

## **VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN**

### **1. GELTUNG DER BEDINGUNGEN**

Diese Bedingungen gelten für die UniMed-Krankenversicherungsverträge von UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (nachstehend „Versicherer“).

### **2. SUBJEKTE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES**

#### **2.1. Versicherer**

Der Versicherer ist das Rechtssubjekt, das nach Annahme des Versicherungsantrags das Risiko trägt und sich zur Erbringung der Versicherungsleistung verpflichtet. Für die Zwecke dieses Vertrages ist der Versicherer die UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. mit Sitz in Baross u. 1, H-1082 Budapest.

#### **2.2. Versicherungsnehmer**

Der Versicherungsnehmer ist die natürliche Person, die einen Antrag auf Abschluss der Versicherung stellt und sich zur Bezahlung des Versicherungsbeitrags verpflichtet.

#### **2.3. Versicherte**

2.3.1. Versicherte Person ist die natürliche Person, für die für Versicherungsfälle im Zusammenhang mit ihrem Gesundheitszustand und ihrer körperlichen Unversehrtheit der Vertrag zustande kommt. Versicherte Person kann ein sich im Gebiet Ungarns aufhaltender ungarischer oder ausländischer Staatsbürger sein. **Das Alter der versicherten Person kann beim Zustandekommen des Vertrages zwischen 14 und 65 Jahren liegen.** Das Alter der versicherten Person ist derart zu bestimmen, dass von der Jahreszahl des Versicherungsbeginns das Geburtsjahr der versicherten Person in Abzug gebracht wird.

2.3.2. Der Versicherungsvertrag kann gleichzeitig für mehrere Versicherungsnehmer, somit auch für sich ebenfalls in Ungarn aufhaltende nahe Angehörige des Versicherungsnehmers – Ehepartner, Eltern, Kinder – abgeschlossen werden.

#### **2.4. Bezugsberechtigte Person**

Zur Inanspruchnahme der im Versicherungsvertrag angegebenen Leistungen ist die versicherte Person berechtigt.

### **3. LAUFZEIT DER VERSICHERUNG, VERSICHERUNGSPERIODE**

Die Versicherung ist für die jeweiligen versicherten Personen auf 3 Monate, 6 Monate oder ein Jahr befristet.

#### **4. RÄUMLICHER GELTUNGSBEREICH DER VERSICHERUNG**

Die Versicherung erstreckt sich **ausschließlich auf Versicherungsfälle, die in Ungarn eingetreten sind.**

#### **5. VERSICHERUNGSBEITRAG**

5.1. Der Versicherungsbeitrag ist der Gegenwert für den Versicherungsschutz bzw. die Leistungspflicht des Versicherers.

5.2. Die Beitragszahlung für die Versicherung erfolgt jährlich, halbjährlich oder mit Einmalzahlung. Der erste Versicherungsbeitrag ist gleichzeitig zur Unterzeichnung des Antrags fällig.

5.3. Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer den Versicherungsbeitrag innerhalb von 30 Tagen nach der Fälligkeit zu bezahlen.

5.4. Beahlt der Versicherungsnehmer den fälligen Versicherungsbeitrag nicht, wird der Versicherer den Versicherungsnehmer – unter Hinweis auf die Folgen – schriftlich unter Setzung einer Nachfrist von 30 Tagen nach Verschickung der Aufforderung zur Leistung auffordern. Läuft diese Nachfrist erfolglos ab, erlischt der Vertrag rückwirkend auf den Tag der Fälligkeit, es sei denn, der Versicherer macht seine Beitragsforderung ohne Verzögerung gerichtlich geltend.

5.5. Eine Versicherung, die wegen Nichtbezahlung des Beitrags erloschen ist, kann nicht reaktiviert werden.

#### **6. VERSICHERUNGSSCHUTZ**

6.1. Der Versicherungsschutz beginnt ab 00:00 Uhr des Tages, der auf den Tag folgt, an dem der Antrag unterzeichnet wurde.

**6.2. Für den Versicherungsschutz wird durch den Versicherer keine Wartezeit nach dem Beginn des Vertrages ausbedungen.**

6.3. Der Versicherungsschutz erlischt für die jeweilige versicherte Person in den folgenden Fällen:

- a) am Tag des Todes der versicherten Person,
- b) mit dem Ablauf der für die versicherte Person geltenden Dauer,
- c) durch Unterlassung der Beitragszahlung gemäß Punkt 5.4,
- d) am Tag der Auflösung der Versicherung.

6.4. Die Beendigung des Versicherungsschutzes betrifft nicht die Beurteilung von laufenden oder schwebenden Schäden im Zusammenhang mit Versicherungsfällen, die vor der Beendigung eingetreten sind.

#### **7. BEGRENZUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG**

gemäß Versicherungsvertrag wird durch den Versicherer im Interesse der medizinischen Versorgung der versicherten Person eine Begrenzung der Versicherungsleistung für die im Vertrag festgelegten Versicherungsfälle festgelegt. Die jeweiligen Grenzen der Versicherungsleistung sowie die Höhe der durch die versicherte Person zu tragenden Selbstbeteiligungen sind in der Anlage zu diesen Bedingungen „Grenzen der Versicherungsleistung“ festgelegt. Nach Überschreitung der jeweiligen Grenze werden der versicherten Person in der jeweiligen

Versicherungsperiode keine Leistungen mehr erbracht.

## **8. VERSICHERUNGSFÄLLE**

Als Versicherungsfall gilt die **medizinische Versorgung der versicherten Person während der Dauer des für sie geltenden Versicherungsschutzes, die wegen einer im Vergleich zum Beginn des Versicherungsschutzes ohne vorherige Anzeichen, unerwartet, akut eintretenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes erforderlich wird.**

Diese Versorgungen  
können wie folgt sein:

### **8.1. Hausärztliche Grundversorgung**

Ärztliche Versorgung im Rahmen der hausärztlichen Grundversorgung, der kein Notfall zugrunde liegt. Die Leistung umfasst die Kosten für die Verabreichung einer Schutzimpfung jährlich (die Kosten für den Impfstoff werden nicht ersetzt).

### **8.2. Ambulante fachärztliche Versorgung**

Versorgung im Rahmen der ambulanten fachärztlichen Versorgung, der kein Notfall zugrunde liegt, wenn dies ärztlich begründet und erforderlich ist.

### **8.3. Stationäre Versorgung**

Medizinische Versorgung, die im Rahmen der Grundversorgung und der ambulanten fachärztlichen Versorgung nicht vorgenommen werden kann und ohne die eine weitere Gesundheitsverschlechterung der versicherten Person eintreten würde.

### **8.4. Notfallversorgung**

Veränderung des Gesundheitszustands, wegen der die versicherte Person mangels sofortiger medizinischer Versorgung in unmittelbare Lebensgefahr geraten bzw. schwere oder bleibende Gesundheitsschäden erleiden würde.

### **8.5.**

#### **Krankentransport**

Kann die versicherte Person die Gesundheitseinrichtung wegen ihres Gesundheitszustandes nicht erreichen oder kann sie von dort nicht nach Hause gehen und wird dies auch mit einem ärztlichen Gutachten bestätigt, kann die versicherte Person nach Verordnung des Arztes die Leistung Krankentransport in Anspruch nehmen, sofern dies durch ihren Gesundheitszustand ermöglicht wird. Der Zeitpunkt und die Art des Krankentransports werden durch die für die Versorgungssteuerung zuständige Organisation (Anlage 2) mit dem behandelnden Arzt abgestimmt. Die Leistung bezieht sich nur auf die Inanspruchnahme der Leistung Krankentransport von Krankentransportorganisationen, die über eine fachliche Genehmigung der Aufsicht verfügen. Der Krankentransport bezieht sich nicht auf die Notfallversorgung.

## **9. LEISTUNGEN DES VERSICHERERS**

### **9.1. Organisation der Leistungen aus dem Versicherungsfall**

9.1.1. Der Versicherer nimmt bei Eintritt der Versicherungsfälle nach Punkt 8 für die Organisation der medizinischen Versorgung und zur Abwicklung der Leistungen eine für die Versorgungssteuerung zuständige Organisation in Anspruch. Die Aufgaben der für die Versorgungssteuerung zuständigen

Organisation sind der Anlage 2 dieser Bedingungen zu entnehmen. Die Tätigkeit der für die Versorgungssteuerung zuständigen Organisation umfasst bei Eintritt der Versicherungsfälle nach Punkt 8 Folgendes:

- a) Organisation der hausärztlichen Versorgung;
- b) Organisation der fachärztlichen Versorgung;
- c) Organisation der stationären Versorgung;
- d) Organisation des Krankentransports bei Gehbehinderung;
- e) Information über die Erreichbarkeit von ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder stationäre Einrichtungen in der Nähe des Aufenthaltsortes der versicherten Person.

## **9.2. Abrechnung der Leistungen aus dem Versicherungsfall**

9.2.1. Verordnet der Arzt der versicherten Person bei den Leistungen nach Punkt 8 Arzneimittel oder medizinische Hilfsmittel auf einem offiziellen Arzneimittelverordnungsblatt (Rezeptzettel der Nationalen Krankenkasse OEP), wird der Preis der Arzneimittel durch den Versicherer – bis zur Grenze der Versicherungsleistungen gemäß Tabelle – gegen Vorlage des ärztlichen Dokuments, das die Verschreibung begründet sowie der auf den Namen der versicherten Person lautenden Apothekenrechnung erstattet. Die Kosten der Arzneimittelrechnungen werden durch den Versicherer gebündelt und nur jeweils zu fünftausend HUF erstattet. Eine niedrigere Summe wird durch den Versicherer nicht erstattet.

## **9.3. Auszahlung der Leistungen aus dem Versicherungsfall**

9.3.1. Nach Beurteilung der Berechtigung der Versorgung wird der Gegenwert der Versorgung durch die für die Versorgungssteuerung zuständige Organisation in einer Höhe von bis zu den Grenzen nach Anlage 1 erstattet.

a) Hat die versicherte Person für die ärztliche Versorgung bezahlt, werden die Kosten für die Versorgung durch die für die Versorgungssteuerung zuständige Organisation auf das Bankkonto der versicherten Person oder wenn sie kein Konto hat, an ihre ungarische Adresse überwiesen.

b) Hat die versicherte Person für die ärztliche Versorgung nicht bezahlt, rechnet die für die Versorgungssteuerung zuständige Organisation mit dem Gesundheitsdienstleister ab, der die Versorgung vorgenommen hat.

c) Die Kosten für Apothekenrechnungen werden durch die für die Versorgungssteuerung zuständige Organisation auf das Bankkonto der versicherten Person oder wenn sie kein Konto hat, an ihre ungarische Adresse überwiesen.

Voraussetzung für die Erstattung der Kosten aus einem Leistungsanspruch ist, dass dieser durch die versicherte Person auf dem Schadenmeldeformular für Krankenversicherungsleistungen bei der für die Versorgungssteuerung zuständigen Organisation (an der Anschrift nach Anlage 2) schriftlich gemeldet wird. Dem Formular ist in jedem Fall die Kopie des die ärztliche Versorgung nachweisenden Behandlungsblattes, des Entlassungsberichts bzw. anderer ärztlichen Dokumentationen sowie die Rechnung im Original als Nachweis der durch die

versicherte Person bezahlten Kosten beizufügen.

9.3.2. Die Leistung wird durch den Versicherer innerhalb von 15 Tagen nach Erhalt des von ihm geforderten letzten Dokuments bezahlt.

#### **9.4. Pflichten der versicherten Person**

Der Anspruch auf medizinische Hilfeleistung ist der für die Versorgungssteuerung zuständige Organisation unverzüglich zu melden. Haben der Zustand der versicherten Person oder die Umstände eine sofortige Verständigung der für die Versorgungssteuerung zuständigen Organisation nicht ermöglicht, ist diese Meldung der medizinischen Versorgung spätestens innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Versicherungsfalls vorzunehmen.

### **10. BEFREIUNG DES VERSICHERUNGSUNTERNEHMENS**

**10.1. Der Versicherer wird von der Bezahlung der Versicherungssumme befreit, wenn der Versicherungsfall durch die bezugsberechtigte Person vorsätzlich rechtswidrig oder durch den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person rechtswidrig grob fahrlässig verursacht wurde. Die versicherte Person handelt grob fahrlässig insbesondere, wenn:**

- a) der Versicherungsfall infolge regelmäßigen Alkoholkonsums bzw. fallweise im kausalen Zusammenhang mit dem schwer alkoholisierten Zustand der versicherten Person (von und über 2,6 Promille) eingetreten ist,**
- b) der Versicherungsfall infolge Drogenkonsums oder der Einnahme von berauschenden Mitteln oder Arzneimitteln eingetreten ist, es sei denn, letztere wurden auf Empfehlung des behandelnden Arztes vorschriftsmäßig verwendet.**

**10.2. Das Versicherungsunternehmen wird von der Auszahlung der Leistungssumme befreit, wenn:**

**a) der Versicherungsfall in einem kausalen Zusammenhang mit einem Selbstmordversuch der versicherten Person steht, und zwar selbst dann, wenn dieser bei gestörtem Bewusstseinszustand der versicherten Person erfolgt ist,**

**b) der Versicherungsfall durch eine vorsätzlich begangene schwere Straftat des Versicherten oder im Zusammenhang damit eintritt.**

### **11. AUSGESCHLOSSENE RISIKEN**

**11.1. Der Versicherungsschutz gilt nicht für den Fall, wenn der Versicherungsfall direkt oder indirekt mit dem Folgenden zusammenhängt:**

- aktive Teilnahme an Kampfhandlungen oder anderen Kriegshandlungen für eine der Parteien,**
- Teilnahme an Straftaten gegen den Staat.**

**11.2. Für die Zwecke dieser Bedingungen gelten als Krieg Kriege mit oder ohne Kriegserklärung, Grenzstreitigkeiten, Aufstand, Revolution, Aufruhr, Putsch oder Putschversuch gegen die Regierung, Bürgerkrieg, beschränkte Kriegshandlungen fremder Länder (z. B. nur Luftschläge oder nur Seeaktionen), Kommandoangriffe, terroristische Handlungen. (Bei Kommandoangriffen und terroristischen Handlungen gilt nicht als aktive Teilnahme an Kriegshandlungen, wenn die versicherte Person im Interesse der Opfer auftritt.)**

**11.3. Nach diesem Vertrag gilt als Straftat gegen den Staat, was durch das Bürgerliche Gesetzbuch als solche festgelegt wird, so insbesondere Aufstand, Spionage und Zerstörung.**

11.4. Nicht ersetzt werden durch den Versicherer Schäden, die in direktem oder indirektem Zusammenhang mit atomaren Schäden stehen (nukleare Spaltung oder Fusion, nukleare Reaktion, Strahlung radioaktiver Isotope, ionisierende oder Laserstrahlung sowie Kontaminationen dieser). 11.5. Nicht ersetzt werden Leistungen durch den Versicherer auch dann, (ausgenommen Versorgungen durch Gesundheitsdienstleister, die zu ihm in einem Vertragsverhältnis stehen), wenn bei der Heilbehandlung diese wiederholten Operationen oder Behandlungen infolge eines ärztlichen Behandlungsfehlers erfolgt sind bzw. wenn deswegen ein im Versicherungsvertrag festgelegter sonstiger Versicherungsfall eingetreten ist. Nach diesem Vertrag gilt als ärztlicher Behandlungsfehler, wenn der Leistungserbringer die für die jeweilige Gesundheits- und ärztliche Tätigkeit geltenden Rechtsvorschriften, fachlichen Vorschriften, Gewohnheiten und Anweisungen verletzt, außer Acht lässt oder unterlässt.

11.6. Der Versicherungsschutz gilt nicht für den Fall, wenn der Versicherungsfall direkt oder indirekt mit dem Folgenden zusammenhängt:

–Schwangerschaft oder Entbindung sowie Folgen von Gesundheitsschäden innerhalb eines Jahres nach der Entbindung, mit Ausnahme der ambulanten Versorgung zur Feststellung der Schwangerschaft sowie von Eingriffen im Zusammenhang mit der Versorgung der extrauterinen Schwangerschaft;  
–ein medizinischer Eingriff, dessen Ziel eine ästhetische Veränderung oder kosmetische Behandlung ist.

11.7. Nicht ersetzt werden durch den Versicherer die folgenden medizinischen Versorgungen und die mit ihnen verbundenen Arzneimittelkosten:

a) Reihenuntersuchungen,

b) arbeitsmedizinische und sonstige Eignungsuntersuchungen,

c) Transplantationen,

d) Versorgungen, die infolge eines beim Abschluss der Versicherung bereits bestehenden Gesundheitszustands in Anspruch genommen wurden, mit Ausnahme der Abwendung von Lebensgefahr,

e) Versorgungen infolge von Selbstmordversuchen,

f) Rehabilitation, Sanatoriumsbehandlungen, Physiotherapie,

g) Dialyse, mit Ausnahme von Akutfällen,

h) Pflege infolge psychiatrischer Erkrankung, mit Ausnahme von Notfallversorgung zur Aufstellung einer Diagnose oder infolge psychischer Probleme,

i) Akupunktur bzw. durch Heilpraktiker oder Chiropraktiker vorgenommene Behandlungen,

j) Kosten für Kontaktlinsen,

k) Arzneimittelkosten in Verbindung mit Schwangerschaftsverhütung,

l) Versorgungen und Arzneimittelkosten in Verbindung mit Schwangerschaftsabbruch, es sei denn, diese sind ärztlich begründet,

m) **Versorgungen und Arzneimittelkosten in Verbindung mit der Untersuchung und der Behandlung von Unfruchtbarkeit,**

n) **Versorgungen und Arzneimittelkosten in Verbindung mit künstlicher Befruchtung,**

o) **HIV-Infektion,**

p) **Arzneimittelkosten von sexuell übertragbaren Krankheiten, mit Ausnahme von Trichomonas- oder Chlamydien-Infektion,**

q) **zahnärztliche Versorgung (kieferorthopädische Versorgung, Orthodontie, paradontologische Behandlung, Zahnsteinentfernung, definitive Wurzelkanalbehandlung, Zahnersatz, Zahnkrone, Brücke), mit Ausnahme von zahnärztlicher Notfallversorgung, direkter Behandlung zur Schmerzreduktion, temporärer Wurzelkanalbehandlung, für höchstens zwei Zähne. Die Leistung des Versicherers wird bis höchstens 50.000 HUF erbracht.**

**11.8. Vor dem Beginn des Versicherungsschutzes aus welchem Grund auch immer bereits beschädigte, kranke, verletzte oder amputierte Körperteile und Organe bzw. die späteren Folgen dieser Verletzungen sind aus der Versicherung ausgeschlossen.**

## **12. RECHTSERKLÄRUNGEN**

Der Versicherer ist berechtigt, ihm übermittelte Rechtserklärungen und Meldungen nur dann als rechtsgültig zu betrachten, wenn diese seiner zur Ausstellung von Versicherungsscheinen berechtigten Organisationseinheit schriftlich übermittelt wurden. Die Erklärung ist dann gültig, wenn sie beim Versicherer eingelangt ist. Der Versicherer übermittelt der am Versicherungsvertrag interessierten Person seine Erklärungen schriftlich.

## **13. DECKUNGSERGÄNZUNG**

Für diesen Vertrag kann die Deckung nicht ergänzt werden.

## **14. DATENBEHANDLUNG, VERSICHERUNGSGEHEIMNIS**

Als personenbezogene Daten gelten Daten oder Folgerungen, auf die anhand von Daten geschlossen werden kann, die mit einer bestimmten natürlichen (identifizierten oder identifizierbaren) Person (nachstehend „Betroffener“) in Verbindung gebracht werden können.

Beziehen sich personenbezogene Daten auf den Gesundheitszustand, Abhängigkeiten bzw. das sexuelle Leben, so gelten diese gemäß den geltenden Rechtsvorschriften als sensible Daten, die ausschließlich auf der Grundlage der schriftlichen Zustimmung des Betroffenen verarbeitet werden dürfen. Die Angabe von Daten erfolgt freiwillig, allerdings ist es für den Abschluss des Versicherungsvertrages unerlässlich, bestimmte personenbezogene Daten mitzuteilen.

14.2. Der Versicherer ist berechtigt, die Daten der Kunden, die ihm rechtmäßig bekannt geworden sind, einschließlich sensibler Daten gemäß Gesetz Nr. CXII/2011 über die informationelle Selbstbestimmung und die Informationsfreiheit („Infogesetz“), im Einklang mit dem Gesetz Nr. LXXXVIII/2014 über Versicherungstätigkeiten (nachstehend „Bit.“) zu verarbeiten.

14.3. Der Versicherer darf Daten im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand des Kunden für die Zwecke nach Punkt 14.5, im Einklang mit dem Gesetz Nr. XLVII/1997 über die Verarbeitung und den Schutz von Gesundheitsdaten und verbundenen personenbezogenen Daten ausschließlich mit der schriftlichen Zustimmung des Betroffenen verarbeiten.

14.4. Der Versicherer ist berechtigt, für die Erbringung der Versicherungsleistung erforderliche – als Bankgeheimnisse geltende – Daten zu verarbeiten. Die Daten können auf die im Bit. festgelegte Weise bzw. gemäß der Einwilligung des Kunden, des Kontoinhabers weitergeleitet werden.

14.5. Die personenbezogenen Daten des Versicherungsnehmers, der versicherten Person bzw. des Bezugsberechtigten werden durch den Versicherer im Zusammenhang mit dem Zustandekommen und der Erfassung des Versicherungsvertrages sowie der Erbringung der Versicherungsleistung oder für andere Zwecke gemäß Bit. verarbeitet.

14.6. Der Versicherer kann personenbezogene – und innerhalb davon sensible – Daten während des Bestehens des Versicherungsverhältnisses sowie für den Zeitraum verarbeiten, solange Ansprüche in Verbindung mit dem Versicherungsverhältnis geltend gemacht werden können. Der Versicherer darf ihm bekannt gewordene Daten auch in Verbindung mit nicht zustande gekommenen Versicherungsverhältnissen nur für die Dauer verarbeiten, solange in Verbindung mit dem Scheitern des Zustandekommens des Vertrages Ansprüche geltend gemacht werden können. Bei der Behandlung von Beschwerden per Telefon wird die telefonische Kommunikation zwischen dem Dienstleister und dem Kunden durch den Dienstleister aufgezeichnet und die Tonaufnahme wird für ein 5 aufbewahrt. Der Versicherer hat alle personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit den Kunden, ehemaligen Kunden oder nicht zustande gekommenen Verträgen zu löschen, bei deren Verarbeitung der Zweck der Datenverarbeitung erloschen ist, oder zu deren Verarbeitung die Zustimmung des Betroffenen nicht zur Verfügung steht bzw. für deren Verarbeitung kein gesetzlicher Rechtsgrund besteht.

14.7. Für die Verarbeitung von Daten in Verbindung mit verstorbenen Personen gelten die Rechtsbestimmungen für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten. Hinsichtlich Daten, die mit der verstorbenen Person in Verbindung gebracht werden können, können die Rechte des Betroffenen auch durch den Erben der verstorbenen Person bzw. den im Versicherungsvertrag namhaft gemachten Berechtigten ausgeübt werden.

14.8. Die Daten des Kunden dürfen ausschließlich durch dazu berechtigte Mitarbeiter des Versicherers, seine beauftragten Versicherungsvermittler bzw. für den Versicherer im Rahmen gesonderter Verträge Datenverarbeitung oder ausgelagerte Tätigkeiten ausübende Personen und Organisationen kennengelernt werden, in einem Umfang, der durch den Versicherer festgelegt wird und für die Durchführung ihrer Tätigkeit erforderlich ist. Der Versicherer verpflichtet sich, über entsprechenden technischen Datenschutz und über eine entsprechende Dokumentation zu verfügen, durch die der Schutz des Versicherungsgeheimnisses gewährleistet wird.

14.9. Der Versicherer hat die Daten, von denen er Kenntnis erlangt hat, aufzubewahren und gemäß Bit. als Versicherungsgeheimnis zu behandeln. Als Versicherungsgeheimnis gelten alle dem Versicherer zur Verfügung stehende Daten, die keine qualifizierten Daten enthalten und sich auf die persönlichen Umstände, Vermögenslage bzw. Wirtschaftsführung oder die mit dem Versicherer abgeschlossenen Verträge einzelner Kunden des Versicherers beziehen.

14.10. In Hinsicht auf das Versicherungsgeheimnis obliegt, soweit nicht das Gesetz ein anderes vorschreibt, den Eigentümern, Leitern und Mitarbeitern des Versicherers sowie allen, die bei ihrer Tätigkeit im Zusammenhang mit dem Versicherer auf jegliche Weise Zugang zu den Versicherungsgeheimnissen hatten, ohne zeitliche Begrenzung Verschwiegenheitspflicht.

14.11. Werden durch den Versicherer im Rahmen ausgelagerter Tätigkeiten auch personenbezogene Daten seiner Kunden an die Personen weitergeleitet, die ausgelagerte Tätigkeiten ausüben, gelten die ausgelagerte Tätigkeiten ausübenden Personen als Datenverarbeiter des Versicherers und unterliegen der Verschwiegenheitspflicht. Dritte dürfen Datenverarbeitungstätigkeiten ausschließlich auf Grundlage eines diesbezüglichen Auftragsvertrags, im Rahmen einer ausgelagerten Tätigkeit ausüben.



14.12. Der Versicherer darf personenbezogene (und sensible) Daten des Betroffenen sowie seine als Versicherungsgeheimnis geltenden Daten ausschließlich auf Grundlage einer vom Betroffenen oder dessen gesetzlichen Vertreter erhaltenen schriftlichen Zustimmung an Dritte weiterleiten, es sei denn, die Weiterleitung der Daten erfolgt auf Grundlage von Anfragen für die im Bit. aufgezählten Organisationen oder bei der Erbringung der verbindlichen Datenübermittlung.

14.13. Keine Verschwiegenheitspflicht besteht gegenüber Folgenden:

a) gegenüber der in ihrem Aufgabenbereich vorgehenden Finanzaufsichtsbehörde,

b) nach der Anordnung von Ermittlungen gegenüber der Ermittlungsbehörde und der Staatsanwaltschaft,

c) gegenüber dem in einer Strafsache, einem Zivilprozessverfahren oder Verfahren der freiwilligen Gerichtsbarkeit sowie bei der Revision von Verwaltungsbeschlüssen vorgehenden Gericht, dem durch das Gericht bestellten Sachverständigen sowie dem in einer Vollstreckungssache vorgehenden selbständigen Gerichtsvollzieher bzw. dem im Schuldenbereinigungsverfahren von natürlichen Personen vorgehenden Hauptgläubiger, Insolvenzberatungsdienst für Familien, Privatinsolvenzverwalter für Familien bzw. Gericht,

d) gegenüber dem in einer Nachlasssache vorgehenden Notar bzw. dem durch diesen bestellten Sachverständigen,

e) im Falle einer dem Versicherungsunternehmen in einer Steuersache, auf Aufforderung der Steuerbehörde auf einem gesetzlich vorgesehenen Gebiet obliegenden Pflicht zur Abgabe einer Erklärung bzw. gesetzlich vorgesehenen Datenleistungspflicht zur Zahlung einer sich aus dem Versicherungsvertrag ergebenden Steuerschuld gegenüber der Steuerbehörde,

f) gegenüber dem in seinem Aufgabenbereich vorgehenden Nachrichtendienst,

g) gegenüber der in ihrem Aufgabenbereich vorgehenden Wettbewerbsbehörde,

h) gegenüber der im Rahmen ihres Aufgabenbereichs vorgehenden Vormundschaftsbehörde,

i) gegenüber der in § 108 Absatz 2 des Gesetzes Nr. CLIV von 1997 über das Gesundheitswesen aufgeführten Verwaltungsstelle für das Gesundheitswesen,

j) gegenüber der bei Vorliegen der in einem gesonderten Gesetz festgelegten Bedingungen zur Anwendung von geheimdienstlichen Mitteln und zur Sammlung geheimer Informationen ermächtigten Stelle,

k) gegenüber dem Rückversicherer sowie bei einem gemeinsamen Versicherungsschutz (Mitversicherung) den das Risiko übernehmenden Versicherern,

l) hinsichtlich der Daten, die in den in diesem Gesetz geregelten Fällen der Datenübermittlung weitergeleitet wurden, gegenüber der Stelle für die Dokumentation von Versicherungsscheinen, die das Verzeichnis der Versicherungsscheine führt,

n) hinsichtlich des Bestands an Versicherungsverträgen, die im Rahmen einer Bestandsübertragung übergeben werden – gemäß den Bestimmungen einer diesbezüglichen Vereinbarung – gegenüber dem Versicherer, der den Bestand übernimmt,

n) hinsichtlich der zur Schadenregulierung und zur Geltendmachung von Erstattungsansprüchen notwendigen Daten und in Verbindung mit der Weiterleitung dieser Daten untereinander gegenüber der Organisation zur Verwaltung des Entschädigungskontos bzw. des Entschädigungsfonds, dem Nationalen Versicherungsbüro, der Korrespondenzstelle, dem Informationszentrum, der

Entschädigungsorganisation, dem Schadenregulierungsbeauftragten und dem Schadensvertreter bzw. – hinsichtlich der Reparaturdaten des vom Unfall betroffenen anderen Fahrzeugs aus dem Schadensaufnahmeprotokoll der mit seinem Straßenverkehrsunfall verbundenen Schadenregulierung aufgrund seines Selbstbestimmungsrechts – gegenüber dem Schadensverursacher,

o) hinsichtlich der zur Ausübung einer ausgelagerten Tätigkeit notwendigen Daten gegenüber der die ausgelagerte Tätigkeit verrichtenden Person und hinsichtlich der zur Erfüllung der Aufgaben des Wirtschaftsprüfers notwendigen Daten gegenüber dem Wirtschaftsprüfer,

p) bei einer Zweigniederlassung – wenn die für die Datenverarbeitung geltenden Anforderungen der ungarischen Rechtsvorschriften hinsichtlich aller Daten erfüllt sind und der Herkunftsstaat des Drittlandversicherers über eine Datenschutzregelung verfügt, die den durch die ungarischen Rechtsvorschriften gestellten Anforderungen entspricht –, gegenüber dem Versicherer, Versicherungsvermittler bzw. Versicherungsberater aus einem Drittland,

q) gegenüber dem in seinem Aufgabenbereich vorgehenden Grundrechtsbeauftragten,

r) gegenüber der in ihrem Aufgabenbereich vorgehenden Nationalen Behörde für Datenschutz und Informationsfreiheit,

s) bezüglich der Daten zur Schadenshistorie, die in der Verordnung des Ministers über die ausführlichen Regeln zum Bonus-Malus-System, zur Einstufung in dieses System bzw. zum Nachweis von Schadensfällen festgelegt sind sowie bezüglich der Bonus-Malus-Einstufung gegenüber dem Versicherer, wenn sich die in den Buchstaben a bis j sowie n und s angegebene Stelle oder Person mit einem schriftlichen Ersuchen an den Versicherer wendet, das den Namen des Kunden oder die Bezeichnung des Versicherungsvertrags, die Art der angeforderten Daten bzw. den Zweck und die Rechtsgrundlage der Datenanforderung enthält, mit der Maßgabe, dass die Stelle oder Person nach den Buchstaben p bis s ausschließlich die Art der angeforderten Daten bzw. den Zweck und den Rechtsgrund der Datenanforderung anzugeben hat. Als Nachweis des Zwecks und der Rechtsgrundlage wird auch eine Angabe der zum Kennenlernen der Daten berechtigenden gesetzlichen Bestimmung angesehen.

14.14. Der Versicherer hat weitergeleitete personenbezogene Daten nach Ablauf von 5 Jahren nach der Datenweiterleitung bzw. bei Daten, die mit dem Gesundheitszustand des Kunden zusammenhängen oder die gemäß Infogesez als sensible Daten gelten, nach 20 Jahren zu löschen.

14.15. Der Versicherer bzw. der Versicherungsnehmer haben auf schriftliches Ansuchen der Ermittlungsbehörde, des Nachrichtendienstes und der Staatsanwaltschaft auch dann unverzüglich Auskunft zu erteilen, wenn Angaben dahingehend zum Vorschein kommen, dass das Versicherungsgeschäft

a) gemäß dem bis zum 30.06.2013 gültigen Gesetz Nr. IV/1978 mit Drogenmissbrauch, dem Missbrauch von neuen psychoaktiven Mitteln, terroristischen Handlungen, dem Missbrauch von Sprengstoffen oder Sprengmitteln, dem Missbrauch von Schusswaffen oder Munition, der Geldwäsche, einer in einer Bande oder einer kriminellen Vereinigung begangenen Straftat,

b) gemäß Btk. (StGB) Drogenhandel, dem Besitz von Drogen, der Erweckung von Abhängigkeiten oder der Förderung der Herstellung von Drogen, dem Missbrauch von neuen psychoaktiven Mitteln, terroristischen Handlungen, der Unterlassung der Anzeige von terroristischen Handlungen, der Terrorismusfinanzierung, dem Missbrauch von Sprengstoffen oder Sprengmitteln, dem Missbrauch von Schusswaffen oder Munition, der Geldwäsche, einer in einer Bande oder einer kriminellen Vereinigung begangenen Straftat im Zusammenhang steht.

14.16. Der Versicherer kann den Kunden nicht über die Weiterleitung von Daten an die Ermittlungsbehörde, die Staatsanwaltschaft, den Nachrichtendienst sowie bei Vorliegen der in einem gesonderten Gesetz festgelegten Bedingungen an das zur Anwendung von geheimdienstlichen Mitteln und der geheimen Informationssammlung befugte Organ informieren.

14.17. Die Pflicht zur Wahrung des Versicherungsgeheimnisses besteht nicht, wenn der Versicherer, der Versicherungsvermittler und der Versicherungsfachberater seiner Meldepflicht nach einem durch die Europäische Union angeordneten Gesetz über die Durchführung von finanziellen und das Vermögen betreffenden Beschränkungsmaßnahmen nachkommt.

14.18. Die Pflicht zur Wahrung des Versicherungsgeheimnisses besteht nicht, wenn

a) eine ungarische Strafverfolgungsbehörde auf der Grundlage einer internationalen Verpflichtung zur Erfüllung des schriftlichen Ansuchens einer ausländischen Strafverfolgungsbehörde den Versicherer schriftlich um als Versicherungsgeheimnis geltende Daten ersucht,

b) die als Zentralstelle für Geldwäsche-Verdachtsanzeigen funktionierende Behörde in ihrem Aufgabenbereich gemäß dem Gesetz über die Vorbeugung und die Verhinderung von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung oder zur Erfüllung des schriftlichen Ansuchens einer ausländischen Zentralstelle für Geldwäsche-Verdachtsanzeigen den Versicherer schriftlich um als Versicherungsgeheimnis geltende Daten ersucht.

14.19. Nicht als Verletzung des Versicherungsgeheimnisses gilt

a) die Übermittlung solcher zusammengefassten Daten, aus denen sich die Personen oder Geschäftsdaten der einzelnen Kunden nicht feststellen lassen,

b) die Weiterleitung von Daten, die bei einer Zweigniederlassung an die für den Sitz (das Hauptbüro) eines ausländischen Unternehmens zuständige Aufsichtsbehörde für die Tätigkeiten der Aufsichtsbehörde erforderlich sind, wenn dies der Vereinbarung zwischen der ausländischen und der ungarischen Aufsichtsbehörde entspricht,

c) die Übermittlung von nicht als personenbezogene Daten geltenden Daten an den Minister zur Gründung der Gesetzgebung und der Durchführung von Wirkungsanalysen,

d) eine Datenübermittlung zur Erfüllung der Bestimmungen des Gesetzes über die zusätzliche Aufsicht über Finanzkonglomerate.

14.20. Nicht als Verletzung des Versicherungsgeheimnisses gilt die Weiterleitung von Daten durch den Versicherer an einen Versicherer im Drittland, einen Rückversicherer im Drittland oder an eine Datenverarbeitungsorganisation im Drittland, wenn

a) der Kunde seine Zustimmung dazu schriftlich erteilt hat, oder

b) die Datenweiterleitung – in Ermangelung der Zustimmung des Kunden – über einen gesetzlich festgelegten Datenumfang, ein gesetzliches Ziel und einen gesetzlichen Rechtsgrund verfügt und im Drittland das entsprechende Niveau des Schutzes der personenbezogenen Daten auf eine Weise nach § 8 Abs. 2 Infogesetz gewährleistet ist.

14.21. Bei einer Weiterleitung von als Versicherungsgeheimnis geltenden Daten in einen anderen Mitgliedstaat finden die Bestimmungen über die Datenübermittlung im Inland Anwendung.

14.22. Der Betroffene kann im Zusammenhang mit der Datenverarbeitung des Versicherers von den folgenden Rechten Gebrauch machen:

– Auskunft einholen,

- Berichtigung von Daten,
- Löschung von Daten,
- Sperrung von Daten,
- Veröffentlichung von Daten.

14.23. Ist dem Abschluss des Versicherungsvertrages eine ärztliche Untersuchung des künftigen Kunden vorausgesetzt, so kann der Kunde die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen im Sinne des Gesetzes Nr. CLIV/1997 über das Gesundheitswesen beim Gesundheitsdienstleister kennenlernen.

14.24. Im Sinne des Infogesetzes kann der Betroffene in den gesetzlich festgelegten Fällen Einspruch gegen die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten erheben. Der Versicherer als Datenverwalter ist verpflichtet, den Einspruch gemäß Gesetz zu untersuchen und den Antragsteller schriftlich zu informieren. Der Betroffene kann bei Verletzung seiner Rechte gegen den Datenverwalter gerichtlich vorgehen. Der Versicherer hat als Datenverwalter auch den nachgewiesenen Schaden des Betroffenen zu ersetzen, wenn dieser durch rechtswidrige Datenverarbeitung oder Verletzung der Anforderungen an den technischen Datenschutz verursacht wurde.

14.25. Nicht als Verletzung des Versicherungsgeheimnisses gilt eine Datenübermittlung an das Finanzamt auf Grundlage des Gesetzes Nr. XIX/2014 über die Verkündung des Abkommens zwischen der Regierung Ungarns und der Regierung der Vereinigten Staaten von Amerika über die Förderung der internationalen Steuerkonformität und die Durchführung der FATCA-Regelung sowie die Änderung einzelner damit zusammenhängender Gesetze (nachstehend „FATCA-Gesetz“) zur Erfüllung der Verpflichtung nach §§ 43/B und 43/C des Gesetzes Nr. XXXVII/2013 über einzelne Regeln der internationalen verwaltungstechnischen Kooperation im Zusammenhang mit Steuern und sonstigen Abgaben (nachstehend „Aktv.“).

14.26. Der Versicherer kann bei der Erfüllung seiner Verpflichtungen – zum Schutz der Interessen der Gefahrengemeinschaft – zur den Rechtsvorschriften und dem Vertrag entsprechenden Erbringung der Leistungen und der Verhinderung von Missbräuchen im Zusammenhang mit Versicherungsverträgen andere Versicherer um die von diesem Versicherer verarbeiteten, nachstehend näher bezeichneten Daten ersuchen:

- a) Daten zur Identifizierung des Versicherungsnehmers, der versicherten Person und des Bezugsberechtigten;
- b) Daten über den mit dem vertraglichen Risiko zusammenhängenden Gesundheitszustand der versicherten Person zum Zeitpunkt der Erhebung der Daten;
- c) die Person nach Buchstabe a betreffende Daten über frühere Ereignisse im Zusammenhang mit Lebens-, Unfall- und Krankenversicherungen;
- d) Daten zur Ermittlung des Risikos, das in Verbindung mit dem Abschluss des beim ersuchten Versicherer abgeschlossenen Vertrages angefallen ist;
- e) Daten zur Prüfung des Rechtsgrunds der Leistungen, die auf Grundlage des beim ersuchten Versicherer abgeschlossenen Vertrages zu erbringen sind.

Das Ersuchen und dessen Erfüllung gelten nicht als Verletzung des Versicherungsgeheimnisses. Der ersuchte Versicherer kann die Daten, die ihm als Ergebnis des Ersuchens bekannt geworden sind, bis zum Zeitpunkt gemäß Bit. verarbeiten. Der Versicherer hat den betroffenen Kunden über das oben

genannte Ersuchen, die dadurch erfassten Daten und die Erfüllung des Ersuchens mindestens einmal jährlich zu verständigen sowie auf Antrag des Kunden gemäß Infogesetz zu informieren.

14.27. Registernummer des Versicherers für die Datenverarbeitung: NAIH-57651/2012

## **15. RECHTSERKLÄRUNGEN**

15.1. Der Versicherer übermittelt seine Erklärungen dem Versicherungsnehmer bzw. bei Anmeldung eines Leistungsanspruchs der versicherten Person schriftlich an die von ihnen angegebene und dem Versicherer bekannte letzte Anschrift.

15.2. Der Versicherer ist berechtigt, ihm übermittelte Willenserklärungen und Anmeldungen nur dann als rechtswirksam zu betrachten, wenn ihm diese schriftlich übermittelt wurden. Die Erklärung ist dann gültig, wenn sie beim Versicherer eingelangt ist.

## **16. VERJÄHRUNG**

**Der Leistungsanspruch verjährt bei Versicherungsfällen, die innerhalb des Versicherungsschutzes eingetreten sind, innerhalb von einem Jahr nach dem Eintritt des Versicherungsfalls.**

## **17. SPRACHE DER KONTAKTHALTUNG UND KUNDENINFORMATION**

Die Kontakthaltung zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer sowie die Information der versicherten Personen erfolgen auf Ungarisch.

## **18. ANZUWENDENDEN RECHT, GERICHTSSTAND**

In Bezug auf den vorliegenden Versicherungsvertrag sind die Bestimmungen des ungarischen Rechts maßgebend. Die Parteien können sich zur Entscheidung von Rechtsstreitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag sowie den Rechtsverhältnissen der versicherten Personen an das in der Sache und örtlich allgemein zuständige Gericht wenden. Die Sprache des Verfahrens ist Ungarisch.

## **19. KLÄRUNG STRITTIGER FRAGEN**

19.1. Der Versicherungsnehmer und der Versicherer haben alles zu unternehmen, um alle zwischen ihnen im Rahmen des Vertrages oder im Zusammenhang mit dem Vertrag entstehenden Meinungsverschiedenheiten oder Streitfragen auf dem direkten Verhandlungsweg zu klären. Die Parteien haben einander gegenseitig über alle nach dem Abschluss des Vertrages entstehenden und von den Parteien unabhängigen Umstände zu unterrichten, welche die Erfüllung des Vertrages behindern.

19.2. In Verbindung mit der Leistung des Versicherungsunternehmens aufgetretene Beschwerden sind dem Versicherungsunternehmen wie folgt zu melden:

a) schriftlich oder per Telefon unter folgender Kontaktadresse:

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

(1082 Budapest, Baross u. 1, Tel.: (+36-1) 486-4343)

b) persönlich unter folgender Adresse:

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Zentrales Kundendienstbüro (1134 Budapest, Váci út 33)

Der Versicherer wird nach dem Vertragsabschluss eingetretene Veränderungen seiner oben genannten Kontaktdaten auf seiner Website bekannt machen.

19.3. Geht eine eventuelle Beschwerde im Zusammenhang mit der Versicherungsleistung beim Versicherungsnehmer ein, so wird der Versicherungsnehmer die versicherten Personen an den Versicherer weiterleiten.

19.4 Der Versicherer übermittelt dem Kunden seinen mit Begründung versehenen Standpunkt über die schriftliche Beschwerde innerhalb von dreißig Tagen nach der Mitteilung der Beschwerde.

19.5. Aufsichtsorgan des Versicherungsunternehmens: Ungarische Nationalbank (1054 Budapest, Szabadság tér 8-9; zentrale Telefonnummer: (+36-1) 428-2600)

19.6. Sonstige Stellen für die Geltendmachung von Rechten

Wenn der Verbraucher mit der Antwort auf seine beim Versicherer eingereichte Beschwerde nicht einverstanden ist,

a) kann er sich bei einer Beschwerde zur Untersuchung eines Verstoßes gegen die Verbraucherschutzbestimmungen gemäß Gesetz Nr. CXXXIX/2013 über die Ungarische Nationalbank („MNB tv.“) an die Ungarische Nationalbank wenden (Anschrift: Ungarische Nationalbank, 1534 Budapest BKKP Pf. 777; „blaue Nummer“ zum Ortstarif: (+36-40) 203-776; Internet: felugyelet.mnb.hu; E-Mail: [ugyfelszolgalat@mnbb.hu](mailto:ugyfelszolgalat@mnbb.hu));

b) kann der Verbraucher bei einer Beschwerde in Verbindung mit dem Zustandekommen, der Gültigkeit, den Rechtswirkungen und der Auflösung des Vertrages sowie der Vertragsverletzung und deren Rechtswirkungen vor dem Schlichtungsgremium in Finanzfragen ein Verfahren einleiten (Anschrift: H-1525 Budapest BKKP Pf. 172; Telefon: (+36-1) 489-9100; E-Mail: pbt@mnbb.hu) oder sich nach den Regeln der Zivilprozessordnung an ein Gericht wenden.

19.7. Die sich aus dem Versicherungsvertrag ergebenden Ansprüche können auch unmittelbar auf dem Gerichtswege geltend gemacht werden. Das Beschwerdemanagement ersetzt nicht das Gerichtsverfahren.

## **20. Abweichung von der üblichen Vertragspraxis bzw. den Bestimmungen des BGB („Ptk.“)**

- Eine Versicherung, die wegen Nichtbezahlung des Beitrags erloschen ist, kann nicht reaktiviert werden.**
- Für diesen Vertrag kann die Deckung nicht ergänzt werden.**
- Der Leistungsanspruch verjährt bei Versicherungsfällen, die innerhalb des Versicherungsschutzes eingetreten sind, innerhalb von einem Jahr nach dem Eintritt des Versicherungsfalls.**

## **21. Sonstiges**

21.1. Die tatsächliche medizinische Versorgung wird durch den Gesundheitsdienstleister erbracht, auf dessen Tätigkeit und Haftung die Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes Anwendung finden; für Schäden aus der fehlerhaften Wahrnehmung von ärztlichen und medizinischen Tätigkeiten hat der Dienstleister und nicht der Versicherer einzustehen. Beschwerden im Zusammenhang mit der Qualität der durch Gesundheitsdienstleister erbrachten Leistungen, dem Niveau der Leistung und eventuellen ärztlichen fachlichen Fehlern werden durch den Versicherer an die Organisation weitergeleitet, welche die Versorgung vorgenommen hat, da durch

den Versicherer nur der Gegenwert dieser Leistungen bezahlt wird, aber die tatsächliche Leistung nicht von ihm erbracht wird.

21.2. Der Versicherer macht den Bericht über seine Bonität und Finanzlage ab 2017 auf die gesetzlich geregelte Weise und zum gesetzlich vorgeschriebenen Zeitpunkt auf seiner Website ([www.unionbiztosito.hu](http://www.unionbiztosito.hu)) bekannt.

### **UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.**

Diese Versicherungsbedingungen sind zusammen mit **Anlage 1** („Leistungen der Krankenversicherung UniMed“) und **Anlage 2** (Angaben zur für die Versorgungssteuerung zuständigen Organisation) gültig.

## **Anhang 1**

**zu den VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN der Krankenversicherung UNIMED**

**Leistungstabelle**

Betragsgrenze der Leistung des Versicherers für ein Jahr: bei Jahresverträgen mit fester Laufzeit 2.000.000 HUF, bei Halbjahresverträgen 1.000.000 HUF. Dieser finanzielle Rahmen verringert sich um jede in Anspruch genommene Leistung. Die Versorgung erfolgt – abgesehen von Ansprüchen aus Notfällen – in jedem Fall in Pécs.

VERSICHERUNGSLEISTUNG	LIMIT		SELBSTBETEILIGUNG
	JÄHRLICH	HALBJÄHRLICH / VIERTELJÄHRLICH	
Ambulante Grundversorgung (mit einem Englisch sprechenden Hausarzt)	2.000.000 HUF	1.000.000 HUF	keine*
Ambulante fachärztliche Versorgung			nein
Ambulante Notfallversorgung			nein
Stationäre Versorgung (auch Notfallversorgung)			nein
Krankentransport			50%
Kosten für Medikamente und medizinische Hilfsmittel	100 000 HUF	50.000 HUF	50%

## Anhang 2

zu den **VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN** der Krankenversicherung UNIMED



**Angaben zur für die Versorgungssteuerung zuständigen Organisation:**

Advance Medical Hungary Kft.

H-1085 Budapest, Baross u. 22

24-Stunden-Service der für die Versorgungssteuerung zuständigen Organisation: **+36 1 461-1590**