelkezések

- 16.1 A Biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el székhelyére.

A Szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a Csoportos Biztosítási szerződésben bekövetkezett, Biztosítottakat érintő változásokról köteles a Biztosítottat tájékoztatni.

- 16.2 A Biztosító által a Szerződőnek, a Biztosítottnak, Kedvezményezettnek vagy egyéb jogosultnak a Biztosító által ismert utolsó címére levélben elküldött jognyilatkozata abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették.

- 16.3 A Biztosító a kockázati életbiztosításra tekintettel tőke-, illetve hozamgaranciát nem vállal.
- 16.4. 2017. január 1-jétől hatályos adószabályok alapján a Biztosított Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásával létrejött biztosítási jogviszony esetében adómentes az élet- és balesetbiztosításból származó haláleseti és baleseti szolgáltatási összeg.
- Jelen tájékoztatás a Biztosítottat, Kedvezményezettet nem mentesíti az alól, hogy a mindenkor hatályos adótörvények rendelkezéseiről a tőlük elvárható módon maguk is tájékozódjanak.
- Az adózással kapcsolatos szabályok a biztosítási szerződés tartama alatt megváltozhatnak. Az adójogszabályok változásáról a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu/ado) keresztül ad tájékoztatást, írásos értesítést nem küld. A jogszabályi változásokat a Biztosított, Kedvezményezett kíséri figyelemmel.
- 16.5 A jelen biztosítás nem visszavásárolható és díjmentesen nem leszállítható. A biztosításra továbbá kötvénykölcson sem nyújtható.
- 16.6 A Biztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló jelentését a mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu) teszi közé évente, melyre először a 2016-os évre vonatkozóan 2017-ben kerül sor.

Különös Biztosítási Feltételek

A jelen különös biztosítási feltételek (továbbiakban: Különös Biztosítási Feltételek) vonatkoznak – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az NN Biztosító Zrt. (1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, a továbbiakban: Biztosító) és a Telki Kórház Kft. (Budapest, Budakeszi út 36c, 1121, a továbbiakban: Szerződő) között **2017. november 15.** napján létrejött Medicina Assistance kártyához kapcsolódó csoportos életbiztosítási szerződés (továbbiakban: Csoportos Biztosítás) alapján **2018. január 1.** napján vagy azt követően a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozó Biztosítottak biztosítotti jogviszonyára. A jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltételek és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

17. A Biztosító a 2. pontban meghatározott biztosított csoportok számára az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

Biztosított csoport	1. csoport 16–70 éves Főbiztosított	2. csoport 70 év feletti Főbiztosított
Biztosítási szolgáltatás	Haláleseti szolgáltatás 50 000 Ft biztosítási összeggel	Haláleseti szolgáltatás 50 000 Ft biztosítási összeggel
	Rosszindulatú daganatos betegségekre vonatkozó szolgáltatás 400 000 Ft biztosítási összeggel	
Biztosított csoport	3. csoport 0–70 éves Egyéb biztosított	4. csoport 70 év feletti Egyéb biztosított
Biztosítási szolgáltatás	Haláleseti szolgáltatás 50 000 Ft biztosítási összeggel	Haláleseti szolgáltatás 50 000 Ft biztosítási összeggel
	Rosszindulatú daganatos betegségekre vonatkozó szolgáltatás 400 000 Ft biztosítási összeggel	

A Biztosított csoport ismérveit a Biztosító a szolgáltatás iránti igény elbírálása során vizsgálja.

18. Kockázati életbiztosítási alap biztosítási fedezet

- a) Ha az 1-4. Biztosított csoportba tartozó Biztosított a kockázatviselés tartama alatt (bármely okból) meghal (biztosítási esemény), a Biztosító a Haláleseti szolgáltatást fizeti ki a Kedvezményezett részére, és a biztosítási fedezet az adott Biztosítottra vonatkozóan a halál időpontjával megszűnik.
- b) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a haláleset bekövetkezésének időpontja.
- c) A kockázati életbiztosítási fedezet területi hatálya: korlátozás nélküli.

19. Rosszindulatú daganatos betegségekre szóló kiegészítő biztosítási fedezet

- a) A Biztosító a Rosszindulatú daganatos betegségekre vonatkozó szolgáltatást fizeti ki abban az esetben, ha az 1. és 3. Biztosított csoportba tartozó Biztosítottnál a kockázatviselés tartama alatt és a területi hatályán belül rosszindulatú daganatos betegséget diagnosztizálnak (biztosítási esemény), feltéve, hogy a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését követően legalább 14 napig életben van.
- b) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a rosszindulatú daganatos megbetegedés esetén a betegség végleges, szövettani vizsgálattal igazolt diagnózisa felállításának időpontja.
- c) Területi hatály: a Biztosító kockázatviselése az Európai Unió, illetve Svájc, Norvégia, Izland és Liechtenstein területén diagnosztizált daganatos betegségekre terjed ki.

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki,

- a) **arra az esetre, ha a Biztosítottnál a kockázatviselés kezdetét megelőzően, vagy a biztosítás tartama alatt a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napon belül rosszindulatú daganatot diagnosztizálnak, illetve ha a Biztosított a kockázatviselés kezdetét megelőzően, vagy a biztosítás tartama alatt a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napon belül rosszindulatú daganatos betegségre utaló vagy ezzel összefüggésben álló tünetekkel orvoshoz fordult;**
- b) **arra az esetre, ha a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését követő 14 napon belül meghal;**
- c) **arra az esetre, ha a rosszindulatú daganatos betegséget a jelen pontban meghatározott területi hatályon kívül diagnosztizálták;**

20. A jelen Különös Biztosítási Feltételek 19. pontjában meghatározott, kockázatviselésből kizárt esetek bármelyikének bekövetkezése esetén a kiegészítő egészségbiztosítási fedezet a szolgáltatás kifizetése nélkül megszűnik adott Biztosított vonatkozásában a betegség diagnosztizálásának időpontjára visszamenő hatállyal. Az alapbiztosítási fedezet továbbra is fennmarad.

21. A Polgári Törvénykönyvtől lényegesen, valamint a Biztosító és a Szerződő korábbi biztosítási szerződésétől eltérő szabályok

Jelen pont tartalmazza a jelen Biztosítási Feltételek azon rendelkezéseit, amelyek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezéseitől, valamint a Biztosító és a Szerződő korábbi biztosítási szerződésétől lényegesen eltérnek.

- a) Jelen Biztosítási Feltételek bevezető része alapján a **felek kizárnak minden olyan szokást és gyakorlatot, amelynek alkalmazásában a szerződés alanyai, azaz a Szerződő, a Biztosított és a Biztosító a korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, továbbá az életbiztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak a biztosított jogviszony részévé.**
- b) A jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott fogalmak a jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejövő biztosítási jogviszonyok vonatkozásában kerültek meghatározásra, ezért eltérhetnek a Ptk.-ban, illetve egyéb jogszabályokban meghatározottaktól, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától.
- c) Jelen Biztosítási Feltételek 1. Pontja alapján a **Biztosított nem jogosult a Kedvezményezettet megnevezni és módosítani.**
- d) Jelen Biztosítási Feltételek 2. Pontja alapján a Szerződő Biztosított csoportokat határozott meg, mely alapján a 17. pontban meghatározottak szerint a **Biztosító szolgáltatása az egyes Biztosított csoportok tekintetében eltérő.**
- e) A jelen Biztosítási Feltételek 4.1. pontja alapján a **biztosítási időszak egy naptári év.**
- f) A jelen Biztosítási Feltételek 4.2. pontja alapján a Biztosított a Csoportos Biztosítási szerződésbe nem jogosult szerződőként belépni.

- g) jelen Biztosítási Feltételek 5.1. pontja alapján a Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó **kockázatviselése** a Biztosított Csoportos Biztosításhoz való Csatlakozása – **Medicina Assistance kártya szolgáltatására való jogosultság kezdete – napjának 0.00 órájától kezdődik.**
- h) A jelen Biztosítási Feltételek 6.1. b) pontban meghatározottak szerint szűnik meg a Biztosító kockázatviselése **érdekmúlás esetén.**
- i) A jelen Biztosítási Feltételek 8.1. pontja alapján a biztosított jogviszony a Biztosítottak által egyoldalúan nem szüntethető meg.
- j) A jelen Biztosítási Feltételek 12. pontjában a **kockázatkizárások köre bővült.**
- k) A jelen Biztosítási Feltételek 13.1. pontja alapján a **biztosítási jogviszonyból eredő igények az esedékességüktől számított két év alatt elévülnek.**
- l) A jelen Biztosítási Feltételek 16.2. pontja alapján a Biztosító által a Szerződőnek, a Biztosítottnak, Kedvezményezettnek vagy egyéb jogosultnak a Biztosító által ismert utolsó címére levélben elküldött jognyilatkozata abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették.

Budapest, 2018. január 1.