

(Szerződés azonosítója: 30/T/2015/SZTE)

amely létrejött egyrészről

mint szerződő fél (a továbbiakban: **Szerződő**),

másrészről

mint szerződő fél (a továbbiakban: **Biztosító**)

továbbiakban együttesen felek (a továbbiakban: Felek) között, alulírott helyen és napon, az alábbi feltételekkel:

1.3. Felek megállapítják, hogy az. 1.2. pontban kezdeményezett szerződés módosítás a Csoportos biztosítási szerződés alábbi pontját érinti:

1.3.1. A 3.2.9. pont szövegrész a következőre változik: „Viseli a nap 24 órájában, angol nyelven is elérhető telefonos szolgáltatás (Call Center) működtetési költségét, mely egészségügyi tájékoztatást nyújt és egyben a betegút szervezését is ellátja.

1.3.2. A biztosítottak csatlakoztatási folyamatának gyakorlati tapasztalatai alapján a Szerződő kezdeményezte a Biztosítónál a csatlakoztatás és az Egészségbiztosítási kártya kiállításának egyszerűsítését. Ennek eredményeként a Felek megállapodnak abban, hogy a hallgatóknak a biztosítotti nyilatkozatot nem kell félévenként újra megtenniük és Egészségbiztosítási kártyát átvenniük, elég azt egyszer, a biztosítotti jogviszony létesítésének alkalmával aláírni, illetve átvenni. Ezzel az egyes biztosítotti jogviszonyok egy félévesről az aktív hallgatói státusz időtartamára változik, ami megfelel a Szerződés 2.5. pontjában szabályozottaknak.

1.4 A fentiek alapján a Felek megállapodnak abban, hogy a biztosítotti jogviszony a biztosított Szegedi Tudományegyetemmel fennálló aktív hallgatói jogviszonyának időtartamára jön létre, feltéve, hogy a Szegedi Tudományegyetem a biztosítónak biztosítottként a hallgatót bejelentette és a rá vonatkozó biztosítási díjat az adott biztosítási időszakra megfizette. A biztosítási időszakok fél évesek, minden tárgyévből szeptember 1. napjától a következő naptári év február 28. napjáig, illetve február 1. napjától szeptember 31. napjáig tartanak. Az egészségbiztosítási fedezet fennállását a Biztosító a Hallgatói Szolgáltatói Iroda (HSZI) közreműködésével igazolja.

A Biztosító egyidejűleg kezdeményezte „A természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről” szóló - Európai Parlament és Tanács 2016. április 27-i (EU) 2016/679 sz. (GDPR) rendeletnek való megfelelés érdekében a biztosítotti nyilatkozat adatkezelésre vonatkozó „Nyilatkozatok” részének módosítását is.

1.5 Felek rögzítik, hogy a fentiekben részletezett változtatások nem tekinthetők lényegesnek: nem határoznak meg olyan feltételeket, amelyek ha szerepeltek volna a szerződéskötést megelőző közbeszerzési eljárásban, az eredetileg részt vett ajánlattevőkön kívül más ajánlattevők részvételét vagy a nyertes ajánlat helyett másik ajánlat nyertességét lehetővé tették volna; illetve a módosítás a szerződés tárgyát az eredeti szerződésben foglalt ajánlattevői kötelezettséghez képest jelentős új elemre nem terjeszti ki.

1.6 Fentiekre tekintettel Felek a Szerződést a Kbt. 141. § (6) bekezdésében foglaltak figyelembe vételével közös megegyezéssel az alábbiak szerint módosítják (továbbiakban: Szerződésmódosítás):

II. Rendelkező rész

2.1. Felek megállapodnak abban, hogy a Szerződés

1. számú Biztosítotti nyilatkozat elnevezésű dokumentum magyar és angol nyelven
2. számú Szolgáltatás szervező, szolgáltató és az ellátás igénybevétel rendje, időpontjai
3. számú Egészségbiztosítási kártya (Health insurance card) magyar és angol nyelven
4. számú Terméktájékoztató a biztosítottak részére magyar és angol, német nyelven
5. számú Biztosítási ajánlatok, nyilatkozatok ügyintézésének rendje
6. számú Részletes leírás a call center működésről
7. számú Adatszolgáltatás rendje
8. számú Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések magyar és angol, német nyelven
9. számú STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás szerződési feltételei (SZTE15) magyar és angol, német nyelven

melléklete helyébe jelen Szerződésmódosítás

1. számú Biztosítotti nyilatkozat_2019 09 01 elnevezésű dokumentum magyar és angol nyelven
2. számú Szolgáltatás szervező, szolgáltató és az ellátás igénybevétel rendje, időpontjai_2019 09 01

3. számú Egészségbiztosítási kártya (Health insurance card) magyar és angol nyelven_2019 09 01
4. számú Terméktájékoztató a biztosítottak részére magyar és angol, német nyelven_2019 09 01
5. számú Biztosítási ajánlatok, nyilatkozatok ügyintézésének rendje_2019 09 01
6. számú Részletes leírás a call center működésről_2019 09 01
7. számú Adatszolgáltatás rendje_2019 09 01
8. számú Ügyfélértékelő és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések magyar és angol, német nyelven 2019 július 01.
9. számú STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás szerződési feltételei (SZTE15)_2019 09 01 magyar és angol, német nyelven

melléklete lép.

Záró rendelkezések

3.1. Jelen szerződésmódosítás a közbeszerzések központi ellenőrzéséről és engedélyezéséről szóló 320/2015. (X. 30.) Korm. rendelet 21.§-a alapján a miniszter szerződés módosításhoz történő hozzájárulásának (KSZ-54/3285/2019/2. -2019.09.18.) napján vagy a hallgatási szabály beálltának napján lép hatályba és a Szerződés hatályával megegyező időtartammal hatályos.

3.2 Jelen szerződésmódosítás kizárólag a Szerződéssel együtt értelmezhető. A Szerződésmódosítással nem érintett rendelkezések változatlan tartalommal hatályban maradnak.

3.3 Felek a Szerződésmódosítással kapcsolatban tudomásukra jutott minden információt üzleti titokként kezelnek.

A Felek a Szerződésmódosítást, mint akaratukkal mindenben megegyezőt jóváhagyólag aláírják. A Szerződésmódosítás 4 számozott oldalból, 9 mellékletből, és négy eredeti azonos tartalmú példányban készült, amelynek minden oldalát a Felek képviselői szignójukkal látnak el, melyből Szerződőt 2 (két) a Biztosítót 2 (két) példány illet meg.

Szeged, 2019.09.18.

Szerződő részéről:

Prof. Dr. Rovó László
rektor

Dr. Fendler Judit
kancellár

Pénzügyi ellenjegyző:

Tácsi Ildikó
GF főigazgató

Jogi ellenjegyzés:

Dr. Nagy Paulina
beszerzési igazgató

Budapest, 2019.09.18.

Biztosító részéről:

Generali Biztosító Zrt.

Schaub Erika személybiztosítási területért felelős
igazgatósági tag és Kálai Zsuzsanna
személybiztosítási üzleti folyamatszervezési
osztályvezető együttesen



Generali Biztosító Zrt.

Bélyegzősorszám: 11034
Személybiztosítási Üzletág
1066 Budapest, Teréz krt. 42-44

4!

Mellékletek:

1. számú melléklet Biztosítotti nyilatkozat elnevezésű dokumentum magyar és angol nyelven
2. számú melléklet Szolgáltatás szervező, szolgáltató és az ellátás igénybevétel rendje, időpontjai
3. számú melléklet Egészségbiztosítási kártya (Health insurance card) magyar és angol nyelven
4. számú melléklet Terméktájékoztató a biztosítottak részére magyar és angol, német nyelven
5. számú melléklet Biztosítási ajánlatok, nyilatkozatok ügyintézésének rendje
6. számú melléklet Részletes leírás a call center működésről
7. számú melléklet Adatszolgáltatás rendje
8. számú melléklet Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések magyar és angol, német nyelven
9. számú melléklet STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás szerződési feltételei (SZTE15) magyar és angol, német nyelven

Biztosítotti nyilatkozat/Insurance Declaration

STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításhoz/
for STUDIUM Fee-for-Service Health Insurance Policy

Generali Biztosító Zrt. • Levellezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888 • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 462 3333 • generali.hu

Szerződő adatai/Details of Policyholder: Szegedi Tudományegyetem (székhelye/registered seat: 6720 Szeged, Dugonics tér 13.)

Intézmény azonosító / Institution's ID: FI 62198

A biztosított a Szegedi Tudományegyetemmel áll hallgatói jogviszonyban. / The Insured is enrolled as a student at Szegedi Tudományegyetem.

Biztosított személyi adatai/Details particulars of the Insured

Vezetéknév/Last name: Keresztnév/First name:

Státusz/Position: ☐ hallgatói/student ☐ kutató/researcher Neme/Gender: ☐ férfi/male ☐ nő/female

Születési idő (év/hó/nap) /Date of birth (year/month/day): Állampolgárság/Citizenship:

Útlevelezési szám/Passport Nr.: Biztosított email címe/E-mail address:

Szerződésszám/Policy No.: SZTE - SD - NL Biztosított OM azonosítója/Insured's Educational Nr.:

Biztosítotti jogviszony, biztosítási időszak/ Insurance cover, insurance period:

A biztosítotti jogviszony a biztosított Szegedi Tudományegyetemmel fennálló aktív hallgatói jogviszonyának fennállása időtartamára jön létre, feltéve, hogy a Szegedi Tudományegyetem a biztosítónak biztosítottként bejelentette és a rá vonatkozó biztosítási díjat az adott biztosítási időszakra megfizette. A biztosítási időszakok fél évek, minden tárgyévben szeptember 1. napjától a következő naptári év február 28. napjáig, illetve február 1. napjától szeptember 31. napjáig tartanak.

The insurance cover is established for the period of active student status of the insured person at University of Szeged provided that the University of Szeged has reported the student as an insured for the Insurer and has paid the insurance premium for the given insurance period. Each period of insurance cover shall be six months, starts at the 1st of September every year and lasts for the 28th of February the next calendar year and/or starts at the 1st of February and lasts for the 31st of September every calendar year.

A jelen biztosítotti nyilatkozat a fentiekben megjelölt szerződő (a továbbiakban: szerződő) és a Generali Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) között létrejött Egészségbiztosítási szerződés (a továbbiakban: szerződés) részét képezi. A szerződés részét képező kapcsolódó dokumentumok letölthetők a www.u-szeged.hu webhelyről.

This insured's statement shall be an integral part of the Health Insurance Policy (hereinafter: policy) concluded by and between the Policyholder named above (hereinafter: policyholder) and Generali Biztosító Zrt. (hereinafter: insurance company). Please be advised that you may download all documents which shall be read together with the insurance policy from this website: www.u-szeged.hu

Biztosítotti nyilatkozat

(A nyilatkozatok csak a jelölőnégyzet kitöltésével együtt érvényesek!)

☐ Kérem a fentiekben megjelölt szerződő és a biztosító között létrejött Egészségbiztosítási szerződés hatályának reám, mint biztosítottra való kiterjesztését.

Declaration of the Insured Individual

(Declarations are only valid if the respective boxes are checked!)

I hereby request that the coverage of the Health Insurance Policy concluded by and between the policyholder specified below and the insurance company be extended to me as a party insured.

☐ Jelen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a fenti biztosítási szerződéshez való csatlakozásom előtt megismertem a „STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás szerződési feltételei”, az „Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések”, és a „Terméktájékoztató a Generali Zrt. STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításról” nyomtatványokat, kijelentem továbbá, hogy az azokban foglaltakat megértettem és elfogadtam, különös tekintettel az egészségügyi szolgáltatások körére, tartalmára továbbá az éves szolgáltatási límit, részlímit és az önrészek alkalmazására vonatkozó feltételeket.

By signing this statement I hereby acknowledge that I have been advised of the following documents: the STUDIUM Fee-for-Service Health Insurance – 'Terms and Conditions, the 'Customer Information and General Provisions Governing Insurance Policies, as well as the 'Product Information on STUDIUM Fee-for-Service Health Insurance of Generali Biztosító Zrt; I hereby declare furthermore that I have understood and agreed to abide by the terms set forth therein, particularly the provisions on the scope and content of medical services, the annual limits and pro rata limits applicable to insurance benefits, and on the application of deductibles.

☐ Alulírott biztosított jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a szerződő a biztosítotti jogviszony létrejötte, nyilvántartása és a szolgáltatás teljesítése céljából indokolt, fentiekben megadott adataimat a biztosítónak, mint adatfeldolgozóknak a cél és ok megjelölésével átadja, és azokat nyilvántartsa.

By virtue of signing this insured's declaration I hereby authorize the Policyholder to disclose my data specified above, to the extent necessary for the purposes of concluding, administering and delivering benefits under the insurance policy, to the insurance company as well – acting as data processor – specifying the purpose and reason for data processing and to keep records of them.

☐ Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. az általam bejelentett szolgáltatási igényről, annak típusáról, a szolgáltatás teljesítéséről vagy az elutasítás tényéről, illetve a szolgáltatási igény teljesítése esetén a kifizetett szolgáltatási összegről a szerződőt – a szerződő ezirányú kérése esetén – tájékoztassa.

I hereby consent that Generali Biztosító Zrt. may inform the Policyholder about any insurance claim I notify, the type of benefit claimed, the acceptance or rejection of such claim, the amount of benefit payout made in respect of the claim, if such information is specifically requested by the Policyholder.

A biztosító és a biztosított kapcsolattartása, valamint a biztosítottak tájékoztatása magyar, angol és német nyelven történik azzal, hogy véleménykülönbség esetén a magyar nyelvű szöveg az irányadó.

Communication between the Insurance Company and the Insured, as well as notices addressed to the Insured persons shall be made both in Hungarian and in English and in German, it being understood that in disputes or disagreement the Hungarian wording shall prevail.

Kelt/Date:

Biztosított aláírása/Signature of Insured

Nyilatkozatok/Declaration



Generali Biztosító Zrt. • Levellezési cím: 7602 Pécs, Pf. 688 • Telefonszolgálat: +36 1 462 3333 • generali.hu

A biztosított egészségügyi adatkezeléssel, egészségügyi titoktartási kötelezettség alóli felmentéssel kapcsolatos nyilatkozata
STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításhoz

☐ Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom és egyben felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosított jogviszonyom (biztosítási szerződésem) létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásához szükséges személyes adataimat beszerezze és kezelje.

Hozzájárulok továbbá, hogy a biztosító a fent megjelölt biztosítási szerződés vonatkozásában is felhasználja a fenti célokból az akár a későbbiekben, akár korábban bármikor megadott illetve a birtokába került (a biztosító rendelkezésére álló) egészségügyi adatokat.

☐ Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó intézményeket, személyeket (pl. háziorvos, járó- és fekvőbeteg, valamint egyéb egészségügyi ellátó és szociális intézmények) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv, a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás/egészségi állapot mértékének megállapítására jogosult szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.

☐ Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – az egészségi állapotomra vonatkozó adatokat a biztosító az anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak –, illetve ellátásszervezői tevékenység esetén annak lefolytatása céljából, a biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések betartása mellett a kijelölt egészségügyi szolgáltatónak és/vagy a szolgáltatásszervezőnek, valamint a szolgáltatásszervező egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnereinek továbbítsa.

Uni-Med Szeged Egészségügyi Szolgáltató Kft.

Székhelye: 6725 Szeged, Tisza L. krt. 107.

Cégjegyzékszám: 06-09-011070

Uni-Med Alapellátás Rendelői:

6722 Szeged Tisza Lajos krt. 97. I. emelet 21 és 22.

Uni-Med Szakellátás Rendelői:

SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Klinikáin

Az egészségi állapotra vonatkozó adatokat és a biztosítási titkot képező személyes adatokat a biztosító az adatvédelmi előírások betartása mellett adatfeldolgozó részére-, továbbá kiszervezési tevékenység keretében szerződött szakértői (orvosok, orvosszakértők, egészségügyi szolgáltatók) részére szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja.

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál. Az adatkezelési tájékoztató elérhető a generali.hu oldalról.

The Insured's consent for the processing of the protected health information, waiver of medical confidentiality obligation for STUDIUM fee-for-service health insurance

I, the undersigned, hereby give Generali Biztosító Zrt specific consent and permission to collect and process my personal data directly related to my health and/or my medical conditions (health data) for the purposes of concluding, modifying and administering my insurance coverage (insurance policy) as well as for assessing and settling insurance claims arising out of or under the insurance policy.

I hereby give the insurance company specific consent and permission, furthermore, to use the health data collected or otherwise obtained (made available to the insurance company) for the purposes specified above any time, whether subsequently or before, in respect of the insurance policy referred to above.

Additionally, I hereby release and discharge the Institutions and persons (e.g. general practitioners, outpatient and inpatient medical facilities and other health care and social institutes) as well as government organizations (e.g. the social insurance agency, the body authorized by the effective legislation to determine a degree of disability/physical or mental impairment) who/which keep records of such protected health information to comply with the law, from their confidentiality obligation.

By virtue of signing this form I hereby agree that the insurance company may forward my medical data related to the insurance policy – and to the extent required for the purposes of underwriting, claims assessment, claims settlement, co-insurance, and re-insurance – to its parent company, to any re-insurance company seated in a member state, or in the case of co-insurance to a risk sharing insurance company seated in a member state, or for the purposes of medical management services to the designated health care provider and/or to the medical management service provider as well as to any of its contracted partners providing medical and health services, in compliance with the provisions on the confidential treatment of insurance information insurance.

Uni-Med Szeged Health Services Ltd.

Registered seat: 6725 Szeged Tisza L. krt. 107

Company registration number: 06-09-011070

Uni-Med Family Doctors: 6722 Szeged Tisza Lajos krt. 97. first floor (lower midfloor) Exam Room 21-22.

Uni-Med Specialists:

Outpatient Clinics of SZTE Szent Györgyi Albert Clinical Center

In compliance with data protection regulations, the insurance company may disclose protected health data and confidential data related to this insurance contact to the data processor, or to its contracted experts (physicians, medical experts, health care service providers) within the framework of outsourcing activities, for the purposes of preparing expert opinions as required for the settlement of claims.

The detailed rules of data processing, data processors engaged, rights and remedies related to the processing of personal data are set out in the data privacy notice of the insurance company. The data privacy notice is available from the generali.hu website.

Kelt/Date:

.....
 Biztosított aláírása/Signature of Insured

Tanúk/Witnesses:

Név/Name:

Név/Name:

Cím/Address:

Cím/Address:

Aláírás/Signature:

Aláírás/Signature:

Szolgáltatás szervező, szolgáltató és az ellátás igénybevétel rendje, időpontjai

Kijelölt egészségügyi szolgáltató:

Uni-Med Szeged Egészségügyi Szolgáltató Kft.
Székhely: 6725 Szeged, Tisza Lajos körút 107.
Cégjegyzékszám: 06 09 011070

Szolgáltatás szervezés

A beiratkozott, jogosultságot szerző hallgató ill. ügyfél a kiadott tájékoztatókban, illetve a Generali STUDIUM Egészségbiztosítási kártyán megadott elérhetőségen jut szolgáltatáshoz.

Uni-Med Call Center (UMCC 0-24) központi telefonszámunkon (+36 70 439 2188), honlapunkon (www.Uni-Med.hu) keresztül illetve email címünkre (studium@Uni-Med.hu) érkező megkeresés, vagy ügyfélszolgálatunkon nyitvatartási időben (H-P 8-16) történő személyes megjelenés esetén munkatársunk:

- jogosultság ellenőrzést végez, segít a HSZI ügyintézésben,
- időpontot biztosít Uni-Med alapellátóhoz (segítség nyújtás MODULO rendszer használatához),
- időpontot biztosít beutalóval rendelkező ügyfélnek Uni-Med szakellátásra,
- segítséget nyújt bármilyen Studium biztosítást érintő ügyintézésben,
- munkanapokon (7-19 óra között) központi telefonszámra (+36 70 439 2188) Generali STUDIUM menü pontjához érkező hívások automatikusan átirányítódnak az Uni-Med Call Center alapellátó telefonszámára (+36 70 439 9280),
- munkaszüneti, ünnep illetve hétvégi napokon, valamint munkanapokon 19-07 óra között központi telefonszámunkra (+36 70 439 2188) Generali STUDIUM menüpontjához érkező hívások automatikusan átirányítódnak az Uni-Med Call Center ügyeleti telefonszámára (+36 70 439 92-78/79).

Alapellátás

A Szolgáltató a jogosult Biztosítottak részére egészségi problémáikkal illetve a biztosítási csomagjuk alapján - a Szolgáltató által nyújtott szolgáltatásaikkal összefüggésben - alapellátást biztosít a 6722 Szeged Tisza Lajos krt. 97 sz. alatt, I. emelet 21 és 22 számú rendelőjében.

Az alapellátás kizárólag előzetes MODULO rendszeren keresztül történő bejelentkezés, időpontfoglalást alapján vehető igénybe (mely egyben a Biztosítottak jogosultság ellenőrzése is egyben) munkanapokon a következők szerint:

hétfő	kedd	szerda	csütörtök	péntek
9-12 óra	9-12 óra	13.30-16.30 óra	9-12 óra	9-12 óra

MODULO rendszeren történő bejelentkezést, időpontfoglalást követően szerződött alapellátónk által

- a megadott rendelési időben Uni-Med alapellátói vizsgálat és ellátás történik,
- szükség esetén Uni-Med alapellátói EKG és/vagy hasi UH vizsgálat történik.
- szükség esetén beutalás és időpont biztosítás történik labor vizsgálatokra

- szükség esetén beutalás és időpont biztosítás történik radiológiai (rtg, egyéb UH, csontszcintigraphia) vizsgálatokra
- szükség szerint beutalás és időpont biztosítás történik szakorvosi vizsgálatokra (Uni-Med szakellátás)
- szükség szerint mentőt kér vagy őrzött szállítást szervez további ellátáshoz,
- munkanapokon (7-19 óra között) központi telefonszámunkra (+36 70 439 2188) Generali STUDIUM menü pontjához érkező hívások automatikusan átirányítódnak az Uni-Med Call Center alapellátó telefonszámára (+36 70 439 9280), ahol szerződött alapellátónk telefonos segítséget ad a rendelésre, illetve egyéb - megkeresést érintő - problémára vonatkozóan.

Szakellátás, labor, diagnosztika, egynapos sebészet, kórházi fekvőbeteg ellátás:

Csak előzetes alapellátói vizsgálat után, illetve Uni-Med alapellátási beutalóval igénybe vehető szolgáltatások, melyre az alapellátás, vagy call centerünk, vagy ügyfélszolgálatunk tud időpontot biztosítani.

Egynapos sebészeti, illetve kórházi fekvőbeteg ellátás csak előzetes Uni-Med szakellátói vizsgálat, illetve beutalás után vehető igénybe.

Az ügyfél mindkét ellátást követően magyar vagy angol nyelvű (külön jelzett igény esetén francia, német szakfordítású) zárójelentést kap.

Sürgősségi ellátás elérhetőségének, illetve Szegeden kívüli ellátási igény esetén az Uni-Med Call Center telefonos támogatása

Munkanapokon (7-19 óra között) központi telefonszámunkra (+36 70 439 2188) Generali STUDIUM menü pontjához érkező hívások automatikusan átirányítódnak az Uni-Med Call Center alapellátó telefonszámára (+36 70 439 9280),

Munkaszüneti, ünnep illetve hétvégi napokon, valamint munkanapokon 19-07 óra között központi telefonszámunkra (+36 70 439 2188) Generali STUDIUM menü pontjához érkező hívások automatikusan átirányítódnak az Uni-Med Call Center ügyeleti telefonszámára (+36 70 439 92-78/79).

Mindkét elérhetőségen munkatársaink asszisztencia szolgáltatás keretében telefonos tájékoztatást adnak:

- felvilágosítás (cím, telefonszám) a sürgősségi illetve ügyeleti betegellátást nyújtó intézetekről, szolgáltatókról, gyógyszerházakról stb.,
- továbbá szükség esetén egészségügyi vonatkozású tanácsadás,
- segítségnyújtás a betegút megszervezésében,
- a Biztosított tájékoztatása a felmerülő költségek finanszírozásával kapcsolatos teendőkről.

3.82, uellelet



UNI-MED

Designated health care provider

Generali Studium Health Insurance Card



First of all make an appointment by **MODULO**
or please call Uni-Med Call Center for assistance
every day 0-24 hours

+ 36 70 439 2188

In case of accident or emergency please call: 112

Policy No. : _____

Last name: _____

First name: _____

Date of birth (dd/mm/yyyy): _____

Education ID No.: 7 _____

A biztosítotti jogviszony ellenőrzése és időpont foglalás a
MODULO rendszerben történik./You can book an appointment in
the MODULO system, where the legal relationship between the
insurer and insured is checked by Generali.

www.uni-med.hu

Ny.sz.: 21392

+36 70 439 2188

TÁJÉKOZTATÓ A STUDIUM SZOLGÁLTATÁSFINANSZÍROZÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSRÓL

1. EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSOK IGÉNYBEVÉTELEHEZ KAPCSOLÓDÓ INFORMÁCIÓK

A STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás fedezetet biztosít a biztosítási feltételek és a választott szolgáltatási tartalom alapján Magyarország területén igénybe vett egészségügyi ellátások költségeire a megfelelő limitek és önrészek figyelembe vételével.

Az ellátás csak akkor vehető igénybe, ha azt a biztosításod tartalmazza, és bemutatod az útleveledet továbbá az érvényes STUDIUM Egészségbiztosítási kártyádat (Generali STUDIUM Health Insurance Card).

A biztosított jogviszonyod a Szegedi Tudományegyetemmel fennálló aktív hallgatói jogviszonyod időtartamára jön létre, feltéve, hogy a Szegedi Tudományegyetem a biztosítónak biztosítottként bejelentett, és a rád vonatkozó biztosítási díjat az adott biztosítási időszakra megfizette. A biztosítási időszakok fél évesek, minden tárgyévben szeptember 1. napjától a következő naptári év február 28. napjáig, illetve február 1. napjától szeptember 31. napjáig tartanak

Ha beteg vagy és ellátásra van szükséged,

- minden esetben először jelentkezz a MODULO RENDSZEREN keresztül háziorvosi ellátásra és foglalj időpontot!
- sürgős esetben, illetve munkanapokon 19-07 óra között, hétvégén, valamint ünnep napokon hívd az UNI-MED CALL CENTERT ami 0-24 órában elérhető a +36 70 439 2188 telefonszámon és válaszd a Generali STUDIUM menü pontot ! Háziorvosod indokolt esetben soron kívül fogad.

Ha nem Szegeden tartózkodsz és beteg vagy, hívd az UNI-MED CALL CENTERT ami 0-24 órában elérhető a +36 70 439 2188 telefonszámon és válaszd a Generali STUDIUM menü pontot, itt megpróbálnak segíteni, tájékoztatnak a lehetőségekről, teendőkről!

Háziorvosi rendelőd:

SZTE ÁOK Családorvosi Intézet Oktató Rendelője
6722 Szeged Tisza Lajos krt. 97. sz. I. emelet (magasfélelemt) 21 és 22 sz. rendelője.

Rendelési idő:

hétfő	kedd	szerda	csütörtök	péntek
9-12 óra	9-12 óra	13.30-16.30 óra	9-12 óra	9-12 óra

Fontos, hogy csak akkor mehetsz a háziorvoson kívül másik orvoshoz vizsgálatra, valamint laborba, és diagnosztikus vizsgálatokra, ha háziorvosod beutalót adott hozzá. Ha nincs ilyen beutalód, ki kell fizetned a vizsgálatod költségét!

Sürgősségi esetekben:

Személyesen jelentkezz a Sürgősségi Betegellátó Osztályon
6725 Szeged Semmelweis u. 6.

Itt az ellátás díját előre ki kell fizetned, indokolt igénybevétel esetén a Biztosító utólag fogja megtéríteni a költségedet, ha a számlát és a kapott orvosi dokumentumokat leadod az Uni-Med Ügyfélszolgálatán. A részletekről itt tájékoztatást kapsz.

Vészhelyzetben a 112-es telefonszámon hívhatsz mentőt.

A biztosítási fedezetre vonatkoznak bizonyos kizárások és mentesülések, amely esetekben a Biztosító az ellátás és a kapcsolódó (pl. gyógyszer) költségeket nem köteles fedezni; ilyenek pl. az alkohol és kábítószer, a biztosítási fedezet kezdetéhez képest korábban fennálló és/vagy diagnosztizált betegségek, kóros állapotok és következményeik; a terhesség és szülés; a pszichiátriai és pszichoterápiai kezelések; a fogászat, kivéve a meghatározott esetekben a limit erejéig - ha a modul díja megfizetésre került.

A főbiztosítás és a választható modulok tartalmaznak limiteket és önrészeket, amiket a 2. pontban megtalálasz.

Ha előre ki kellett fizetned egy szolgáltatás költségét, akkor a számlát MINDIG A SAJÁT NEVEDRE ÉS LAKCÍMEDRE KELL KIÁLLÍTTATNOD, MINDIG ÍRASD RÁ AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI KÁRTYÁD SZÁMÁT!

Az előfinanszírozott eredeti számlát és a hozzá kapcsolódó orvosi papírokat, valamint a magyarországi (forint) bankszámlaszámodat tartalmazó nyilatkozatot - amire az utalást kéred - (aláírással és dátummal) az Uni-Med Ügyfélszolgálatán kell leadni!

A biztosító az ellátás árát – az önrész levonása után, a limit figyelembe vételével - a jogalap fennállása esetén az igény elbírálásához szükséges összes dokumentum benyújtásától számított 15 napon belül utalja át neked.

Bármely témában a Biztosítóhoz intézett direkt megkeresésedet is az Uni-Med ügyfélszolgálatán kell leadnod!

2. SZOLGÁLTATÁSI TARTALOM
(főbiztosítás és külön díj ellenében választható modulok)

a Szegedi Tudományegyetemmel hallgatói és kutatói jogviszonyban álló STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítással rendelkező biztosítottak részére.
RÉSZLETES LEÍRÁSUK ÉS EGYÉB FONTOS TUDNIVALÓK A STUDIUM SZOLGÁLTATÁSFINANSZÍROZÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS (SZTE15) FELTÉTELEKBEN TALÁLHATÓK, FELTÉTLENÜL OLVASD EL!

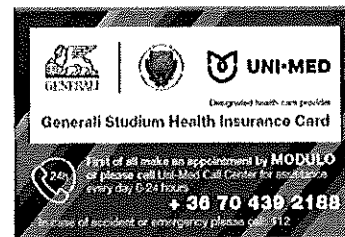
STUDIUM FŐBIZTOSÍTÁS

SZOLGÁLTATÁS Magyarországon belül	TOTÁL LIMIT 2 Mft/biztosítási év/biztosított	ÖNRÉSZ
Járóbeteg ellátás		
Alapellátás (angol nyelven beszélő háziorvosi szolgáltatás)	limiten belül	nincs
Szakellátás (beleértve az ambuláns műtéteket is)	limiten belül	nincs
Diagnosztikai- és laborvizsgálatok	limiten belül	nincs
Fekvőbeteg ellátás		
Fekvőbeteg ellátás (ideértve a műtéti beavatkozásokat, egynapos sebészetet is)	limiten belül	nincs
Az egészségügyi ellátáshoz szükséges gyógyszer, kötszer, gyógyászati segédeszköz költségeinek finanszírozása (gyógyászati segédeszközök hivatalos listáján szereplő termékek) önrész figyelembe vételével. A BIZTOSÍTOTTNAK ELŐFINANSZÍROZÁSI KÖTELEZETTSÉGE VAN.	100 000 Ft/ biztosítási év/biztosított (a biztosító összesen max.100.000 Ft-ot térít/biztosítási év)	50%
Betegszállítás: ha a biztosított mozgásképtelenné válik, és nem megoldott az egészségügyi ellátó intézménybe való jutása, országhatáron belül, ha biztosítási eseménynek minősülő egészségügyi ellátások igénybevételéhez szükséges.	limiten belül	nincs
Sürgősségi ellátás: országhatáron belül, azonnali ellátást igénylő esetekben ESETENKÉNT A BIZTOSÍTOTTNAK ELŐFINANSZÍROZÁSI KÖTELEZETTSÉGE VAN.	limiten belül	nincs

I. modul (amennyiben a biztosított a modul díját külön megfizette)		
Hazaszállítás költségei, ha a biztosított egészségi állapota ezt megkívánja, illetve lehetővé teszi, és a biztosító által kijelölt egészségügyi szolgáltató is javasolja az otthoni gyógykezelést és a hazaszállítást az állandó lakhely szerinti országba.	3.000.000 Ft (a biztosító max.1.500.000 Ft-ot térít/biztosítási év)	50 %

II. modul (amennyiben a biztosított a modul díját külön megfizette)		
Fogászat (fogászati kezelésekre megállapított limit erejéig az erős fájdalommal járó, azonnali ellátást igénylő fogtömés, gyökérkezelés, tályogkezelés, foghúzás, szájüregi kezelések, baleseti következmények miatti ellátások) A BIZTOSÍTOTTNAK ELŐFINANSZÍROZÁSI KÖTELEZETTSÉGE VAN.	400.000 Ft/ biztosítási év/biztosított (a biztosító max. 200.000 Ft-ot térít/biztosítási év)	50 %

INFORMATION ON STUDIUM FEE-FOR-SERVICE HEALTH INSURANCE



1. INFORMATION ABOUT RECEIVING MEDICAL SERVICES

STUDIUM Fee-for-Service Health Insurance covers the medical expenses of health care treatment which the insured receives in Hungary up to the applicable limits and deductible, subject to the policy conditions and in accordance with the chosen coverage plan.

You may only receive treatment if it is covered under your plan, and you have presented your passport and your valid STUDIUM Health Insurance Card (Generali STUDIUM Health Insurance Card)

Your insurance coverage shall be in force only as long as you are a student enrolled at the University of Szeged, provided that the University of Szeged has notified the insurance company that you will be insured under the policy and has paid the insurance premium for the given period of insurance.

The insurance periods shall be semiannual, lasting from September 1 of the current year until February 28 of the subsequent calendar year, and from February 1 until September 31.

If you are ill and you need medical attention,

- in all cases, you must first register for a GP visit and book an appointment through the MODULO SYSTEM.
- in urgent cases and between 19 p.m. and 7 a.m. on weekdays, at weekends and on public holidays, you can call the UNI-MED CALL CENTER, which is available 0-24 at +36 70 439 2188, and then choose the Generali STUDIUM menu item! In justified cases, your GP will see you as a matter of urgency.

If you are ill but you are not in Szeged, you must also call UNI-MED CALL CENTER, which is available 0-24 at +36 70 439 2188, and then choose the Generali STUDIUM menu item. They will try to help you and inform you about the possibilities and further to-dos.

Your GP Surgery:

SZTE ÁOK Családorvosi Intézet Oktató Rendelője
(the Teaching Surgery of SZTE ÁOK Primary Care Institute)
6722 Szeged Tisza Lajos krt. 97. Floor I (mezzanine ground floor) Surgery 21 and Surgery 22.

Reception times:

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
9-12 a.m.	9-12 a.m.	13.30-16.30 p.m.	9-12 a.m.	9-12 a.m.

Please, remember. You may only visit a physician, other than your GP, or have lab tests and other diagnostic tests performed if your GP has given you a referral. Without a referral, you will have to pay the medical bill.

In urgent cases:

Visit the Accident & Emergency Department:
6725 Szeged Semmelweis u. 6.

At the A&E Department the medical bill must be prepaid, but if the treatment is medically necessary, the Insurance Company will reimburse your costs if you submit the original invoice and the related medical documentation to the Customer Service of Uni-Med. You may read further information here.

In an emergency you may make an emergency 112 call to the ambulance service.

Please note that the insurance is subject to certain exclusions and exemptions, in which cases the insurance does not cover the costs of medical treatment or the related expenses (e.g.: medication); these include, among others, alcohol and substance abuse, pre-existing conditions which displayed symptoms and/or were diagnosed before the commencement of the coverage and their consequences; pregnancy and childbirth; psychiatric treatments and psychotherapy; dental treatment, save for the cases specifically listed up to the corresponding limit if the premium of the module has been paid.

The basic insurance and the add-on modules are subject to limits and deductibles, which you may check under Clause 2.

If you are required to prepay your medical bill, ALWAYS make sure that the invoice is issued TO YOUR OWN NAME AND TO THE ADDRESS STATED ON YOUR SIGNED INSURED'S DECLARATION (IN THE POLICY); THE INVOICE SHALL ALSO HAVE YOUR GENERALI STUDIUM HEALTH INSURANCE CARD NUMBER WRITTEN ON IT.

The original invoice for the prepaid services and the related medical documentation, as well as a written declaration (signed and dated) stating your (HUF) bank account number in Hungary where you want the payment to be transferred, shall be submitted to the Customer Service of Uni-Med.

If your claim is grounded, the insurance company shall reimburse your medical expenses – up to the applicable limit and reduced by the deductible – within 15 days upon receipt of all documents necessary for the assessment of the claim.

All other inquiries addressed to the Insurance Company shall also be submitted to the Customer Service of Uni-Med. (Monday-Thursday: 7:30-16:00, Friday: 7:30-13:30)

2. WHAT IS COVERED?

(basic coverage and add-on modules available for additional premium)

to the students and researchers of the University of Szeged covered under STUDIUM Fee-for-service Health Insurance

FOR FURTHER INFORMATION ABOUT THE BENEFITS, PLEASE REFER TO THE POLICY CONDITIONS OF STUDIUM FEE-FOR-SERVICE HEALTH INSURANCE (SZTE15). MAKE SURE YOU CAREFULLY READ THEM.

STUDIUM BASIC INSURANCE

COVERED SERVICE in Hungary	AGGREGATE LIMIT HUF 2 mn / policy year/insured	DEDUCTIBLE
Outpatient care		
Primary health care (English speaking General Practitioner)	up to the limit	none
Specialty care (including ambulatory (same-day) surgeries)	up to the limit	none
Diagnostic and lab tests	up to the limit	none
Inpatient care		
Inpatient care (including surgeries and even same-day surgeries).	up to the limit	none
Financing of medications, bandage, medical equipment for temporary use (products officially listed as durable medical equipment) if required for medical care, subject to the applicable deductible. THE INSURED IS REQUIRED TO PREPAY MEDICAL EXPENSES.	HUF 100 000 / policy period / insured (the insurance pays out maximum HUF 100 000 /policy year)	50%
Patient transport: if the insured is immobile and has a medical need for transport to the facility providing healthcare, within the territory of Hungary, if it is required for the medical treatment which qualifies as an insured event.	up to the limit	no
Emergency medical care: within the territory of the country, in cases which require immediate medical attention IN CERTAIN CASES THE INSURED IS REQUIRED TO PREPAY MEDICAL EXPENSES.	up to the limit	none

I. module (provided that the insured has paid the premium of the module separately)		
Costs of repatriation if the insured's condition so requires and/or makes it possible, provided that the medical service provider specified by the insurance company also recommends the treatment at home and the repatriation of the insured to his/her country of residence.	HUF 3 000 000 (the insurance pays out maximum HUF 1 500 000 /policy year)	50 (%)

II. module (provided that the insured has paid the premium of the module separately)		
Dental services: dental fillings, root canal treatments, treatment of abscess, dental extractions, treatments of the mouth cavity and accident consequences which come with strong pain and require immediate medical attention, up to the limit specified for dental treatments) THE INSURED IS REQUIRED TO PREPAY MEDICAL EXPENSES.	HUF 400 000 / policy year / insured (the insurance pays out maximum HUF 200 000 /policy year)	50%

*H. & M. Csélléty /
noid*

**ZU DEN LEISTUNGEN DER STUDIUM
KRANKENVERSICHERUNG ZUR FINANZIERUNG
MEDIZINISCHER DIENSTLEISTUNGEN
INFORMATIONSBLETT**



**1. INFORMATIONEN IM ZUSAMMENHANG DER INANSPRUCHNAHME VON MEDIZINISCHEN
VERSORGUNGEN**

Die STUDIUM Krankenversicherung zur Finanzierung medizinischer Dienstleistungen bietet einen Versicherungsschutz - aufgrund der Versicherungsbedingungen und der gewählten Inhalte der Dienstleistungen - für die Kosten der medizinischen Versorgung auf dem Gebiet von Ungarn, unter Berücksichtigung der entsprechenden Limits und Selbstbeteiligungen..

Eine Versorgungsleistung darf erst in Anspruch genommen werden, falls diese in deiner Versicherung enthalten ist, nach Vorlage deines Passes und deiner gültigen STUDIUM-Krankenversichertenkarte (Generali STUDIUM Health Insurance Card).

Das Versicherungsverhältnis kommt für die Dauer des mit der Universität Szeged abgeschlossenen aktiven Studentenrechtsverhältnisses vorausgesetzt, dass die Universität Szeged die/den Versicherte/n dem Versicherer gemeldet hat, und die bezügliche Prämie für die gegebene Versicherungsperiode bezahlt hat.

Die Versicherungsperioden gelten ein halbes Jahr, in jedem Stichtag vom 01. 09. bis zum nächsten Kalenderjahr 28.02., bzw. vom 01.02. bis zum 30. September.

Wenn Sie krank sind und Pflege brauchen,

- Man muss sich zuerst immer im MODULO SYSTEM für die hausärztliche Dienstleistung anmelden, und einen Termin beanspruchen.
- In einem Notfall, bzw. an Werktagen zwischen 19:00 und 07:00 Uhr, am Wochenende soll man UNI-MED CALL CENTER unter der Nummer 06 70 439 9280 anrufen, das rund um die Uhr erreichbar ist, und man soll die Option Generali STUDIUM wählen! Der Hausarzt empfängt in einem Notfall sofort.

Wenn der Patient nicht in Szeged ist, soll man UNI-MED CALL CENTER unter der Nummer 06 70 439 9280 anrufen, und man soll die Option Generali STUDIUM wählen. Hier versucht man zu helfen, und über die Möglichkeiten zu informieren.

Ordination Hausarzt

Adresse: SZTE ÁOK Családorvosi Intézet Oktató Rendelője 6722 Szeged, Tisza Lajos krt.97. magasföldszint 21. 22.

SZTE ÁOK Ausbildungsordination Családorvosi Intézet

Sprechstunde:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
zwischen 9-12 Uhr	zwischen 9-12 Uhr	zwischen 13:30-16:30 Uhr	zwischen 9-12 Uhr	zwischen 9-12 Uhr

Die Dienstleistungen von anderen Ärzten außer dem Hausarzt bzw. Laboruntersuchungen und diagnostische Untersuchungen können Sie ausschliesslich dann in Anspruch nehmen, wenn Sie einen Einweisungsschein von dem Hausarzt erhalten haben. Wenn Sie keinen Einweisungsschein haben, müssen Sie die Kosten der Dienstleistung bezahlen (Vorfinanzierungspflicht).

In dringenden Notfällen: persönlich können Sie die Notfallambulanz unter der Adresse Semmelweis Str. 6., 6725 Szeged aufsuchen.

Hier müssen Sie den Preis der Dienstleistung im Voraus bezahlen. Wenn Sie die Dienstleistung begründet in Anspruch genommen haben, werden die Kosten vom Versicherer nachträglich ersetzt, nachdem Sie die Originalrechnung und die erhaltenen ärztlichen Dokumente beim Kundendienst von Uni-Med abgeben. Über die Details erhalten Sie hier Informationen.

Alle Kontaktaufnahme mit dem Versicherer erfolgt über den Kundendienst von Uni-Med (Montag-Donnerstag 7:30-16:00, Freitag: 7:30-13:30)

Im Notfall können Sie an der Telefonnummer 112 einen Krankenwagen rufen!

Für den Versicherungsschutz sind bestimmte Ausschlüsse und Leistungsbefreiungen gültig: In diesen Fällen ist der Versicherer zur Deckung der Kosten der medizinischen Versorgung und der verbundenen Kosten (pl. Medikamente) nicht verpflichtet; zu diesen Fällen zählen u.a.: Alkohol- und Rauschgiftverbrauch; vor der Risikoübernahme vorliegende und/oder diagnostizierte Krankheiten, krankhafte Zustände und ihre Konsequenzen; Schwangerschaft und Geburt; psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen; Zahnbehandlungen bis auf die im Voraus bestimmten Fälle bis zur Höhe des Limits, falls die Versicherungsprämie für das relevante Modul bezahlt wird.

Die Hauptversicherung und die wählbaren Module beinhalten Limits und Selbstbehalte, die im Absatz 2. zu finden sind.

Wenn die Kosten einer Dienstleistung im Voraus bezahlt werden, dann soll die Rechnung auf den Namen und die in der unterzeichneten Erklärung des Versicherten angegebenen Adresse des Patienten verlangt werden. Die Nummer der GESUNDHEITSVERSICHERUNGSKARTE SOLL AUF DER RECHNUNG STEHEN!

Die vorfinanzierte Originalrechnung und die dazu gehörenden ärztlichen Dokumente, sowie Ihre Erklärung mit der ungarischen Kontonummer (HUF) müssen im Kundendienst von Uni-Med abgegeben werden!

Vom Versicherer werden die Kosten der Versorgung – nach dem Abzug des Selbstbehaltes, mit Berücksichtigung des Limits – im Falle des Bestehens der Rechtsgrundlage binnen 15 Tagen nach der Vorlegung aller, zur Beurteilung des Anspruches nötigen Dokumente überwiesen.

Alle Kontaktaufnahme mit dem Versicherer erfolgt über den Kundendienst von Uni-Med (Montag-Donnerstag 7:30-16:00, Freitag: 7:30-13:30)

2. DIENSTLEISTUNGSINHALTE

(Hauptversicherung und die Moduls, die gegen Aufpreis gewählt werden können)

für die Versicherten der immatrikulierten StudentInnen und ForscherInnen der Universität Szeged, die über eine Studium Krankenversicherung zur Finanzierung medizinischer Dienstleistungen verfügen.

EINE AUSFÜHRLICHE BESCHREIBUNG UND SONSTIGE WICHTIGE INFORMATIONEN SIND IN DEN LEISTUNGSBEDINGUNGEN DER STUDIUM KRANKENVERSICHERUNG ZUR FINANZIERUNG MEDIZINISCHER DIENSTLEISTUNGEN (SZTE15) ZU FINDEN. BITTE UNBEDINGT DURCHLESEN!

STUDIUM HAUPTVERSICHERUNG

Leistung In Ungarn	TOTAL LIMIT 2. Millionen HUF/Versicherungsjahr/Versicherter	SELBST- BEHALT
Ambulante Versorgung		
Grundversorgung (englischsprachig) Leistungen des Hausarztes)	innerhalb des Limits	keine
Fachärztliche Versorgung (Einschließlich ambulante Operationen)	innerhalb des Limits	keine
Diagnostische und Laboruntersuchungen	innerhalb des Limits	keine
Stationäre Versorgung		
Stationäre Versorgung (einschließlich Operations- Eingriffe, Eintagschirurgie)	innerhalb des Limits	keine
Die Finanzierung der Kosten der zur medizinischen Versorgung notwendigen Medikamente, Verbandsmaterial und medizinischen Hilfsmittel (die auf der offiziellen Liste der medizinischen Hilfsmittel stehen), unter Berücksichtigung der Selbstbeteiligung. DER/DIE VERSICHERTE HAT EINE VORFINANZIERUNGSPFLICHT.	100 000 HUF/ Versicherungsjahr/Versicherter (Der Versicherer erstattet max. 100.000 HUF/Versicherungsjahr)	50%
Krankentransport: Wenn der/die Versicherte bewegungsunfähig wird, und seine/ihre Beförderung in ein medizinisches Versorgungsinstitut, welche zur Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen, die als Versicherungsfall gelten, innerhalb der Landesgrenzen nicht gelöst ist.	innerhalb des Limits	keine
Medizinische Versorgung im Notfall: Innerhalb der Landesgrenzen, für dringende Notfälle, die eine sofortige medizinische Versorgung benötigen IN BESTIMMTEN FÄLLEN HAT DER/DIE VERSICHERTE HAT EINE VORFINANZIERUNGSPFLICHT.	innerhalb des Limits	keine
I. Modul (wenn der/die Versicherte die Modulgebühr extra bezahlt hat)		
Heimtransport-kosten, falls dies der Zustand des/der Versicherten erfordert, beziehungsweise ermöglicht, und wenn die medizinische Behandlung im Heimatland und der Heimtransport in das Land des ständigen Wohnsitzes auch von dem medizinischen Dienstleister, der von der Versicherung ernannt wurde, empfohlen werden.	3.000.000 HUF (Der Versicherer erstattet max. 1.500.000 HUF/Versicherungsjahr)	50 %
II. Modul (wenn der/die Versicherte die Modulgebühr extra bezahlt hat)		
Zahnmedizin (bis zur Höhe des für die zahnmedizinischen Behandlungen festgelegten Limits, Versorgung von Beschwerden, die mit starken Schmerzen verbunden sind, wie Zahnfüllungen, welche eine dringende Behandlung benötigen, Wurzelbehandlungen, Geschwürbehandlungen, Zahnziehungen, Behandlungen in der Mundhöhle, sowie Versorgungen wegen Unfallfolgen) DER/DIE VERSICHERTE HAT EINE ORFINANZIERUNGSPFLICHT.	400.000 HUF/ Versicherungsjahr/Versicherte (Der Versicherer erstattet max. 200.000 HUF/Versicherungsjahr)	50 %

TÁJÉKOZTATÓ A STUDIUM SZOLGÁLTATÁSFINANSZÍROZÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSRÓL

1. A STUDIUM biztosítás lényege

A Generali Biztosító Zrt. STUDIUM biztosítási terméke szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás, amely biztosítási védelmet nyújt a Generali Biztosító Zrt. és a Szegedi Tudományegyetem között létrejött egyedi szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződés alapján a szerződéshez biztosítottként csatlakozó hallgatók és kutatók részére.

A biztosítás finanszírozza mind a tervezhető, mind az akut és az azonnali ellátási esetekben Magyarországon a járó- és fekvőbeteg ellátás során végzett kezeléseket / beavatkozásokat, ill. gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök, valamint - orvosilag szükséges esetekben - betegszállítás költségeit, ha azokat a kijelölt egészségügyi szolgáltatóknál, vagy egyéb szolgáltatónál, de a kijelölt egészségügyi szolgáltató szervezésében / tudtával és jóváhagyásával veszi igénybe.

A biztosítási fedezetre vonatkoznak bizonyos kizárások és mentesülések, amely esetekben a Biztosító az ellátás és a kapcsolódó (pl. gyógyszer) költségeket nem köteles fedezni; ilyenek pl. az alkohol és kábítószer, a biztosítási fedezet kezdetéhez képest korábban fennálló és/vagy diagnosztizált betegségek, kóros állapotok és következményeik; a terhesség és szülés; a pszichiátriai és pszichoterápiai kezelések; a fogászat, kivéve a meghatározott esetekben a limit erejéig - ha a modul díja megfizetésre került.

A főbiztosítás és a választható modulok tartalmaznak limiteket és önrészeket.

A biztosítással kapcsolatban részletesen tájékozódhat a „STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás szerződési feltételei (SZTE15)”-ből, amely az SZTE honlapján, www.u-szeged.hu címen található meg.

Kérjük, figyelmesen tanulmányozza át a biztosítási feltételeket, hogy Ön előtt is egyértelműen világos legyen, milyen biztosítási eseményekre nyújt védelmet a biztosítás!

2. További fontosabb tudnivalók a biztosítással kapcsolatban

A biztosítási szerződés alanyai:

Szerződő: Szegedi Tudományegyetem

Biztosító: Generali Biztosító Zrt.,

Biztosított lehet az a külföldi természetes személy, akinek az egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a biztosítási szerződés létrejön, és aki a biztosítási szerződés tartama alatt a Szerződő Szegedi Tudományegyetemmel (SZTE), illetve mint az SZTE partnerével, hallgatói, oktatói, vendégkutatói jogviszonyban áll, feltéve, ha a Szerződő a Biztosítónak biztosítottként bejelentette és a rá vonatkozó biztosítási díjat megfizette. Biztosítottként a szerződő azon természetes személyeket jelentheti be, akik Szerződővel a biztosított jogviszony tartama alatt hallgatói, kutatói jogviszonyban állnak, Magyarországon tartózkodó azon külföldi állampolgársággal rendelkező magánszemélyek, akik 18. életévüket már betöltötték, de 65. életévüket még nem töltötték be, és akik mint biztosítottak a külön íven kelt biztosított nyilatkozat és Egészségbiztosítási kártya aláírásával kifejezetten kérik a jelen szerződés hatályának rájuk történő kiterjesztését.

Egészségbiztosítási kártya: (Health insurance card): A biztosító által kiállított, a biztosított jogviszonyra vonatkozó legfontosabb adatokat tartalmazó, az 1.12 pontban nevesített biztosított nyilatkozat sorszámaival azonos sorszámmal ellátott kártya, mely a kijelölt Egészségügyi szolgáltatók előtti biztosított jogosultság igazolására szolgál.

Kockázatviselés kezdete

A biztosító kockázatviselése az egyes biztosítottak tekintetében a biztosítotti nyilatkozat biztosított általi aláírását követő nap 0. órájától kezdődik, de nem korábban, mint 2015. szeptember 01.

A szerződés az egyes biztosítottak tekintetében a következő biztosítási időszakokat tartalmazhatja:

- Éves 09.01-08.31-ig; éves díj ellenében
- határozott tartam 3 hónap, meghatározott esetekben, fix díjért.
- féléves: 09.01-01.31-ig, féléves díj ellenében.
02.01-08.31-ig, féléves díj ellenében.

A Biztosítotti jogviszony a Biztosított Szegedi Tudományegyetemmel kötött aktív hallgatói jogviszonyának fennállása időtartamára jön létre, feltéve, hogy a Szegedi Tudományegyetem a Biztosítónak Biztosítottként bejelentette és a rá vonatkozó biztosítási díjat az adott biztosítási időszakra megfizette.

Várakozási idő: nincs!

Területi hatály: a biztosító kockázatviselése Magyarország területére terjed ki.

Limitek a jogalap fennállása esetén:

- Főbiztosítás limitje: 2.000.000,- Ft. Legfeljebb tehát kétmillió forintot térít meg a Biztosító a Biztosítotti nyilatkozat elnevezésű nyomtatványon feltüntetett biztosítási időszak alatt (max.12 hónapra) a Biztosított által igénybe vett, orvosilag indokolt egészségügyi szolgáltatások finanszírozásaként.
Ebből gyógyszerek, gyógyhatású szerek és gyógyászati segédeszközök költségét a Biztosító 50%-ban, de legfeljebb 100.000 Ft, azaz egyszázezer forint erejéig téríti meg a Biztosítottnak.
- A Főbiztosítás limitjén felül a modulként választható fogászati ellátás költségét 50%-ban, de legfeljebb 200 000 Ft/ biztosítási év erejéig, a hazaszállítás szolgáltatást 50%-ban, de legfeljebb 1 500 000 Ft erejéig, a házivizit szolgáltatást – amely 2017. szeptember 1-től köthető – önrész alkalmazása nélkül, max. 200.000 Ft/biztosítási év erejéig téríti meg a Biztosító, amennyiben a csomagja tartalmazza az adott szolgáltatást.

Kérjük, hogy a szerződés megkötése előtt valamennyi – a biztosítással kapcsolatos – dokumentumot tanulmányozza át!

Fontos, hogy mindig tartsa magánál az Egészségbiztosítási kártyáját és útlevelét, mivel szolgáltatás csak ezekkel vehető igénybe!

3. Az egészségügyi ellátással kapcsolatos tudnivalók

Kérjük, soha ne várjon egészségügyi ellátási igényével addig, amíg panaszai jelentősen rosszabbodnak. Ha úgy ítéli meg, hogy panaszával szakemberhez kell fordulnia, azt mielőbb tegye meg.

A kijelölt szolgáltató nem feltétlenül tudja Önt azonnal fogadni, a vizsgálati helyszín és időpont megszervezéséhez időre van szüksége.

Ha a panaszok, tünetek jellege megengedi, előfordulhat, hogy csak 48 óra múlva fogadja Önt az orvos.

Minden esetben pontosan kövesse a kijelölt szolgáltató utasításait, tanácsait!

Kijelölt egészségügyi szolgáltató: Uni-Med Szeged Egészségügyi Szolgáltató Kft.

Minden esetben először be kell jelentkezni a MODULO RENDSZEREN keresztül háziorvosi ellátásra és időpontot kell foglalni.

Sürgős esetben, illetve munkanapokon 19-07 óra között, hétvégén, valamint ünnep napokon az UNI-MED CALL CENTERT kell hívni, ami 0-24 órában elérhető a +36 70 439 2188 telefonszámon és a Generali STUDIUM menü pontot kell választani ! A Háziorvos indokolt esetben soron kívül fogad.

Ha nem Szegeden tartózkodik és beteg, az UNI-MED CALL CENTERT kell hívni, ami 0-24 órában elérhető a +36 70 439 2188 telefonszámon és a Generali STUDIUM menü pontot kell választani, itt megpróbálnak segíteni, és tájékoztatást adni a lehetőségekről, teendőkről!

Háziorvosi rendelő:

SZTE ÁOK Családorvosi Intézet Oktató Rendelője

6722 Szeged Tisza Lajos krt. 97. sz. I. emelet (magasfélelelet) 21 és 22 sz. rendelője.

Rendelési idő:

hétfő	kedd	szerda	csütörtök	péntek
9-12 óra	9-12 óra	13.30-16.30 óra	9-12 óra	9-12 óra

Fontos, hogy csak akkor mehet a háziorvoson kívül másik orvoshoz vizsgálatra, valamint laborba, és diagnosztikus vizsgálatokra, ha háziorvos beutalót adott hozzá. Ha nincs ilyen beutaló, ki kell fizetni a vizsgálat költségét!

Sürgősségi esetekben: személyesen kell jelentkezni a Sürgősségi Betegellátó Osztályon: 6725 Szeged Semmelweis u. 6.

Itt az ellátás díját előre ki kell fizetni, indokolt igénybevétel esetén a Biztosító utólag fogja megtéríteni a költséget, ha az eredeti számlát és a kapott orvosi dokumentumokat leadja az Uni-Med Ügyfélszolgálatán. A részletekről itt kap tájékoztatást.

Bármely témában a Biztosítóhoz intézett direkt megkeresést is az Uni-Med ügyfélszolgálatán kell leadni!

Vészhelyzetben a 112-es telefonszámon hívatsz mentőt.

4. A biztosított általi előfinanszírozás esetén a számlák benyújtása, kifizetése

A kijelölt szolgáltatónál vagy szervezésében/tudtával igénybe vett egészségügyi/orvosi ellátások költségét a biztosítottak nem kell előfinanszíroznia.

Ha a biztosított egészségügyi ellátására nem a kijelölt intézményben kerül sor, értesíteni, tájékoztatni kell (a biztosítottak vagy a biztosított orvosi ellátását végző egészségügyi intézménynek) a kijelölt szolgáltatót, hol és milyen egészségi problémával kezelik illetve kezelték a biztosítottat, hogy a kijelölt egészségügyi szolgáltató fel tudja venni a kapcsolatot az egészségügyi ellátást végző orvosokkal, illetve intézménnyel, egészségügyi szolgáltatóval.

Ha a biztosított állapota csak annyit tesz lehetővé, hogy az előző tájékoztatási kötelezettségre felhívja a gyógykezelést végző egészségügyi intézmény figyelmét, akkor azt haladéktalanul tegye meg, mert ezzel segíti, hogy biztosítottként minél hamarabb és minél jobb orvosi ellátásban részesüljön. Az

Egészségbiztosítási kártya hátulján ezzel kapcsolatban található információ az orvosi ellátást végző intézmény számára is.

A nem a kijelölt szolgáltatónál vagy nem a kijelölt szolgáltató szervezésében, vagy sürgősségi esetben igénybe vett egészségügyi szolgáltatás esetén a biztosítottnak előfinanszírozási kötelezettsége keletkezhet.

A biztosított által előfinanszírozott szolgáltatási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

- a) az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről (az egészségügyi ellátásról) az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének utolsó napján, az orvosi ellátást végző orvos által vényre felírt és kiváltott gyógyszerről, gyógyászati segédeszközről a gyógyszertertárban kell igényelni a biztosított nevére (kártyaszámának feltüntetésével) kiállított számlát,
- b) a biztosítási eseménnyel összefüggő valamennyi egészségügyi dokumentum másolatát (pl.: ambuláns lap, kórházi zárójelentés, vizsgálati lap, ápolási illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, laborlap, diagnosztikai vizsgálatok során készült felvételek, vény, beutaló stb.), beleértve a vele kapcsolatos korábbi összes egészségügyi dokumentumot és az első egészségügyi ellátás dokumentumát is.

Annak érdekében, hogy a biztosított részére - a biztosított bankszámlaszámára - a biztosító mihamarabb megtérítse az előfinanszírozott összeget – az önrész levonása után, a limit figyelembe vételével, a jogalap fennállása esetén - a biztosított magyarországi (forint) bankszámlaszámának a megadása (aláírással és dátummal ellátva) szükséges!

A biztosító az előfinanszírozott szolgáltatást - a jogalap fennállása esetén - az összes dokumentum benyújtásától számított 15 napon belül, belföldi fizetőeszközben (HUF) teljesíti.

INFORMATION ON STUDIUM FEE-FOR-SERVICE HEALTH INSURANCE

1. The core concept of STUDIUM insurance

STUDIUM Health Insurance of Generali Biztosító Zrt is a fee-for-service health insurance product offering health insurance coverage under a specific insurance policy concluded by and between Generali Biztosító Zrt and the University of Szeged for students and researchers specifically added to the coverage as insured persons.

The insurance covers the medical expenses of elective as well as acute or emergency care treatments / procedures in Hungary, in both outpatient and inpatient care, as well as the costs of medications and durable medical equipment, and in a medical necessity the medical transport of the insured, provided that the above services are received from or arranged by the designated health care service provider or with the connivance and approval thereof.

Please note that the insurance is subject to certain exclusions and exemptions, in which cases the insurance does not cover the costs of medical treatment or the related expenses (e.g.: medication); these include, among others, alcohol and substance abuse, pre-existing conditions which displayed symptoms and/or were diagnosed before the commencement of the coverage and their consequences; pregnancy and childbirth; psychiatric treatments and psychotherapy; dental treatment, save for the cases specifically listed up to the corresponding limit if the premium of the module has been paid.

The basic insurance and the add-on modules are subject to limits and deductibles.

For further details on the insurance, please refer to the policy conditions of "STUDIUM Fee-for-Service Health Insurance – Terms and Conditions (SZTE15)", which you may download from the website of SZTE at www.u-szeged.hu.

You are advised to carefully read the policy conditions so that you can clearly understand what events are covered under the insurance.

2. What you need to know about this insurance:

Parties to the insurance policy:

Policyholder: University of Szeged

Insurance company: Generali Biztosító Zrt.,

Insured may be a natural person foreign citizen whose health is to be covered under the insurance policy with respect to specific insured events, and who is an enrolled student, lecturer or visiting researcher of the University of Szeged (SZTE) or of a partner of SZTE during the policy term, provided that the Policyholder has notified to the insurance company that such person shall be an insured party and has paid the respective insurance premium. The Policyholder may report those natural persons as insured parties who are enrolled as students or researchers at the Policyholder during the policy period, and foreign nationals resident in Hungary between the age of 18 and 65, and who complete and sign the insured's declaration in a separate document together with the Health Insurance Card to explicitly apply as insureds for insurance coverage under this insurance policy.

Health Insurance Card: : A card bearing the same serial number as that of the insured's declaration referred to in Section 1.12 and issued by the insurance company containing the most important data related to the insurance, which shall be proof of the insurance coverage at the designated health care service providers.

Commencement of the Coverage

The insurance coverage pertaining to a particular insured shall commence at 0:00 a.m. on the day following the day when this insured's statement is signed by the insured, but not before September 1, 2015.

With regard to the particular insured, the insurance policy may include the following insurance periods:

- Annual period between 01.09 and 31.08; for an annual premium
- fixed period of 3 months, in certain cases for a fixed premium.
- semiannual: 01.09.-31.01., for a semiannual premium.
01.02.-31.08., for a semiannual premium.

The insured's coverage shall be in force only as long as the insured is a student enrolled at the University of Szeged, provided that the University of Szeged has notified the insurance company that such person shall be an insured party under the policy and has paid the insurance premium for the given period of insurance.

No waiting period is stipulated.

Geographical coverage: the insurance coverage shall only be applicable in the territory of Hungary.

Limits applicable when a claim is grounded:

- Limit of the basic insurance: HUF 2,000,000 The insurance will pay out a maximum of two million forints within any one period of insurance (for maximum 12 months) shown on the insured's declaration in reimbursement of the costs of medically necessary treatment received by the Insured.
Of that sum, the insurance covers 50% of the expenses of medicine, pharmaceutical products and durable medical equipment, up to a limit of HUF 100 000 (one hundred thousand forint).
- In addition to the limit applicable to the Basic Insurance, the optional dental treatment add-on module covers 50% of dental expenses up to HUF 200 000/ policy year; the repatriation add-on module covers 50% of expenses up to HUF 1 500 000; the house call add-on module – available after September 1, 2017 – covers expenses without deductibles up to HUF 200 000 / policy year if the add-on module is included in the insured's health insurance plan.

We request you to carefully read all documents relating to the product before taking out the insurance.

Always remember to carry your Health Insurance Card and passport with you, since you cannot receive healthcare services without them.

3. Information on how to receive health care services

You are advised to get medical attention as soon as you notice symptoms and not to wait until your condition significantly deteriorates. If you believe that you need to consult a medical professional, do not hesitate to do so.

The designated healthcare provider may not be able to see you immediately; the arrangement of a suitable time and location for your medical appointment takes time.

If your complaints or the nature of your symptoms so allow, your appointment will be scheduled within 48 hours.

Always follow the instruction of the designated healthcare provider.

Designated health care service provider: Uni-Med Szeged Egészségügyi Szolgáltató Kft.

In all cases, you must first register for a GP visit and book an appointment through the MODULO SYSTEM.

In urgent cases and between 19 p.m. and 07 a.m. on weekdays, at weekends and on public holidays, you can call the UNI-MED CALL CENTER, which is available 0-24 at +36 70 439 2188, and then choose the Generali STUDIUM menu item! In justified cases, your GP will see you as a matter of urgency.

If you are ill but you are not in Szeged, you must also call UNI-MED CALL CENTER, which is available 0-24 at +36 70 439 2188, and then choose the Generali STUDIUM menu item. They will try to help you and inform you about the possibilities and further to-dos.

GP Surgery:

SZTE ÁOK Családorvosi Intézet Oktató Rendelője (the Teaching Surgery of SZTE ÁOK Primary Care Institute)

6722 Szeged Tisza Lajos krt. 97. Floor I (mezzanine ground floor) Surgery 21 and Surgery 22.

Reception times:

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
9-12 a.m.	9-12 a.m.	13.30-16.30 p.m.	9-12 a.m.	9-12 a.m.

Please, remember. You may only visit a physician, other than your GP, or have lab tests and other diagnostic tests performed if your GP has given you a referral. Without a referral, you will have to pay the medical bill.

In urgent cases: visit the Accident & Emergency Department: 6725 Szeged Semmelweis u. 6.

At the A&E Department the medical bill must be prepaid, but if the treatment is medically necessary, the Insurance Company will reimburse your costs if you submit the original invoice and the related medical documentation to the Customer Service of Uni-Med. You may read further information here.

All other inquiries addressed to the Insurance Company shall also be submitted to the Customer Service of Uni-Med. (Monday – Thursday: 7:30-16:00, Friday: 7:30-13:30)

In an emergency you may make an emergency 112 call to the ambulance service.

4. Submitting invoices for services prepaid by the insured and their payment

The costs of medical/healthcare services provided or arranged for by the designated healthcare provider do not need to be prepaid by the insured.

If the insured is treated in a medical facility other than the designated medical facility the designated healthcare provider shall be notified or informed (by the insured or by the medical facility providing medical treatment to the insured) of the name of the medical facility where the insured receives/received medical care and of the medical condition that is/was treated, to allow that the designated healthcare provider may contact the treating physicians, medical facility or healthcare provider.

If the condition of the insured only allows him/her to warn the treating medical facility about the above duty to supply information, then the insured shall not delay to do so, as it may help the insured to receive earlier and better treatment. The reverse side of the Health Insurance Card contains important information for the treating medical institution.

If the insured receives medical treatment in an emergency at a medical facility other than the designated service provider, or without the management of the designated service provider, the insured is not required to prepay for such medical care.

The claim for the reimbursement of medical expenses prepaid by the insured must be accompanied by the following documents:

- a) the original invoice on the delivered medical treatment (health care services) issued on the last day of such treatment, or the original invoice on the purchase of medications or durable medical equipment on prescription by the treating physician, which is to be requested in the pharmacy, showing the name of the insured (as well as the number of the card),
- b) a copy of all medical documents related to the insured event (e.g.: outpatient records, hospital discharge summary, examination records, nursing and care documentation, test findings, laboratory records, images made during diagnostic or histology tests, prescriptions, referrals, etc.) including all related precedence medical documentation and the documents produced during the first medical treatment.

A separate document with the insured's Hungarian (HUF) bank account number (signed and dated) needs to be submitted so that the Insurance Company can reimburse the prepaid medical expenses as soon as possible – net of the applicable deductible, subject to the benefit limit, and on condition that the claim is approved – by wire transfer to the insured's bank account.

If the claim is grounded, the insurance company shall reimburse the prepaid medical expenses in domestic currency (HUF) within 15 days upon receipt of all necessary documents.

INFORMATIONEN ÜBER DIE STUDIUM KRANKENVERSICHERUNG (KRANKENVERSICHERUNG ZUR FINANZIERUNG VON DIENSTLEISTUNGEN)

H. S. Mellek

1. STUDIUM Versicherung

Die STUDIUM Versicherung von Generali Biztosító Zrt. ist eine Krankenversicherung zur Finanzierung von Dienstleistungen, die - gemäß dem zwischen Generali Biztosító Zrt. und Szegedi Tudományegyetem abgeschlossenen individuellen Krankenversicherungsvertrag - den Studenten und Forschern, die im Sinne dieses Vertrags als Versicherte zählen, Versicherungsschutz bietet.

Im Rahmen des Vertrags werden die während der ambulanten oder stationären Versorgung, in planbaren, akuten und unverzüglichen Fällen ausgeführten Behandlungen/Eingriffe bzw. die Kosten von Medikamenten / medizinischen Hilfsmitteln und – in medizinisch begründeten Fällen - Krankentransport finanziert; vorausgesetzt, dass der Versicherte diese Dienstleistungen bei den im voraus bestimmten Gesundheitsdienstleistern oder bei anderen Gesundheitsdienstleistern, aber durch den im voraus bestimmten Gesundheitsdienstleister organisiert / zugelassen, in Anspruch nimmt.

Für den Versicherungsschutz sind bestimmte Ausschlüsse und Leistungsbefreiungen gültig: In diesen Fällen ist der Versicherer zur Deckung der Kosten der medizinischen Versorgung und der verbundenen Kosten (pl. Medikamente) nicht verpflichtet; zu diesen Fällen zählen u.a.: Alkohol- und Rauschgiftverbrauch; vor der Risikoübernahme vorliegende und/oder diagnostizierte Krankheiten, krankhafte Zustände und ihre Konsequenzen; Schwangerschaft und Geburt; psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen; Zahnbehandlungen bis auf die im voraus bestimmten Fälle bis zur Höhe des Limits, falls die Versicherungsprämie für das relevante Modul bezahlt wird.

Die Hauptversicherung und die optionalen Module beinhalten Limits und Selbstbehalt.

Detaillierte Informationen über die Versicherung entnehmen Sie bitte dem Dokument „Vertragsbestimmungen der STUDIUM Krankenversicherung (SZTE15)“, das auf der Webseite von SZTE erreichbar ist: www.u-szeged.hu.

Bitte lesen Sie die Vertragsbestimmungen aufmerksam durch, damit Sie eindeutig verstehen, für welche Versicherungsfälle der Versicherungsschutz gültig ist.

2. Weitere wichtige Informationen über die Versicherung

Subjekte des Versicherungsvertrags:

Vertragspartner: Szegedi Tudományegyetem

Versicherer: Generali Biztosító Zrt.

Versicherte: Der Versicherungsvertrag wird bezüglich der Ereignisse im Zusammenhang des Gesundheitszustandes von ausländischen natürlichen Personen abgeschlossen, die während der Dauer des Versicherungsvertrags als Studenten, Lehrer oder Gastforscher mit dem Vertragspartner Szegedi Tudományegyetem (SZTE) oder dessen Partnern in einem Rechtsverhältnis stehen - vorausgesetzt, dass der Vertragspartner dem Versicherer die gegebene Person als Versicherten angemeldet und nach der gegebenen Person die Versicherungsprämie bezahlt hat. Der Vertragspartner kann als Versicherte ausschließlich natürliche Personen anmelden, die während des Rechtsverhältnisses als Versicherte mit dem Vertragspartner als Studenten, Lehrer oder Forscher in einem Rechtsverhältnis stehen; sich in Ungarn aufhaltende Privatpersonen mit ausländischer Staatsangehörigkeit sind; zur Altersgruppe zwischen 18 und 65 gehören; und als Versicherte mit der Unterzeichnung der separaten Dokumente „Erklärung des Versicherten“ und „Krankenversicherungskarte“ die Ausdehnung der Gültigkeit des Versicherungsvertrags auf sich selbst ausdrücklich beantragen.

Krankenversicherungskarte (Health insurance card): Eine durch den Versicherer ausgestellte Karte, die mit der Identifizierungsnummer der im Punkt 1.12 genannten „Erklärung des Versicherten“ versehen ist, die wichtigsten

1

Die offizielle Sprache dieses Dokumentes ist ungarisch. Im Falle einer Abweichung zwischen der ungarischen und der übersetzten deutschen Version ist die ungarische Version massgebend.

Daten bezüglich des Rechtsverhältnisses als Versicherte beinhaltet; der Versicherte beweist dem Dienstleister mit der Vorlage dieser Karte, dass er zum Versicherungsschutz berechtigt ist.

Beginn der Risikoübernahme

Die Risikoübernahme des Versicherers bezüglich der individuellen Versicherten beginnt um 00.00 Uhr des Tages nach dem Tag der Unterzeichnung der „Erklärung des Versicherten“ durch den Versicherten, aber nicht früher als 01. September 2015.

Der Vertrag kann bezüglich der individuellen Versicherten folgende Versicherungsperioden beinhalten:

- 1 Jahr: 01.09.-31.08., für eine Jahresprämie.
- Bestimmte Dauer: beliebige 3 Monate, für eine bestimmte Versicherungsprämie.
- I. Halbjahr: 01.09-31.01, für eine Halbjahresprämie.
- II. Halbjahr: 01.02-31.08, für eine Halbjahresprämie.

Das Versicherungsrechtsverhältnis kommt für die Dauer des mit der Universität Szeged abgeschlossenen aktiven Studentenrechtsverhältnisses vorausgesetzt, dass die Universität Szeged die/den Versicherte/n dem Versicherer gemeldet hat, und die bezügliche Prämie für die gegebene Versicherungsperiode bezahlt hat.

Wartezeit: keine!

Räumliche Geltung: Die Risikoübernahme des Versicherers gilt ausschließlich innerhalb des Gebiets von Ungarn.

Limits im Falle einer gültigen Rechtsgrundlage:

- **Limit der Hauptversicherung: 2.000.000 HUF** Der Versicherer rückerstattet also höchstens 2 Millionen HUF während der im Dokument „Erklärung des Versicherten“ bestimmten Versicherungsperiode (max. 12 Monate) / als Finanzierung der medizinischen Dienstleistungen, die der Versicherer in medizinisch begründeten Fällen in Anspruch genommen hat.
Der Versicherer rückerstattet die Kosten von Medikamenten, heilwirkenden Mitteln und medizinischen Hilfsmitteln zu 50%, aber maximal bis zu einer Höhe von 100.000 HUF.
- Außer dem Limit der Hauptversicherung rückerstattet der Versicherer die Kosten von – **als optionales Modul wählbaren - Zahnbehandlungen zu 50%, aber maximal bis zu einer Höhe von 200.000 HUF/Versicherungsjahr**, die Kosten des Transports nach Hause zu 50%, aber maximal bis zu einer Höhe von 1 500 000 HUF, die Kosten des Hausbesuchdienstes (der ab 1. September 2017 erreichbar ist) ohne Anwendung von Selbstbehalt, aber maximal bis zu einer Höhe von 200.000 Ft/Versicherungsjahr – vorausgesetzt, dass das relevante optionale Modul im Versicherungspaket beinhaltet ist.

Bitte lesen Sie vor dem Vertragsabschluss alle relevanten Dokumente (bezüglich der Versicherung) aufmerksam durch!

Vergessen Sie nicht, dass Sie die Krankenversicherungskarte und den Reisepass immer mithaben müssen, da Sie die Dienstleistungen nur mit der Vorlage dieser Dokumente in Anspruch nehmen können!

3. Informationen über die medizinische Versorgung

Beanspruchen Sie bitte die medizinische Versorgung nicht erst dann, wenn sich ihre Beschwerden erheblich verschlimmern. Wenn Sie so beurteilen, dass Sie sich mit Ihren Beschwerden an einen Spezialisten wenden sollen, tun Sie es je früher.

Der bestimmte Dienstleister kann Sie nicht in jedem Fall unverzüglich empfangen; der Dienstleister braucht Zeit, um den Ort und Zeitpunkt der Untersuchung organisieren zu können.

Es kann vorkommen, dass der Arzt Sie erst in 48 Stunden empfangen kann - vorausgesetzt, dass die Natur der Beschwerden und Symptome diesen Aufschub ermöglichen.

Befolgen Sie in jedem Fall genau die Anweisungen und Ratschläge des bestimmten Dienstleisters!

Sie müssen die STUDIUM Krankenversicherungskarte immer mithaben, Sie wissen ja nicht, wann Sie sie brauchen werden.

Der bestimmte Gesundheitsdienstleister: Uni-Med Szeged Egészségügyi Szolgáltató Kft.

Man muss sich zuerst immer im MODULO SYSTEM für die hausärztliche Dienstleistung anmelden, und einen Termin beanspruchen.

In einem Notfall, bzw. an Werktagen zwischen 19:00 und 07:00 Uhr, am Wochenende soll man UNI-MED CALL CENTER unter der Nummer 06 70 439 9280 anrufen, das rund um die Uhr erreichbar ist, und man soll die Option Generali STUDIUM wählen! Der Hausarzt empfängt in einem Notfall sofort.

Wenn der Patient nicht in Szeged ist, soll man UNI-MED CALL CENTER unter der Nummer 06 70 439 9280 anrufen, und man soll die Option Generali STUDIUM wählen. Hier versucht man zu helfen, und über die Möglichkeiten zu informieren.

Ordination Hausarzt

Adresse: SZTE ÁOK Családorvosi Intézet Oktató Rendelője 6722 Szeged, Tisza Lajos krt.97. magasföldszint 21. 22.

SZTE ÁOK Ausbildungsrodination Családorvosi Intézet

Sprechstunde:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
zwischen 9-12 Uhr	zwischen 9-12 Uhr	zwischen 13:30-16:30 Uhr	zwischen 9-12 Uhr	zwischen 9-12 Uhr

Die Dienstleistungen von anderen Ärzten außer dem Hausarzt bzw. Laboruntersuchungen und diagnostische Untersuchungen können Sie ausschliesslich dann in Anspruch nehmen, wenn Sie einen Einweisungsschein von dem Hausarzt erhalten haben.

Wenn Sie keinen Einweisungsschein haben, müssen Sie die Kosten der Dienstleistung bezahlen(Vorfinanzierungspflicht).

in dringenden Notfällen: persönlich können Sie die Notfallambulanz unter der Adresse Semmelweis Str. 6., 6725 Szeged aufsuchen.

Hier müssen Sie den Preis der Dienstleistung im voraus bezahlen. Wenn Sie die Dienstleistung begründet in Anspruch genommen haben, werden die Kosten vom Versicherer nachträglich ersetzt, nachdem Sie die Originalrechnung und die erhaltenen ärztlichen Dokumente Beim Kundendienst von Uni-Med abgeben. Über die Details erhalten Sie hier Informationen.

Alle Kontaktaufnahme mit dem Versicherer erfolgt über den Kundendienst von Uni-Med (Montag-Donnerstag 7:30-16:00, Freitag: 7:30-13:30)

Im Notfall können Sie an der Telefonnummer 112 einen Krankenwagen rufen!

4. Einreichung und Auszahlung der Rechnungen im Falle von Vorfinanzierung durch den Versicherten

Der Versicherte ist zur Vorfinanzierung der Kosten nicht verpflichtet, wenn er medizinische/ärztliche Versorgung bei dem bestimmten Dienstleister in Anspruch nimmt, oder dieser darüber weiß.

Falls der Versicherte die medizinische Versorgung nicht in der bestimmten Anstalt in Anspruch nimmt, muss der Versicherte oder die Versorgung leistende Anstalt den bestimmten Dienstleister **benachrichtigen** und darüber informieren, wo und mit welchen Gesundheitsproblemen der Versicherte behandelt wird oder wurde, damit der bestimmte Dienstleister mit den die Versorgung leistenden Ärzten bzw. der Anstalt/dem Dienstleister den Kontakt aufnehmen kann.

Wenn der Gesundheitszustand des Versicherten ermöglicht, soll er die die Versorgung leistende Anstalt auf diese Informationspflicht unverzüglich aufmerksam machen, weil er dadurch dazu beiträgt, als Versicherter je früher und je bessere ärztliche Versorgung zu erhalten. Auf der Rückseite der Krankenversicherungskarte befinden sich Informationen diesbezüglich auch für die die Versorgung leistende Anstalt.

Wenn der Versicherte die medizinische Versorgung nicht bei dem bestimmten Dienstleister in Anspruch nimmt oder nicht eine durch den bestimmten Dienstleister organisierte Versorgung in Anspruch nimmt, oder medizinische Versorgung im Notfall in Anspruch nimmt, kann der Versicherte zur Vorfinanzierung verpflichtet sein.

Zur Geltendmachung des Anspruches bezüglich der von dem Versicherten vorfinanzierten Dienstleistung muss man folgende Dokumente einreichen:

- a) über die Durchführung der medizinischen Dienstleistung (über die medizinische Versorgung) muss man am letzten Tage der Inanspruchnahme der medizinischen Dienstleistung eine Rechnung für den Namen des Versicherten (mit der Angabe der Vertragsnummer) ausstellen lassen; über die ärztlich verschriebenen Medikamente und medizinischen Hilfsmittel muss man in der Apotheke eine Rechnung **für den Namen des Versicherten (mit der Angabe der Kartenummer) ausstellen lassen**,
- b) die Kopien aller gesundheitsrelevanten Dokumente (z. B. ambulantes Blatt, ärztlicher Schlussbericht, Untersuchungsblatt, Dokumentation über die Pflege und Versorgung, Untersuchungsbefunde, Laborblatt, an den diagnostischen Untersuchungen gemachte Aufnahmen, Rezepte, Einweisungsscheine usw.), die mit dem Versicherungsfall im Zusammenhang stehen, einschließlich allen früheren gesundheitsrelevanten Dokumenten und dem Dokument über die erste medizinische Versorgung.

Der Versicherte muss die Kontonummer seines in Ungarn geführten Bankkontos (Forintkonto) mit Unterzeichnung und Datum versehen angeben, damit der Versicherer je früher die durch den Versicherten vorfinanzierte Summe – im Falle einer gültigen Rechtsgrundlage, unter Rücksichtnahme des Limits und nach dem Abzug des Selbstbehaltes – rückerstatten kann.

Der Versicherer **rückerstattet** die Vorfinanzierung – im Falle einer gültigen Rechtsgrundlage – **innerhalb von 15 Tagen nach der Einreichung aller benötigten Dokumente; die Rückerstattung erfolgt in inländischem Zahlungsmittel (HUF).**

Biztosítási ajánlatok ügyintézésének rendje

I. A SZERZŐDÉS ALANYAI

Szerződő: a Szegedi Tudományegyetem, aki a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.

Biztosított: az a külföldi állampolgárságú természetes személy, aki a biztosítási szerződés megkötésének időpontjában a 18. életévét betöltötte, de a 65. életévét még nem érte el, és akinek az egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a biztosítási szerződés létrejön, és aki a biztosítási szerződés tartama alatt a Szegedi Tudományegyetem (székhelye: 6720 Szeged, Dugonics tér 13.) szerződővel hallgatói és kutatói jogviszonyban álló személy és nem áll társadalombiztosítási védelem alatt Magyarországon.

Biztosító: a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) a biztosítási díj ellenében a szerződésben meghatározott tartam alatt viseli a biztosítási kockázatot, és a biztosítási szerződésben meghatározott egészségügyi szolgáltatások finanszírozására kötelezettséget vállal.

Kijelölt egészségügyi szolgáltató: az az egészségügyi szolgáltató, amellyel a Biztosító az egészségügyi ellátásra szerződést köt és amelyet a Biztosító az Egészségbiztosítási Kártyán (Health insurance card) nevesít.

Az egészségbiztosítási szerződés hatályának adott biztosítottra történő kiterjesztéséhez (biztosított jogviszony létesítéséhez) az érintett biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, *melyet a biztosított a Biztosított nyilatkozat aláírásával tesz meg.*

A Biztosított nyilatkozat a szerződés részét képezi. A biztosítottnak valamennyi nyilatkozatát a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell megtennie.

A Biztosítottnak a Biztosított nyilatkozatot a belépéskor kell kitöltenie, ha jogviszonya megszűnik (pl. egy félévre megszakítja tanulmányait/passzív állományba kerül) a szerződéshez igény szerint később újra csatlakozhat (pl. folytatja tanulmányait) a nyilatkozat és kártya ismételt kitöltésével.

A hallgatóknak a biztosított nyilatkozatot nem kell félévenként újra megtenniük és Egészségbiztosítási kártyát átvenniük, elég azt egyszer, a biztosított jogviszony létesítésének alkalmával, ezzel az egyes biztosított jogviszonyok időtartama egy félévesről az aktív hallgatói státusz időtartamára változik.

A biztosított jogviszony a biztosított Szegedi Tudományegyetemmel fennálló aktív hallgatói jogviszonyának fennállása időtartamára jön létre, feltéve, hogy a Szegedi Tudományegyetem a biztosítónak biztosítottként bejelentette és a rá vonatkozó biztosítási díjat az adott biztosítási időszakra megfizette.

A biztosítási időszakok fél évesek, minden tárgyévben szeptember 1. napjától a következő naptári év február 28. napjáig, illetve február 1. napjától szeptember 31. napjáig tartanak.

Az egészségbiztosítási fedezet fennállását a biztosító a Hallgatói Szolgáltatói Iroda (HSZI) közreműködésével igazolja.

A biztosított jogviszony csak az egészségbiztosítási szerződésben meghatározott időszakoknak megfelelő időtartamokra létesíthető.

II. Biztosítási Szerződések ügyintézésének menete:

Szerződő feladatai:

- a tandíjban- és az egyénileg biztosítási díjat fizető biztosítottak összesített biztosítási díjának szerződés szerinti ütemben történő (biztosítási időszakot megelőző) megfizetése átutalással
- az egyénileg biztosítási díjat fizető (önként belépő) hallgatók díjának beszedése, befogadása az egyetem számlájára

- együttműködés az alkusszal és a Biztosítóval
- a biztosított tájékoztatása a szolgáltatási csomagokról, limitekről, önrészekről, stb. ill. a szerződés változásairól és a szolgáltató bemutatása, a szolgáltatás igénybevételének ismertetése

az egyetem különböző karain biztosítást kötő hallgatók névsorának/adatainak bevezetése a Modulo rendszerbe. Alkusz feladatai:

- a szerződés üzemeltetése, kezelése; az egyetem által megbízott egységek munkatársai által az Alkuszaknak küldött Biztosítotti nyilatkozatok első, a biztosított és a tanúk eredeti aláírásával ellátott példányának továbbítása a Biztosítóknak,
- díjfizetés és számla ellenőrzése,
- kapcsolattartás a Biztosítóval.

A Szerződő által megbízott egyetemi egységek (karok) feladata a tandíjban- és az egyénileg biztosítási díjat fizető biztosítottak szerződéskötése esetén:

- A tandíjban- és az egyénileg biztosítási díjat fizető biztosítottak részére a Biztosítotti nyilatkozat és a STUDIUM Egészségbiztosítási kártya kiállítása,
- A tandíjban- és az egyénileg biztosítási díjat fizető biztosítottakadatainak rögzítése a Modulo rendszerben
- A külföldi hallgatók (önként belépők/egyéni díjfizetők) mind teljesebb biztosítottságának megteremtése beiratkozáskor a Biztosítotti nyilatkozatok és Egészségbiztosítási kártyák kitöltésével,
- Az egyénileg biztosítási díjat fizető biztosítottak biztosítási díjának befizettetése a SZTE számlájára. A biztosítási díj befizetését igazoló dokumentum bekérése. CSAK A BEFIZETÉST IGAZOLÓ DOKUMENTUM ÁTVÉTELE ÉS ELLENŐRZÉSE UTÁN ÁLLÍTHATÓ KI AZ IGAZOLÁST BENYÚJTÓ HALLGATÓ SZÁMÁRA A BIZTOSÍTOTTI NYILATKOZAT ÉS AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI KÁRTYA A Biztosítottak tájékoztatása idegen nyelven a biztosítás kondícióiról és a biztosítási esemény bekövetkeztekor való teendőkről.
- A tandíjban- és az egyénileg biztosítási díjat fizető biztosítottak Biztosítotti nyilatkozata első, a biztosított és a tanúk eredeti aláírásával ellátott példányának továbbítása az Alkuszak.

Biztosító feladatai:

- a biztosítási feltételeknek megfelelő szolgáltatások folyamatos nyújtása a Biztosítottak részére
 - kijelölt szolgáltató biztosítása az egészségügyi szolgáltatások igénybevételéhez
 - a biztosítással kapcsolatos panaszok kezelése, megválaszolása határidőn belül
- a biztosítási szerződéshez szükséges nyomtatványok, dokumentumok biztosítása a biztosítottak részére
- együttműködés a szerződés alanyaival

Biztosított az *Biztosítotti nyilatkozat kitöltésével és aláírásával* csatlakozik a szerződéshez.

- szolgáltatás igénybevétele
 - csak a kijelölt szolgáltatón keresztül, tudtával és jóváhagyásával, ebben az esetben nincs térítési kötelezettsége
 - az általa előfinanszírozott szolgáltatás esetén számla és orvosi dokumentáció benyújtása a Biztosító által meghatározott határidőben a megadott címre
- panasza esetén
 - a panasz jellege szerint a biztosítónál vagy a szolgáltatónál teheti meg;

Szolgáltató feladata:

- a szolgáltatói szerződés szerinti egészségügyi szolgáltatások nyújtása és szervezése
- folyamatos (24 órás) call center / mobiltelefonos elérhetőség biztosítása
- az egészségügyi ellátások dokumentációjának megküldése a Biztosítóknak
- tevékenységével kapcsolatos panaszok kezelése
- együttműködés a Biztosítóval

Részletes leírás az Uni-Med Call Center (UMCC 0-24) működésről

A beiratkozott, jogosultságot szerző hallgató ill. ügyfél a kiadott tájékoztatókban, illetve a Generali STUDIUM Egészségbiztosítási kártyán megadott elérhetőségen jut szolgáltatáshoz.

Uni-Med Call Center (UMCC 0-24) központi telefonszámunkon (+36 70 439 2188), érkező megkeresés, esetén munkatársunk:

- jogosultság ellenőrzést végez, segít a HSZI ügyintézésben,
- időpontot biztosít uni-med alapellátóhoz (segítség nyújtás MODULO rendszer használatához),
- időpontot biztosít beutalóval rendelkező ügyfélnek uni-med szakellátásra,
- segítséget nyújt bármilyen Studium biztosítást érintő ügyintézésben,

Munkanapokon (7-19 óra között) központi telefonszámunkra (+36 70 439 2188) Generali STUDIUM menü pontjához érkező hívások **automatikusan átirányítódnak az Uni-Med Call Center alapellátó telefonszámára** (+36 70 439 9280), ahol szerződött alapellátónk telefonos segítséget ad a rendelésre, illetve egyéb - megkeresést érintő - problémára vonatkozóan.

Munkaszüneti, ünnep illetve hétvégi napokon, valamint munkanapokon 19-07 óra között központi telefonszámunkra (+36 70 439 2188) Generali STUDIUM menüpontjához érkező hívások **automatikusan átirányítódnak az Uni-Med Call Center ügyeleti telefonszámára** (+36 70 439 92-78/79), ahol munkatársaink asszisztencia szolgáltatás keretében telefonos tájékoztatást adnak:

- felvilágosítás (cím, telefonszám) a sürgősségi illetve ügyeleti betegellátást nyújtó intézetekről, szolgáltatókról, gyógyszerházakról stb.,
- továbbá szükség esetén egészségügyi vonatkozású tanácsadás,
- segítségnyújtás a betegút megszervezésében,
- a Biztosított tájékoztatása a felmerülő költségek finanszírozásával kapcsolatos teendőkről.

Adatszolgáltatás rendje

1. Az SZTE adatszolgáltatással megbízott szervezeti egysége (Hallgatói Szolgáltatói Iroda / HSZI) a csoportos biztosításba biztosítottként belépő személyeket (biztosítottakat) a biztosító felé a Modulo rendszeren keresztül lejelenti. Az első adatszolgáltatásra 2015. szeptember 30., ezt követően minden megkezdett félév első hónapjának utolsó napjáig köteles.

A Bármely időpontban 3 hónapos időtartamra biztosított személyek esetében a biztosítotti nyilatkozat aláírásától számított 2 munkanapon belül köteles az SZTE a rájuk vonatkozóan külön adatszolgáltatást teljesíteni. Minden esetben a teljes aktuális listát kell megküldeni, megjelölve a megváltozott tételeket.

2. Az SZTE az adatszolgáltatást a karok adatait összesítve, a következő formában feltölti a Modulo rendszerbe:

BIZTOSÍTOTT (OM) OKTATÁSI AZONOSÍTÓJA	BIZTOSÍTOTT VEZETÉKNÉVE	BIZTOSÍTOTT KERESZTNÉVE	SZÜLETÉSI DÁTUMA	NEME	ÁLLAMPOLGÁRSÁGA	STUORI KÁRTYA SZÁMA	BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK KEZDETE (HATÁLYOS-TÓL)	BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK VÉGE (HATÁLYOS-IG)	BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAKRA VONATKOZÓ DÍJ/FT	KOCKAZATVISELÉS KEZDETE (BIZTOSÍTOTT) NYILATKOZAT ÉS AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI KÁRTYA ALÁÍRÁSAT KÖVETŐ NAP-DÁTUMA	SZTE KAR MEGNEVEZÉSE	VÁLASZTOTT MODUL MEGNEVEZÉSE	BIZTOSÍTOTT E-MAIL CÍME	BIZTOSÍTOTT ÚTLEVÉL SZÁMA
---	----------------------------	----------------------------	---------------------	------	-----------------	---------------------------	---	--	---	--	-------------------------	------------------------------------	----------------------------	---------------------------------

3. Az UNI-MED Szeged Kft. az alapellátáshoz való jogosultságot ellenőrzi a Modulo rendszeren keresztül történő bejelentkezés, időpont foglalás keretében.

Sürgősségi ellátásnál a Generali STUDIUM Egészségbiztosítási Kártya bemutatása illetve előfinanszírozás szükséges, szakellátás pedig csak uni-med alapellátói beutalóval vehető igénybe.

4. Ezt követően a Modulo rendszer tartalmazza a teljes, aktuális biztosítotti listát, melybe az SZTE adatszolgáltatással megbízott szervezeti egysége (Hallgatói Szolgáltatói Iroda / HSZI) az újonnan csatlakozott hallgatókat folyamatosan felvezeti. A Modulo rendszerben a Biztosító minden hónap 10. napjáig ellenőrzi az újonnan belépett hallgatók adatait, majd az új biztosítottak után a Biztosító kiállítja a számlát, a Modulo rendszerben pedig megjelöli, hogy adott sorszámú számla mely hallgatókra vonatkozik.

5. Érvényes Adatszolgáltatási lista minden esetben az utolsóként a Moduloban szereplő állapot.

6. Az adatszolgáltatás során az UNI-MED Szeged Kft. a Biztosított következő adatait éri el az UNI-MED Kft. a Modulo rendszeren keresztül :

- oktatási azonosító
- biztosított neve (vezetéknev)
- biztosított neve (keresztnev)
- biztosított születési dátum
- biztosított neme
- biztosított állampolgársága
- biztosított Egészségbiztosítási kártya sorszáma
- biztosítási időszak kezdete
- biztosítási időszak vége
- biztosítási időszakra vonatkozó díj/Ft
- kockázatviselés kezdete
- SZTE kar megnevezése
- alap biztosításon felül választott modul megnevezése
- biztosított e-mail címe
- útlevél száma
- bankszámlaszám ETR-ből



Ügyféltájékoztató

és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések

Hatályos: 2019. július 1-jétől

Tartalomjegyzék

I. A biztosítóra vonatkozó tájékoztató adatok	3	XII. Adminisztrációs díj	11
II. Ügyfélszolgálat.	3	XIII. A befizetett biztosítási díj elszámolásának sorrendje	11
III. Panaszügyintézés	3	XIV. A díjfizetés módja.	11
IV. Felügyeleti hatóság	4	XV. A biztosításközvetítő	11
V. A Pénzügyi Békéltető Testület eljárása, a közvetítői eljárás és a bírói út igénybevétele	5	XVI. Kedvezmények igénybevétele	12
VI. A biztosítási titokra vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók	5	XVII. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) alaki követelményei és hatályosságának feltételei.	12
VII. A személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatás.	8	XVIII. Egyéb rendelkezések.	12
VIII. Az élet-, baleset- és betegségbiztosításokra (egészségbiztosításokra) vonatkozó tudnivalók	10	XIX. Irányadó jog, joghatóság kikötése.	13
IX. Az általános forgalmi adó megtérítése.	10	XX. Távértékesítési tájékoztató	13
X. Tájékoztatás adóügyi illetőségről.	10	XXI. Elektronikus szerződéskötés szabályai	13
XI. Késedelmi kamat	10	XXII. Jelen ügyféltájékoztatónak a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseitől lényegesen eltérő rendelkezései	14

Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések

Köszönjük bizalmát, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával a Generali Biztosító Zrt. társasághoz fordult.

Kérjük, szíveskedjék figyelmesen elolvasni alábbi tájékoztatónkat, amelyben bemutatjuk társaságunk főbb adatait, tájékoztatjuk a fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó szervezeti egységeinkről, felügyeleti szervünk megnevezéséről és székhelyéről, az ügyfélpanaszoknak – azok jellege szerint – a Magyar Nemzeti Bankhoz és a Pénzügyi Békéltető Testülethez való előterjesztésének a lehetőségéről, a bírói út igénybevételéről, valamint megismertetjük az adatvédelem és adatkezelés legfontosabb szabályait.

Felsoroljuk továbbá azokat a szervezeteket, amelyek részére társaságunk az ügyfelek – biztosítási titkot képező – adatait a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bt.) alapján kiadhatja. Külön kitérünk a biztosítási ajánlat aláírása előtt szükséges leglényegesebb tudnivalókra, közöttük a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati ismeretekre, amelyek birtokában a szerződéskötési szándékát kifejező jognyilatkozatát megfontoltan teheti meg. Megjelöljük a biztosítási szerződésre vonatkozó adózással kapcsolatos szabályokat.

Jelen Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések (a továbbiakban: Ügyféltájékoztató) a fentiekben túl tartalmazza a létrejött biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezéseket is.

Az Ügyféltájékoztatóban foglalt rendelkezéseken túl a biztosítási szerződéssel létrejövő jogviszony tartalmát képezik, továbbá – a biztosítási szerződés típusától függően – a biztosításra vonatkozó általános szerződési feltételek, az egyes biztosítási szerződésekre vonatkozó különös és kiegészítő szerződési feltételek, valamint a szerződő/biztosított nyilatkozatai, és a biztosító által feltett kérdésekre adott válaszai.

A jelen Ügyféltájékoztatóban, az általános, valamint a különös és kiegészítő biztosítási feltételekben (a továbbiakban együtt: általános feltételek) nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

I. A biztosítóra vonatkozó tájékoztató adatok

A Generali Biztosító Zrt. – korábbi cégneven: Generali-Providencia Biztosító Rt., majd Generali-Providencia Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság, majd Generali-Providencia Biztosító Zrt. – a Providencia Osztárk-Magyar Biztosító Rt. és a Generali Budapest Biztosító Rt. egyesülésével jött létre 1999. év április hó 30. napján.

A társaság az IVASS által vezetett olasz Biztosítói Csoportok Nyilvántartásában 26-os számon szereplő Generali Csoporthoz tartozik.

A társaság neve: Generali Biztosító Zrt.

A társaság alaptőkéje (jegyzett tőkéje): 4 500 000 000 Ft

Alap (jegyzett) tőke ténylegesen rendelkezésre bocsátott összege: 4 500 000 000 Ft

A társaság székhelye: 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44.

A székhely állama: Magyarország

Cégjegyzékszám: 01-10-041305

Adószáma: 10308024-4-44

Nyilvántartja: a Fővárosi Törvényszék Cégbírósága

Fő tevékenységi köre: nem-életbiztosítás

A társaság cégformája: részvénytársaság

Működési módja: zártkörű

Telefon: +36 1 452 3333

A társaság egyedüli részvényese: Generali CEE Holding B.V.

Cégjegyzékszám: Amszterdami Kereskedelmi Kamara nyilvántartásában 34275688

Székhelye: NL 1101 BH Amszterdam, De entree 91.

A biztosító 2016. január 1-jétől kezdődően évente jelentést tesz közzé a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről. A jelentés a biztosító honlapján (generali.hu) érhető el.

II. Ügyfélszolgálat

A biztosítási szerződésével kapcsolatos kérdésével, problémájával, kérjük, forduljon bizalommal biztosításközvetítőjéhez, ügyfélszolgálati irodánkhoz, illetőleg a Telefonos Ügyfélszolgálat munkatársaihoz, vagy keresse fel internetes ügyfélszolgálatunkat. Kollégáink készséggel állnak az Ön rendelkezésére.

Az Ügyfélszolgálat elérhetőségei

Telefonos ügyfélszolgálat telefonszáma: +36 1 452 3333

Központi ügyfélszolgálat címe: 1132 Budapest, Váci út 36–38.

További ügyfélszolgálatok elérhetőségei

https://generali.hu/Ügyfélszolgálat/Kapcsolatfelvétel/Kapcsolatfelvétel_pont_kereso

Információt és támogató útmutatást – Online ügyfélszolgálat; Kapcsolatfelvétel – talál a generali.hu címen is. Internetes ügyfélszolgálatunk esetleges üzemzavara idején a Telefonos ügyfélszolgálatunk biztosítja az elérhetőséget.

III. Panaszügyintézés

Amennyiben munkatársaink segítő közreműködése ellenére sem sikerült felmerült problémáját megnyugtatóan rendezni, a **Generali Biztosító Zrt. Ügyfélkapcsolati Igazgatóságán** szóban (személyesen) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, avagy postalai úton, továbbá a megadott telefaxszámon, vagy elektronikus levelezési címen) élhet bejelentéssel, illetőleg a biztosító, a biztosító ügynöke, vagy a

biztosító által megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát az alábbi elérhetőségi címeken és módon közölheti.

Postai levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888

Telefonszám: +36 1 452 3333

Fax: +36 1 452 3927

E-mail: generali.hu@generali.com

Internet: generali.hu/Online_ugyfelszolgalat/Panaszok_bejelentese.aspx

Központi ügyfélszolgálat: 1132 Budapest, Váci út 36–38.

További ügyfélszolgálatok elérhetőségei

https://www.generali.hu/Ugyfelszolgalat/Kapcsolatfelvetel/Kapcsolatfelvetel_pont_kereso

Szóbeli panaszát személyesen valamennyi, személyes ügyélfogadásra nyitva álló ügyfélszolgálati irodánkban, annak nyitvatartási idejében teheti meg.

Írásbeli (személyesen vagy más által átadott irat útján, avagy postai úton, továbbá a megadott telefaxszámon, vagy elektronikus levelezési címen) panaszát a biztosító fenti elérhetőségein keresztül közölheti.

A telefonon közölt szóbeli panasz megtételére minden munkanapon 8 órától 20 óráig biztosítunk lehetőséget.

Társaságunk panaszkezelési eljárásával, a panaszkezelés módjával és a panaszkezelési nyilvántartás vezetésével kapcsolatos további részletes információkat talál honlapunkon, illetőleg az ügyfélszolgálati irodáinknál kihelyezett panaszkezelési szabályzatban.

Tájékoztatjuk, hogy az Európai Unió tagállamaiban bevezetett alternatív, az Európai Parlament és a Tanács fogyasztói jogviták online rendezéséről szóló, 2013. május 21-i 524/2013/EU rendelete (Rendelet) alapján az Európai Bizottság létrehozta az uniós szintű online vitarendezési platformot (platform), amely az alábbi internetes oldalon érhető el: <http://ec.europa.eu/odr>

A platformon az Unióban tartózkodási hellyel rendelkező fogyasztók (magánszemélyek), az Unióban letelepedett kereskedőkkel szemben, online szolgáltatási szerződéssel kapcsolatos jogvitáik bírósági eljárásen kívüli rendezését kezdeményezhetik. Az online vitarendezési platform felhasználható a pénzügyi fogyasztói viták rendezéséhez.

A Rendelet nem alkalmazandó a fogyasztók és kereskedők közötti azon vitákra, amelyek a nem internetes (offline) úton létrejött szerződések kapcsán, illetve kereskedők között merülnek fel.

A Rendelet hatálya közvetlenül kiterjed a Magyarországon székhellyel rendelkező pénzügyi szolgáltatókra, így a Generali Biztosító Zrt-re is, amennyiben a fogyasztó és a biztosító között létrejött biztosítási szerződést a fogyasztó a biztosító, vagy biztosításközvetítő weboldalán (jellemzően biztosításközvetítő személyes közreműködése nélkül) elérhető, szerződéskötést lehetővé tévő alkalmazások igénybevételével kötötte meg.

A Rendelet értelmében a fogyasztók a platform használatával online kezdeményezhetik a jogvita bírósági eljárásen kívüli rendezését. A jogvita peren kívüli rendezésére Magyarországon a Pénzügyi Békéltető Testület jogosult.

Az online vitarendezési platformról a Magyar Nemzeti Bank tájékoztatót adott ki, mely az alábbi internetes oldalon érhető el:

<http://mnb.hu/felugyelet/engedelyezes-es-intezmenyfelugyeles/fogyasztovedelmi-kapcsolattartoknak-szolo-informaciok/online-vitarendezesi-platform>

IV. Felügyeleti hatóság

IV.1. A biztosító felügyeleti szerve a Magyar Nemzeti Bank (a továbbiakban: MNB vagy Felügyelet)

A Felügyelet elérhetőségei

Székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.

Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest

Központi telefon: +36 1 428 2600

Központi fax: +36 1 429 8000

E-mail: info@mnb.hu

Webcím: <http://mnb.hu/felugyelet>

Ügyfélszolgálat címe: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Ügyfélszolgálat telefonszáma: +36 80 203 776

Ügyfélszolgálat elektronikus levelezési címe: ugyfelszolgalat@mnb.hu

Felhívjuk a figyelmét a Felügyelet fogyasztóvédelmi honlapjára (<http://mnb.hu/fogyasztovedelem>), az ott elérhető tájékoztatókra és összehasonlítást segítő alkalmazásokra.

IV.2. Társaságunk az MNB által felügyelt tevékenység folytatására jogosult szervezet, amely tevékenységünk vonatkozásában a Felügyelet – kérelemre vagy hivatalból indított eljárás keretében – ellenőrzi

- a biztosító által nyújtott szolgáltatást igénybe vevő fogyasztóval szemben tanúsítandó magatartásra vonatkozó kötelezettséget megállapító, a Bit-ben vagy az annak felhatalmazása alapján kiadott jogszabályban előírt rendelkezések, valamint
- a fogyasztókkal szembeni tisztességtelen kereskedelmi gyakorlat tilalmáról szóló törvény rendelkezéseinek,
- a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló törvény rendelkezéseinek, továbbá
- az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló törvény rendelkezéseinek [az a)-d) pont a továbbiakban együtt: fogyasztóvédelmi rendelkezések], továbbá
- a pénzügyi fogyasztói jogvitával kapcsolatos kötelezettség betartását, és – ide nem értve a szerződés létrejöttének, érvényességének, joghatásainak és megszűnésének, továbbá a szerződésszegésnek és annak joghatásainak megállapítását – eljár a rendelkezések megsértése esetén (a továbbiakban: fogyasztóvédelmi eljárás).

Fogyasztóvédelmi eljárást a Felügyeletnél a Magyar Nemzeti Bankról szóló törvény szerinti fogyasztónak minősülő személy kezdeményezhet, abban az esetben, ha a biztosítónál panaszát már korábban előterjesztette, azonban a panaszára nem kapott választ, vagy a panasz kivizsgálása nem jogszerűen történt, vagy a biztosító válaszából egyéb, a fentiekben meghatározott jogszabályokban előírt fogyasztói jogot sértő körülményt vélemez.

A biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és joghatásaival kapcsolatos jogvitákban a Felügyeletnek nincs hatásköre eljárni.

V. A Pénzügyi Békéltető Testület eljárása, a közvetítői eljárás és a bírói út igénybevétele

- V.1. A Pénzügyi Békéltető Testület az MNB által működtetett szakmailag független testület. A biztosítási szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatos esetleges pénzügyi fogyasztói jogviták bírósági eljáráson kívüli rendezése érdekében a fogyasztó írásban benyújtott kérelmet terjeszthet elő a Pénzügyi Békéltető Testületnél. A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség létrehozását kíséri meg, ennek eredménytelensége esetén az ügyben döntést hoz a fogyasztói jogok egyszerű, gyors, hatékony és költségkímélő érvényesítésének biztosítása érdekében.

A Testület eljárása megindításának feltétele, hogy azt megelőzően a fogyasztó a biztosítóval közvetlenül megkísérlelje a vitás ügy rendezését vagy a biztosítónál eredménytelenül méltányossági kérelemmel éljen.

A Pénzügyi Békéltető Testület elérhetőségei

Székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.

Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina, krt. 39.

Levélcím elszámolással, szerződésmódosulással kapcsolatos ügyekben: 1539 Budapest Pf. 670

Levélcím általános ügyekben: Pénzügyi Békéltető Testület H-1525 Budapest Pf. 172

Telefon: +36 80 203 776

A Pénzügyi Békéltető Testület működésével kapcsolatos egyéb lényeges információk (így a Testület eljárási szabályzata) megtalálhatóak a <http://mnb.hu/bekeltetes> honlapon.

- V.2. A permegelőző, konfliktuskezelő, vitarendezési eljárások közül – a Pénzügyi Békéltető Testületi eljáráson kívül – közvetítői eljárás is kezdeményezhető, a közvetítői tevékenységről szóló 2002. évi LV. törvény alapján.
- V.3. A biztosítási szerződésből eredő igények a fentiekben megjelölt alternatív vitarendezési módok mellőzésével bírói úton is érvényesíthetők. A bíróság eljárására a Polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény rendelkezéssel irányadóak.

VI. A biztosítási titokra vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

VI.1. A biztosítási titok

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.

Biztosítási titkot képeznek különösen az alábbi adatok:

- a biztosító ügyfeleinek személyi adatai;
- a biztosított vagyontárgy és annak értéke;
- a biztosítási összeg;
- élet-, baleset-, betegség- és felelősségbiztosítási szerződés esetén az egészségi állapottal összefüggő adatok;
- a kifizetett biztosítási összeg mértéke és a kifizetés ideje;
- a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tény és körülmény.

VI.2. A biztosítási titok megtartására vonatkozó rendelkezések

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

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

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

VI.2.1. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyszéssel,
- 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) az adóhatósággal abban az esetben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkoztatási kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivattal,
- 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 titkoszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervvel,

- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvető biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
- q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adata 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 biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fentebb meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

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

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét 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 közgazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B–43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

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

VI.2.2. A biztosító 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, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, káros 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.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és ványon 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 hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvény (Hpt.) 164/B. § szerinti adattovábbítás.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn továbbá 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 2017. évi LIII. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a biztosító vagy a viszontbiztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmus-finanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.

VI.2.3. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:

- a) ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- b) ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.

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

VI.2.4. 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.

Fentiekben meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

A biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a VI.2.1. pont b), f) és j) pontjai, illetve a VI.2.2. a)–b) pontjai pont alapján végzett adattovábbításokról.

A biztosító a VI.2.1.–VI.2.4. továbbá a VI.3. pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbítja.

- VI.2.5. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

VI.3. A veszélyközösség védelme

Tájékoztatjuk, hogy a biztosított veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében társaságunk – 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 Bit. 149. §-ában biztosított felhatalmazás alapján, 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)–(6) 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.

Társaságunk ennek keretében,

- baleset és betegség, továbbá az életbiztosítási ágazatokhoz tartozó biztosítások teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
 - a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
 - b) a biztosított személy adatfelvételkor, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó 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;
- szárazföldi járművek (sínpályához kötött járművek nélkül), sínpályához kötött járművek, légi járművek, hajók, szállítmány, tűz- és elemi károk, egyéb vagyoni károk, hitel, kezesség és garancia, különböző pénzügyi veszteségek, jogvédelem, segítségnyújtás ágazatokhoz tartozó biztosítások teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
 - a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
 - b) a biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
 - c) az b) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett 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;
- a szárazföldi járművekkel kapcsolatos felelősség, (beleértve a fuvarozó felelősségét is, és ideértve a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítást), a légi járművekkel kapcsolatos felelősség, a hajókkal kapcsolatos felelősség, valamint az általános felelősségbiztosítási ágazatokhoz tartozó biztosítások teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
 - a) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait;
 - b) a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett azonosító adatait, továbbá az előző bekezdés b)–e) pontjában meghatározott adatokat;
 - c) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkor, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - d) a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatokat;
 - e) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.
- a szárazföldi járművek (sínpályához kötött járművek nélkül) és a szárazföldi járművekkel kapcsolatos felelősség (beleértve a fuvarozó felelősségét is, és ideértve a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítást) biztosítási ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatosan a jármű azonosító adatai (rendszer, alvázszáma) alapján – a szárazföldi járművekkel kapcsolatos felelősség, (beleértve a fuvarozó felelősségét is, és ideértve a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítást) ágazathoz tartozó károk esetén a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – társaságunk jogosult az alábbi adatokat kérni:
 - a) az adott járművet érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat, így különösen a káresemény időpontjára, jogalapjára, a jármű sérüléseire és az azokkal kapcsolatos károk megtérítésére vonatkozó adatokat, ideértve a megkereső biztosító által megjelölt gépjárműben bekövetkezett, de nem gépjármű által okozott károk adatait is,
 - b) az adott járművet érintően a biztosító által elvégzett kárfelvétel tényeire, a kár összegére vonatkozó információkat.

A társaságunk által megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni társaságunknak.

Társaságunk a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti. Ha a megkeresés eredményeként a társaságunk tudomására jutott adat társaságunk jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés fentebb meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.

Ha a megkeresés eredményeként társaságunk tudomására jutott adat társaságunk 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.

Társaságunk az e célból végzett megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a személyes adataihoz hozzáférést biztosít. Ha az ügyfél a személyes adataihoz hozzáférést kér és társaságunk – a fentiekben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről tájékoztatja a kérelmezőt.

Társaságunk 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 teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

A biztosító a veszélyközösség védelme érdekében történő adatátvitel folytán más biztosítótól beszerzett adatokat a fent részletezett feltételekkel és időtartam elteltéig kezeli.

VII. A személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatás

A jelen adatkezelési tájékoztató keretében, az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (2016. április 27.) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről (a továbbiakban: Adatvédelmi Rendelet) alapján tájékoztatjuk Önt arról, hogy az Ön személyes adatait hogyan és milyen célokkal kezeljük.

VII.1. Ki fogja kezelni az Ön személyes adatait?

Az adatok kezelője („adatkezelő”) a Generali Biztosító Zrt.

VII.2. Hogyan kezeljük és használjuk az Ön személyes adatait?

Társaságunk az alábbi célokból kezeli az Ön személyes adatait:

- a) a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, nyilvántartása, állományban tartása,
- b) kockázatvállalás, kockázat elbírálás és kockázatkezelés,
- c) a biztosítási szerződésből származó követelések megítélése,
- d) a biztosító üzleti érdeke, és a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása,
- e) panaszok kezelése,
- f) pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának megelőzése és megakadályozása, adóügyi illetőség megállapítása.

Társaságunk a személyes adatokat

- a) a biztosítási szerződés teljesítése,
- b) a biztosítási szerződésből eredő jogi igények előterjesztése, érvényesítése, védelme
- c) jogi kötelezettség teljesítése (számviteli bizonylatok kezelése és megőrzése, pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának megelőzése és megakadályozása, adóügyi illetőség megállapítása, panaszkezelési tevékenység)
- d) egészségügyi adatok kezelése esetében az Ön kifejezett hozzájárulása
- e) jogos érdekének érvényesítése (így különösen: teljesítménymutatók figyelése, kockázatelbírálási és károkkal kapcsolatos kockázatok kezelése, visszaélések megakadályozása céljából)

alapján kezeli.

VII.3. Milyen személyes adatokat kezelünk?

Kizárólag azokat a személyes adatokat kezeljük, amelyek a fent említett adatkezelési célok eléréséhez szükségesek, és a cél elérésére alkalmasak. Társaságunk különösen az alábbi adatokat kezeli attól függően, hogy Ön milyen biztosítási szerződést köt velünk.

- természetes személyi azonosító adatok, lakcím, nem
- egyéb azonosító adatok (pl. adóazonosító jel, rendszám, telefonszám, e-mail cím)
- pénzügyi adatok (pl. bankszámlaszám, jövedelemre, megtakarításra vonatkozó adatok)
- a biztosítási szerződésre vonatkozó adatok, ideértve a biztosítási szerződésre bejelentett igények/károk adatait is (pl. a biztosított vagyontárgyra, a kockázatviselés helyére vonatkozó adatok, fényképek, vagy személybiztosítások, illetve személyi károk esetén akár egészségügyi adatok).

Bizonyos esetekben harmadik személyektől kapunk Önre vonatkozóan személyes adatokat, például, ha Ön biztosítási alkusz közreműködésével köt nálunk biztosítást, vagy alkuszon keresztül jelent biztosítási igényt, kárigényt.

VII.4. Kikkel osztjuk meg az Ön személyes adatait?

Az adatkezelések során külső szolgáltatókat (mint adatfeldolgozókat) és függő biztosításközvetítőket veszünk igénybe, akik részére az Ön adatait átadhatjuk. Adatfeldolgozóinkat Ön a www.general.hu weboldalunkról elérhető adatkezelési tájékoztatóból ismerheti meg, társaságunk mindenkor függő biztosításközvetítőiről pedig Ön a Magyar Nemzeti Bank, mint pénzügyi felügyelet honlapján tájékozódhat <http://mnbb.hu/felugyelet/engedelyezes-es-intezmenyfelugyeles/placi-szereplok-keresese>

VII.5. Miért van szükségünk arra, hogy Ön megadja a részünkre a személyes adatait?

Személyes adatainak a megadására a biztosítási szerződés megkötése és teljesítése érdekében van szükség. Meghatározott összegű és típusú biztosítások esetén az adatok szolgáltatását jogszabály írja elő számunkra, a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának megelőzése és megakadályozás érdekében. Az adatszolgáltatás elmaradása ezért – különösen ez utóbbi esetben – azzal a következménnyel jár Önre nézve, hogy nem kötünk Önnel szerződést. Ugyanilyen következménnyel járhat az is, ha a biztosítás megkötéséhez egészségügyi kockázatfelmérés, vagy az Ön személyi körülményeire, vagyoni helyzetére vonatkozó igényfelmérés szükséges, azonban Ön az ehhez szükséges adatainak a kezeléséhez nem járul hozzá.

VII.6. Az Önt megillető jogok a személyes adatainak a kezelésével kapcsolatban

- **Hozzáférés** – Ön jogosult arra, hogy társaságunktól visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak a kezelése folyamatban van-e, és jogosult arra, hogy a személyes adataihoz hozzáférést kapjon.
- **Helyesbítés** – Ön jogosult arra, hogy társaságunktól személyes adatainak a helyesbítését vagy kiegészítését kérje, ha azok pontatlanok vagy hiányosak.

- **Törlés** – Ön kérheti személyes adatainak a törlését, amennyiben az alábbi indokok valamelyike fennáll:
 - a) a személyes adatokra már nincs szükség abból a célból, amelyből azokat gyűjtöttük vagy más módon kezeltük;
 - b) Ön visszavonja az adatkezelés alapját képező hozzájárulását, és az adatkezelésnek nincsen más jogalapja;
 - c) Ön a tiltakozik a jogos érdeken alapuló adatkezelés ellen, ideértve a jogos érdekre alapított profilalkotást is és nincsen elsőbbséget élvező jogszabály az adatkezelésre, vagy abban az esetben, ha az Ön adatainak a kezelése közvetlen üzletszerzés érdekében történik, és Ön tiltakozik adatainak ilyen célból történő kezelése ellen, ideértve a profilalkotást is amennyiben az közvetlen üzletszerzéshez kapcsolódik
 - d) a személyes adatokat jogellenesen kezelték;
 - e) a személyes adatokat az társaságunkra alkalmazandó uniós vagy tagállami jogban előírt jogi kötelezettség teljesítéséhez törölni kell;
 - f) a személyes adatok gyűjtésére az Adatvédelmi Rendeletben hivatkozott információk társadalommal összefüggő szolgáltatások kínálásával kapcsolatosan került sor.
- **Korlátozás** – Ön kérheti, hogy társaságunk korlátozza személyes adatainak a kezelését, ha az alábbiak valamelyike teljesül
 - a) Ön vitatja a személyes adatok pontosságát, ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amely lehetővé teszi, hogy az adatkezelő ellenőrizze a személyes adatok pontosságát.
 - b) Az adatkezelés jogellenes és Ön ellenzi az adatok törlését, és e helyett kéri azok felhasználásának korlátozását
 - c) Társaságunknak már nincsen szüksége a személyes adatokra adatkezelés céljából, de Ön igényli azokat jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez;
 - d) Ön tiltakozott az adatkezelés ellen; ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amíg megállapításra nem kerül, hogy társaságunk jogos indokai elsőbbséget élveznek-e az Ön jogos indokaival szemben.
- **Adathordozhatóság** – Ön kérheti, hogy társaságunk az Ön adatait egy másik adatkezelőnek továbbítsa, és/vagy arra, hogy az Önre vonatkozó személyes adatokat Ön tagolt, széles körben használható, géppel olvasható formátumban megkapja.
- **A hozzájárulás visszavonása** – Ha az adatkezelés az Ön által adott hozzájáruláson alapul, akkor Ön jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni.

Ön a személyes adatainak a kezelésével kapcsolatos, a fenti jogain alapuló kérelmeit, tiltakozását a jelen tájékoztatóban feltüntetett elérhetőségi címek bármelyikén bejelentheti, társaságunk adatvédelmi tisztviselőjének címezve. A kérelmeket, tiltakozásokat, panaszokat a Központi ügyfélszolgálati és panaszkezelési csoport bírálja el az adatvédelmi tisztviselő bevonásával, és indokolatlan késedelem nélkül, de mindenféleképpen a kérelem beérkezésétől számított egy hónapon belül tájékoztatja Önt a kérelem nyomán hozott intézkedéséről. Az intézkedés és tájékoztatás az Ön részére díjmentes, kivéve, ha a kérelem túlzó jellegű vagy egyértelműen megalapozatlan.

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

VII.7. A személyes adatainak a kezelésével szembeni tiltakozás joga

Amennyiben az Ön személyes adatainak a kezelése jogos érdeken alapul, ideértve a jogos érdeken alapuló profilalkotást vagy közvetlen üzletszerzési célú adatkezelést is, Ön jogosult arra, hogy a saját helyzetével kapcsolatos okokból bármikor tiltakozzon ezen jogos érdeken alapuló adatkezeléssel szemben.

VII.8. Meddig tároljuk az Ön személyes adatait?

- a) A biztosítási szerződés teljesítésével kapcsolatos adatkezelés esetén:
Az Ön adatait a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeljük, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezeljük, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- b) a biztosítási szerződésből eredő jogi igények előterjesztésén, érvényesítésén, védelmén alapuló adatkezelés esetén:
Amíg az adott jogi igényrel kapcsolatban a bírósági jogérvényesítés lehetősége fennáll.
- c) jogi kötelezettség teljesítésén alapuló adatkezelés esetén:
Mindaddig, amíg azt a kötelező adatkezelést előíró jogszabály előírja. Ennek keretében például a számviteli bizonylatnak minősülő dokumentumokat 9 évig, míg a pénzmosás és terrorizmus megelőzése és megakadályozása érdekében kezelt adatokat 8 évig kötelesek vagyunk megőrizni.
- d) hozzájáruláson alapuló adatkezelés esetén a hozzájárulás visszavonásáig.
- e) jogos érdeken alapuló adatkezelés esetén, amíg az ennek alapjául szolgáló körülmények fennállnak.

VII.9. Hová fordulhat panaszával?

Amennyiben Önnek a személyes adataival kapcsolatos tiltakozását, panaszát, kérelmeit társaságunknál nem sikerült megnyugtató módon rendeznie, vagy az Ön megítélése szerint az Önre vonatkozó személyes adatok kezelése megsérti az Adatvédelmi Rendeletet, Ön a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult panaszbejelentést tenni.

A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság elérhetőségei:

Székhely: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.
Levelezési cím: 1530 Budapest, Pf. 5
Telefon: 06 1 391 1400
Telefax: 06 1 391 1410
E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu
Web: naih.hu

Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz fordulni. A pert Ön – választása szerint – a lakóhelye vagy tartózkodási helye szerint illetékes törvényszék előtt is megindíthatja.

VIII. Az élet-, baleset- és betegségbiztosításokra (egészségbiztosításokra) vonatkozó tudnivalók

VIII.1. Adózási tudnivalók

- VIII.1.1.** Adómentes a magánszemély számára történő szolgáltatás, ha az haláleseti, baleseti, betegségi, illetve a jogszabálynak megfelelő nyugdíjbiztosítási, vagy járadékbiztosítási szolgáltatásnak minősül. Ezen kifizetésekhez kapcsolóan a magánszemélynek adókötelezettsége nincs.
- VIII.1.2.** Kamatjövedelem keletkezhet, ha a biztosító teljesítése nem minősül adómentesnek, egyéb jövedelemnek, vagy más adóköteles jövedelemnek (így kamatjövedelem keletkezhet a lejáratú szolgáltatásból, visszavásárlásból, részvisszavásárlásból). Kamatjövedelemnek minősül a biztosítói teljesítésnek az a része, amely meghaladja a befizetett biztosítási díj összegét, azzal, hogy befizetett díjként nem vehető figyelembe a kockázati biztosítás díjaként teljesített összeg. A kamatjövedelem csökkenthető a kamatjövedelem 50 százalékaival, ha a szerződés létrejöttét követően egyszeri díjas szerződés esetén 3 év, rendszeres díjas szerződés esetén 6 év eltelt, illetve 100 százalékaival, ha a szerződés létrejöttét követően egyszeri díjas szerződés esetén 5 év, rendszeres díjas szerződések esetén 10 év eltelt. Ha a szerződésre rendkívüli (eseti) díj befizetése történik, akkor az a kamatjövedelem elszámolása szempontjából társaságunknál önálló, egyszeri díjas szerződésként kerül figyelembevételre. A kamatjövedelemből a biztosító által 15% személyi jövedelemadó kerül levonásra. E jövedelmet és a levont adót a magánszemélynek nem kell a bevallásban szerepeltetnie.
- VIII.1.3.** Más jövedelemként (a pótoló jövedelemre vonatkozó szabályok szerint) adóköteles a kifizető díjfizetésével létrejött baleset-, betegségbiztosítási szerződés jövedelempótló, valamint az eltelt napok száma alapján meghatározott szolgáltatásból a napi 15 ezer forintot meghaladó rész, abban az esetben, ha a biztosítás díja a kifizetőnél adómentes jövedelemként került elszámolásra. A kifizetésekor a biztosító által levonásra kerül az adóköteles jövedelmet terhelő adóelőleg. E jövedelmet a magánszemély köteles az adóbevallásában szerepeltetni.
- VIII.1.4.** Egyéb jövedelemként adóköteles a határozatlan tartamú, kizárólag halál esetére szóló életbiztosítás visszavásárlási, részvisszavásárlási összegéből a magánszemély által megfizetett díj és a kifizető (munkáltató) által megfizetett adóköteles díj együttes összegét meghaladó rész, feltéve, hogy e szerződéshez kapcsolódóan bármely kifizető (munkáltató) adómentes díjat fizetett. A kifizetésekor a törvény szerint megállapított adóalapból a biztosító által levonásra kerül 15% személyi jövedelemadó-előleg. E jövedelmet a magánszemély köteles adóbevallásában szerepeltetni, továbbá a magánszemély köteles az e jövedelem utáni 19,5%-os szociális hozzájárulás fizetési és bevallási kötelezettségét is rendezni.
- Amennyiben bármely biztosítói teljesítésre nem magánszemély (például gazdálkodó) jogosult, akkor a biztosító a fentiekől eltérően adókötelezettséget nem állapít meg, a teljesítés tartalma alapján az érintett szolgáltatásra jogosult a rá vonatkozó jogszabályi előírások szerint köteles elszámolni a biztosítótól származó bevételét, illetve ahhoz kapcsolódó esetleges adókötelezettséget.
- VIII.1.5.** A 2014. január 1-jétől, vagy azt követő időponttól létrejött, a hatályos törvényi követelményeknek megfelelő nyugdíjbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan a magánszemély szerződő a tárgyévi összevont adóalapja után fizetendő, más kedvezményekkel csökkentett személyi jövedelemadója terhére rendelkezhet akként, hogy az általa megfizetett biztosítási díj 20 százaléka, maximum 130 ezer forint átutalásra kerüljön a nyugdíjbiztosítási szerződésére. Részletes tájékoztató az érintettek számára a biztosítás megkötésekor kerül átadásra.
- VIII.1.6.** Az előbbieken ismertetett szabályok a jövőben változhatnak, ezért felhívjuk szíves figyelmét arra, hogy saját érdekében is kövesse a jogszabályváltozásokat, különösen a személyi jövedelemadóról szóló törvény, az egészségügyi hozzájárulásról szóló törvény, valamint az adózás rendjéről szóló törvény rendelkezéseinek esetleges változását. Az aktuális szabályokról társaságunk honlapján is folyamatosan tájékozódhat.

VIII.2. A technikai kamatláb megváltoztathatósága

A biztosító az élet-, továbbá a baleset- és betegségbiztosítások (egészségbiztosítások) esetében jogosult a technikai kamatlábát a biztosítási szerződés tartama alatt megváltoztatni, azzal a feltétellel, hogy a változtatásra csak akkor kerülhet sor, ha a technikai kamatlábak legnagyobb mértékéről szóló jogszabályban rögzített technikai kamatláb legnagyobb mértéke módosul. A módosítás mértéke nem haladhatja meg a jogszabály módosításában foglalt mértéket.

IX. Az általános forgalmi adó megtérítése

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a biztosító a biztosítási szerződésből eredő kötelezettségével összefüggésben, a károsító eseményt megelőző állapot visszaállításához vagy a bekövetkezett kár következményeinek megszüntetéséhez szükséges, általános forgalmi adó (áfa) köteles szolgáltatás ellenértéke (anyag-, javítási, illetve helyreállítási költség) után az áfa összegének megfelelő összeg megtérítésére csak olyan számla alapján vállalhat kötelezettséget, illetve térítheti meg azt az arra jogosultnak, amelyen feltüntetik az áfa összegét, vagy amelyből annak összege kiszámítható, feltéve, hogy a jogosultnak az áfa összege jogszabály alapján az állami költségvetésből nem térül meg.

X. Tájékoztató adóügyi illetőségről

- X.1.** A biztosító az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.), valamint 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) szerint előírt adóügyi illetőségvizsgálatot elvégzi, és ehhez az ügyfél szükséges adatait és nyilatkozatait kezeli. Amennyiben adóügyi szempontból a szerződő, illetve az a személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosult amerikai, vagy egyéb külföldi illetőségű személynek minősül, úgy az Aktv., illetve a FATCA-törvény értelmében a biztosító a saját, valamint a szerződés adatait az automatikus információcsere érdekében az adóhatóság részére továbbítja.
- X.2.** A biztosító a szerződő, illetve annak a személynek az adatai és nyilatkozata alapján, aki a biztosító szolgáltatására jogosult a szerződést jelentendő, vagy nem jelentendő számlának minősíti, továbbá a szerződéskötést követően a biztosító jogosult a számla átminősítésére az Aktv., illetve a FATCA-törvényben előírt esetekben. A biztosító az általa kötött szerződések vonatkozásában folyamatosan figyelemmel kíséri az illetőségvizsgálathoz szükséges adatok és a szerződések értékének Aktv., valamint FATCA-törvény szempontjából jelentős változását.
- X.3.** Az Adóügyi illetőségvizsgálattal kapcsolatos részletes írásbeli tájékoztató a generali.hu/adougyiilletekesseg oldalon érhető el.

XI. Késedelmi kamat

A biztosító a biztosítási díj késedelmes megfizetése esetén jogosult a Polgári Törvénykönyvről szóló törvény (továbbiakban: Ptk.) 6:48. § (1) bekezdésében meghatározott késedelmi kamatot felszámítani.

Amennyiben a díjfizetésre köteles szerződő a behajtási költségátalányról szóló 2016. évi IX. törvény szerint vállalkozásnak, vagy szerződő hatóságnak minősül, úgy a biztosító a biztosítási díj késedelmes megfizetése esetén a késedelmi kamat mellett ugyanebben a törvényben meghatározott behajtási költségátalányra tarthat igényt.

XII. Adminisztrációs díj

A biztosító egyes eljárásokért adminisztrációs díjakat számíthat fel, az ezen eljárásokkal összefüggésben felmerülő költségei megtérülése érdekében. Az adminisztrációs díjakkal kapcsolatban az általános, különös és kiegészítő biztosítási feltételek további szabályozást tartalmazhatnak.

XIII. A befizetett biztosítási díj elszámolásának sorrendje

Amennyiben a szerződőnek a szerződéséből/szerződéseiből adódóan kiegyenlítetlen tartozása áll fenn társaságunkkal szemben, és a szerződő által befizetett összeg valamennyi tartozás kiegyenlítésére nem elegendő, úgy a szerződő által befizetett díj elszámolása az egyes biztosítási szerződésekre irányadó szabályozás szerint történik meg, míg ilyen szabályozás hiányában elsősorban az alábbi sorrendben: tőketartozás (díjtartozás), késedelmi kamat, adminisztrációs díj.

Amennyiben a szerződőnek egy biztosítási szerződését illetően több díjtartozása van a biztosító felé (pl. több díjrészlettel tartozik), és a befizetett díj nem fedezi valamennyi tartozását, akkor a teljesítést a régebben lejárt díjtartozásra számolja el a biztosító.

XIV. A díjfizetés módja

- XIV.1. A felek a biztosítási díj megfizetésének módjára vonatkozóan az alábbi fizetési módokon történő fizetésben állapodhatnak meg:
- készpénzáttutalási megbízással (csekk) – a biztosító a díjfizetési gyakoriságnak megfelelően postai úton juttatja el a szerződőnek az esedékes díjat tartalmazó csekket, melyet a szerződő köteles befizetni,
 - csoportos beszedési megbízással (inkasszóval) – a szerződő megbízást ad a folyószámláját vezető banknak a rendszeres díjak lehívásának engedélyezésére,
 - átutalási megbízással – a biztosító a díj esedékessége előtt (a választott díjfizetési ütemnek megfelelően) díjbekérőt küld a szerződőnek, mely alapján a szerződő megbízást ad a bankjának a díjbekérőn megjelölt díj átutalására.
- XIV.2. **Amennyiben nem áll rendelkezésre az esedékes díj megfizetésére szolgáló, a biztosító által kiállított készpénzáttutalási megbízás (csekk), díjbekérő levél vagy más dokumentum, a szerződő köteles az esedékes díjat postai csekkben vagy a biztosító legközelebbi ügyfélszolgálatán a kötvényszám feltüntetésével befizetni.**
- XIV.3. A szerződőnek rendkívüli esetben lehetősége van arra, hogy díjfizetési kötelezettségét egyéb módon teljesítse. Ezen lehetőségekről a biztosító honlapján (generali.hu), a biztosító ügynökeiél vagy a biztosító ügyfélszolgálatán tájékozódhat.
- XIV.4. A szerződő eltérő rendelkezése hiányában,
- a) ha a biztosítási szerződés a szerződő biztosítási ajánlata alapján nem jön létre, a biztosító a szerződő által esetlegesen már megfizetett biztosítási díjat
 - aa) bankkártyás fizetés esetén a szerződő lakcímre postai úton,
 - ab) átutalásos díjfizetés esetén pedig a feladó bankszámlára átutalással fizeti vissza;
 - b) ha a biztosítási szerződés megszűnik és a biztosítónak díj visszafizetési kötelezettsége keletkezik, akkor a biztosító a visszafizetendő biztosítási díjat
 - ba) bankkártyás fizetés esetén a szerződésen rögzített bankszámlára átutalással, ennek hiányában a szerződő lakcímre postai úton;
 - bb) átutalással vagy csoportos beszedési megbízással történő fizetés esetén a feladó bankszámlára átutalással;
 - bc) készpénzáttutalási megbízással (csekk) történő fizetés esetén a szerződő lakcímre postai úton fizeti vissza.

XV. A biztosításközvetítő

- XV.1. A biztosítási szerződés közvetítője lehet függő vagy független biztosításközvetítő, valamint kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy.
- XV.2. A függő biztosításközvetítő (ügynök) a biztosítási szerződést a biztosítóval fennálló jogviszonya alapján közvetíti. Függő biztosításközvetítő a többes ügynök is, aki egyidejűleg több biztosítóval fennálló jogviszonya alapján a biztosítók egymással versengő termékeit közvetíti. A függő biztosításközvetítő közvetítői tevékenysége során esetlegesen okozott károkért a biztosító felelős, és a biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni.
- XV.3. Független biztosításközvetítő az alkusz, aki az ügyfél megbízásából jár el és a biztosítók egymással versengő termékeit közvetíti.

A független biztosításközvetítő a biztosításközvetítői tevékenysége során a biztosítási szakmai szabályok megszegésével vagy elmulasztásával esetlegesen okozott károkért önállóan felel. Ez a felelőssége kiterjed a nevében (képviselésében) eljáró személyek tevékenységére is.

A független biztosításközvetítő a biztosító nevében nem jogosult biztosítási díj átvételére.

- XV.4. Kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személynek – az 575/2013/EU európai parlamenti és tanácsi rendelet 4. cikk (1) bekezdés 1. és 2. pontjában meghatározott hitelintézettől vagy befektetési vállalkozástól eltérő – természetes vagy jogi személy minősül, aki az őt megbízó biztosító, többes ügynök vagy alkusz felelősségvállalása mellett, javadalmazás ellenében a főtevékenységéhez kapcsolódóan kiegészítő jelleggel végez kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet, amennyiben az alábbi feltételek mindegyike teljesül:
- a) a személy fő szakmai tevékenysége nem a biztosítási értékesítés,
 - b) a közvetített biztosítási termék kiegészítője valamely szolgáltató által kínált terméknek vagy nyújtott szolgáltatásnak,
 - c) a közvetített biztosítási termék nem tartalmaz életbiztosítási vagy felelősségi kockázatot, kivéve, ha az ilyen életbiztosítási vagy felelősségi kockázat fedezete kiegészíti a személy által fő szakmai tevékenységeként kínált terméket vagy nyújtott szolgáltatást,
 - d) a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget előzetesen nem vesz át.
- XV.5. A biztosító képviselője – így a biztosító ügynöke is – nyomdailag előállított, és nyomdai Generali emblémával ellátott átvételi elismervény (nyugta) ellenében jogosult biztosítási díj átvételére, melynek mértékét a biztosító 250.000 Ft-ban korlátozza. Ezt meghaladó mértékű biztosítási díj átvételére a biztosító képviselője nem jogosult.

XV.6. A biztosító megbízásából eljáró függő biztosításközvetítő (ügynök) és többes ügynök a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget előzetesen nem vehet át.

XV.7. A biztosítóval munkaviszonyban álló, részére közvetlenül értékesítési tevékenységet végző, biztosításközvetítőnek nem minősülő, a Bit. 4. § (1) bekezdés 15. pont a) alpont szerinti természetes személyek (a biztosító közreműködői) teljesítményarányos díjazásban részesülnek. Ez a tájékoztatás arra az esetre is kiterjed, ha a biztosító ügyfele a biztosítási szerződéssel összefüggésben, a szerződés megkötése után teljesít fizetést – a folytatólagos, előre ütemezett díjak kivételével.

XVI. Kedvezmények igénybevétele

Abban az esetben, amennyiben a szerződő a biztosítási díj mértékét befolyásoló kedvezményt vett igénybe, melyet követően a kedvezményre jogosító körülmények megváltoznak, vagy utóbb már nem állnak fenn (pl. inkasszós fizetési mód megváltozása, inkasszós fizetés lehetetlenné válása inkasszós felhatalmazás hiányában vagy annak visszavonása miatt) úgy a szerződő a kedvezményre való jogosultságát elveszti és köteles a kedvezmény figyelembevétele nélkül számított biztosítási díj megfizetésére.

Ilyen esetben a kedvezmény nélkül számított díj akkor esedékes, amikor a biztosító erre vonatkozóan felhívást (díjbekérő, csekk küld) vagy a díj beszedési megbízással (inkasszó) történő beszedését először megkísérli.

XVII. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) alaki követelményei és hatályosságának feltételei

XVII.1. A biztosítási szerződés alanyai szerződéses nyilatkozataikat az alábbiakban meghatározott módon és formában tehetik meg, azok csak ilyen alakban érvényesek:

- a biztosító címére megküldött és aláírt postai levél,
- a biztosító által megjelölt és közzétett faxszámra elküldött és aláírással ellátott faxküldemény,
- a biztosító által megjelölt és közzétett elektronikus levelezési címre megküldött szkennelt és aláírással ellátott okirat,
- a biztosító által megjelölt és közzétett elektronikus levelezési címre megküldött nyilatkozat, amennyiben a nyilatkozatot tevő ügyfél az elektronikus kommunikációhoz előzetesen hozzájárulását adta, és a nyilatkozatot a hozzájárulás során közölt elektronikus levelezési címről továbbítja a biztosító felé,
- a biztosító bármely ügyfélszolgálatán személyesen vagy más által leadott, aláírt okirat,
- a biztosító által megjelölt és közzétett telefonszámon megtett nyilatkozat, azon jognyilatkozatok kivételével, amelyek tekintetében a telefonon történő jognyilatkozattételt a biztosító csak külön szolgáltatási szerződés megkötése esetén teszi lehetővé,
- egyes, a biztosító által meghatározott szerződésekre vonatkozó jognyilatkozatok tekintetében, külön szolgáltatási szerződés megkötése esetén, a biztosító által működtetett internetes szerződéskezelő és ügyfélszolgálati rendszerben (Szerződéseim rendszer) megtett és a biztosító által rögzített, archivált nyilatkozat,
- egyes, a biztosító által meghatározott szerződésekre vonatkozó jognyilatkozatok tekintetében, külön szolgáltatási szerződés megkötése esetén a biztosító Telefonos ügyfélszolgálatát útján megtett és a biztosító által hangfelvételen rögzített szóbeli nyilatkozat

formájában.

A nyilatkozattételi lehetőséget a biztosító egyes szerződések és nyilatkozattípusok esetében fentiekől eltérően határozhatja meg, illetve további rendelkezéseket határozhat meg, melyeket a szerződésre vonatkozó általános, vagy különös szerződési feltételek, vagy a felek között külön e tárgyban létrejött megállapodás tartalmaz.

A biztosítási esemény bejelentésére és határidejére vonatkozó rendelkezéseket a biztosítási szerződésre vonatkozó általános és különös szerződési feltételek tartalmazzák.

XVII.2. A szerződő felek a biztosítási szerződés szerződő általi felmondásának vonatkozásában írásban megtett nyilatkozatnak tekintik a nyilatkozó személy részéről aláírt azon nyilatkozatot is, melyet faxon vagy elektronikus úton továbbított szkennelt okirat formájában a biztosító által megadott elérhetőségekre.

XVII.3. A biztosító postai úton küldött küldeményeit az elküldést követő 5. munkanapon kézbesítettnek kell tekinteni, ideértve azt az esetet is, ha a küldemény a címzett – biztosító által nyilvántartott – címéről „ismeretlen helyre költözött” vagy „nem kereste” jelzéssel érkezik vissza.

Postai úton tértiveénnyel történő közlés esetében a biztosító által küldött küldeményt,

- ha annak átvételét a címzett megtagadta, úgy az átvétel megtagadása napján,
- ha a küldemény átvételét a címzett vagy annak képviselője aláírásával elismerte, úgy az átvétel napján kell kézbesítettnek tekinteni.

Az elektronikus úton küldött küldeményeket az elküldés napján kell kézbesítettnek tekinteni.

XVII.4. A biztosítóhoz címzett, távollévők között tett jognyilatkozat a biztosítóhoz való megérkezéssel, míg az elektronikus úton tett szerződési jognyilatkozat akkor válik hatályossá, amikor az a biztosító számára hozzáférhetővé válik.

XVIII. Egyéb rendelkezések

XVIII.1. 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.

XVIII.2. A felek között létrejött megállapodás a biztosítási szerződés valamennyi feltételét tartalmazza, az írásbeli szerződésbe nem foglalt korábbi megállapodások hatályukat veszítik.

XVIII.3. A biztosító kizárólag azzal a feltétellel köt biztosítási szerződést, hogy a szerződő nem áll semmilyen

- az ENSZ határozataiban rögzített szankció, korlátozás vagy tilalom alatt; vagy
- az EU vagy az USA által kihirdetett bármilyen kereskedelmi vagy gazdasági szankció, illetve törvényi, jogszabályi szankciós rendelkezés hatálya alatt, ideértve az EU pénzügyi szankciós rendeleteit és a U.S. Department of the Treasury, Office of Foreign Assets Control (OFAC) által kiadott egységes szankciós listát is.

A biztosítási szerződésben nem lehet érvényesen megjelölni olyan biztosítottat, kedvezményezettet, illetve szolgáltatásra/kifizetésre jogosult egyéb olyan személyt (a továbbiakban együttesen: kifizetésre jogosult), aki a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt állnak.

A biztosítási szerződés, illetve annak megfelelő része megszűnik, amennyiben a szerződő, illetve a kifizetésre jogosult a szerződés megkötését követően a fenti szankciók, korlátozások, vagy tilalmak hatálya alá kerül. Ilyen esetben a szerződés megszűnésének időpontja a szankció, a korlátozás, vagy a tilalom hatályba lépésének napja.

A biztosító nem teljesít szolgáltatást vagy egyéb kifizetést, amennyiben a kifizetésre jogosultak a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt állnak.

XVIII.4. A biztosító a biztosítási alapú befektetési termékek kivételével a termékeket tanácsadás nélkül értékesíti. A biztosító a biztosítási alapú befektetési termékeinek értékesítésével összefüggő tanácsadásért nem számol fel díjat.

XVIII.5. Felhívjuk a figyelmét, amennyiben a biztosítási terméket egy csomag vagy ugyanazon megállapodás részeként olyan áru vagy szolgáltatás kiegészítőjeként vásárolja meg, amely nem biztosítás, úgy az áru vagy a szolgáltatás külön történő megvásárlásának lehetőségéről az eladó, illetve a szolgáltató köteles tájékoztatást adni.

XIX. Irányadó jog, joghatóság kikötése

A biztosítási szerződésre, amennyiben a felek másként nem állapodnak meg, vagy jogszabály eltérően nem rendelkezik, a magyar jog szabályai az irányadók.

Amennyiben a szerződő fél a biztosítási szerződés létrejöttének időpontjában Magyarországon rendelkezik lakóhellyel, székhellyel vagy szokásos tartózkodási hellyel, úgy a szerződésből eredő jogviták rendezésére kizárólag a magyar bíróságok jogosultak.

XX. Távértékesítési tájékoztatás

XX.1. Ha a szerződő által megkötni kívánt biztosítási szerződés a fogyasztó és a szolgáltató egyidejű fizikai jelenléte nélkül jön létre, arra a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény (továbbiakban: távértékesítési törvény) rendelkezései irányadók.

XX.2. A távértékesítési törvény 3. § (2) bekezdésének ca) pontja és a törvény 6. §-a értelmében az e törvény szerint fogyasztónak minősülő szerződő azonnali hatállyal, indoklás nélkül felmondhatja a szerződést annak megkötésétől (a szerződés hallgatóságos létrejötte esetén az ajánlattételtől) számított 14 napon belül, amennyiben a szerződést a biztosító és a fogyasztónak minősülő szerződő kötötte meg egymással szervezett távértékesítés keretében olyan módon, hogy a szerződés megkötése érdekében a biztosító kizárólag a törvény 2. § (1) bekezdés g) pontja szerinti távközlő eszközt alkalmazott. Nem illeti meg a szerződőt a felmondási jog, olyan biztosítások esetén, amelyek időtartama nem haladja meg az egy hónapot.

Életbiztosítási szerződésekre az előbb írtak azzal az eltéréssel alkalmazandók, hogy a felmondási jog gyakorlására nyitva álló határidő attól a naptól számított 30 nap, amikor a biztosító a fogyasztót a szerződés létrejöttéről tájékoztatja.

XX.3. A felmondást írásban a biztosító ügyfélszolgálati elérhetőségeinek bármelyikére kell megküldeni, vagy személyesen benyújtani. A felmondási jogot határidőben érvényesítettnek kell tekintetni, ha a szerződő az erre vonatkozó nyilatkozatát a törvény 6. § (1)-(8) bekezdéseiben meghatározott határidő lejártá előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon a biztosítóknak elküldi.

XX.4. A biztosítási szerződés azon a napon szűnik meg, amikor az írásbeli felmondó nyilatkozat a biztosítóhoz beérkezik. A felmondásra nyitva álló határidő lejártá előtt a biztosító a szerződés alapján a szolgáltatás nyújtását csak a szerződő kifejezett hozzájárulását követően kezdheti meg. Amennyiben a szerződő a felmondásra nyitva álló határidőn belüli kockázatviselési kezdettel köti meg a szerződést, úgy azt a biztosító egyben a szolgáltatás nyújtásának megkezdésére vonatkozó hozzájárulásnak is tekinti.

XX.5. A törvény 8. §-a értelmében amennyiben a szerződő a fentiek szerinti felmondási jogát gyakorolja, a biztosító kizárólag a szerződésnek megfelelően ténylegesen teljesített szolgáltatás, azaz a szerződés megszűnésének időpontjáig viselt kockázat időarányos ellenértékét jogosult követelni. A szerződő által fizetendő összeg tehát a már teljesített szolgáltatásért (kockázatviselésért) – a szerződésben meghatározott szolgáltatás egészéhez viszonyítottan – arányosan járó összeg. A szerződés megkötésével kapcsolatos szolgáltatások ellenértéke megtérítésének is csak a ténylegesen teljesített egyéb, a szerződés tárgyát képező szolgáltatással arányos mértékben van helye. A szerződés fentiek szerinti felmondása esetén a biztosító köteles a szerződő által esetlegesen már befizetett biztosítási díjnak a szerződés megszűnéséig teljesített kockázatviselés arányos ellenértékét meghaladó részét a felmondásról szóló nyilatkozat kézhezvételét követően haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül a szerződő részére visszatéríteni. A szerződő köteles a biztosító által teljesített szolgáltatást a felmondásról szóló nyilatkozatának elküldését követően haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül a biztosító részére visszatéríteni.

XXI. Elektronikus szerződéskötés szabályai

XXI.1. Elektronikus úton jön létre a biztosítási szerződés, ha a szerződő a biztosító által üzemeltetett elektronikus értékesítési felületek használatával, elektronikus úton teszi meg az ajánlatát. Elektronikus értékesítési felületek különösen a generali.hu weboldal, biztosításközvetítő közreműködésével tett ajánlat esetén a Generali Partnerportál, valamint a Tanácsadói Honlap.

XXI.2. A biztosítási ajánlat megtételéhez, illetve a szerződés megkötéséhez az elektronikus értékesítési felületeken feltüntetett adatokat kell megadni, majd az ajánlatot az elektronikus értékesítési felületen kell beküldeni a biztosítóknak. Az elektronikus értékesítési felületen a megadott adatokat az ajánlat beküldéséig lehet módosítani. Az ajánlattétel (szerződéskötés) lépései – amelyek termékenként eltérhetnek – az elektronikus értékesítési felületeken láthatók.

XXI.3. A biztosítási szerződésre vonatkozó szerződéses feltételeket a biztosító még az ajánlat megtételét megelőzően a szerződő számára hozzáférhetővé teszi. A szerződéses feltételek megismeréséről és elfogadásáról a szerződőnek az ajánlat megtételét megelőzően nyilatkoznia kell.

XXI.4. A biztosítási ajánlat sikeres beküldéséről a biztosító emailben értesíti a szerződőt. A biztosítási ajánlat elfogadása esetén a biztosító fokozott biztonságú elektronikus aláírással és időbélyegzővel ellátott kötvényt állít ki a szerződésről.

A szerződés magyar nyelven jön létre és írásbeli szerződésnek minősül. A szerződés létrejöttének részletszabályait a biztosítási feltételek tartalmazzák.

XXI.5. A biztosító a szerződést rögzíti. A szerződés adatait a szerződő a regisztrációja aktiválása után online is megtekintheti és módosításukat bármikor kezdeményezheti a „Szerződéseim” elnevezésű online szerződéskezelő rendszerben vagy a biztosító ügyfélszolgálatán.

XXII. Jelen ügyféltájékoztatónak a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseitől lényegesen eltérő rendelkezései

Jelen fejezet nem tartalmazza az Ügyféltájékoztató azon – a biztosító által alkalmazott korábbi általános feltételektől eltérő – rendelkezéseit, melyek módosítására a 2014. március 15-én hatályba lépett, a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvénynek történő megfelelés érdekében került sor.

XXII.1. A befizetett díj elszámolásának sorrendje (XIII. pont)

Amennyiben a szerződő által a biztosító részére befizetett összeg valamennyi fennálló tartozás kiegyenlítésére nem elégséges, úgy a befizetett díj elszámolása az egyes biztosítási szerződésekre irányadó szabályozás szerint, annak hiányában jelen Ügyféltájékoztatóban foglaltak szerint történik meg.

Amennyiben szerződőnek egy biztosítási szerződését illetően több díjtartozása van a biztosító felé, úgy a befizetett díj elszámolása a jelen Ügyféltájékoztatóban foglaltak szerint történik meg.

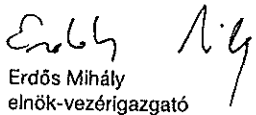
XXII.2. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) alaki követelményei és hatályosságának feltételei (XVII. pont)

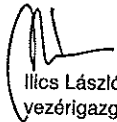
A Ptk. 6:7. §-ban foglaltaktól eltérően, a szerződő felek a biztosítási szerződés szerződő általi felmondásának vonatkozásában írásban meg tett nyilatkozatnak tekintik a nyilatkozó személy részéről aláírt azon nyilatkozatot is, melyet faxon, vagy elektronikus úton továbbított szkennelt okirat formájában a biztosító által megadott elérhetőségekre.

XXII.3. Egyéb rendelkezések (XVIII. pont)

A Ptk. 6:63. §-ában 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.

A sikeres együttműködés reményében:


Erdős Mihály
elnök-vezérigazgató


Illics László
vezérigazgató-helyettes

Hatályos: 2019. július 1-jétől



Customer Information
and General Provisions Governing Insurance Policies

Effective: July 1, 2019.

Noncomittal translation

Contents

I. Information about the Insurance Company	3	XII. Administration fee.	11
II. Customer Service.	3	XIII. Rules of Accounting for Insurance Premiums Paid	11
III. Handling Complaints	3	XIV. Method of Payment	11
IV. Financial Supervision	4	XV. Insurance Intermediary.	11
V. Financial Arbitration Board Proceedings, Mediation Proceedings, Litigation.	5	XVI. Eligibility to Discounts	12
VI. The Concept and Practice of Handling Confidential Insurance Information and Processing Personal Data.	5	XVII. Formal requirements for and conditions for the validity of legal statements (notifications, reporting)	12
VII. Notice on the Processing of Personal Data	8	XVIII. Miscellaneous Provisions.	12
VIII. Information on Life, Accident and Illness Insurance (Health Insurance) Policies	10	XIX. Governing Law, Jurisdiction.	13
IX. Refund of Value Added Tax	10	XX. Information On Distance Marketing	13
X. Information on Residence for Tax Purposes	10	XXI. Rules Applicable to Electronic Contracts.	13
XI. Interest on Late Payment	11	XXII. Provisions of the Customer Information which Substantially Derogate from the Provisions of the Hungarian Civil Code ...	14

Customer Information and General Provisions Governing Insurance Policies

Generali Private Ltd. appreciate your trust and application for concluding insurance contract.

We kindly request you to carefully read the following information whereby we wish to introduce our company, and the company's organizational units dealing with customer complaints and notifications. You will be informed about the name and address of the financial supervisory authority. You may learn how you can submit complaints to the National Bank of Hungary and to Hungarian Financial Arbitration Board, according to the nature of such complaint, or how you may bring your case to court. You will find useful information on the statutory provision governing the protection and management of personal data.

You may read the list of organizations and bodies to whom, pursuant to Act LXXXVIII of 2014 on the Business of Insurance, the insurance company is allowed to disclose personal data of customers, which qualify as confidential data related to insurance. This document will cover the most important to-dos before signing an insurance application, including information on the concepts and practice of personal data management, in order to allow you to make an informed legal statement about your intention to take out an insurance policy. You may also find useful information on the rules of taxation with respect to insurance policies.

This Customer Information and General Provisions Governing Insurance Policies (hereinafter: Customer Information) also sets out general provisions applicable to all insurance policies concluded.

In addition to the provisions set out in the Customer Information, the legal relationship concluded under the insurance shall also be subject to – depending on the type of the insurance policy – the general terms and conditions, the special and additional conditions for each policies, the statements and declarations of the policyholder/insured, as well as the filled out the questionnaire furnished by the insurance company.

All matters not regulated by the Customer Information, the general, special and additional terms and conditions (hereinafter jointly referred to as: general conditions), will be governed by the provisions of the Act on the Civil Code or the provisions of other effective Hungarian legislation.

I. Information about the Insurance Company

Generali Biztosító Zrt – formerly: Generali-Providencia Biztosító Rt. then Generali-Providencia Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság then Generali-Providencia Biztosító Zrt. – was established by the merger of Providencia Austrian-Hungarian Insurance Ltd. and Generali Budapest Insurance Ltd. on April 30, 1999.

The Company belongs to the Generali Group, which is listed in the Insurance Groups Register by IVASS under registration number 26.

The company's name: Generali Biztosító Zrt.

The company's share capital (subscribed capital): HUF 4,500,000,000

The company's paid up share capital (paid up subscribed capital): HUF 4,500,000,000

The company's registered seat: H-1066 Budapest, Teréz krt. 42–44.

State where the company is established: Hungary

Company registration number: 01-10-041305

Tax number: 10308024-4-44

Incorporated by: the Court of Registration of the Metropolitan Court of Budapest

Principal business activity: non-life insurance

Company form: company limited by shares

Company classification: private

Telephone: +36 1 452 3333

Sole owner and shareholder of the company: Generali CEE Holding B.V.

Company registration number: No. 34275688 registered by the Amsterdam Chamber of Commerce

Registered Seat: NL-1101 BH Amsterdam, De entree 91

Starting from January 1, 2016 the insurance company discloses an annual report on its solvency and financial conditions. The report is available on the insurance company's website (generali.hu).

II. Customer Service

If you have any questions or problems in connection with your insurance policy, you may contact either your insurance intermediary (insurance agent) directly, or any of our customer service offices. You may also call our Telephone Customer Service or contact us online. Our staff will be ready to assist you.

Customer Service – Contact Information

Customer Service Direct Line: +36 1 452 3333 **Address of Central Customer Service:** 1132 Budapest, Váci út 36–38.

You may find customer service points at your convenience at:

https://generali.hu/Ugyfelszolgalat/Kapcsolatfelvetel/Kapcsolatfelvetel_pont_kereso

For further information and guidance visit the company's website at generali.hu (Online Customer Service; Contact Us). If our Internet customer service is temporarily unavailable, you may contact us via our customer service direct line.

III. Handling Complaints

If your complaint could not be resolved or settled at your satisfaction despite the best efforts of our staff, you may report the issue to the **Customer Relationship Directorate of Generali Biztosító Zrt.** in person or in writing (submitting the written document in person or by a third person, or sending it in a postal or electronic mail, or by fax to the addresses contained herein). You may notify us about any complaints in

connection with the business conduct, activities or omission of the Insurer, the tide insurance intermediary, or the ancillary insurance intermediary mandated by the Insurer at any of the contact addresses set forth in the foregoing.

Mailing Address: 7602 Pécs, PO Box 888

Telephone: +36 1 452 3333

Fax: 06 1 452 3927

E-mail: generali.hu@generali.com

Internet: generali.hu/Online_ugyfelszolgalat/Panaszok_bejelentese.aspx

Central Customer Service: 1132 Budapest, Váci út 36-38.

You may find customer service points at your convenience at:

https://generali.hu/Ugyfelszolgalat/Kapcsolatfelvetel/Kapcsolatfelvetel_pont_kereso

You may notify your **written complaint** (document submitted in person, by other or by post, by fax or by e-mail to the given fax number and e-mail address) via availabilities of the Insurance Company indicated above. You can file your oral complaint in our offices opened for clients during office hours. You may also file a complaint on the telephone every working day between 8 a.m. and 8 p.m.

You may find additional information about the Company's complaints management process and practices as well as about the method of keeping records of complaints at the company's website or in the complaints management policy made available to customers in our customer service offices.

Please note that pursuant to Regulation No 524/2013/EU of the European Parliament and of the Council of 21 May 2013 on online dispute resolution for consumer disputes implemented in the Member States of the European Union, the European Union established an alternative online dispute resolution (ODR) platform at Union level, available at <http://ec.europa.eu/odr>.

The platform may be used to initiate out-of-court resolution of disputes concerning contractual obligations stemming from online sales or service contracts between a consumer (private individual) resident in the Union and a trader established in the Union. The online dispute resolution platform may also be used to settle financial consumer disputes.

The Regulation should not apply to disputes between consumers and traders that arise from contracts concluded offline and to disputes between traders.

The Regulation directly applies to financial service providers established in Hungary, including Generali Biztosító Zrt, if the insurance contract between the consumer and the insurance company has been concluded by the consumer on the website of the insurance company, or of the insurance intermediary (typically without the engagement of the insurance intermediary) through an application used for contract conclusion.

Pursuant to the Regulation consumers may initiate out-of-court resolution of disputes on the platform. The body authorized for out-of-court resolution of disputes in Hungary is the Financial Arbitration Board.

The National Bank of Hungary issued a consumer advice on the online dispute resolution (ODR) platform, which may be read at: <http://mnb.hu/felugyelet/engedelyezes-es-intezmenyfelugyeles/fogyasztovedelmi-kapcsolattartoknak-szolo-informaciok/online-vitarendeze-si-platform>

IV. Financial Supervision

IV.1. The operation of the insurance company is supervised by the National Bank of Hungary (hereinafter: NBH or Financial Supervision)

Financial Supervision – Contact Information

Registered Seat: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.

Mailing address: National Bank of Hungary, 1850 Budapest

Telephone: +36 1 428 2600

Fax: +36 1 429 8000

E-mail: info@mnb.hu

Website: <http://mnb.hu/felugyelet>

Customer Service Address: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Customer Service Direct Line: +36 80 203 776

Customer Service Email Address: ugyfelszolgalat@mnb.hu

You are kindly reminded of the Financial Supervision's customer protection website (<http://mnb.hu/fogyasztovedelem>), where you may find useful information and comparison tools.

IV.2. Our Company is licensed to pursue activities which are supervised by the NBH. With respect to the supervised activities, the Financial Supervision shall, upon request or of its own motion, monitor compliance with:

- a) the provisions of the Insurance Act or the regulations adopted for its implementation laying down provisions as to business-to-consumer commercial practices in connection with the insurance company's activities for the pursuit of the supply of services, and
- b) the provisions of the Act on the Prohibition of Unfair Business-to-Consumer Commercial Practices,
- c) the provisions of Act on the Basic Requirements and Certain Restrictions of Commercial Advertising Activities; and
- d) and the provisions of the Act on Electronic Commerce and on Information Society Services [Subsections a)-d) hereinafter referred to collectively as consumer protection regulations]; furthermore
- e) the provisions on meeting obligations in relation to consumer disputes of a financial nature, and - with the exception of the regulations pertaining to the conclusion, validity, legal aspects and termination of policies, and cases of breach of contract and the related legal ramifications - shall take action in the event of any infringement of these provisions (hereinafter: consumer protection proceedings).

Consumer protection proceedings may be initiated at the Financial Supervision by consumers, as defined in the Act on the National Bank of Hungary, after having lodged a complaint orally or in writing with the insurance company if the consumer did not receive a response, or the investigation of the complaint was not in compliance with the law, or another infringement of consumer rights, defined in the legislation referred to above, may be presumed from the response of the insurance company.

The Financial Supervision, however, has no power to act in legal disputes which relate to the conclusion, validity, legal aspects and termination of insurance policies, or to any cases of breach of contract and the related legal ramifications.

V. Financial Arbitration Board Proceedings, Mediation Proceedings, Litigation

- V.1. The Financial Arbitration Board is a professionally independent body operated by the National Bank of Hungary. In order to settle financial consumer disputes arising from or in relation to the conclusion of the insurance policy or the payment of insurance benefits or proceeds out of court, the consumer may file a claim with the Financial Arbitration Board. The Financial Arbitration Board shall attempt to reach a conciliation agreement or, failing this, to adopt a decision in the case to enforce consumer rights simply, efficiently and practically and under the principle of cost-efficiency.

Initiation of arbitration proceedings is subject to a previous attempt by the customer to resolve the disputed matter through direct negotiations with the insurance company or a request to the insurance company for special consideration, to no avail.

Financial Arbitration Board – Contact Information

Registered Seat: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.

Customer Service: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Mailing Address in issues related to settlement and contract modifications: 1539 Budapest, PO Box. 670.

Mailing Address in general issues: Financial Arbitration Board H-1525 Budapest PO Box 172.

Telephone: +36 80 203 776

You may find further information on the operations of the Financial Arbitration Board (including the Board's Rules of Procedure) at <http://mnbb.hu/bekeltetes>.

- V.2. In addition to other non-litigious procedures providing an alternative to court proceedings to resolve conflicts and disputes, such as Financial Arbitration Proceedings, customers may, pursuant to Act LV of 2002 on Mediation, also initiate mediation proceedings.
- V.3. Claims arising from insurance policy may be enforced directly through judicial procedures without referring them to the above alternative dispute resolution forums. Such judicial procedures shall be governed by the provisions of Act CXXX of 2016 on the Code of Civil Procedure.

VI. The Concept and Practice of Handling Confidential Insurance Information

VI.1. Confidential Insurance Information and Personal Data

'Confidential insurance information' shall comprise all of the data – other than classified information – in the possession of insurance companies, reinsurers and insurance intermediaries that pertain to the personal particulars, financial standing and business affairs of customers (including injured parties) of insurance companies, reinsurers and insurance intermediaries, and to the insurance policies that such customers have concluded with an insurance company or reinsurer.

Confidential insurance information shall, in particular, include:

- personal particulars of the insurance company's customers;
- insured properties and their value;
- sums insured;
- in the case of life, accident, illness or liability insurance, data related to medical and health conditions;
- the amount and settlement date of any sum insured paid;
 - all material information, data and conditions related to the insurance contract, its conclusion and registration, and to the insurance benefits.

VI.2. Obligation to Keep Insurance Information Confidential

Unless otherwise stipulated by law, the owners, managers and employees of the Insurance Company, and all other persons who have access to 'confidential insurance information' in any way or form while pursuing their business activities shall be required to maintain professional confidentiality without a time limit.

Confidential insurance information may only be disclosed to a third party

- if the insurance company's customer or his/her representative grants a written exemption indicating the precise extent of the information which may be disclosed,
- if the duty of confidentiality does not apply, pursuant to the Insurance Act,
- if it becomes known to the certification body appointed by the insurer or its subcontractors.

VI.2.1. The requirement of confidentiality concerning insurance secrets shall not apply to:

- a) the Authority in exercising its designated functions,
- b) the investigating authority and the public prosecutor's office after ordering the investigation,
- c) the court of law in connection with criminal cases, civil actions and non-contentious proceedings, and administrative actions, including the experts appointed by the court, and the independent court bailiff in connection with a case of judicial enforcement, the administrator in bankruptcy proceedings, the temporary administrator, the exceptional administrator and the liquidator in liquidation proceedings, the principal creditor in debt consolidation procedures of natural persons, the Családi Csődvédelmi Szolgálat (Family Bankruptcy Protection Service), the family administrator, the court,
- d) the notaries public and the experts appointed by them in connection with probate cases,
- e) the tax authority 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 policy that is subject to tax liability,
- f) the National Security Service when acting in an official capacity,
- g) the Hungarian Competition Authority when acting in an official capacity,
- h) Children and Youth Services acting in an official capacity,
- i) the public health authority specified in Section 108 (2) of Act CLIV of 1997 on Health Care,
- j) the agencies authorized to use secret service means and to conduct covert investigations if the conditions set forth in legislation are provided for,
- k) the reinsurer, any other Group entity, as well as the participating insurance companies in the case of co-insurance,
- l) the bureau of insurance policy records maintaining the central policy records with respect to data transmitted as governed by law, 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 body operating the register of motor vehicles,
- m) the recipient insurance company, in respect of insurance policies transferred in an insurance portfolio transfer, in accordance with the provisions of the related agreement,

- n) the body operating the Claims Security Account, and the Claims Security Fund, the National Office, the Correspondence Center, the Information Center, the Claims Organization and the claims agent, the claims representative with respect to the information required for the settlement and enforcement of compensation claims and to the transfer of such information between one another, and the party responsible for the claim if, by exercising his/her right to self-determination, he/she requires access to data of repairs of the other vehicle from a claims settlement report taken in connection with the road accident,
- o) in respect of data required for the performance of outsourced activities, the entity performing the outsourced activities, while in respect of data required for auditing, the auditor,
- p) third-country insurance companies and insurance intermediaries in respect of their branch offices, 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 legal regulations on data protection that conform to the requirements stipulated by Hungarian law,
- q) the Parliamentary Commissioner when acting in an official capacity,
- r) the Authority for Data Protection and Freedom of Information when acting in an official capacity,
- s) the insurance company with respect to historical claims data and bonus-malus classification as stipulated in the Minister's Decree containing detailed provisions on the claims bonus system, classification within the system, and claims certificates, in the cases set forth in the same regulation,
- t) the body assessing the agricultural damage or loss, the agricultural administrative office, the body responsible for the mitigation of agricultural losses, and the agricultural analysis institution overseen by the ministry headed by the Minister in charge of rural policy, if the insured claims on a subsidized agricultural insurance policy,
- u) the authority keeping the registry of liquidation organizations,

upon receipt of a written request from an agency or person referred to in Paragraphs a)–j), n), s), t) and u) indicating the name of the customer or the description of the insurance policy, the type of data requested and the purpose and grounds for requesting data. The bodies or persons referred to in Paragraphs p)–s) are required to indicate only the type of data requested and the purpose and grounds for requesting it. An indication of the statutory provision under national law or Community legislation granting authorization for requesting data shall be treated as verification of the purpose and legal grounds.

The duty to retain insurance information in confidence also applies to the employees of the authorities and organizations specified above.

The duty to retain insurance information in confidence shall not apply to financial institutions specified in the Act on Credit Institutions, in respect of insurance policies related to claims arising from financial services, if the financial institution sends a written request to the insurance company which specified the customer's name, or the insurance policy's reference number, the types of data requested as well as the purpose of the data request.

The duty of confidentiality is not breached if, pursuant to 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 other related acts (hereinafter: FATCA Act), data reports are submitted to the Hungarian State Tax Office in order to comply with the reporting obligation set out in Section 43/B–43/C of Act XXXVII of 2013 on the rules of international public administration cooperation related to taxes and other public duties (hereinafter: Aktv).

The duty of confidentiality is not breached if the data reports are submitted by the insurance company to the tax office in order to comply with the reporting obligation set out in Section 43/H of the Aktv as well as in Sections 43/B és 43/C of the Aktv pursuant to the FATCA Act.

VI.2.2. On the written request of the National Security Service, the Public Prosecutor's Office, and upon the approval of the State Prosecutor, the investigating authorities, the insurance company is required to promptly provide information if evidence is found substantiating that the insurance transaction may be related to

- a) drug abuse, abuse of new psychoactive substances, acts of terrorism, illegal possession of explosives and blasting agents, criminal misuse of firearms and ammunition, money laundering, organized crime or crime committed in participation in a criminal organization, as defined in Act IV of 1978, in force until June 30, 2013,
- b) drug trafficking, possession of drugs, incitement to the use of narcotics, or the promotion of illegal drug production, abuse of new psychoactive substances, acts of terrorism, failing to report terrorism, financing of terrorism, illegal possession of explosives and blasting agents, criminal misuse of firearms and ammunition, money laundering, organized crime or crime committed in participation in a criminal organization, as defined in the Criminal Code of Hungary.

The duty to retain insurance information in confidence does not apply if the insurance company is required to comply with its reporting obligation imposed by Act CLXXX of 2007 on the Implementation of Financial and Asset-related Restrictive Measures ordered by the European Union.

The duty of confidentiality is not breached if the findings of a group supervision are delivered to the ultimate parent company of the financial group when a supervision is performed on a consolidated basis.

The obligation of confidentiality concerning insurance secrets shall not be breached by transmission of data under Section 164/B of Act CCXXXVII of 2013 on Credit Institutions and Financial Enterprises (Hpt.).

The duty to retain insurance information in confidence shall not apply furthermore if

- a) a Hungarian law enforcement agency – acting in response to the written request of a foreign law enforcement agency pursuant to an international agreement – request confidential insurance information from in writing
- b) the national financial intelligence unit makes a written request for information - that is considered insurance secret - from an insurance company acting within its powers conferred under Act LIII of 2017 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, and in connection with the insurance or reinsurance company fulfilling its obligation relating to policies and procedures at the group level for combating money laundering and terrorist financing.

VI.2.3. The duty of confidentiality is not breached when the insurance company transfers information to a third-country insurance company, reinsurer or a third-country data processing agency:

- a) if the customer of the insurance company (data subject) has given a prior written consent, or
- b) if – in the absence of the data subject's consent – the data transfer is made in compliance with the provisions applicable to the transfer of personal data to third countries.

When transferring confidential insurance data to another Member State, the provisions governing data transfer within the domestic territory shall be observed.

VI.2.4. The duty of confidentiality is not breached

- a) in the event of disclosure of summarized information from which the identity of customers or the specifics of their business cannot be identified,
- b) in respect of branch offices, in the event of data transfer to the supervisory authority of the country where the registered address (main office) of the foreign-registered enterprise is located, if such transfer is in compliance with the agreement between the Hungarian and the foreign supervisory authorities,
- c) in the event of disclosure of information, other than personal data, to the minister for legislative purposes or in connection with the completion of feasibility studies,
- d) in the event of data disclosure to comply with the act on the supplementary supervision of regulated entities which belong to financial conglomerates.

The insurance company may not refuse to disclose the data specified in the foregoing on the grounds of their duty to retain insurance information in confidence.

The insurance company may not inform the data subject if data is transferred or disclosed pursuant to points b), f) and j) of Clause VI.2.1 or points a)-b) of Clause VI.2.2.

The insurance company is allowed to disclose the personal data of customers in the cases and to the bodies set out in Clauses VI.2.1–VI.2.4 and in Clause VI.1.2.

- VI.2.5. Any information that is declared to be information of public interest or public information, and as such is rendered subject to disclosure may not be withheld on the grounds of being treated as a trade secret or insurance secret.

VI.3. Purposes of Data Processing

Protecting the insured pool

Please note that in order to protect the interest of the insured pool, the insurance company may request other insurance companies in respect of performing their obligations required by law or agreed in the insurance policy and under the authority of Section 149 of the Insurance Act, to disclose information to the extent specified in Section 149 (3)–(6) of the Insurance Act, which is processed by the requested insurance company for the purposes set out in Section 135 (1) of the Insurance Act, taking account of the specific features of insurance products, in order to deliver the services in compliance with the legal and contractual provisions and to prevent abuse of insurance policies.

The request must include identification data for the person, property or property right specified therein, the type of information requested, and the purpose of the data request. Requesting or disclosing information in this manner shall not be a breach of the duty of confidentiality.

Within this context, Generali Biztosító Zrt. may request

- in respect of the delivery of insurance benefits under policies classified as accident, illness or any other life insurance, the following information:
 - a) personal identification data of policyholders, insured parties and beneficiaries;
 - b) medical information of insured persons related to the insurable risks, disclosed at the time of the respective data collection;
 - c) claims history information of the persons referred to in subsection a) above, in respect of insurance policies belonging to the insurance classes specified in this paragraph;
 - d) information underlying the assessment of the risks identified in relation to the insurance policy taken out from the disclosing insurance company; and
 - e) information used for the determination of the legal grounds of insurance benefits claimed on the insurance policy taken out from the disclosing insurance company;
- in respect of the delivery of insurance benefits under policies classified into the insurance lines of insurance of road vehicles (not including railway rolling stock), insurance of rail vehicles, aircrafts, sea, lake and river vessels, insurance of goods in transit, fire and natural forces, other damage to property, credit, surety, guarantee, miscellaneous financial loss, legal expenses, and emergency assistance:
 - a) personal identification data of policyholders, insured parties, beneficiaries and the injured parties;
 - b) information required for the identification of insured property or assets, claims or property rights;
 - c) claims history information concerning the property, assets, claims or property rights referred to in subsection b) above;
 - d) information underlying the assessment of the risks identified in relation to the insurance policy taken out from the disclosing insurance company; and
 - e) information used for the determination of the legal grounds of insurance benefits claimed on the insurance policy taken out from the disclosing insurance company;
- the following information in respect of the delivery of insurance benefits under policies classified into the insurance lines of liability insurance of vehicles operated over land (including carrier's liability and compulsory liability coverage), aircraft liability insurance, liability insurance of sea, lake and river vessels as well as general liability insurance:
 - a) the personal identification data of the injured party, subject to his/her prior written consent;
 - b) the personal identification data of the policyholder, the insured and the beneficiary, as well as data specified in subsections b)-e) above;
 - c) subject to the prior written consent of the injured parties, the medical information of persons who file claims for personal injury or claims for restitution due to a personality infringement, disclosed at the time of the respective data collection in respect of the insured risks;
 - d) information of a claimant who files a claim for property damage, as long as such information does not contain personal data pertaining to a previous insured event which occurred under any insurance classified to the insurance lines specified in this paragraph;
 - e) subject to the prior approval of the injured person, information of a claimant who files a claim for personal injuries, or compensation, pertaining to a previous insured event which occurred under any insurance classified to the insurance lines specified in this paragraph.
- the registered identification data of any vehicle (vehicle identification number (VIN), and license plate number) in respect of the delivery of insurance benefits under policies classified into the insurance lines of liability insurance of road vehicles (not including railway rolling stock), liability insurance of motor vehicles operated over land (including carrier's liability and compulsory liability coverage) – the following information, even without the prior written consent of the injured party, in respect of the delivery of insurance benefits under policies classified into the insurance lines of liability insurance of land vehicles (including carrier's liability and compulsory motor liability coverage):
 - a) information about an insured event which the vehicle was involved in, particularly the date of the insured event, the legal ground of the claim, the injuries of the vehicle and associated loss, including information about injuries to the vehicle specified by the requesting company but not caused by a motor vehicle,
 - b) information about the loss survey of the particular vehicle, and the amount of the assessed damage.

The insurance company approached by our company is required to disclose the information requested in compliance with the applicable legislation to our company by the due date specified in the request, or failing that, within fifteen days of receipt of the request.

Our company may use the information it has been disclosed pursuant to the request for ninety days following receipt. If the information obtained by our company pursuant to the request, is required for the enforcement of the company's legitimate interests, the above defined maximum data processing period will be extended until a decision is adopted in the proceedings opened to enforce such interests.

If the information obtained by our company pursuant to the request, is required for the enforcement of the company's legitimate interests, and no proceedings to enforce such interests are opened within one year following receipt of the information, the period available for the processing of the information will be one year from receipt thereof.

Our company is required to notify the customer of the fact of the information request and the disclosure of the requested information, as well as the extent of the data requested at least once during the insured period, and shall provide access for the client upon request to his or her personal data. If a customer requests information on his or her personal data and the insurance company – with regard to the above – no longer processes the requested data, the insurance company shall notify the customer of such fact.

Our company will not establish a connection between the information received pursuant to the request and other information not related to insured interests which it is provided or it manages for purposes other than the above.

Liability for the correctness and accuracy of the information disclosed pursuant to a request shall lie with the disclosing insurance company.

VII. Notice on the Processing of Personal Data

Pursuant to REGULATION (EU) 2016/679 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (hereinafter: General Data Protection Regulation), this Privacy Notice on the Processing of Personal Data has been designed to inform You about how your personal data are processed and for what purposes.

VII.1. Who will process your personal data?

Generál Biztosító Zrt will process your personal data acting as data controller.

VII.2. How is your personal data processed and used?

Our company processes personal data for the following purposes:

- i) to conclude, modify, keep records of, and maintain your Insurance policy,
- ii) to underwrite coverage and manage Insured risks,
- iii) to assess claims made on the insurance policy,
- iv) to prevent and combat the fraudulent use or abuse of Insurance policies so as to protect the Insurance company's business interest and the interest of the insurance pool
- v) to handle complaints
- vi) to prevent and combat money laundering and terrorism financing, to determine tax residence.

Our company will process personal data

- (i) to deliver it obligations arising from Insurance policies,
- (ii) to establish, exercise and defend legal claims arising from the Insurance policies,
- (iii) to perform statutory obligations (manage and retain accounting documents, prevent and combat money laundering and terrorism financing, determine tax residence, manage complaints)
- (iv) to manage medical data only subject to your express consent
- (v) to enforce its legitimate interest (including in particular: monitoring performance metrics, managing risks related to underwriting and claims, preventing abuse and fraudulent use).

VII.3. What types of personal data are processed?

We only process personal data which are required for the above purposes of processing and are suitable for delivering the objective of the data processing. Depending on the type of insurance you conclude with us, our company processes the following data in particular.

- general identification data of natural persons, address, gender
- other identification data (e.g.: taxpayer's ID, license plate number, telephone number, email address)
- financial data (e.g.: bank account number, information about income and savings)
- information about the insurance policy, including claims/losses notified on the policy (e.g.: data of insured property, insured location, photos, or even medical data in respect of personal insurance or personal injury claims).

In certain cases, the insurance company obtains your personal data from a third party: for instance, if you take out our insurance from an insurance broker, or notify a claim or a loss through an insurance broker.

VII.4. Who will we share your personal data with?

We entrust third party service providers (as data processors) and tied insurance agents with data processing activities, whom we may transfer your data to. You can find a current list of the data processors entrusted by us from the Privacy Notice available at www.generali.hu, and you may find detailed information about the insurance company's tied insurance intermediaries at the website of the National Bank of Hungary at <http://www.mnb.hu/felugyelet/engedelyezes-es-intezmenyfelugyeles/placi-szereplo-keresese>.

VII.5. Why do we need to obtain your personal data?

You need to disclose some of your personal data so that we can conclude an insurance policy with you and perform our contractual obligations. With respect to insurance policies of a certain value or type, it is our statutory obligation to obtain data in order to prevent and combat money laundering and terrorism financing. Thus, if you refuse to disclose your data – particularly in the latter case – we cannot sign any contract with you. You will face the same consequence if the insurance may only be taken out after medical underwriting or based upon a needs assessment of your personal circumstances and financial conditions, but you refuse to give consent to data processing.

VII.6. The law grants you certain rights in respect of the personal data we hold about you

- **Right of access** – you have the right to obtain from us confirmation as to whether or not your personal data are being processed, and, where that is the case, access to your personal data.
- **Right to rectification** – you have the right to obtain from our company the rectification or complementation of inaccurate personal data concerning you.
- **Right to erasure** – you have the right to have your personal data erased where one of the following grounds applies:
 - a) the personal data are no longer necessary in relation to the purposes for which they were collected or otherwise processed;
 - b) You withdraw consent on which the processing is based, and there is no other legal ground for the processing;
 - c) You object to data processing based on a legitimate interest of the data controller, including profiling, and there are no overriding legitimate grounds for the processing, or if personal data are processed for direct marketing purposes, and you object to processing of personal data concerning you for such marketing, which includes profiling to the extent that it is related to such direct marketing
 - d) the personal data have been unlawfully processed;
 - e) the personal data have to be erased for compliance with a legal obligation in Union or Member State law to which the controller is subject;
 - f) the personal data have been collected in relation to the offer of information society services referred to in the Data Protection Regulation.
- **Right to restriction of processing** – you have the right to obtain from our company restriction of processing where one of the following applies:
 - a) You contest the accuracy of the personal data, for a period enabling the insurance company as data controller to verify the accuracy of the personal data;
 - b) the processing is unlawful and you oppose the erasure of the personal data and requests the restriction of their use instead;
 - c) Our company no longer needs the personal data for the purposes of the processing, but you require them for the establishment, exercise or defence of legal claims;
 - d) You have objected to data processing pending the verification whether the legitimate grounds of the insurance company override those of your legitimate grounds.
- **Right to data portability** – you have the right to receive your personal data in a structured, commonly used and machine-readable format and have the right to transmit those data to another controller.
- **Right to withdraw consent** – Where processing is based on consent, you have the right to withdraw your consent at any time.

You may lodge requests and objections related to data processing on the grounds of the above rights at any time addressed to the Data Protection Officer of our company using any of the contact details shown in this notice. Requests, objections and complaints are assessed by the Central Customer Relationship and Complaint Management Group with the engagement of the Data Protection Officer without undue delay and you will receive notification about the follow-up measures no later than within one month upon receipt of your submission. Both the notification and the execution of follow-up measures are free of charge for you, unless your request is manifestly unfounded or excessive.

Processing data of a deceased person shall be subject to the provisions on the processing of personal data. The rights of a deceased person in terms of data processing may be exercised by the estate or by the person named as the beneficiary in the insurance policy.

VII.7. Your right to object to the processing of your personal data

If the processing of your personal data is carried out for a legitimate interest, including data processing for profiling or direct marketing purposes, you have the right to object, on grounds relating to your particular situation, at any time to processing of personal data concerning you.

VII.8. How long will we store your personal data?

- a) If your personal data is processed for purposes of performing obligations under the insurance policy:
Your data will be processed during the period of the insurance coverage and as long as any claim may be enforced in connection with the coverage. The insurance company is entitled to process personal data relating to any frustrated insurance policy as long as any claim can be enforced in connection with the frustration of the policy.
- b) If data is processed on grounds of establishing, exercising and defending legal claims arising from insurance policies:
For as long as judicial redress may be applied for in respect of the particular legal claim.
- c) processing is necessary for compliance with a legal obligation:
For as long as data processing is required by law. For instance, accounting documents are required to be retained for 9 years, while data processed for the purposes of preventing and combating money laundering and terrorism financing must be retained for 8 years by the data controller.
- d) If data processing is based on consent, until such consent is withdrawn
- e) If data processing is carried out for a legitimate interest, for as long as the underlying conditions exist.

VII.9. Who may you contact with a complaint?

If you fail to resolve an objection, complaint or request concerning the processing of your personal data with our company to your satisfaction, or you believe that the processing of your personal data infringes the provisions of the Data Protection Regulation, you are entitled to lodge a complaint with the National Authority for Data Protection and Freedom of Information.

National Authority for Data Protection and Freedom of Information – Contact Information

Registered seat: H-1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.

Mailing Address: 1530 Budapest, PO Box. 5

Telephone: 06 1 391 1400

Telefax: 06 1 391 1410

E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu

Website: naih.hu

You are entitled to file a lawsuit in case the infringement of your personal data. The lawsuit can be brought to the court that is competent in your residence or habitual residence.

VIII. Information on Life, Accident and Illness Insurance (Health Insurance) Policies

VIII.1. Information on taxation

- VIII.1.1. Insurance benefits or proceeds paid to private individuals are exempt from tax if the payout qualifies as a death benefit, accident or illness benefit, or pension benefits or annuities specified as such in the applicable legal act. Private individuals will not incur tax liability in connection with these payouts.
- VIII.1.2. Interest income may be earned if the benefit paid out by the insurance company is not tax exempt, or qualifies as other income or other taxable income (thus, interest income may be earned, in particular, from maturity payments, upon policy surrender or partial surrender). Any benefit payout which exceeds the total of the insurance premiums paid on a policy shall qualify as interest income, on the understanding that risk premiums paid on a policy will not be included in the total of insurance premiums. Interest income may be reduced by 50 percent of the interest income after at least 3 years from the effective date of a single premium policy, or after 6 years from the effective date of a regular premium policy. Interest income may be reduced by 100 percent of the interest income after at least 5 years from the effective date of a single premium policy, or after 10 years from the effective date of a regular premium policy.
- With respect to calculating interest income, top-up premiums paid on a policy will be regarded by the company as payments made on separate, single-premium policies. The insurance company is required to deduct 15% of personal income tax from the interest income. Private individuals are not required to declare this income and the reduced tax in their tax return.
- VIII.1.3. Provided the insurance premium is counted as tax-free income at the paying body, the part of any income replacement benefit or a benefit calculated on the basis of the number of days covered, in excess of daily HUF 15,000, paid out on accident, casualty and medical care policies taken out by a paying body shall be subject to taxes as other income (subject to the rules on income replacement). Tax advances payable on taxable income shall be deducted by the insurance company from the proceeds or benefit payouts. Please, note that private individuals are required to declare this income on their tax returns.
- VIII.1.4. Income earned from the surrender or partial surrender of 'death only' life insurance policies taken out for an indeterminate policy term, which exceeds the total of taxable premiums paid by the paying agent (employer) and the premiums paid by the private individual shall be taxable as other income, provided that any paying agent (employer) has paid tax exempt premium on the same policy. Upon benefit payment, the insurance company deducts 15% of personal income tax advance from the tax base determined in accordance with the effective regulations. Please, note that private individuals are required to declare this income on their tax returns, while they are also required to declare and pay 19,5% social contribution on this income.
- If the beneficiary of any insurance benefit is not a private individual (e.g.: business entity), then – by way of derogation from the above provision – the insurance company will not determine any tax liability, but the beneficiary will be obliged to account for the income received from the insurance company, and shall declare the related tax liability in compliance with the applicable legislative provisions.
- VIII.1.5. In respect of pension insurance policies which meet the statutory criteria and have taken or will take effect on or after January 1, 2014, the private individual policyholder may request that 20 percent but maximum HUF 130 000 of the personal income tax he/she would be required to pay on the aggregate taxable income earned during the tax year and reduced by other tax reliefs, should be credited to his/her pension insurance policy. Policyholders are provided with detailed information at the time when they take out the insurance.
- VIII.1.6. Since the legislative provisions described in the foregoing may change from time to time, we kindly advise you to continuously monitor legislative changes, particularly changes or amendments to the act on personal income tax, the act on health care contribution, and the act on the rules of taxation, in your own interest. We regularly update the notice on the effective rules on our corporate website.

VIII.2. Changes allowed to the technical interest rate

In respect of life, accident and illness insurance (health insurance), the insurance company is allowed to modify the technical interest rate during the term of the insurance policy, provided that such modification only takes place if the maximum technical interest rate specified in the legislation has also been modified. The extent of the modification may not exceed the maximum rate specified in the legislation.

IX. Refund of Value Added Tax

Please be advised that in the context of its obligation arising from or in relation to insurance policies, the insurance company can only reimburse the value-added tax (VAT) imposed on the price of services required for restoring the conditions which existed before the occurrence of the loss or damage or for eliminating the effects of the loss or damage suffered, subject to VAT (purchase costs of materials, repair and restoration costs), where the amount of VAT is shown on the invoice, or where the amount of VAT can be calculated on the basis of the invoice, provided that the beneficiary is not refunded the VAT from general government budgets under the regulations to which it is subject.

X. Information on Residence for Tax Purposes

- X.1. Pursuant to Act XXXVII of 2013 on the rules of international public administration cooperation related to taxes and other public duties (hereinafter: Aktv.), and pursuant to 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 other related acts (hereinafter: FATCA Act), the insurance company is required to check the tax residence of customers and for that purpose it shall process the necessary data and statements of customers. If the policyholder or the beneficiary of insurance proceeds and benefits qualifies as a US or other foreign resident for tax purposes, then pursuant to the Aktv and FATCA Act, the insurance company will transfer the information pertaining to such person as well as to the insurance policy to the Tax Office, to promote the automated exchange of information.
- X.2. Pursuant to data and legal statement made by the policyholder or the beneficiary of insurance proceeds and payments, the insurance company will determine whether or not the insurance policy is a "reportable account"; moreover, the insurance company is entitled to reclassify the account after the contract is concluded in the cases set out in the Aktv. and in the FATCA Act. The insurance company will continuously monitor data required for the due diligence procedure of tax residency as well as policy values related to its insurance policy portfolio to detect any significant change thereto as defined in the Aktv. and the FATCA Act.
- X.3. A detailed written notice on the due diligence procedure related to tax residency is available at general.hu/adougyilletekesege.

XI. Interest on Late Payment

If the Insurance premium is paid after its due date, the Insurance company may claim interest on late payment in the amount set out in Section 6:48. (1) of the Act on the Civil Code (hereinafter: Civil Code).

If the policyholder obliged to pay the premium has to be considered as an undertaking or contracting authority according to Act IX of 2016 about Recovery Costs, the insurance company, in addition to default interest, may lay claim to recovery costs defined in the abovementioned act in case of late payment of the premium.

XII. Administration fee

The insurance company may charge an administration fee for certain procedures in order to recover the costs that incurred in relation to such procedures. The general, special and additional terms may contain further rules regarding administration fee.

XIII. Rules of Accounting for Insurance Premiums Paid

If the policyholder is in arrears with the Insurance premium payable on his/her policy/policies, and a payment made by the Policyholder to the insurance company is not enough to cover all his/her debts, the policyholder's payment made in arrears on his/her Insurance policy (or policies) will be allocated in accordance with the effective regulations. In the absence of regulations, the payment will be allocated in the following order: principal debt (insurance premiums arrears), interest on late payment, administration fee.

If the policyholder is in arrears with several Insurance premiums under the same Insurance policy (owes the insurance company several premium instalments), and the policyholder's payment does not cover all the arrears, the payment will be used to cover the older arrears.

XIV. Method of Payment

- XIV.1. The parties to the insurance policy may agree on any of the following methods of payment for settling the insurance premium:
- postal payment order (postal remittance form) – the Insurance company sends the policyholder a postal remittance order with the due premium in accordance with the selected premium payment frequency, which the policyholder will use to make the payment.
 - direct debit authorization (for the collection of payments) – the policyholder authorizes his/her account holder bank to regularly debit the payer's account with the due insurance premiums,
 - wire transfer order – before the due date of the premium payment (in accordance with the selected premium payment frequency), the Insurance company sends the policyholder a pro forma invoice, and the policyholder will transfer the amount shown on the pro forma invoice to the insurance company.
- XIV.2. **In the absence of a postal remittance form, a pro forma invoice or any other document issued by the insurance company to facilitate premium payment, the policyholder is required to pay the due premium via postal remittance or at the nearest customer service office of the insurance company by reference to the policy number.**
- XIV.3. In exceptional cases, the policyholder may use other payment methods to pay the due premium. Customers may get further information about these payment methods by visiting the insurance company's website (generall.hu), or contacting the insurance company's agents or customer service points.
- XIV.4. If not concluded otherwise
- a) In case the contract never enters into force, the insurance premium paid before the conclusion of the contract shall be paid back by the insurance company in the following ways:
 - aa) if the premium was paid by credit card, then to the postal address of the policyholder;
 - ab) if the premium was paid by bank transfer, then to the bank account number from where the premium was transferred;
 - b) in case the effective contract terminates and the policyholder is entitled for premium reimbursement, then the premium surplus shall be paid back by the insurance company in the following ways:
 - ba) if the premium was paid by credit card, then to the bank account number registered in the contract, or in absence of registered bank account number to the postal address of the policyholder;
 - bb) if the premium was paid by bank transfer or by recovery order, then to the bank account number from where the premium was transferred
 - bc) if the premium was paid by postal credit transfer, then to the postal address of the policyholder.

XV. Insurance Intermediary

- XV.1. Insurance policies may be sold by tied insurance intermediaries or independent insurance intermediaries or ancillary insurance intermediaries.
- XV.2. Tied insurance intermediaries (agents) are engaged in selling insurance products based on their relationship with the Insurance company. Tied insurance intermediaries may be multiple agents who are contracted with several insurance companies at the same time, and sell competitive products of such insurers. Any loss or damage caused by the activities of tied insurance intermediaries shall be the liability of the insurance company. The insurance company is obliged to the restitution of any non-material violation of one's rights relating to personality.
- XV.3. Independent insurance intermediaries may also be brokers who act in representation of the customer, and sell competitive products of such insurers.

Any loss or damage caused by violation of the rules of professional conduct by independent insurance intermediaries or their negligence in complying with such rules, shall be their sole liability. This liability shall apply to all persons acting in the name of (on behalf of) the independent insurance intermediary.

Independent insurance intermediaries are not authorized to receive insurance premiums on behalf of the insurance company.

- XV.4. Person engaged in insurance mediation activities as an ancillary activity shall mean a natural or legal person – differing from credit institution or investment firm as defined in Article 4. (1) 1. and 2. points of Regulation (EU) No 575/2013 of the European Parliament and of the Council – who carries on insurance mediation activities as an ancillary activity remunerated, with the liability of the principal insurer, broker or multiple agent, and in a supplementary way related to the principal professional activity if all conditions below are met:
- a) the person's principal professional activity is not the insurance brokerage;
 - b) the mediated insurance product is complementary to the product or service supplied by provider:

- c) the mediated insurance product does not cover any life or liability risks, except such life or liability risk cover completes the product or service provided as a principal professional activity by the person;
- d) does not collect beforehand premiums or amounts from the Insurer intended for the client.

XV.5. Representatives acting on behalf of the insurance company, including its agents, may receive insurance premiums in exchange for a preprinted NCR receipt form with the printed logo of Generali (receipt), in the maximum amount of HUF 250.000. Representatives of the insurance company are not authorized to receive insurance premiums in excess of the above limit.

XV.6. Neither insurance agents nor multiple agents acting on behalf of the Insurer shall collect beforehand premiums or amounts intended for the client.

XV.7. Natural persons of 4. § (1) 15. b) point of Insurance Act (Bit.) who are not intermediaries and who are employed by and carry out direct sales activity for the insurer (contributors of the insurer) receive performance-related remuneration. This information is also for the case when following conclusion of the life insurance contract the client of the insurer provides payment in connection with the insurance contract – except subsequent frontloaded premium payments.

XVI. Eligibility to Discounts

If the policyholder has applied for and been granted a discount which affect premium rates, and the conditions which allowed the policyholder to be eligible to the discount have changed or no longer exist (e.g.: In the case of direct debit authorization for the collection of payments, the payment could not be made because the authorization was not given or has been withdrawn), the policyholder will no longer be eligible to the discount and will be required to pay the insurance premium determined with standard rates (without the discount).

In such a case the premium determined without the discount becomes due when the insurance company first sends out the respective payment notice (pro forma invoice, postal remittance form) or first tries to collect the payment (direct debit).

XVII. Formal requirements and conditions for the validity of legal statements (notifications, reporting)

XVII.1. The parties to insurance policies are required to serve their legal statements in the form and manner provided for herein, and their legal statements shall only be valid if made in any of the following forms:

- the legal statement is signed and sent to the address of the insurance company in a postal mail,
- the legal statement is signed and faxed to the fax number indicated and disclosed by the insurance company,
- the legal statement is signed, scanned and sent as an email attachment to the email address indicated and disclosed by the insurance company,
- the legal statement is sent to the email address indicated and disclosed by the insurance company, provided that the person making the statement has given prior consent to electronic communication, and the statement is sent to the insurance company from the email address indicated in such consent,
- the legal statement is delivered at any customer service center of the Insurance company in person or by a third person,
- the legal statement is made over the phone at the telephone number indicated and disclosed by the Insurance company, with the exception of legal statements which are subject to the conclusion of a separate service contract pursuant to the insurance company's regulations.
- in the case of certain policies specified by the insurance company, if a service contract is concluded, the legal statement may be made in the insurance company's online policy management and customer service system ('My Policies' system) where it is registered and archived by the Insurance company,
- in the case of certain policies specified by the insurance company, if a service contract is concluded, the legal statement may be made as an oral statement via the insurance company's call center (TeleCenter) where it is recorded by the insurance company.

The Insurance company may stipulate different declaration requirements for certain types of policies and legal statements, or may stipulate additional provisions which shall be set out in the general terms and conditions or special conditions applicable to the insurance policy, or in the agreement made by and between the parties.

The provisions on the **manner and deadline of filing insurance claims** are set forth in the general terms and conditions and special conditions applicable to the particular insurance policy.

XVII.2. The termination of the contract by the policyholder shall also be considered a written declaration, if such document is signed by the declarant and is sent to one of the insurer's contact addresses by fax or by email to which the scanned declaration is attached.

XVII.3. Documents sent by the insurance company by post shall be considered served on the 5th day after dispatch even if the mail is returned from the delivery address – as registered by the Insurance company – with an endorsement 'Addressee no longer at address' or 'Mail unclaimed'.

Documents sent by the Insurance company in a registered postal mail requesting return receipt shall be considered served

- if the mail is refused by the recipient, on the day of the refusal,
- if the mail is received by the recipient or a legal representative, on the day when they confirm receipt with their signature.

Documents sent by the insurance company electronically shall be considered served on the day when they are sent.

XVII.4. Distance legal statement addressed to the Insurance Company shall come into force when it is delivered, whereas a contract statement made by way of electronic means shall become effective when made available for the Insurance Company.

XVIII. Miscellaneous Provisions

XVIII.1. Under the insurance policy, the parties will not be bound by any prior business dealings or by any practice they have established between themselves. Furthermore, the parties shall not be bound by any practice considered generally applicable and widely known in the insurance industry by parties to similar policies.

XVIII.2. The agreement of the parties will include all conditions of the insurance policy, while all earlier agreements made by the parties and not set out in the written contract shall be null and void.

XVIII.3. The insurance company shall only conclude the insurance policy if the policyholders is not subject to

- any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions; or
- any trade or economic sanctions, or other statutory penalties under the laws or regulations of the European Union or the United States of America, including in particular the EU System of Financial Penalties and the Consolidated Sanctions List of the US Department of Treasury's Office of Foreign Asset Control ('OFAC').

No insured, beneficiary or other recipient of insurance benefits or proceeds (hereinafter jointly referred to as: recipient of payment) may be validly designated in the insurance policy if such person is subject to the sanctions, prohibitions or restrictions referred to above.

The insurance policy, or the respective sections, will be terminated if the policyholder or the recipient of payment had been subject to the above sanctions, prohibitions or restrictions prior to the conclusion of the insurance policy. In that case the insurance policy will be terminated as of the date when such sanctions, prohibitions or restrictions took effect.

The insurance company shall not be liable to pay any claim or provide any benefit to recipients of payment who are subject to such sanctions, prohibitions or restrictions.

XVIII.4. The Insurer sells its products without giving advice, except for insurance-based investment products (PRIIPs). Advice related to sales of PRIIPs is free of charge.

XVIII.5. Please note if you purchase an insurance product as part of a package or as complementary of such product or service that isn't an insurance product in one arrangement, providing information about the opportunity of purchasing the product or service separately is the obligation of the supplier or the service provider.

XIX. Governing Law, Jurisdiction

Unless otherwise agreed and stipulated by the parties, or otherwise provided for in legal regulations, the insurance contract shall be governed by Hungarian law.

If the policyholder has a permanent address, registered office or habitual residence in Hungary at the time when the insurance policy is concluded, all disputes arising from or in relation to the insurance policy shall be referred to the exclusive competence of Hungarian courts.

XX. Information On Distance Marketing

XX.1. Any contract which the policyholder intends to conclude without the simultaneous physical presence of the consumer and the service provider shall be subject to the provisions of Act XXV of 2005 on Distance Marketing of Consumer Financial Services (hereinafter: Distance Marketing Act).

XX.2. If the policyholder is a consumer within the meaning of Section 3 (2) ca) and Section 6 of the Distance Marketing Act, the policyholder is entitled to cancel the insurance policy with immediate effect without giving reasons, within 14 days of its conclusion (or of the submission of the application if the policy is concluded by the implied approval of the insurer) provided that the policy is concluded between the insurance company and a consumer policyholder through distance marketing in a manner that the insurance company only applied telecommunications means specified in Section 2 (1) g) of the Act to sell the insurance. The policyholder's right to cancel during a cooling-off period does not apply to policies with a policy period of less than one month.

Contrary to the previous rules, in case of life insurance contracts, the termination period is 30 days from the day when the consumer was informed about the conclusion of the contract by the Insurer.

XX.3. The notice of cancellation must be sent or delivered in person to any customer service office of the insurance company, in written form. The right of cancellation shall be considered validly exercised if the policyholder mails or otherwise verifiably delivers the notice of cancellation to the insurance company before the end of the cooling-off period specified in Section 6 (1)-(8) of the Act.

XX.4. The insurance policy will be terminated on the day when the written notice of cancellation is received by the insurance company. Before the end of the cooling-off period, the insurance company may only deliver covered services or pay benefits under the insurance policy if it is specifically agreed to by the policyholder.

If the policyholder concludes the insurance policy with a commencement date which falls within the cooling-off period, the insurance company shall regard this as a consent to the commencement of coverage.

XX.5. Pursuant to Section 8 of the Act, if the policyholder cancels the policy within the cooling-off period, the insurance company may only claim premiums in proportion to the services actually delivered on the policy, i.e. the proportionate charge of coverage until the cancellation date of the insurance. The amount payable by the policyholder shall be the amount proportionately due – in relation to the services specified in the insurance policy as a whole – in respect of the service (insurance coverage) actually delivered by the insurance company. An administrative charge for the conclusion of the policy may only be claimed to the extent a service was actually delivered and as long as the charge is proportionate to the services offered under the insurance policy. If the insurance policy is cancelled by the policyholder in the cooling-off period, the insurance company will refund any insurance premiums paid by the policyholder after deducting the amount proportionate to the coverage actually delivered by the insurance company promptly, but within 30 days at the latest of receipt of the cancellation notice. The policyholder is required to refund to the insurance company any benefits paid out by the insurance company promptly but within 30 days at the latest of the delivery of the cancellation notice.

XXI. Rules Applicable to Electronic Contracts

XXI.1. An insurance policy is concluded electronically if the policyholder completes and submits the insurance application by electronic means on an electronic sales platform operated by the insurance company. Electronic sales platforms shall include, in particular, the generali.hu website, and – if the insurance application is made with the involvement of an insurance intermediary – the Generali Partner Portal or the Agent's own website.

XXI.2. To apply for insurance coverage and to conclude an insurance policy, the policyholder must first enter the data required on the electronic sales platform and then send the insurance application to the insurance company via the electronic sales platform. The data entered on the electronic sales platform may only be modified before the insurance application is sent. The steps of applying for insurance coverage (taking out insurance) – which may be different for different insurance products – are described on the electronic sales platforms.

XXI.3. The terms and conditions of the insurance policy (policy conditions) are always made available to the policyholder by the insurance company before the insurance application is submitted. The policyholder must declare that he/she has read, understood and agreed to the policy terms and conditions before he/she can submit an insurance application.

XXI.4. The insurance company sends a confirmation email to the policyholder when the insurance application is received. If the insurance company accepts the insurance application, it delivers to the policyholder a certificate of coverage with an advanced electronic signature and a time stamp.

The insurance policy is concluded in Hungarian and it is considered a written contract. Detailed provisions on the conclusion and inception of the insurance policy are set out in the applicable policy conditions.

XXI.5. The insurance company enters the insurance policy into its records. After activating his/her user account, the policyholder may view the details of the insurance policy online, and may request their modification any time via the „Szerződéseim” (My Policies) online policy management system or at the insurance company's customer service offices.

XXII. Provisions of the Customer Information which Substantially Derogate from the Provisions of the Hungarian Civil Code

This Chapter does not contain the provisions of the Customer Information which – by way of derogation from earlier standard conditions applied by the insurance company – have been modified to comply with Act V of 2013 on the Civil Code (effective from March 15, 2014).

XXII.1. Allocation Order of Premium Payments (Clause XIII)

If the premium payment made in arrears by the policyholder is not enough to cover all the debts, such payment will be allocated in accordance with the regulations governing the insurance policies, or in the absence of such regulations, in accordance with the provisions set out in this Customer Information.

If the policyholder is in arrears with several insurance premiums under the same insurance policy, all premium payments made in arrears will be allocated in accordance with the provisions set out in this Customer Information.

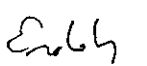
XXII.2. Formal requirements and conditions for the validity of legal statements (notifications, reporting) (Clause XVII)

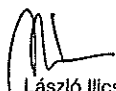
By way of derogation from Section 6:7 of the Civil Code, the termination of the contract by the policyholder shall also be considered a written declaration, if such document is signed by the declarant and is sent to one of the insurer's contact addresses by fax or by email to which the scanned declaration is attached.

XXII.3. Miscellaneous Provisions (Clause XVIII)

By way of derogation from Section 6:63 of the Civil Code, under the insurance policy, the parties will not be bound by any prior business dealings or by any practice they have established between themselves. Furthermore, the parties shall not be bound by any practice considered generally applicable and widely known in the insurance industry by parties to similar policies.

Looking forward to a successful cooperation:


Mihály Erdős
Chairman-CEO


László Ilcs
Deputy Chief Executive Officer

Effective from: July 1, 2019.

STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás szerződési feltételei (SZTE15)

Jelen STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (SZTE15) (továbbiakban: feltétel, vagy általános feltételek) a Generali Biztosító Zrt. és a Szegedi Tudományegyetem között létrejött egyedi szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződés alapján (továbbiakban: szerződés) a szerződéshez biztosítottként csatlakozó hallgatók és kutatók biztosított jogviszonyára érvényesek. Jelen általános feltételekben nem szabályozott kérdésekben az „*Ügyfélértékelő és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések*” elnevezésű dokumentum, valamint a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezései, illetve az egyéb **hatályos magyar jogszabályok** az irányadók.

A biztosítási szerződés részét képező Ügyfélértékelő és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések elnevezésű dokumentumban és a jelen feltételben foglaltak eltérése esetén a feltétel rendelkezései irányadók.

A biztosítási szerződés alapján a biztosító a jelen általános feltételekben meghatározott biztosítási kockázat viselésére, továbbá a biztosítási esemény bekövetkeztétől függően – jogalap fennállása esetén – biztosítási szolgáltatás nyújtására, a szerződő fél pedig biztosítási díj fizetésére kötelezi magát.

1. Értelmező rendelkezések

- 1.1. Betegség** az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.
- 1.2. Baleset** az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri, és amellyel összefüggésben a biztosított egészségkárosodást szenved, illetve amely a biztosított halálát okozza.
- 1.3. Egészségügyi ellátás** az egészségügyi szolgáltató által végzett, az egészségügyi igazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely a biztosított egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés, illetve baleset következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul.
- 1.4. Egészségügyi ellátásnak minősülnek továbbá a gyógyszerekkel, kötszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos hatályos jogszabályok szerinti tevékenységek a betegszállítás.**
Orvosi alapellátás a biztosított szándéka szerint szabadon, orvosi rendelvény nélkül igénybe vehető, betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált egészségügyi ellátások.
- 1.5. Orvosi szakellátás:** a biztosított által orvosi rendelvény alapján igénybe vett egészségügyi ellátások.
- 1.6. Egészségügyi szolgáltató**
a jogszabály alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult szervezet, amely az egészségügyi hatóság (magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet) által elismert, és amelynek a működése engedélyezett Magyarországon.
Jelen feltételek szempontjából nem minősülnek egészségügyi szolgáltatónak - még abban az esetben sem, ha azokban egészségügyi ellátást végeznek - a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmekegőrs állapotú és egyéb pszichiátriai betegek gyógy- és gondozóintézetek, geriatríai, krónikus intézetek, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények

(a továbbiakban együtt: egyéb egészségügyi intézmények), illetve orvosi ellátást végző intézménynek a jelen pontban meghatározott egyéb egészségügyi intézmények jellegének megfelelő szolgáltatást nyújtó osztályai (jelen bekezdésben a továbbiakban: osztály), feltéve, hogy a biztosított az egyéb egészségügyi intézmény, illetve az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.

- 1.7. A kijelölt **egészségügyi szolgáltató** az az egészségügyi szolgáltató, amellyel a Biztosító az egészségügyi ellátásra szerződést köt és amelyet a Biztosító az Egészségbiztosítási Kártyán (STUDIUM Health insurance card) nevesít.
- 1.8. **Járóbeteg-szakellátásban** részesül az a személy, aki betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált olyan orvosi, szakorvosi beavatkozást igénylő egészségügyi ellátást kap, amely a 24 órát nem haladja meg, és nem minősül fekvőbeteg-ellátásnak.
- 1.9. **Fekvőbeteg-ellátásban** részesül az a személy, akit betegség vagy baleset következményeként szükséges egészségügyi ellátás céljából az egészségügyi szolgáltató intézményébe több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a személy az intézménybe való felvétele, illetve elbocsátása napja között minden éjszakát az intézményben tölt egészségügyi ellátásával összefüggésben. Az egészségügyi szolgáltató intézményébe való felvétel több napra szól, ha az intézményből való elbocsátás későbbi napon történik, mint az intézménybe való felvétel.
- 1.10. **Sürgős szükség (továbbiakban: sürgősségi eset):** sürgősségi eset az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a biztosított közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne. Ilyen esetben azonnal mentőt kell hívni vagy sürgősségi ügyeletet kell felkeresni.
- 1.11. **Előfinanszírozott egészségügyi ellátás** a biztosított által igénybe vett olyan orvosilag indokolt - egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult személy, vagy intézmény által nyújtott - egészségügyi szolgáltatás, amelynek költségét a szolgáltatást nyújtó felé a biztosítótól eltérő személy közvetlenül megtérítette.
- 1.12. **Biztosítotti nyilatkozat** az a sorszámmal ellátott írásbeli dokumentum, amely tartalmazza a biztosított egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatait, így különösen a biztosított jogaira és kötelezettségeire vonatkozó tájékoztatást, a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést.
- 1.13. **Egészségbiztosítási kártya (Health insurance card):** A biztosító által kiállított, a biztosítotti jogviszonyra vonatkozó legfontosabb adatokat tartalmazó, az 1.12 pontban nevesített biztosítotti nyilatkozat sorszámmal azonos sorszámmal ellátott kártya, mely az Egészségügyi szolgáltató előtti biztosítotti jogosultság igazolására szolgál.
- 1.14. **Éves (totál) limit:** a szerződés részét képező terméktájékoztatóban meghatározott, a biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó felső szolgáltatási összeghatár (éves limit), amely felett a biztosító a biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban az adott biztosítási/üzleti évben a nevesített szolgáltatás típusok tekintetében további szolgáltatás nyújtására nem köteles.
- 1.15. **Önrész:** a szerződés részét képező STUDIUM terméktájékoztatóban meghatározott, a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó, biztosítási eseményenként és biztosítottanként értelmezendő és alkalmazandó alsó szolgáltatási összeghatár, amelynek megfelelő összeget a biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban saját maga köteles viselni.
- 1.16. **Gyógyszer, kötszer és gyógyászati segédeszköz:** gyógyszernek, kötszernek, gyógyászati segédeszköznek csak azok a szerek, kellékek, eszközök minősülnek, amelyeket Magyarországon gyógyszerként, kötszerként, gyógyászati segédeszközként bejegyezték és elismertek. A látásjavító eszközök (szemüveg, kontaktlencse, látóüveg, stb.), a hallásjavító eszközök és a fogászati ellátás keretében felhasznált anyagok, eszközök (műfog, műfogsor, tömések, implantátumok, fogszabályzók, fogfehérítő anyagok és eszközök, stb.) nem

minősülnek gyógyászati segédeszköznek. Nem minősülnek gyógyszernek a fogamzásgátlók, esemény utáni tabletták, óvszerek, stb.

- 1.17. **Betegszállítás:** ha a biztosított mozgásképtelenné válik, és nem megoldott az egészségügyi ellátó intézménybe való jutása, a biztosító az országhatáron belül a - mentőápolói felügyeletet nem igénylő - betegszállítás költségét abban az esetben téríti meg, ha az általános feltételek szerint biztosítási eseménynek minősülő egészségügyi ellátások igénybevételéhez szükséges
- 1.18. **Házivizit:** az orvos kiszállási költsége (továbbiakban: házivizit), amely akkor merül fel, ha a biztosított állapota nem tette lehetővé az alapellátó orvos rendelőjében való felkeresését (amennyiben a Biztosított az ezen szolgáltatást nyújtó modul díját megfizette). Ez a szolgáltatás nem helyettesíti a sürgősségi esetek szerinti ellátásokat.
- 1.19. **Hazaszállítás:** a biztosító megtéríti a hazaszállítás költségeit a biztosított állandó lakhelye szerinti országba, ha a biztosított egészségi állapota ezt megkívánja, illetve lehetővé teszi, és a biztosító által kijelölt egészségügyi szolgáltató is javasolja az otthoni gyógykezelést.

2. Általános rendelkezések

2.1. A biztosítási szerződés alanyai (a biztosító, a szerződő, a biztosított).

2.1.1. A biztosító a biztosítási díj ellenében a szerződésben meghatározott tartam alatt viseli a biztosítási kockázatot, és a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatások költségeinek megtérítésére vállal kötelezettséget.

2.1.2. **Szerződő, a Szegedi Tudományegyetem,** aki a csoportos biztosítási szerződést megkötö és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.

2.1.3. **Biztosított** az a külföldi természetes személy, akinek az egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a biztosítási szerződés létrejön, és aki a **biztosítási szerződés tartama alatt** a Szerződő Szegedi Tudományegyetemmel (SZTE), illetve mint az SZTE partnerével, hallgatói, oktatói, vendégkutatói jogviszonyban áll, **feltéve, ha a Szerződő a biztosítónak biztosítottként bejelentette s a rá vonatkozó biztosítási díjat megfizette.** Biztosítottként a szerződő azon természetes személyeket jelentheti be, akik Szerződővel a biztosítotti jogviszony tartama alatt hallgatói, kutatói jogviszonyban állnak, Magyarországon tartózkodó azon külföldi állampolgársággal rendelkező magánszemélyek, akik 18. életévüket már betöltötték, de 65. életévüket még nem töltötték be, és akik mint biztosítottak a külön íven kelt biztosítotti nyilatkozat és Egészségbiztosítási kártya aláírásával kifejezetten kéri a jelen szerződés hatályának rájuk történő kiterjesztését.

2.2. A szerződés létrejötte

A szerződés a szerződő és a biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre, és írásban bármikor módosítható, figyelemmel a Kbt. 132. §-ban foglaltakra. A **biztosítási szerződés módosításához a biztosított hozzájárulására nincs szükség.**

2.3. A biztosított csatlakozása a szerződéshez

2.3.1. A biztosítottak jelen csoportos egészségbiztosításhoz a **biztosítotti nyilatkozat** aláírásával egyénileg csatlakozhatnak.

2.3.2. A biztosítottnak a biztosítotti nyilatkozatban minden olyan körülményt a valóságnak megfelelően kell közölni a biztosítóval, amelyre vonatkozóan a biztosító kérdéseket tett fel, vagy nyilatkozattételi kötelezettséget írt elő.

2.3.3. A biztosító a biztosított részére a biztosítotti jogviszonyra vonatkozó legfontosabb adatokat tartalmazó Egészségbiztosítási kártyát (Health Insurance card) állít ki. Az Egészségbiztosítási kártya arra az időszakra állítható ki, amelyre a díj előre rendezésre került.

2.4. A szerződés hatálybalépése

2.4.1. A biztosító a szerződésben várakozási időt nem köt ki.

2.4.2. A biztosítási szerződés hatálybalépése: **2015. szeptember 01-jén 0 órakor** kezdődik, kivéve a II. modult, ami a hatályba lépéstől számított **24. hónap** elteltével lép hatályba, az SZTE ez időpontot **60 nappal** megelőző egyoldalú kérelme alapján.

2.5. Kockázatviselés kezdete

A biztosító kockázatviselése az egyes biztosítottak tekintetében a biztosított nyilatkozat biztosított általi aláírását követő nap 0. órájától kezdődik, de nem korábban, mint **2015. szeptember 01.**

A szerződés az egyes biztosítottak tekintetében a következő biztosítási időszakokat tartalmazhatja:

- **Éves 09.01-08.31-ig+ 1 hónap éves díj ellenében**
- **határozott tartam 3 hónap a szerződési időszak alatt bármikor, meghatározott díjért.**

- **I. félév 09.01-01.31-ig+ 1 hónap féléves díj ellenében.**

II. félév 02.01-08.31-ig+ 1 hónapig féléves díj ellenében.

2.6. A biztosító kockázatviselésének megszűnése az egyes biztosítottak vonatkozásában:

- 2.6.1.** a) a szerződésben meghatározott időpontban, a határozott időszak leteltével vagy
 b) a díjfizetés megfizetésének elmulasztása esetén, az első elmaradt díj esedékességének utolsó napját követő napon
 c) a biztosított halála esetén vagy
 d) jelen szerződés megszűnésével,

2.6.2. Jelen szerződés megszűnhet az alábbi okok miatt:

- a) a Felek erre vonatkozó közös megegyezése,
- b) bármelyik Fél által történő rendes felmondás,
- c) bármelyik Fél által történő rendkívüli felmondás,
- d) bármelyik Fél jogutód nélküli megszűnése.

2.6.3. Rendes felmondás: A Felek megállapodnak, hogy jelen szerződést mind a Szerződő, mind a Biztosító a biztosítás évfordulóját megelőző 120 nappal írásban felmondhatja. A határozatlan időre kötött szerződés 2 év felmondási moratóriummal jön létre, amely moratórium időszaka alatt csak súlyos szerződésszegés esetén mondhatja fel bármelyik fél a szerződést.

A felmondási idő akkor kezdődik, amikor az írásban, ajánlott levélben közölt felmondás a másik Félhez igazoltan megérkezik. A felmondási idő alatt a Szerződő új Biztosítottat a Szerződésbe nem jelenthet be.

A felmondási idő lejártával a Szerződés megszűnik. A felmondási idő lejártának napján 24 órakor a Biztosító kockázatviselése valamennyi Biztosítottnak minősülő személy tekintetében megszűnik.

2.6.4. Rendkívüli felmondás: a Felek a Szerződést a másik fél súlyos szerződésszegése esetén vagy amennyiben a biztosítónak fel nem róható okból a kijelölt egészségügyi szolgáltatókkal megkötött szerződés megszűnik, írásban, a másik Félhez intézett írásbeli nyilatkozattal, indoklással ellátva, azonnali hatállyal felmondhatják.

2.6.4.1. A Szerződő részéről súlyos szerződésszegésnek minősül:

- (a) ha működése súlyosan vagy ismétlődően sértette a Biztosító érdekeit,
- (b) ha működése súlyosan vagy ismétlődően sértette a Biztosítottak érdekeit,
- (c) amennyiben a Szerződő nem fizette meg a lejárt esedékességű biztosítási díjat,
- (d) amennyiben a jelen Szerződés szerinti tájékoztatási kötelezettségeit ismételt és súlyosan megsértette.

2.6.4.2. A Biztosító részéről súlyos szerződésszegésnek minősül:

- (a) ha működése súlyosan vagy ismétlődően sértette a Szerződő vagy a Biztosítottak érdekeit,
- (b) ha egy naptári évben bekövetkezett legalább 3 eset tekintetében a bíróság jogerős ítéletben állapítja meg azt, hogy a Biztosító jogalap nélkül tagadta meg a kár kifizetését a Biztosított részére.

2.6.4.3. Bármelyik Fél részéről súlyos szerződésszegésnek minősül, és a másik Fél a Szerződést azonnali hatállyal felmondhatja abban az esetben, ha a szerződésszegő Fél a titoktartásra vonatkozó bármely kötelezettségét megszegi.

2.6.4.4. A rendkívüli felmondás átvételekor a Szerződés azonnali hatállyal megszűnik. A Szerződés rendkívüli felmondás következtében történő megszűnésének napját követő 8. (nyolcadik) nap 24. órájában a Biztosító kockázatviselése valamennyi Biztosítottnak minősülő személy tekintetében megszűnik.

2.6.5. A Biztosított a Szerződő helyébe nem léphet.

2.7. A biztosítás területi hatálya

A biztosító kockázatviselése Magyarország területére terjed ki.

2.8. Biztosítás díj

2.8.1. A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének ellenértéke. A Biztosítási díj a Biztosítót a kockázatviselése teljes tartamára megilleti.

2.8.2. A szerződő vállalja, hogy a biztosítási díjat a díj esedékességének megfelelően, **biztosítási időszakonként előre egyösszegben fizeti meg.**

2.8.3. Szerződő a díjat a biztosító fent jelzett bankszámlájára átutalással fizeti meg. A szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díj a biztosító számlájára beérkezik.

3. Biztosítási védelem

3.1. Biztosítási esemény

3.1.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt, *a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlanul, akut módon bekövetkező* betegség, kóros állapot vagy baleset következményeként szükségessé vált orvosilag indokolt egészségügyi ellátása a szerződés feltételeinek megfelelő, az Egészségbiztosítási kártyán (Health insurance card) nevesített (kijelölt) egészségügyi szolgáltatónál. A más intézményben történő egészségügyi ellátás költségét a biztosító csak abban az esetben téríti meg - a jogalap fennállása esetén -, ha a biztosított állapota nem tette lehetővé a kijelölt intézményben történő kezelést vagy annak szervezésében történő ellátást (sürgősségi eset) és az ellátás megkezdését követő legfeljebb 48 órán belül értesíti a kijelölt szolgáltatót.

3.1.2. Jelen pont szempontjából előzmény nélküli betegségnek, balesetnek vagy kóros állapotnak minősül az a betegség, baleset vagy kóros állapot, amely a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett vagy kezelést igénylő betegséggel vagy balesettel vagy kóros állapottal vagy megállapított maradandó egészségkárosodással okozati összefüggésben nem áll.

3.2. A biztosító szolgáltatása

3.2.1. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak a Magyarországon a kijelölt egészségügyi szolgáltatónál vagy annak szervezésében igénybe vett egészségügyi ellátás finanszírozására terjed ki.

3.2.2. A biztosító a jelen szerződésben meghatározott éves szolgáltatási limit és önrészek alkalmazása mellett - amennyiben ilyet alkalmaz a biztosító - téríti meg a jelen szerződésben meghatározott biztosítási eseménnyel kapcsolatos költségeket (a kizárások és mentesülések figyelembe vételével).

3.2.3. A járóbeteg-ellátás keretében megtérítésre kerülnek:

- a) az orvosi alapellátás költségei,
- b) az orvosi szakellátás költségei beleértve az ambuláns műtéteket is,
- c) az orvos kiszállási költsége (továbbiakban: házivizit), amely akkor merül fel, ha a biztosított állapota nem tette lehetővé az alapellátó orvos rendelőjében való felkeresését (amennyiben a Biztosított az ezen szolgáltatást nyújtó modul díját megfizette). Ez a szolgáltatás nem helyettesíti a sürgősségi esetek szerinti ellátásokat.
- d) a gyógykezelés során szükséges diagnosztikai vizsgálatok költségei (pl. laboratóriumi vizsgálat, röntgendiagnosztika, ultrahang-vizsgálat); amelyeket a biztosító csak akkor téríti meg, ha azok a betegség feltárásához, gyógyításához szükségesek.

3.2.4. A fekvőbeteg-ellátás keretében a biztosító a biztosított kórházi tartózkodásának és kezelésének költségeit téríti meg. Ezen belül megtérítésre kerülnek:

- a) az orvos előírása szerinti egészségügyi ellátás (ideértve a szükséges műtétek, egynapos sebészet) költségei;
- b) az ápolás költségei.

3.2.5. Sürgősségi esetek finanszírozása: sürgősségi esetben a sürgősségi ellátás előfinanszírozott költségét a biztosított részére utólag téríti meg a biztosító, amennyiben az ellátás biztosítási eseménynek minősül.

3.2.6. A biztosító megtéríti az egészségügyi ellátáshoz szükséges gyógyszer, kötszer, gyógyászatai segédeszköz (gyógyászati segédeszközök hivatalos listáján szereplő termékek) költségeit jelen szerződésben szereplő éves limit, és önrész figyelembe vételével.

3.2.7. Betegszállítás: Ha a biztosított mozgásképtelenné válik, és nem megoldott az egészségügyi ellátó intézménybe való jutása, a biztosító az országhatáron belül a - mentőápolói felügyeletet nem igénylő - betegszállítás költségét abban az esetben téríti meg, ha az általános feltételek szerint biztosítási eseménynek minősülő egészségügyi ellátások igénybevételéhez szükséges.

3.2.8. Hazaszállítás: A biztosító megtéríti a hazaszállítás költségeit a biztosított állandó lakhelye szerinti országba, ha a biztosított egészségi állapota ezt megkívánja, illetve lehetővé teszi, és a biztosító által kijelölt egészségügyi szolgáltató is javasolja az otthoni gyógykezelést (amennyiben a Biztosított az ezen szolgáltatást nyújtó modul díját megfizette).

3.2.9. Viseli a napi 24 órájában, angol nyelven is elérhető telefonos szolgáltatás (Call Center) működtetési költségét, mely egészségügyi tájékoztatást nyújt és egyben a betegút szervezését is ellátja.

3.3. A biztosító teljesítése

3.3.1. A kijelölt egészségügyi szolgáltatónál igénybe vett, vagy a kijelölt szolgáltató szervezésében, közreműködésével elvégzett biztosítási eseménynek minősülő egészségügyi ellátás költségeit a biztosító közvetlenül a kijelölt szolgáltató részére teljesíti.

3.3.2. A nem a kijelölt szolgáltatónál vagy nem a kijelölt szolgáltató szervezésében, sürgősségi esetben igénybe vett egészségügyi szolgáltatás esetén valamint a III. modulba tartozó fogászati ellátások esetén a biztosítottak előfinanszírozási kötelezettsége keletkezik.

3.3.3. A biztosított által előfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás, illetve gyógyszer-, kötszer- és gyógyászati segédeszköz vásárlása esetén az egészségügyi szolgáltatás költségtérítésére vonatkozó szolgáltatási igényt a számla keltét követő 15 napon belül be kell jelenteni a biztosítónak.

3.3.4. A biztosított által előfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás, illetve gyógyszer-, kötszer- és gyógyászati segédeszköz költségtérítésére vonatkozó szolgáltatási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

- a) az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről (az egészségügyi ellátásról) az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének utolsó napján; az orvosi ellátást végző orvos által vényre felírt és kiváltott gyógyszerről, gyógyászati segédeszközről a gyógyszerértékről ill. gyógyászati segédeszköz boltban kiállított, a biztosított nevére (az Egészségbiztosítási kártya számának feltüntetésével) szóló eredeti számlát,
- b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum másolatát,
- c) a biztosított magyarországi (forint) bankszámlaszámát tartalmazó nyilatkozatot (aláírással és dátummal ellátva).

A biztosító a szolgáltatási igényt a jogalap fennállása esetén az igény elbírálásához szükséges összes dokumentum benyújtásától számított 15 napon belül teljesíti.

4. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

4.1. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosító bizonyítja, hogy a biztosítási esemény alapjául szolgáló eseményt jogellenesen és szándékosan vagy jogellenesen és súlyosan gondatlan magatartással:

- a) biztosított; vagy
- b) a vele közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.

4.2. A biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha

a) a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény idején bizonyíthatóan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkeztében közrehatott. Ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő az 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol koncentráció;

b) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelynek vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel nem rendelkezett, és ez a tény a biztosítási esemény bekövetkeztében közrehatott,

c) a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése okozati összefüggésben áll azzal, hogy a biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény időpontjában legalább két közlekedésrendészeti szabályt megszegett.

4.3. Ha a szerződő vagy a biztosított közlési illetve változás bejelentési kötelezettségét megsérti, a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be kivéve, ha bizonyítják, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:

a) a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy

b) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

4.4. A biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése esetén az adott helyzetben általában elvárható módon köteles eljárni, így késedelem nélkül orvosi, illetve egészségügyi segítséget kell igénybe vennie. Ha a biztosított ennek a kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól. Nem jelenti azonban a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

A fentiek nem jelentik a biztosított korlátozását a szabad orvosválasztási és egészségügyi szolgáltató-választási jogában.

5. A KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT KOCKÁZATOK

5.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:

- harci eseményekben vagy más háborús cselekményekben valamely fél mellett történő aktív részvétellel,
- vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel.

5.2. Jelen feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határvillongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, polgárháború, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó-támadás, terrorcselekmény. (A kommandó-támadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a biztosított az áldozatok érdekében lép fel.)

5.3. E szerződés szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedés, rombolás.

5.4. Nem téríti meg a biztosító azon károkat, amelyek közvetlen vagy közvetett összefüggésben állnak atomkárokkal (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése).

5.5. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:

- a) terhességgel vagy szüléssel, valamint a szülést követő egy éven belül bekövetkező egészségkárosodás következményeivel, kivéve a terhesség megállapítására irányuló járóbeteg-ellátást, valamint a méhen kívüli terhesség ellátásával kapcsolatos beavatkozásokat;
- b) olyan orvosi beavatkozással, amelynek célja esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés.

5.6. A biztosító nem téríti meg az alábbi egészségügyi ellátásokat és azokkal kapcsolatos gyógyszerköltségeket:

- a) szűrővizsgálatok,
- b) munkaegészségügyi, és egyéb alkalmassági vizsgálatok,
- c) transzplantáció,
- d) a biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, amely a biztosító kockázatviselése kezdetét megelőzően bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselést megelőzően kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést, orvosi ellenőrzést igényelt, továbbá a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása, bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészei és szervei, illetve ezen sérülések későbbi következményei, kivéve az alapellátás körében végzett ellátásokat
- e) öngyilkossági kísérlet miatti ellátások, még akkor is, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be
- f) rehabilitációval, szanatóriumi kezelésekkal, fizioterápiával, gyógytornával, fürdőkúrával, fogyókúrával kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltségek, dialízis kezeléssel kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltség, kivéve: akut esetek,
- h) pszichiátriai és pszichoterápiai ellátások, gyógyszerköltségek,
- i) akupunktúra, természetgyógyász, illetve csontkovács, alternatív gyógyászat által nyújtott kezelés, gyógyszerköltség,
- j) kontaktlencse, dioptriás szemüveg/ napszemüveg költsége és a felírásukhoz kapcsolódó ellátások költsége,
- k) fogamzásgátlással kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltségek,
- l) terhesség-megszakítással kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltségek, kivéve, (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások eseteit, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit),
- m) meddőség kivizsgálásával, kezelésével kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltségek,
- n) mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltségek,
- o) HIV-fertőzéssel kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltségek,
- p) nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltségek,
- q) fogászattal kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltségek, kivéve a fogászati modul által nyújtott ellátások költségeit, ha a Biztosított az ezen szolgáltatást nyújtó modul díját megfizette,
- r) sterilizáló műtét és következményei,
- s) nemi jelleg megváltoztatására irányuló műtét,
- sz) szemkorrekciós műtétek,
- t) hallókészülék,
- u) az alkohol- vagy kábítószer-fogyasztással összefüggésben elvégzett vizsgálatok, kezelések,
- ü) a kiemelt szintű (V.I.P.) egészségügyi ellátás (pl. egyágyas szoba),
- v) védőoltások vakcinájának beszerzése, költségtérítése
- w) ápolási otthonban történő ellátások,
- x) az olyan orvosi ellátás, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása, egészségének helyreállítását) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy

által folytatott, továbbá ilyen személy által végzett kezelés miatt utóbb szükségessé vált orvosi vagy egyéb egészségügyi ellátás.

5.7. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre sem, amelyek okozati összefüggésben vannak a biztosított alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével: búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf, hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, Bungee Jumping (mélybe ugrás), autó- motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, go-kart, motocross, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival), quad, privát-/sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőléggallonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés, bázisugrás).

6. Biztosítási limit és önrész:

SZOLGÁLTATÁS	Totál LIMIT 2 Mft / biztosítási év/biztosított	ÖNRÉSZ
Járóbeteg ellátás		
Alapellátás (angol nyelven beszélő háziorvosi szolgáltatás)	limiten belül	nincs
Szakellátás (beleértve az ambuláns műtéteket is)	limiten belül	nincs
Diagnosztikai és laborvizsgálatok	limiten belül	nincs
Fekvőbeteg ellátás		
Fekvőbeteg ellátás (ideértve a műtéti beavatkozásokat, egynapos sebészet is)	limiten belül	nincs
Az egészségügyi ellátáshoz szükséges gyógyszer, kötszer, gyógyászati segédeszköz költségeinek finanszírozása (gyógyászati segédeszközök hivatalos listáján szereplő termékek) önrész figyelembe vételével A BIZTOSÍTOTTNAK ELŐFINANSZÍROZÁSI KÖTELEZETTSÉGE VANI!	100 000 Ft/ biztosítási év/biztosított (a biztosító összesen max.100.000 Ft-ot térít/biztosítási év)	50%
Betegszállítás: ha a biztosított mozgásképtelenné válik, és nem megoldott az egészségügyi ellátó intézménybe való jutása, országhatáron belül, ha biztosítási eseménynek minősülő egészségügyi ellátások igénybevételéhez szükséges.	limiten belül	nincs
Sürgősségi ellátás: országhatáron belül, azonnali ellátást igénylő esetekben ESETENKÉNT A BIZTOSÍTOTTNAK ELŐFINANSZÍROZÁSI KÖTELEZETTSÉGE VANI!	limiten belül	nincs

I. modul (amennyiben a biztosított a modul díját külön megfizette)

Hazaszállítás költségei, ha a biztosított egészségügyi állapota ezt megkívánja, illetve lehetővé teszi, és a biztosító által kijelölt egészségügyi szolgáltató is javasolja az otthoni gyógykezelést és a hazaszállítást az állandó lakhely szerinti országba	3.000.000 Ft/ biztosítási év/biztosított (a biztosító max.1.500.000 Ft- ot térít/biztosítási év)	50 %
--	--	------

II. modult (ami a hatályba lépéstől számított 24. hónap elteltével lép hatályba, az SZTE ez időpontot 60 nappal megelőző egyoldalú kérelme alapján)

Házivizit: munkanapokon 8-16 h. között belgyógyász orvosi kiszállás, ha a biztosított állapota nem teszi lehetővé az alapellátó orvos rendelőjében való felkeresését (nem helyettesíti a sürgősségi esetek ellátásait)	max. 200.000 Ft/ biztosítási év/biztosított	nincs
---	---	-------

III. modul (amennyiben a biztosított a modul díját külön megfizette)

Fogászat: fogászati kezelésekre megállapított limit erejéig az erős fájdalommal járó, azonnali ellátást igénylő fogtömés, gyökerkezelés, tályogkezelés, foghúzás, szájüregi kezelések, baleseti következmények miatti ellátások) A BIZTOSÍTOTTNAK ELŐFINANSZÍROZÁSI KÖTELEZETTSÉGE VANI!	400.000 Ft/ biztosítási év/biztosított (a biztosító max. 200.000 Ft-ot térít/biztosítási év)	50 %
---	--	------

7. Díjfizetés

7.1. Díjfizetési gyakoriság: határozott tartamnál (min 3 hónap): egyösszegű határozatlan tartamnál: a tandíjfizetés rendjéhez igazodó két féléves (09.01.-01.31.+ 1 hónap és 02.01.-08.31.+ 1 hónap)

A biztosítás díja biztosítási időszakonként:

- éves: 68.000,- Ft/fő
- 3 hónap határozott tartam: 30.000 Ft/fő
- féléves: 34.000,- Ft/fő

I. modul éves díj: 10.000 Ft/biztosítási év/fő

II. modul éves díj: 75.000 Ft/biztosítási év/fő

III. modul éves díj: 85.000 Ft/biztosítási év/fő

7.2. A kifizetés során a Kbt. 130. § (1) és (6) bekezdésében foglaltak megfelelően irányadóak.

A Szerződő a biztosítási díjat köteles minden (adatszolgáltatásban bejelentett) Biztosított után a Biztosítónak megfizetni.

7.3. A Szerződő köteles a csoportos biztosításba biztosítottként belépő személyeket (biztosítottakat) a biztosító felé lejelenteni. A Szerződő az első adatszolgáltatásra **2015. szeptember 30., ezt követően minden megkezdett félév első hónapjának utolsó napjáig köteles.** A Bármely időpontban 3 hónapos időtartamra biztosított személyek esetében a biztosítotti nyilatkozat aláírásától számított 2 munkanapon belül köteles a Szerződő rájuk vonatkozóan külön adatszolgáltatást teljesíteni. A díjfizetés alapjául szolgáló adatszolgáltatás rendjét a 7. számú melléklet rendezi.

7.4. A biztosítás rendszeres, féléves díjfizetésű, az első díj a kockázatviselés kezdő napját követő 90. napig esedékes, a folytatólagos díjak minden biztosítási időszak kezdő napját követő 90. napig esedékesek. A Biztosító a Szerződő 7.3 pontban meghatározott adatszolgáltatás alapján kiállítja a számlát, melynek fizetési határideje esedékesség utolsó napja. A fél éves biztosítási díj biztosítottak száma alapján kerül meghatározásra.

7.5. A biztosító az aktuális biztosítási díjról számlát bocsát ki a szerződő részére (szerződő nevére kiállítva), melyet minden esetben az alkusznak küld meg, aki azt ellenőrzés után továbbítja a Szerződőnek. Szerződő a díjat a biztosítónak a számlán feltüntetett bankszámlájára utalja a számla szerinti fizetési határidő figyelembe vételével.

Felek az ÁFA tv. 58.§-a szerinti féléves elszámolásban állapodnak meg. Biztosító minden számlán köteles feltüntetni a teljesítés jogcímét, a teljesítés időszakát, valamint a szerződésszámot (kötvényszámot). A számlákon a teljesítés dátuma megegyezik a fizetési határidővel. Szerződő jogosult a számlát a fizetési határidő meghosszabbítása mellett kifizetetlenül visszaküldeni, ha a fenti feltételek nem teljesülnek.

7.6. A biztosítási díj be nem fizetése esetén a Biztosító kockázatviselése az elmaradt díj esedékességének utolsó napját követő napon megszűnik.

A fedezetbe vont Biztosítottak biztosítási díja a 2 éves, díjemelésre vonatkozó moratórium leteltéig adott biztosítási időszakon (az Egészségbiztosítási kártyán megjelölt) belül nem változik.

7.7. A szolgáltatás ellenértékét a Szerződő a biztosítással érintett időszakra vonatkozóan, számla ellenében a Ptk. 6:130. § (1)-(3) bekezdése alapján teljesíti átutalással.

7.8. Az eljárásban alkalmazandó az Art. 36/A. § előírásai.

7.9. A szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díj a biztosító számlájára beérkezik.

A szerződő vállalja, hogy a biztosítási díjat a szerződéskötéskor - illetve díjfizetési halasztás esetén - a díj esedékességének megfelelően, **biztosítási időszakonként előre egyösszegben fizeti meg.**

8. Elévülés

Jelen szerződésből származó igények a káresemény bekövetkezésének időpontjától számított **1 év elteltével elévülnek.**

Amennyiben a biztosított előfinanszírozta az egészségügyi szolgáltatást, úgy a biztosító fizetési szolgáltatására vonatkozó igénye tekintetében az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik meg:

- az igény bejelentésének elmaradása esetén az igénybevett egészségügyi szolgáltatás utolsó napját követő napon,
- az igény bejelentése esetén az utolsó iratnak a biztosítóhoz történt beérkezését követő 15. naptól,
- az igény bejelentése esetén, amennyiben a biztosító által igényelt iratcsatolás, vagy információszolgáltatás elmarad, a biztosító által ennek teljesítésére meghatározott határnapot követő naptól, határidő hiányában a felhívást tartalmazó levél keltétől számított 30. naptól.

9. Egyéb rendelkezések

A szerződéskötés nyelve a magyar.

9.1. A szerződő a biztosító hozzá intézett nyilatkozatairól és a szerződésben bekövetkezett változásokról köteles a biztosítottakat tájékoztatni. A biztosító a szerződő számára angol nyelven rendelkezésre bocsátja a nyilatkozatot illetve a szerződésre vonatkozó tájékoztató anyagokat.

9.2. A biztosító a befizetett biztosítási díjon felül a szerződés tartama alatt felmerülő többletráfordítások költségét felszámolhatja az alábbiak szerint:

A biztosítási események igazolásával kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.

9.3. Az egészségügyi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató tevékenységére és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi ellátás hibás teljesítéséből eredő károkért az ellátást nyújtó szolgáltató a felelős.

A biztosító az egészségügyi szolgáltató által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetleges orvos szakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja.

9.4. Az adatkezelésre vonatkozó részletes szabályokat az Ügyfélértékelő tartalmazza (8. sz. melléklet)

10. Szerződő Felek megállapodása értelmében a jelen szerződésben és annak mellékleteiben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény, az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény, valamint az egyéb hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

A szerződés Polgári Törvénykönyvtől lényegesen eltérő rendelkezései a következők:

10.1. Jelen szerződés 2.2. pontja értelmében – a Ptk. 6:443. § (1) bekezdésétől eltérően – a biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre.

10.2. A szerződés 2.2. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:475. § – a biztosítási szerződés módosításához a biztosított hozzájárulására nincs szükség.

10.3. A szerződés 2.5. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:447. § (2) – a biztosítási időszak igazodik a hallgatói jogviszony időtartamához.

10.4. Jelen szerződés 2.6.3 pontja értelmében – a Ptk. 6:466. § (1) bekezdésétől és a 6:490.§ (2) bekezdésétől eltérően – a biztosítási szerződést a Szerződő 120, a Biztosító 90 napos felmondási idővel rendes felmondással felmondhatja.

10.5. Jelen szerződés 2.6.5. pontja értelmében – eltérően a Ptk. 6:451. § (1) bekezdésétől összhangban a Ptk. 6:442.§ (3) bekezdésével - a biztosított nem léphet a szerződő helyébe.

10.6. Jelen szerződés 8. pontjában foglalt elévülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22.§ (1) bekezdésében meghatározott általános 5 éves elévülési időtől. Jelen szerződésből eredő igények 1 (egy) év elteltével évülnek el.

STUDIUM Fee-for-Service Health Insurance – Terms and Conditions (SZTE15)

These general terms and conditions of STUDIUM Fee-for-Service Health Insurance (SZTE15) (hereinafter: policy conditions or general conditions) set out the standard conditions for the fee-for-service health insurance concluded between Generali Biztosító Zrt. and the University of Szeged (hereinafter: insurance policy or policy) and shall be applicable to the coverage of students and researchers added to the insurance policy as insured persons. In the case of matters not regulated by these general conditions, the insurance policy shall be governed by the provisions of the *Customer Information and General Provisions Governing Insurance Policies*, as well as the applicable provisions of the Civil Code and other effective Hungarian regulations.

In the event of discrepancy between the Customer Information and General Provisions governing Insurance Policies, an integral part of the insurance policy, and these policy conditions, the provisions of the policy conditions shall prevail.

Under the insurance policy, the insurance company undertakes to provide coverage for the insured risks set forth in these general conditions and pay the insurance benefit if an insured event occurs and the insurance claim is grounded, while the policyholder undertakes to pay the insurance premium.

1. Terms and Definitions

- 1.1. **Disease (illness):** any deviation from or interruption of the normal structure or function of the human body.
- 1.2. **Accident:** one-time, external physical impact and/or chemical exposure which the insured suffers beyond his/her control or is unwillingly exposed to during the policy term, and as a result of which the insured suffers permanent physical or mental impairment or dies.
- 1.3. **Medical care:** any and all medical and health care activities pursued by the health care provider in possession of an operation permit issued by the health care supervisory authority, and which aims at examining and treating the insured, caring for, attending him/her, decreasing pain and suffering and for the purpose of the above, the processing of the patient's examination documents in order to preserve the insured person's health, as well as for the prevention, early recognition, establishment, treatment of illnesses, averting dangers of life, improving the condition occurred due to attaches, or as a consequence of accidents and for the purpose of preventing further condition deterioration.
- 1.4. Health care shall furthermore include activities related to medications, bandage, medical aids, medical care in accordance with effective legislation, and patient transport.
Primary healthcare: health care services which the Insured can receive without a physician's referral when he/she is in need of medical attention as a result of an accident or illness.
- 1.5. **Specialty healthcare:** health care services received by the insured pursuant to a referral of a primary care physician.
- 1.6. **Healthcare provider**
medical facility or company permitted by the medical authorities (Hungarian medical officer's and professional supervision) to provide health care services in accordance with effective legislation, and licensed to carry out operations in Hungary.
For the purposes of these policy conditions, health care service providers shall not include sanatoriums, rehabilitation institutes, thermal or hydro-mineral establishments, asylums and care centers for patients with mental disorders and other psychiatric diseases, geriatrics, chronic institutes, social homes, alcohol and drug detoxification institutes (hereinafter jointly referred to as: other health care institutions), even if these provide health care services, or departments of health care institutions which provide health care services in line with the operations of health care institutions as defined herein (for the purposes of this section, hereinafter: department), provided that the insured person has received services in line with the specialization of the other health care institution or of the department.
- 1.7. **Designated healthcare provider:** the healthcare service provider contracted with the Insurance Company to render health care services and specifically named on the Health Insurance Card by the Insurance Company.

- 1.8. **Outpatient care** includes the treatment of any person who, as a result of an accident or illness, receives primary medical or specialist care the duration of which does not exceed 24 hours, and which is not considered as inpatient care.
- 1.9. **Inpatient care** shall be provided for any person who, as a result of an accident or illness, is hospitalized in a medical facility for several days to receive medical care, and the person spends every night during his/her hospitalization between admission and discharge in such medical facility in connection with the medical treatment. The insured is hospitalized for multiple days if his/her discharge from the medical facility is on a later day than that of his/her admission.
- 1.10. **Urgent care (hereinafter: Emergency)** a medical emergency when as a result of sudden changes in the insured's medical conditions the insured's life could be in direct danger or the insured could suffer serious or permanent health impairment without immediate medical attention. In such a case, either the emergency services number (ambulance) must be called, or an emergency medical facility must be attended.
- 1.11. **Prepaid healthcare:** healthcare services provided by a person or institution duly authorized to render healthcare services, received by the insured in medically justified cases, where the costs have been prepaid to the service provider directly by a person or entity other than the insurance company.
- 1.12. **Insured's statement:** is a written document bearing a serial number which contains the insured's declarations with respect to the health insurance policy, and in particular information regarding the rights and obligations of the insured, the name of authorities and institutions which the insurer's confidentiality obligation shall not apply to. The insured's statement shall constitute a part of the insurance policy.
- 1.13. **Health insurance card:** A card bearing the same serial number as that of the insured's statement referred to in Clause 1.12 and issued by the insurance company containing the most important information related to the insurance coverage, which is designed to be proof of the insurance at the health care service provider.
- 1.14. **Annual limit:** the upper threshold (annual limit) of the insurance company's total benefit payment in relation with the insured's health care treatment during any given policy/fiscal year and with respect to the particular benefit types, as specified in the Product Information material, which is an integral part of the policy, above which the insurance company is not required to provide services (pay benefits).
- 1.15. **Deductible:** a lower benefit limit applicable to the payment obligation of the Insurance Company specified in the STUDIUM Product Information, an integral part of the insurance policy, which must be interpreted and applied by insured events and insured persons, and corresponding to an amount which the insured shall pay himself/herself with respect to the insured's medical care.
- 1.16. **Medication, dressings and bandages, durable medical equipment:** only those agents, accessories and means shall be deemed as medication, dressings and bandages, durable medical equipment which are registered and recognized in Hungary as medication, dressings and bandages, or durable medical equipment. Lenses for the correction of vision (glasses, contact lenses, glass for vision, etc.), tools for improve hearing and materials and means used in dental care (artificial teeth, prostheses, fillings, implants, braces, substances and tools to whiten teeth etc.) are not qualified as durable medical equipment. Medication does not include contraceptive pills, emergency contraceptive pills (morning after pills), condoms, etc.
- 1.17. **Patient transport:** if the insured is immobile and has a medical need for transport to the facility providing healthcare, the insurance covers the cost of patient transport without medical supervision within the territory of Hungary, if it is required for medical and health services which qualify as insured events pursuant to these general conditions.
- 1.18. **House call:** the costs of a physician's field-work (hereinafter: "house call") when the insured's condition does not make it possible to visit the physician in his/her office (provided that the Insured has paid the premium of the module providing this service). This service shall not replace any medical care provided in case of emergency.
- 1.19. **Repatriation:** The insurance company shall cover the costs of repatriation (transport home) to the insured's country of residence if the insured's condition so requires and/or makes it possible, provided that the medical service provider specified by the insurance company also recommends the treatment at home.

2. **General Provisions**

2.1. Parties to the Insurance Policy (Insurance Company, Policyholder, Insured)

2.1.1. In consideration of the insurance premium payment, the insurance company shall bear the insurance risk during the insured period specified in the policy, and undertakes the obligation to pay the insurance benefits set forth in these policy conditions.

2.1.2. **Policyholder is Szegedi Tudományegyetem [University of Szeged]**, which takes out the group insurance policy from the insurance company and agrees to pay insurance premiums.

2.1.3. **Insured** is a foreign natural person whose state of health is covered under the insurance policy with respect to specific insured events, and who is an enrolled student, lecturer or visiting researcher of the University of Szeged (SZTE) or the partner of SZTE during the policy term, **on the condition that the Policyholder has reported him/her as an insured to the insurance company and has paid the pertaining insurance premium. The Policyholder may report those natural persons as insureds who are enrolled students or researchers of the Policyholder during the policy period, and foreign nationals resident in Hungary between the age of 18 and 65, and who complete and sign the insured's statement in a separate document together with the Health Insurance Card to explicitly apply as insureds for insurance coverage under this insurance policy.**

2.2. Conclusion of the Insurance Policy

The policy is concluded pursuant to a written agreement by and between the policyholder and the insurance company, and may be amended at any time subject to the provisions stipulated in Section 132 of Act CVIII of 2011 on Public Procurement (hereinafter: "Public Procurement Act"). **The insurance policy may be modified without the consent of the insured.**

2.3. Adding Insured Persons to the Coverage

2.3.1. Insured may be added to the coverage of this group health insurance policy individually by **signing the insured's statement.**

2.3.2. In the insured's statement, the insured shall communicate correctly all circumstances to the insurance company in connection with which it has requested information in the form of questions or it has imposed an obligation to declare.

2.3.3. The insurance company issues a Health Insurance Card for the insured, which contains the most important information related to the insurance coverage. The Health insurance card may be issued for such time period concerning which the respective insurance premium has been prepaid.

2.4. Effective Date of the Policy

2.4.1. The insurance company does not stipulate a waiting period in the insurance policy.

2.4.2. The insurance policy will take effect: **at 0:00 am on 1st September 2015, except for Module II which shall come into effect at the time when the 24th month following the effective date of this policy has elapsed, in virtue of the unilateral request of SZTE 60 days prior to such date.**

2.5. Commencement of the Coverage

The insurance coverage pertaining to a particular insured shall commence at 0:00 a.m. on the day following the day when this insured's statement is signed by the insured, but not before 1st September, 2015.

With regard to the particular insured, the insurance policy may include the following insurance periods:

- **Annual** from 01.09. to 31.08. + 1 month in consideration of annual premium
- any 3-month definite period during the policy period in consideration of a specified premium.
- 1st semester from 01.09.-31.01. + 1 month in consideration of 6 months premium.
2nd semester from 01.02.-31.08. + 1 month in consideration of 6 months premium.

2.6. Termination of the insurance coverage with respect to a particular insured:

2.6.1. a) on the date specified in the insurance policy or at the time when the definite period expires or
b) in case of non-payment of the premium, on the day following the last day of the period of due payment of the first non- paid premium.

c) if the insured dies or

d) by the termination of this policy,

2.6.2. This policy may terminate for the following reasons:

a) by the mutual agreement of the Parties,

b) by termination for convenience by either of the Parties,

c) by termination upon breach by either of the Parties,

d) by the dissolution without succession of either of the Parties.

2.6.3. Termination for convenience: The Parties agree that both the **Policyholder and the Insurance Company may terminate this insurance policy in writing at least 120 days prior to the renewal date of the policy.** The insurance policy concluded for an indefinite period shall not be cancelled for 2 years, during which period the policy may be terminated solely upon material breach of the policy by either of the parties.

Cancellation period shall commence at the time the written cancellation notice communicated by way of registered mail is delivered to the other party in a verifiable fashion. The Policyholder shall not enter any new Insured parties into the Insurance Policy during the cancellation period.

The Policy shall terminate at the time the cancellation period expires. The insurance coverage provided by the Insurer shall terminate with respect to any and all Insured persons at 24:00 pm on the expiration date of the cancellation period.

2.6.4. Termination upon breach: In the event of a material breach of the contract by the other party or in case the contract concluded between the health care service provider terminates without any fault on the part of the insurance company, the Parties may terminate the Policy with immediate effect by written notice supported by reasons given to the other Party.

2.6.4.1. Material breach of the Policyholder shall mean:

- (a) if its activity seriously and repeatedly affects adversely the interests of the Insurance Company,
- (b) if its activity seriously and repeatedly affects adversely the interests of the Insureds,
- (c) if the Policyholder fails to pay any overdue insurance premium,
- (d) if the Policyholder repeatedly and seriously fails to comply with its information obligations under this Policy.

2.6.4.2. Material breach of the Insurance Company shall mean:

- (a) if its activity seriously and repeatedly affects adversely the interests of the Policyholder or the Insureds,
- (b) if concerning at least three cases within one calendar year the court establishes in its final judgment that the insurance company has refused to pay damages to the Insured in the absence of a legal basis.

2.6.4.3. It shall constitute a material breach by either of the Parties, and the other party may terminate the Policy with immediate effect if the defaulting Party fails to comply with any of its obligations of discretion and confidentiality.

2.6.4.4. The Policy shall terminate at the time of receipt of the notice of termination with immediate effect. The insurance coverage provided by the Insurer shall terminate with respect to any and all Insured persons at 24:00 pm on the 8th (eighth) day following the termination of the Policy upon breach.

2.6.5. The insured may not replace the policyholder in the insurance policy.

2.7. Geographical Limit of the Insurance Coverage

The insurance coverage shall only be applicable in the territory of Hungary.

2.8. Insurance Premium

2.8.1. The insurance premium is received in consideration of the insurance coverage offered by the insurance company. The Insurance Company may claim the Insurance Premium for the whole period of the insurance coverage.

2.8.2. The policyholder undertakes to pay the insurance premium in due time, **in one sum and in advance for each insurance period.**

2.8.3. The Policyholder shall pay the premium to the above stated bank account of the insurance company via bank transfer. The policyholder will have fulfilled his/her obligation to pay the insurance premium as of the day when the **insurance premium is credited to the account of the insurance company.**

3. Insurance Coverage

3.1. Insured Events

3.1.1. It shall be considered an insured event when, during the period of insurance, as a result of a disease, pathological condition or accident which was **unprecedented prior to the commencement of the coverage and arose in a sudden and acute manner**, the insured receives health care services in a medically justified case from a health care service provider named (designated) on the Health insurance card in accordance with the conditions of the contract. The insurance company will only reimburse the cost of medical care in a facility other than the designated service provider, provided that the claim is otherwise grounded, if the insured had a medical condition which did not allow him/her to be provided with medical care by or under the arrangement of the designated service provider (case of

emergency) and the designated service provider has been notified of the medical care within 48 hours of the beginning of the treatment.

3.1.2. For the purposes of this clause, a trauma, an illness or a medical condition shall have no prior history relative to the commencement of the insurance coverage if it is not in any way connected with a trauma, illness or medical condition of the insured which existed or was diagnosed or treated before the commencement of the insurance coverage, or with a previously determined permanent physical or mental impairment.

3.2. Insurance Benefit

3.2.1. The insurance company shall only reimburse those health care services which are provided in Hungary at or organized by the designated health care service provider.

3.2.2. The costs of the insured events covered by the insurance company and specified in this policy shall always be subject to the annual limit and deductibles specified in this policy (if any), taking into account any exclusions and exemptions of the insurance company.

3.2.3. Within the framework of the outpatient treatment, the insurance company shall pay for:

- a) the costs of primary medical care,
- b) the costs of specialty care, including ambulatory (same-day) surgeries,
- c) the costs of a physician's field-work (hereinafter: "house call") arising from cases when the insured's condition does not make it possible to visit the physician in his/her office (in case the Insured has paid the premium of the module providing such service). This service shall not replace any medical care in case of emergency.

d) the costs of diagnostic tests required during the medical treatment (e.g. laboratory tests, X-ray diagnostics, ultrasound examination); which the insurance company shall reimburse only if required for the diagnosis and treatment of the illness.

3.2.4. Within the framework of inpatient treatment, the insurance covers the costs of the insured's hospitalization and medical treatment. This shall include:

- a) the costs of medical treatments prescribed by a physician, (including necessary surgeries and same-day general surgeries);
- b) the costs of nursing;

3.2.5. Financing any cases of emergency: in any cases of emergency the pre-financed cost of emergency medical care will be reimbursed subsequently by the insurance company, provided that the medical care constitutes an insured event.

3.2.6. The insurance company shall reimburse the costs of medications, bandage, medical equipment for temporary use (products officially listed as durable medical equipment) if required for the medical care, subject to the annual limit and deductible set out in this policy.

3.2.7. Patient transport: If the insured is immobile and has a medical need for transport to the medical facility providing healthcare, the insurance covers the cost of patient transport without medical supervision within the territory of Hungary, if it is required for medical and health services which qualify as insured events pursuant to these general conditions.

3.2.8. Repatriation The insurance company shall reimburse the costs of repatriation (transport home) to the insured's country of residence if the insured's condition so requires and/or makes it possible, provided that the medical service provider specified by the insurance company also recommends the treatment at home (if the insured has paid the premium of the module providing such service).

3.2.9. The insurance company bears the costs of operating a 24-hour telephone service (Call Center) in English language which provides health information and also organizes the care pathway.

3.3. Payment of Insurance Benefits

3.3.1. The insurance company shall pay the costs of medical treatment constituting an insured event and received from, arranged by or delivered with the cooperation of the designated health care service provider directly to such designated health care service provider.

3.3.2. If the insured receives medical treatment in an emergency at a medical facility other than the designated service provider, or without the management of the designated service provider, and also in case of Module III - Dental services, the insured is required to prepay for such medical care.

3.3.3. If the costs of the medical services are prepaid by the insured (prepaid medical care), or if the insured purchases medication, dressings and bandages, durable medical equipment, the insurance claim for the reimbursement of such costs must be submitted to the insurance company within 15 days from the issue date of the invoice.

3.3.4. The insurance claim for the reimbursement of the costs of prepaid medical care, or of medication, dressings and bandages, or durable medical equipment purchased by the insured, must be accompanied by the following documents:

- a) the original invoice on the delivered medical treatment (health care services) issued on the last day of such treatment, or the original invoice on the purchase of medications or durable medical equipment on prescription by the treating physician requested in the pharmacy or the medical equipment shop, showing the name of the insured (as well as the Health insurance card number),
- b) a copy of all medical documents related to the insured event,
- c) the insured's declaration stating the account number of his/her (HUF) account in Hungary (signed and dated).

If the claim is grounded, the insurance company shall settle the insurance claim within 15 days upon receipt of all documents necessary for the assessment of the claim.

4. EXEMPTION OF THE INSURANCE COMPANY

4.1. The insurance company will be released from the benefit payment if it can prove that the event which resulted in the insured event was caused unlawfully and willfully or unlawfully and in gross negligence by:

- a) the insured; or
- b) a relative living in the same household with him/her.

4.2. The insured shall be acting in gross negligence in particular if:

- a) the insured was verifiably intoxicated or under the influence of drugs or other stupefying agents at the time of the event which led to the insured event, and this fact contributed to the occurrence of the insured event. If a blood alcohol test was administered, the person is legally intoxicated if his/her blood alcohol concentration exceeds 1.5‰ – or 0.8‰ while driving a motor vehicle;
- b) the insured operated a motor vehicle without a valid vehicle registration certificate or the insured did not have a valid license required for driving such vehicle, and this fact intervened in the occurrence of the insured event,
- c) the insured has committed at least two traffic offenses at the time of the event which led to the insured event, and as such the event which led to the insured event resulted directly from these actions.

4.3. If the policyholder or the insured infringe their obligation to disclose the required information or to report changes, the insurance company's obligation to pay the benefits shall not set in, unless they can prove that any of the following circumstances exist:

- a) the concealed or unreported circumstance was known to the insurance company at the time when insurance policy was concluded, or
- b) the concealed or unreported circumstance did not contribute to the occurrence of the insured event.

4.4. When an event underlying an insured event occurs, the insured is required to act as generally and reasonably expected in the given situation, and as such promptly seek emergency assistance or medical care. If the insured fails to comply with this obligation, the insurance company will be relieved from the payment of insurance benefits. The insured's refusal of a medical procedure – due to his/her autonomy or freedom to decide guaranteed by law – shall not be an breach of his/her duty to mitigate loss.

The above shall not be construed, however, as limiting or restricting the insured in freely choosing a physician or a medical and health service provider.

5. RISKS EXCLUDED FROM THE INSURANCE COVERAGE

5.1. The insurance coverage provided by the insurance company shall not cover any insured events being directly or indirectly in connection with:

- active participation in any military acts or other warlike acts on the side of any of the acting parties,
- being an accessory in a crime against the state.

5.2. For the purposes of these terms and conditions war shall mean any war whether declared or not, border-incidents, insurrection, revolution, riot, coup or coup attempt against the government, civil war, military actions with limited purposes of a foreign country (e.g. air strike or sea strike only), commando attacks, acts of terror. (In case of commando attacks and acts of terror, it shall not constitute an active participation in a warlike act if the insured acts in the interest of the victims.)

5.3. For the purposes of this policy crime against terror shall mean any crime that the Criminal Code constitutes to be such, especially: rebellion, espionage, destruction.

5.4. The insurance company will not reimburse any of those damages which are in direct or indirect connection with any nuclear damage (nuclear fission or fusion, nuclear reaction, radiation of radioactive isotopes, ionizing radiation, laser radiation and the contamination thereof).

5.5. The insurance coverage provided by the insurance company shall not cover any insured events being directly or indirectly in connection with:

- a) pregnancy or delivery, or any consequences of health damage occurring within one year of the delivery, except for any outpatient care provided in order to diagnose pregnancy and any necessary medical intervention in case of eccyesis;
- b) any medical intervention the purpose of which is an aesthetic change or cosmetic treatment.

5.6. The insurance company shall not reimburse the costs of the following health care services and medications:

- a) screening tests,
- b) occupational health examinations and other medical tests,
- c) organ transplant,
- d) the insured's such illness or medical condition which is proven to have existed prior to the effective date of the insurance coverage, or which had been diagnosed prior to the effective date of the insurance coverage, or which required treatment or medical control during this time period, or any permanent impairment of the insured that had been diagnosed prior to the effective date of the insurance coverage, such parts or organs of the body which had already been damaged, ill, injured or truncated prior to the effective date of the insurance for any reasons, and any consequences of such injuries, except for primary care services.
- e) the insured's suicide or suicide attempt, even if it happened while the insured was in an altered mental status,
- f) any medical care and medication costs in connection with rehabilitation, sanatorium treatment, physiotherapy, spa therapy, slimming therapy, any medical care or medication costs in connection with dialysis treatment, except for acute cases,
- h) psychiatric treatment and psychotherapy, medication costs,
- i) any treatment provided by acupuncture, naturopath, osteopath or alternative medicine, medication costs,
- j) costs of contact lenses, dioptric glasses/sunglasses and any costs of health care service in connection with the prescription thereof.
- k) any health care service in connection with contraception, medication costs,
- l) abortion of pregnancy, unless termination of the pregnancy was necessary to preserve the life or health of the mother, or termination of the pregnancy was performed in a case where pregnancy was the result of a criminal act,
- m) infertility examination and treatment, medication costs,
- n) costs related to artificial reproductive techniques and its medication,
- o) HIV infection treatment, medication costs,
- p) treatment of sexually transmitted diseases, medication costs,
- q) dental services, medication costs, except for those health care services which are provided under the module of dental services, provided that the insured has paid the premium of the module of such services,
- r) sterilization surgeries and consequences,
- s) sex reassignment surgeries,
- sz) vision correction surgeries,
- t) hearing aid,
- u) tests administered and treatments performed in relation to the consumption of alcohol or narcotic drugs,
- ü) convenience (V.I.P.) health care services (e.g. single bedroom),
- v) purchase of vaccine for immunization shots, reimbursement of costs,
- w) treatment received in assisted accommodation,
- x) medical care that is not for the purpose of diagnosing the condition of the insured, or for the prevention of further deterioration of his/her health or rehabilitation as well as treatment by a person who does not have medical certification and permit to practice medicine, including medical care or other health care treatment made necessary as a result of treatments performed by such person.

5.7. The insurance does not cover events which may have been caused by the insured's engagement in sports activities with increased risks listed herein: scuba diving to a depth of 40 metres, singlehanded and open sea sailing, white water rafting, , riverboarding (hydrospeed), canyoning, surfing,

mountaineering and rock-climbing on routes graded 5 or higher, high-mountain expeditions, caving and cave expeditions, bungee jumping, auto-motor sports (e.g. auto-crash, go-kart, motocross, motorboat sports, motorcycle sports, rally, ability competitions by car), quad biking, private flying/sports flying/aviation sports (e.g. paragliding, ballooning, motor sail plane, hang-gliding and ultra-light flying, hot-air ballooning, parachute jumping, free plane flying, stunt flying, base jumping).

6. Benefit Limits and Deductibles:

BENEFIT/SERVICE	Aggregate LIMIT HUF 2 mn / policy year / insured	DEDUCTIBLE
Outpatient care		
Primary health care (English speaking General Practitioners)	up to the limit	none
Specialty care (including ambulatory (same-day) surgeries)	up to the limit	none
Diagnostic and lab tests	up to the limit	none
Inpatient care		
Inpatient care (including surgeries and same day surgeries)	up to the limit	none
Financing of medications, bandage, medical equipment for temporary use (products officially listed as durable medical equipment) if required for medical care, subject to the applicable deductible. THE INSURED IS REQUIRED TO PREPAY MEDICAL EXPENSES.	HUF 100 000 / policy year / insured (the insurance pays out maximum HUF 100 000 /policy year)	50%
Patient transport: if the insured is immobile and has a medical need for transport to the facility providing healthcare, within the territory of Hungary, if it is required for the medical treatment which qualifies as an insured event.	up to the limit	none
Emergency medical care: within the territory of the country, in cases which require immediate medical attention IN CERTAIN CASES THE INSURED IS REQUIRED TO PREPAY MEDICAL EXPENSES.	up to the limit	none

Add-on Module I (if the insured has paid the premium of the module separately)

Costs of Repatriation if the insured's condition so requires and/or makes it possible, provided that the medical service provider specified by the insurance company also recommends the treatment at home and the repatriation of the insured to his/her country of residence.	HUF 3 000 000 / policy year / insured (the insurance pays out maximum HUF 1 500 000 /policy year)	50%
--	--	-----

Add-on Module II (which takes effect after 24 months following the effective date, pursuant to a unilateral request submitted by SZTE 60 days prior to such date)

House call: visit by a general practitioner between 8:00 am and 4:00 pm on weekdays if the insured's condition does not make it possible to visit the physician in his/her office (shall not replace the treatment of emergency)	up to 200,000 HUF/ policy year/ insured	none
--	---	------

Add-on Module III (if the insured has paid the premium of the module separately)

Dental services: dental fillings, root canal treatments, treatment of abscess, dental extractions, treatments of the mouth cavity and accident consequences which come with strong pain and require immediate medical attention, up to the limit specified for dental treatments) THE INSURED IS REQUIRED TO PREPAY MEDICAL EXPENSES.	400,000 HUF/ policy year / insured (up to 200,000 HUF/ policy year)	50%
---	---	-----

7. Premium Payment

7.1. Frequency of payment: in case of a definite policy period (min. 3 months): in one sum
in case of an indefinite policy period: in two 6-month installments according to the order of tuition fee payment

(01.09-31.01. + 1 month and 01.02.-31.08. + 1 month)

Insurance premium per policy period:

- **annual:** HUF 68 000 / person
- **3 months fixed policy period:** HUF 30 000 / person
- **semiannual:** HUF 34 000 / person

Add-on Module I - Annual premium: HUF 10 000 / policy year / person

Add-on Module II - Annual premium: HUF 75 000 / policy year / person

Add-on Module III - Annual premium: HUF 85 000 / policy year / person

7.2. To payment, paragraphs (1) and (6) of Section 130 of the Public Procurement Act shall be applied accordingly.

The Policyholder shall pay the insurance premium to the Insurance Company with respect to each and every Insured (reported to the insurance company).

7.3. The Policyholder shall report to the insurance company each and every person (insureds) entering the group insurance as insured persons. **The Policyholder shall submit its first data report on 30th September, 2015, and subsequently until the last day of the first month of each half-year.** In case of any person insured for a 3-month period, the Policyholder is at all times obliged to submit a separate data report with respect to the given person within 2 working days of signing the insured's statement. The order of data reporting forming the basis of premium payment is stipulated in Annex 7.

7.4. The premium of the insurance shall be paid regularly on a half-yearly basis; the first insurance premium payment is due until the 90th day of the commencement of the coverage, and all subsequent premium payments are due until the 90th day of the first day of each and every policy period. The Insurance Company issues the invoice on the basis of the data report of the Policyholder set out in Cause 7.3, the payment deadline of which is the last day of the period of due payment. The 6-month insurance premium shall be calculated on the basis of the number of insureds.

7.5. The insurance company issues an invoice on the current insurance premium to the Policyholder (in the name of the Policyholder), which shall be sent to the insurance broker, who (after checking the invoice) shall forward it to the Policyholder. The Policyholder transfers the insurance premium to the bank account of the insurance company stated on the invoice according to the payment deadline of the invoice.

The Parties agree to settle accounts with one another on a half-yearly basis according to Section 58 of the Value Added Tax Act. The insurance company shall state on each and every invoice the legal title of performance, the period of performance and the number of the contract (policy number). The date of performance equals with the payment deadline on these invoices. The Policyholder is entitled to send

back the invoice without payment and extending the payment deadline in case of non-compliance with the aforementioned conditions.

7.6. In case the Policyholder fails to pay the insurance premium, the insurance coverage terminates on the day following the last day of the period of due payment.

The insurance premium pertaining to the covered Insureds shall not be modified within the given policy period (as stated on the Health insurance card) until the 2-year long mark-up moratorium period elapses.

7.7. The Policyholder shall pay the consideration for the service with respect to the covered period against invoice via bank transfer according to paragraphs 1 to 3 of Section 6:130 of the Civil Code.

7.8. To the procedure, Section 36/A of Act XCII of 2003 on the Rules of Taxation shall be applied.

7.9. The policyholder will have fulfilled his/her obligation to pay the insurance premium as of the day when the **insurance premium is credited to the account of the insurance company.**

The policyholder undertakes to pay the insurance premium at the time when the insurance contract is concluded, or if payment deferment is applied, at the payment dates specified, **in one sum and in advance for each insurance period.**

8. Limitation Period

Any claims arising under this policy shall lapse after 1 (one) year of the date of occurrence of the harmful event.

If the insured prepaid the costs of the medical and health care services (medical bill), the limitation period with respect to the insurance company's benefit payment obligation will commence at the following points in time:

- a) if the insurance claim is not notified to the insurance company, on the day following the last day when the medical and health care services are provided,
- b) if an insurance claim is notified to the insurance company then on the day following the 15th day after the last document is received by the insurance company,
- c) if an insurance claim is notified to the insurance company and if the documents or information required by the insurance company are not submitted or disclosed, on the day following the deadline of the document submission or information provision set out by the insurance company, or in the absence of such a deadline, on the day following the 30th day of the issue date of the written communication served for that purpose.

9. Miscellaneous Provisions

The insurance policy is concluded in Hungarian.

9.1. The policyholder is required to inform the insureds of all the legal statements it is delivered by the insurance company as well as of any modifications of the insurance policy. The insurance company provides the Policyholder with the statement and information material on the policy in English language.

9.2. The insurance company is entitled to charge any extra expenses over and above the insurance premium incurred during the contract period according to the following provisions:

Any expenses incurred in connection with the verification of insured events shall be borne by the party which intends to enforce the claim.

9.3. To the activities and liability of the health care service provider providing the medical care, the provisions of the Health Act shall be applied, and for damages arising out of the defective execution of medical care and attendance, the health care service provider shall be held responsible.

The insurance company forwards any complaints in connection with the quality and level of service provided by the health care service provider and any possible medical malpractice to the entity providing the medical care.

9.4. Detailed rules on data handling are set out in the Customer Information (Annex 8)

10. According to the agreement of the Contracting Parties, any issues not regulated in the present contract or its annexes shall be governed by the provisions of Act V of 2013 on the Civil Code, Act CXII of 2011 on Informational Self-determination, Act LX of 2003 on Insurance Institutions and the Insurance Business and any other laws and regulations in force.

Provisions that substantially differ from the provisions of the Hungarian Civil Code are as follows:

10.1. Within the meaning of Clause 2.2 of these policy conditions, and by way of derogation from Section 6:443. (1) of the Civil Code, the insurance policy will be concluded pursuant to an **agreement executed in writing** by the policyholder and the insurance company.

10.2. Pursuant to Clause II.2 of the insurance policy, and by way of derogation from Section 6:475. of the Civil Code, **the consent of the insured is not required for amending the insurance policy.**

10.3. Pursuant to Clause 2.5 of the insurance policy, and by way of derogation from paragraph 2 of Section 6:447 (2) of the Civil Code, the policy period conforms with the period of the student attendance.

10.4. Within the meaning of Clause 2.6.3 of these policy conditions, and by way of derogation from Section 6:490. (2) of the Civil Code, this insurance contract may be cancelled by the Policyholder with 120 days notice and by the Insurance Company with 90 days notice by way of termination for convenience.

10.5. Within the meaning of Clause 2.6.5 of the insurance policy, by way of derogation from Section 6:451 (1) of the Civil Code and in line with Section 6:442 (3) of the Civil Code, **the insured may not replace the policyholder in the insurance policy.**

10.6. The provision on the statute of limitations set out in Clause 8 of this insurance policy differs from the five (5) year limitation period prescribed in Section 6:22 (1) of the Civil Code. **The limitation period for claims arising under this policy shall be 1 (one) year.**