

Complaint Handling Policy

A. Purpose of the complaints procedure

Complaints handling plays a key role in improving customer service and helps ensure that our products meet the needs of its customers. The Insurer has designed its complaints handling procedure to ensure that all complaints are handled fairly, promptly and to the satisfaction of customers.

B. Definition and investigation of the complaint

A complaint is an objection made by the customer relating to the Insurer's actions or omissions prior to, or in connection with the conclusion of the insurance contract, the Insurer's performance of the contract during the term of the contract, and the termination of the contractual relationship or subsequent actions or omissions in connection with the contract. A person who lodges a complaint shall be considered to be a complainant, as well as a person who complains about the conduct of the insurer not in relation to a specific service, but in relation to other activities related to the service (e.g. advertising).

The following **constitute a complaint**:

- any written or verbal criticism, complaint or individual request from the customer in connection with the activity, service, product or conduct, or omission of the Insurer or of an intermediary acting on its behalf in direct connection with the sale of the product, by which the customer expresses his dissatisfaction with the Insurer's procedure and at the same time makes a specific and clear request;
- any complaint by the customer against the activities or services of the Insurer, in which the customer, disputing the result of the investigation of the complaint or complaint previously submitted by him, continues to object to the procedure of the Insurer and repeatedly expresses a specific, clear demand in this regard;
- any request by the customer against the activity or service of the Insurer in which the customer makes comments on the procedure applied by the Insurer on the grounds that the content of the activity or service complained of does not correspond to the content the customer expected.

Panaszkezelési Szabályzat

A. A panaszkezelési eljárás célja

A panaszkezelés kulcsszerepet játszik az ügyfélszolgálat színvonalának emelésében, továbbá hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító termékei kielégítsék az ügyfelek igényeit. A Biztosító a panaszkezelési eljárását úgy alkotta meg, hogy az biztosítsa minden panasz igazságos, gyors és az ügyfelek megelégedésére szolgáló kezelését.

B. A panasz definíciója és kivizsgálása

A panasz az ügyfél által megfogalmazott kifogás, amely a Biztosító szerződéskötést megelőző tevékenységéhez vagy mulasztásához, vagy a biztosítási szerződés megkötésével, a Biztosítónak a szerződés fennállása alatti teljesítésével, valamint a szerződéses jogviszony megszűnésével, illetve azt követő, a szerződéssel összefüggő tevékenységéhez vagy mulasztásához kapcsolódik. Panaszosnak tekintendő a panaszt benyújtó személy, továbbá az a személy is, aki a Biztosító eljárását nem valamely konkrét szolgáltatással, hanem egyéb, a szolgáltatással összefüggő tevékenységével (pl. hirdetés) kapcsolatban kifogásolja.

A fentiek alapján **panasznak minősül**:

- a Biztosító tevékenységével, szolgáltatásával, termékével vagy a képviselőjében eljáró közvetítőnek a termékértékesítéssel közvetlen kapcsolatban tanúsított magatartásával, tevékenységével vagy mulasztásával összefüggésben felmerült, az ügyféltől származó minden olyan írásban vagy szóban tett kritika, reklamáció vagy egyedi kérelem, amellyel az ügyfél elégedetlenségét fejezi ki a Biztosító eljárásával kapcsolatban, és egyidejűleg konkrét, egyértelmű igényét is megfogalmazza;
- az ügyfél részéről a Biztosító tevékenységével, szolgáltatásával szemben felmerülő minden olyan kifogás, amelyben az ügyfél az általa előzetesen benyújtott kifogás vagy panasz kivizsgálásának eredményét vitatva a Biztosító eljárását továbbra is kifogásolja, és azzal kapcsolatban konkrét, egyértelmű igényét ismét megfogalmazza;
- az ügyfél részéről a Biztosító tevékenységével, vagy szolgáltatásával

The Insurer will fully investigate and respond to the complaint. This includes factually investigating the cause of the individual complaint (including, where necessary, obtaining a statement from the administrator or mediator), properly assessing the complaint and resolving it promptly and efficiently in the mutual interest, and addressing any errors identified through the complaint through continuous improvement.

The investigation of the complaint is free of charge and no extra fee will be charged. The complaint will be investigated taking into account all relevant circumstances. The language of complaint handling is Hungarian.

At the express request of the customer, the Insurer shall inform the customer of the stage of the complaint investigation procedure.

C. How to make a complaint

The Insurer allows the customers to make a complaint at any time, either orally (in person, by telephone) or in writing (in person or by hand-delivered document, post, fax, e-mail). Details of how to make a complaint are also set out in the policy conditions provided or sent to the customers.

The Insurer will receive complaints as follows:

- i. oral complaints communicated **in person**, or documents or complaints delivered in person, at XL Catlin Services SE - Branch Office for Austria (Wien) (Tuchlauben 3, 3rd Floor, 1010 Vienna, Austria) from 8.30 a.m. to 3.30 p.m. Monday to Thursday and from 8.30 a.m. to 3.00 p.m. on Friday;
- ii. verbal complaints **by telephone** at the number +43 1 50 602 199 from 8.30 a.m. to 3.30 p.m. Monday to Thursday, 8.30 a.m. to 3.0 p.m. on Friday;
- iii. **written** complaints by letter (postal address: XL Catlin Services SE - Branch Office for Austria (Wien), Tuchlauben 3, 1010 Vienna, Austria or fax (fax number: +43 1 5060 2 111) on a continuous basis,
- iv. **by electronic means** at the following e-mail address:

szemben felmerülő olyan kérés, amelyben az ügyfél a Biztosító által alkalmazott eljárást arra hivatkozva észrevételezi, hogy a kifogásolt tevékenység vagy szolgáltatás tartalma nem egyezik meg az általa elvárt tartalommal.

A Biztosító teljes körűen kivizsgálja és megválaszolja a panaszt. Ez magában foglalja az egyedi panasz okának tényszerű feltárását (ideértve szükség esetén az eljáró ügyintéző, illetve közvetítő nyilatkozatának beszerzését is), a panasz megfelelő értékelését és a panasznak a kölcsönös érdekek figyelembevételével történő gyors és hatékony rendezését, továbbá a panasz révén feltárt hibák folyamatos fejlesztéssel történő kiküszöbölését is.

A panasz kivizsgálása térítésmentes, azért külön díj nem számolható fel. A panasz kivizsgálása az összes vonatkozó körülmény figyelembevételével történik. A panaszkezelés nyelve a magyar.

Az ügyfél erre irányuló kifejezett kérésére a Biztosító tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy a panasz kivizsgálásának eljárása milyen szakaszban van.

C. A panasz előterjesztésének módja

A Biztosító lehetővé teszi az ügyfelek számára, hogy bármikor panaszt tehesse szóban (személyesen, telefonon), vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben). A panasztétel módjára vonatkozó részleteket az ügyfelek részére átadott vagy kiküldött biztosítási feltételek is tartalmazzák.

A Biztosító a panasz bejelentéseket az alábbiak szerint fogadja:

- i. a **személyesen** közölt szóbeli panaszt vagy a személyesen átadott dokumentumokat vagy panaszt a székhelyén (Tuchlauben 3, 3rd Floor, 1010 Vienna, Austria) hétfőtől csütörtökig 8.30 -tól délután 3.30-ig, pénteken 8.30 -tól délután 3.00 óráig;
- ii. a **telefonon** közölt szóbeli panaszt a +43 1 50 602 199 telefonszámon hétfőtől csütörtökig 8.30 -tól délután 3.30-ig, pénteken 8.30 -tól délután 3.00 óráig;
- iii. **írásbeli** panaszt levélben (levelezési cím: XL Catlin Services SE - Branch Office for Austria (Wien), Tuchlauben 3, 1010 Vienna, Austria) vagy telefaxon (telefax-szám: +43 1 5060 2 111) folyamatosan,

axaxlaustriacomplaints@axaxl.com

The Insurer shall ensure that the customer reserves **an appointment with the Insurer in advance** to present the oral complaint in person. The customer may request the appointment by telephone or electronically with their regular contact at XL Catlin Service SE. Within five (5) working days from the date of the request for a personal appointment, the Insurer shall provide the client with a personal appointment.

In the event of a complaint submitted, other than through the above contact details, to a person acting as insurance intermediary, the Insurer shall ensure that the insurance intermediary forwards the complaint to the Insurer without delay and informs the customer thereof and of the contact details of the Insurer.

In the event of a complaint, basic customer identification data and information about the existing insurance policy(s) (e.g. policy number) are required to ensure smooth processing.

If the customer does not act on the complaint himself/herself, but authorises another person to represent him/her, a valid and effective **power of attorney (POA)** is required in addition to the above. The authorisation must be in the form of a public or private document with full probative value. The Insurer shall, at its customer service premises and on its website, make available its legally compliant **model POA** and shall provide written information on the essential formal and substantive requirements of the POA.

With regard to the statutory provisions for the protection of the client, the Insurer shall not deal with the complaint on the merits and shall not consider the complaint as validly notified until the person representing the client has provided proof of his/her procedural authorization by submitting the appropriate power of attorney.

Whatever way the complaint is reported, the Insurer shall treat complaints and complainants without any discrimination and in accordance with the principle of equal treatment, under the uniform procedure and according to the same rules.

In all cases, the Insurer shall assign **a unique identification number** to each complaint, enabling the customer to refer to it at a later stage.

iv. elektronikus formában az axaxlaustriacomplaints@axaxl.com email címen.

A Biztosító biztosítja, hogy az ügyfél a személyesen közölt szóbeli panasz előterjesztésére a Biztosítónál **előzetesen időpontot foglaljon le**. Az ügyintézés időpontjának lefoglalását az ügyfél telefonon vagy elektronikusan igényelheti az XL Catlin Service SE-nél szokásos kapcsolattartójánál. A személyes ügyintézés időpontja igénylésének napjától számított öt (5) munkanapon belül a Biztosító köteles személyes ügyfélfogadási időpontot biztosítani az ügyfél számára.

A fenti elérhetőségektől eltérő módon, a biztosításközvetítőként eljáró személy részére benyújtott panasz esetén a Biztosító gondoskodik arról, hogy a biztosításközvetítő haladéktalanul továbbítsa a panaszt a Biztosítónak és erről, valamint a Biztosító elérhetőségéről az ügyfelet tájékoztassa.

Panasztétel esetén a zökkenőmentes ügymenet érdekében szükség van az ügyfél személyazonosító alapadataira, illetve a meglévő biztosítás(ok)kal kapcsolatos alapvető adatokra (például kötvényszám, szerződésszám).

Ha a panaszügyben az ügyfél nem maga jár el, hanem a képviselőre más személyt hatalmaz meg, a fentiek mellett érvényes és hatályos **meghatalmazás** is szükséges. A meghatalmazást közokiratba vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba kell foglalni. A Biztosító az általa elfogadott, jogszerű **meghatalmazás-mintát** elérhetővé teszi az ügyfélszolgálati helyiségeiben, valamint internetes honlapján, továbbá írásbeli tájékoztatást nyújt a meghatalmazás elengedhetetlen formai és tartalmi követelményeiről.

Az ügyfél védelmét szolgáló jogszabályi rendelkezésekre tekintettel a Biztosító mindaddig nem foglalkozik érdemben a panasszal, és nem tekinti a panaszt érvényesen közöltnek, amíg az ügyfél képviselőjében eljáró személy a megfelelő meghatalmazás becsatolásával az eljárási jogosultságát nem igazolja.

Bármilyen módon történik a panasz bejelentése, a Biztosító a panaszokat és a panaszosokat mindenfajta megkülönböztetés nélkül, az egyenlő elbánás elve szerint, ugyanazon eljárás keretében és szabályok szerint kezeli.

A Biztosító a panaszokat minden esetben **egyedi azonosító számmal** látja el, megteremtve az ügyfelek számára a későbbi hivatkozás lehetőségét.

D. Rules for handling oral complaints

Many complaints are by their nature immediately addressable, in which case the verbal complaint will be promptly investigated by the Insurer and remedied as necessary by its staff involved in the handling of the complaint. In the event of a verbal complaint, the Insurer will draw the customer's attention to the availability of the Complaints Handling Policy.

If the immediate investigation of the oral complaint is not possible or the customer does not agree with the handling of the complaint, the Insurer shall take **minutes of the complaint** and its position on the complaint and shall provide the customer with a copy on-site (in the case of oral complaint communicated in person), or shall deliver a copy along with its substantive response (in the case of an oral complaint communicated by telephone). The reasoned reply to the complaint **shall be sent within 30 calendar days** of the date of communication. The Insurer shall otherwise proceed in accordance with the provisions applicable to written complaints.

After receiving a verbal complaint, the Insurer will inform the customer of the contact details of the department that will further handle the complaint.

E. Rules for handling complaints made by telephone

When dealing with a complaint by telephone, the Insurer will ensure that the call is answered and dealt with within a reasonable waiting period, and will act in a manner normally expected in the circumstances, to ensure that the call is answered **within five (5) minutes** of its origination.

In the event of a complaint by telephone, the Insurer shall record the telephone communication by means of **an audio recording and shall keep the audio recording for five (5) years**; the customer shall be informed of this at the beginning of the telephone call. During this five (5) year period, the Insurer shall, at the request of the customer, provide the possibility of listening back to the voice recording free of charge and shall, at the request of the customer, make the record of the voice recording available **free of charge within 25 days**.

Otherwise, the rules for handling complaints made by telephone shall apply to the handling of complaints made orally. The Insurer shall not provide telephone complaint handling by means of a premium service with increased charges. In the case of a verbal complaint made by telephone, the Insurer shall provide the details identifying the

D. A szóban előadott panasz kezelésének szabályai

Számos panasz természeténél fogva azonnal kezelhető, ilyenkor a szóbeli panaszt a Biztosító azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja a panaszügyintézésében résztvevő munkatársai révén. Szóbeli panasz esetén a Biztosító felhívja az ügyfél figyelmét a panaszkezelési szabályzat elérhetőségére.

Ha a szóbeli panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, vagy az ügyfél a panasz kezelésével nem ért egyet, a Biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról **jegyzőkönyvet vesz fel**, és annak egy másolati példányát személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén legkésőbb a panaszra adott érdemi válasszal együtt az ügyfélnek megküldi. A panaszra adott, indokolással ellátott választ a közlést követő **30 naptári napon belül kell megküldeni**. A Biztosító egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

A szóbeli panasz felvételét követően a Biztosító tájékoztatja az ügyfelet a panaszt továbbiakban kezelő szervezeti egység elérhetőségéről.

E. Telefonon előadott panasz kezelésének szabályai

Telefonon történő panaszkezelés esetén a Biztosító gondoskodik az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadásról és ügyintézésről, és a hívás felépülésétől számított **öt (5) percen** belüli fogadásának érdekében az adott helyzetben általában elvárható módon jár el.

Telefonon történő panaszkezelés esetén a telefonos kommunikációt a Biztosító **hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt öt (5) évig megőrzi**; erről az ügyfelet a telefonos ügyintézés kezdetekor tájékoztatja. A Biztosító az ügyfél kérésére ezen öt (5) éves időtartam alatt térítésmentesen biztosítja a hangfelvétel visszahallgatásának lehetőségét, továbbá az ügyfél kérésére **térítésmentesen 25 napon belül** rendelkezésre bocsátja a hangfelvételtől készített jegyzőkönyvet.

A telefonon előadott panasz kezelésére egyébként a szóban előadott panaszok kezelésére vonatkozó szabályok az irányadók. A telefonon történő panaszkezelést a Biztosító nem emelt díjas szolgáltatással végzi. A telefonon közölt szóbeli panasz esetén a Biztosító közli a panasz azonosítására szolgáló

complaint.

F. Rules for handling written complaints

If the customer does not send the written complaint to the address of the complaint handling department of the Insurer specified in the Complaints Policy, or if the customer does not hand the written complaint to the administrator designated for complaint handling at a customer premises of the service provider, the Insurer shall forward the complaint to the complaint handling department immediately upon receipt.

The Insurer shall be obliged to accept any written complaint in any form, and shall not make the submission of the complaint **conditional upon the completion of a standard form used by the Insurer**. However, if the customer so requests, such a form may be filled in by the customer or by a representative of the Insurer. The customer will be informed of the unique identification number of the complaint. The Insurer will provide the customer with a copy of the complaint form.

G. Rules on data processing in relation to complaints

In particular, the Insurer may request the following information from the customer in the course of complaint handling:

- name,
- contract number, customer number,
- the name of his/her mother,
- place and date of birth,
- his/her identity card number,
- address, registered office, postal address,
- telephone number,
- method of notification,
- the product or service complained of,
- description of the complaint, reason for the complaint,
- the customer's claim,
- copies of any documents in the customer's possession which are not available to the Insurer to support the complaint,
- in the case of a customer acting by proxy, a valid power of attorney and

adatokat.

F. Az írásban előterjesztett panasz kezelésének szabályai

Amennyiben az ügyfél az írásbeli panaszát nem a Biztosító panaszkezelési szabályzatban meghatározott, panaszkezeléssel foglalkozó szervezeti egysége címére küldi meg, vagy ha az ügyfél az írásbeli panaszt a szolgáltató valamely ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségében nem a panaszkezelésre kijelölt ügyintézőnek adja át, a Biztosító a beérkezést követően haladéktalanul továbbítja a panaszt a panaszkezeléssel foglalkozó szervezeti egysége részére.

A Biztosító köteles a bármely formában benyújtott írásbeli panaszt befogadni, a panasz benyújtását **nem kötheti a Biztosító által alkalmazott nyomtatvány kitöltéséhez**. Ugyanakkor, ha az ügyfél azt kéri, az ilyen nyomtatványt az ügyfél a Biztosító munkatársa is kitöltheti. A panaszbeadvány egyedi azonosító számáról az ügyfél tájékoztatást kap. A Biztosító az ügyfélnek a panaszbejelentő nyomtatvány egy másolati példányát átadja.

G. A panasszal kapcsolatos adatkezelés szabályai

A Biztosító a panaszkezelés során különösen a következő adatokat kérheti az ügyféltől:

- neve,
- szerződésszám, ügyfélszám,
- anyja neve,
- születési helye és ideje,
- személyi igazolványának száma,
- lakcíme, székhelye, levelezési címe,
- telefonszáma,
- értesítés módja,
- panasszal érintett termék vagy szolgáltatás,
- panasz leírása, oka,
- ügyfél igénye,
- a panasz alátámasztásához szükséges, az ügyfél birtokában lévő olyan dokumentumok másolata, amely a Biztosítónál nem áll rendelkezésre,
- meghatalmazott útján eljáró ügyfél esetében érvényes meghatalmazás és

other information necessary to investigate and respond to the complaint.

The personal data of the customer submitting the complaint shall be processed by the Insurer in accordance with the provisions of Act CXII of 2011 on the Right of Informational Self-Determination and Freedom of Information and Act LXXXVIII of 2014 on Insurance Activities.

H. Contents of the minutes drawn up by the Insurer

- the name of the customer,
- the contact details of the customer (address and/or postal address, e-mail address, telephone number)
- place, time and manner of lodging the complaint,
- a detailed description of the customer's complaint, with each element of the complaint recorded separately,
- the identification of the contract involved in the complaint (e.g. policy number),
- a list of documents, records and other evidence produced by the customer,
- where an immediate investigation of the complaint is not possible, except in the case of a verbal complaint by telephone, the signatures of the person who took the record and the customer,
- the place, time and date of taking of the minutes
- the name and address of the Insurer.

I. Confirmation of receipt

If the immediate resolution of the complaint is not possible or the Customer does not accept the immediate position of the Insurer, **the Insurer will send the Customer a written confirmation** by e-mail or post of the receipt and registration of the complaint, the expected time of the resolution and the contact details of the Insurer, and will provide information on the complaint handling process.

J. Settlement of a complaint

The Insurer shall endeavour to respond to the customer or settle the complaint without undue delay, while respecting the statutory time limit for handling complaints. If it is not possible to respond by the statutory deadline, or if the Insurer is unable to resolve

- a panasz kivizsgálásához, megválaszolásához szükséges egyéb adat.

A panaszt benyújtó ügyfél adatait a Biztosító az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény rendelkezéseinek megfelelően kezeli.

H. A Biztosító által készített jegyzőkönyv tartalma

- az ügyfél neve,
- az ügyfél elérhetősége (lakcíme/székhelye és/vagy levelezési címe, e-mail címe, telefonszáma)
- a panasz előterjesztésének helye, ideje, módja,
- az ügyfél panaszának részletes leírása, az egyes panaszelemek elkülönítetten történő rögzítésével,
- a panasszal érintett szerződés azonosítása (pl. kötvényszám),
- az ügyfél által bemutatott iratok, dokumentumok és egyéb bizonyítékok jegyzéke,
- amennyiben a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges – a telefonon közölt szóbeli panasz kivételével - a jegyzőkönyvet felvevő személy és az ügyfél aláírása,
- a jegyzőkönyv felvételének helye, ideje és
- a Biztosító neve és címe.

I. Visszaigazolás

Amennyiben a panasz azonnali, ügyfél számára elfogadható rendezése nem lehetséges vagy az Ügyfél a Biztosító azonnali álláspontját nem fogadja el, a Biztosító e-mailben vagy postai úton **írásbeli visszaigazolást küld az ügyfélnek** a panasz beérkezéséről, nyilvántartásba vételéről, az elbírálás várható idejéről és a Biztosító elérhetőségéről, továbbá tájékoztatás nyújt a panaszkezelés folyamatáról.

J. A panasz rendezése

A Biztosító a jogszabályban meghatározott panaszkezelési határidő betartása mellett arra törekszik, hogy sürgősség nélkül válaszoljon az ügyfélnek, illetve rendezze a panaszt. Ha a jogszabályi határidőben nem adható

the complaint, **it shall inform the customer of the reason for the delay** and, where possible, indicate the expected date for the completion of the investigation or the resolution of the complaint.

All complaints shall be investigated by an experienced member of staff. Any person who, for whatever reason, cannot be expected to deal with the matter impartially shall not be involved in the investigation. In handling complaints, the Insurer shall act in such a way as to avoid, as far as possible under the circumstances, a consumer financial dispute.

The Insurer shall provide information on the outcome of the investigation of the complaint with **precise, clear and unambiguous reasons**. In the reply letter, it shall clearly state the data identifying the complaint, the date of receipt of the complaint and, if annexes are attached, their list and precise indication, and, where appropriate, the exact wording of the contractual terms and conditions or rules applicable to the subject of the complaint and a **brief explanation thereof in plain language**.

The Insurer shall send its reasoned opinion on the complaint to the customer **within thirty (30) days** of the date of the communication of the complaint at the latest. The 30 days shall be counted from the date of the communication of the complaint, i.e. from the date of its receipt (in writing), receipt (in person) or acceptance (by telephone). If the time limit would expire on a public holiday, the Insurer will send its position no later than the working day preceding the holiday. If, in view of the circumstances of the complaint, no substantive reply can be given within the 30-day time limit, the Insurer shall inform the customer immediately of the reason for the delay, indicating the planned deadline for sending the substantive reply.

If the Insurer upholds the complaint, the Insurer will take the necessary steps to remedy the complaint. If the Insurer rejects the complaint, it shall provide exhaustive reasons for its decision and inform the complainant of the legal remedies available as set out in point K. If the customer lodges a new complaint with the same content as the complaint previously lodged and rejected by the insurer, and the insurer maintains its previous position, it may also fulfil its obligation to reply by referring to its previous reply letter and providing information to be provided in the event of rejection of the complaint.

válasz vagy a Biztosító nem képes a panaszt rendezni, **a késedelem okáról az ügyfelet tájékoztatja**, és lehetőség szerint megjelöli a vizsgálat befejezésének, illetve a panasz rendezésének várható időpontját.

Minden panaszt tapasztalt munkatárs vizsgál ki. A kivizsgálásban nem vesz részt az, akitől az ügy elfogulatlan intézése bármely okból nem várható el. A Biztosító a panaszkezelés során úgy köteles eljárni, hogy a körülmények által megszabott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.

A Biztosító a panasz kivizsgálásának eredményéről történő tájékoztatást **pontos, közérthető és egyértelmű indokolással látja el**. A válaszlevélben egyértelműen rögzíti a panasz azonosítására szolgáló adatokat, a panasz érkezésének időpontját, valamint mellékletek csatolása esetén azok felsorolását, pontos megjelölését, továbbá - szükség szerint - feltüntetni a panasz tárgyára vonatkozó szerződési feltétel, illetve szabályzat pontos szövegét, valamint annak **rövid, érthető nyelvezetű magyarázatát**.

A Biztosító panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő **legkésőbb harminc (30) napon** belül megküldi az ügyfélnek. A 30 napot a panasz közlésétől, azaz annak beérkezési (írásban), átvételi (személyesen) vagy felvételi (telefonon) napjától kell számítani. Ha a határidő munkaszüneti napon járna le, a Biztosító az álláspontját legkésőbb az azt megelőző munkánapon küldi meg. Amennyiben a panasz körülményeire tekintettel a 30 napos határidőn belül nem adható érdemi válasz, úgy a Biztosító az ügyfelet a késedelem okáról haladéktalanul tájékoztatja, megjelölve az érdemi válasz megküldésének tervezett határidejét.

Amennyiben a Biztosító helyt ad a panasznak, a Biztosító megteszi a panasz orvoslása érdekében szükséges lépéseket. Amennyiben a Biztosító elutasítja a panaszt, kimerítően megindokolja döntését, és a K. pontban foglaltak szerint tájékoztatja a panaszost a jogorvoslati lehetőségekről. Amennyiben az ügyfél a korábban előterjesztett, a Biztosító által elutasított panaszával azonos tartalommal ismételt panaszt terjeszt elő, és a Biztosító a korábbi álláspontját fenntartja, válaszadási kötelezettségét a korábbi válaszlevelére történő hivatkozással, valamint a panasz elutasítása esetén nyújtandó tájékoztatás megadásával is teljesítheti.

Unless the customer has provided otherwise, the Insurer shall send the reply with its position on the complaint by using the same channel as the one used for lodging the complaint:

- sent from an electronic mail address registered by the insurer for the purpose of contact; or
- via an Internet portal operated by the Insurer and accessible only to the Insurer's customer.

K. Legal remedies

If the complaint is rejected, the Insurer shall inform the commercial customer (i.e. who is not a consumer) that it may lodge a complaint with the court in accordance with the rules of the Code of Civil Procedure.

If the complaint is rejected, the Insurer shall inform the customer who is a consumer that, in its opinion, the complaint and the complaint handling is about:

- a) the settlement of a dispute relating to the formation, validity, effects and termination of a contract or to a breach of contract and its effects; or
- b) the investigation of violation of the consumer protection provisions of Act CXXXIX of 2013 on the National Bank of Hungary.

The Insurer shall further inform the customer **who is a consumer** that:

- a) for the purpose of settling disputes relating to the conclusion, validity, legal effects and termination of the contract, as well as to the breach of contract and its legal effects, the Customer may apply to the Financial Conciliation Board (1013 Budapest, Krisztina krt. 39, postal address: H-1525 Budapest, BKKP P.O. Box 172; telephone number: +36 80 203 776, <https://www.mnb.hu/bekeltetes>, ugyfelszolgalat@mnb.hu) or to the court having jurisdiction and competence in accordance with the rules of the Code of Civil Procedure. It shall also inform the Commission whether the Insurer has made a general declaration of submission to the Financial Arbitration Board;
- b) may initiate an investigation into the violation of consumer protection provisions at the Hungarian National Bank (Hungarian National Bank Financial Consumer Protection Centre) (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.; main postal address: H-1534 Budapest BKKP P.O. Box 777; telephone number: +36 80 203 776,

A Biztosító a panasszal kapcsolatos álláspontját tartalmazó választ - az ügyfél eltérő rendelkezésének hiányában - elektronikus úton, a panasz előterjesztésére igénybe vett megegyező csatornán küldi meg, amennyiben a panaszt az ügyfél:

- a kapcsolattartás céljából bejelentett és a Biztosító által nyilvántartott elektronikus levelezési címről küldte, vagy
- a Biztosító által üzemeltetett, kizárólag a Biztosító ügyfele által hozzáférhető internetes portálon keresztül terjesztette elő.

K. Jogorvoslati lehetőségek

A Biztosító a fogyasztónak nem minősülő ügyfelet, a panasz elutasítása esetén, tájékoztatja arról, hogy panaszával a Polgári Perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

A Biztosító a fogyasztónak minősülő ügyfelet a panasz elutasítása esetén tájékoztatja arról, hogy álláspontja szerint a panasz és a panaszkezelés:

- a) a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita rendezésére vagy
- b) a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény fogyasztóvédelmi rendelkezései megsértésének kivizsgálására irányul.

A Biztosító a **fogyasztónak minősülő ügyfelet** továbbá tájékoztatja arról, hogy:

- a) a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita rendezése céljából a Pénzügyi Békéltető Testülethez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39, levelezési cím: H-1525 Budapest, BKKP Postafiók: 172.; telefonszám: +36 80 203 776, <https://www.mnb.hu/bekeltetes>, ugyfelszolgalat@mnb.hu) vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat. Tájékoztatja továbbá arról, hogy a Biztosító tett-e a Pénzügyi Békéltető Testületnél általános alávetési nyilatkozatot;
- b) a fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálását a Magyar Nemzeti Banknál kezdeményezheti (Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ) (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.; központi levélcím: H-1534 Budapest BKKP Postafiók: 777.; telefonszám: +36 80 203

<https://www.mnb.hu,ugyfelszolgalat@mnb.hu>).

If, in the opinion of the Insurer, the complaint concerns both (a) and (b), the Insurer shall inform the customer who is a consumer which part of the complaint falls under (a) or (b) and, accordingly, to whom he/she may address the complaint.

The Insurer shall indicate the following in its decision rejecting the complaint:

- a) the form for the submission of a request for the initiation of a consumer protection control procedure (financial consumer protection petition) to the Magyar Nemzeti Bank at <https://www.mnb.hu/letoltes/fogyasztói-kerelem-az-mnbhez-20180904.pdf> or at the Customer Service of the Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.),
- b) the form for initiating the procedure of the Financial Arbitration Board is available at <https://www.mnb.hu/letoltes/150-fogyasztói-kerelem-2.pdf> or at the Financial Arbitration Board (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.), and
- c) the customer who is a consumer may also request the Insurer to send these forms free of charge (for this purpose, the Insurer's mailing address is: XL Catlin Services SE - Branch Office for Austria (Wien), Tuchlauben 3, 1010 Vienna, Austria, telephone number: +43 1 50 602 199; e-mail address: axaxlaustriacomplaints@axaxl.com).

If the 30-day statutory deadline for responding to the complaint has not elapsed, the customer shall also be entitled to the same remedies.

L. Complaint registry

The Insurer shall **keep a registry** of customer complaints and the measures taken to resolve and resolve them through its tracking system. The records shall include:

- the unique identifier of the complaint,
- the description of the complaint, the event or fact which is the subject of the complaint,

776, <https://www.mnb.hu,ugyfelszolgalat@mnb.hu>).

Ha a Biztosító álláspontja szerint a panasz az a) és a b) pontban foglaltakat egyaránt érinti, a Biztosító a fogyasztónak minősülő ügyfelet tájékoztatja arról, hogy a panaszban foglaltak mely része tartozik az a), illetve a b) pont körébe, és ennek megfelelően panaszra mely részével kihez fordulhat.

A Biztosító a panaszt elutasító döntésében feltünteti az alábbiakat:

- a) a Magyar Nemzeti Bank fogyasztóvédelmi ellenőrzési eljárásának kezdeményezésére irányuló kérelem (pénzügyi fogyasztóvédelmi beadvány) benyújtása céljára rendszeresített formanyomtatvány a <https://www.mnb.hu/letoltes/fogyasztói-kerelem-az-mnbhez-20180904.pdf> címen vagy a Magyar Nemzeti Bank Ügyfélszolgálatán (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.),
- b) a Pénzügyi Békéltető Testület eljárásának kezdeményezése céljára rendszeresített formanyomtatvány a <https://www.mnb.hu/letoltes/150-fogyasztói-kerelem-2.pdf> címen vagy a Pénzügyi Békéltető Testületnél (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) érhető el, továbbá
- c) a fogyasztónak minősülő ügyfél kérheti a Biztosítótól ezen formanyomtatványok Biztosító általi költségmentes megküldését is (e célból a Biztosító levelezési címe: XL Catlin Services SE - Branch Office for Austria (Wien), Tuchlauben 3, 1010 Vienna, Austria, ; telefonszáma: +43 1 50 602 199; e-mail címe: axaxlaustriacomplaints@axaxl.com).

A panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén az ügyfelet a fenti jogorvoslati lehetőségek szintén megilletik.

L. A panaszok nyilvántartása

A Biztosító ügykövető rendszere útján az ügyfelek panaszairól, valamint az azok rendezését, megoldását szolgáló intézkedésekről **nyilvántartást vezet**. A nyilvántartás tartalmazza:

- a panasz egyedi azonosítóját,
- a panasz leírását, a panasz tárgyát képező esemény vagy tény

- the date on which the complaint was lodged,
- a description of the action taken to settle or resolve the complaint and, in the event of refusal, the reasons for the refusal,
- the time limit for compliance with the measure referred to in the preceding point and the name of the person responsible for its implementation; and
- the date of the reply to the complaint.

The Insurer shall also record in the register complaints which are resolved immediately by telephone.

The Insurer shall keep the documents relating to the complaints (including the complaint and the response thereto) for **at least five (5) years** and shall present them to the Magyar Nemzeti Bank upon request. The Insurer shall store all complaint documentation and customer data in a retrievable, secure electronic record-keeping system that ensures a high level of data protection.

M. Service standards

The supervisory bodies set minimum expectations for the quality of service. The Insurer strives to exceed these expectations of the supervisory bodies. The Insurer aims to resolve complaints within 10 (ten) working days. The Insurer shall endeavour to:

- Assess and address complaints in a meaningful, fair and prompt manner,
- to keep the customer informed of the status of the investigation of the complaint and the expected time of response,

to ensure that the investigation is conducted by an experienced employee authorised to resolve the complaint or by a person working under the close supervision of such an employee (with the understanding that, where possible, the complaint will be dealt with by a person other than the person who made the decision in respect of which the complaint was made).

The Insurer shall display the complaints handling policy in the premises open to customers or at its head office, near the entrance or information desk, in such a way that it is accessible to customers without the need for external assistance, and shall also **publish it on the home page of its website** under a separate complaints handling

megjelölését,

- a panasz benyújtásának időpontját,
- a panasz rendezésére vagy megoldására szolgáló intézkedés leírását, elutasítás esetén annak indokát,
- az előző pont szerinti intézkedés teljesítésének határidejét és a végrehajtásért felelős személy megnevezését, valamint
- a panasz megválaszolásának időpontját.

A Biztosító a nyilvántartásban szerepelteti azokat a panaszokat is, amelyek telefonon azonnal megoldásra kerülnek.

A Biztosító a panaszokkal kapcsolatos iratokat (köztük a panaszt és az arra adott választ) **legalább öt (5) évig** megőrzi, és azokat a Magyar Nemzeti Bank kérésére bemutatja. A Biztosító a teljes panaszdokumentációt és az ügyfeladatok visszakereshető módon, magas szintű adatvédelmet biztosító és biztonságos, elektronikus nyilvántartási rendszerben tárolja.

M. A szolgáltatási színvonal

A felügyeleti szervek minimum-elvárásokat fogalmaznak meg a szolgáltatási színvonalra vonatkozóan. A Biztosító törekszik a felügyeleti szervek ezen elvárásait felülmúlni. A Biztosító célja, hogy a panaszokat 10 (tíz) munkanapon belül rendezze. A Biztosító a panaszkezelés során törekszik:

- a panaszok lényegretörő, igazságos és gyors értékelésére, kezelésére,
- az ügyfél folyamatos tájékoztatására a panasz kivizsgálásának állásáról, és a válasz várható időpontjáról,
- arra, hogy a kivizsgálást egy annak megoldására jogosult tapasztalt munkavállaló vezesse, vagy olyan személy, aki e személy szoros ellenőrzése alatt dolgozik (azzal, hogy ahol lehetséges, a panasz elbírálását nem a panasszal érintett döntést meghozó személy végezze).

A Biztosító a panaszkezelési szabályzatot az ügyfelek számára nyitva álló helyiségében, illetve székhelyén a bejárathoz vagy az információs pulthoz közel, oly módon függeszti ki, hogy az az ügyfelek számára külső segítség igénybevétele nélkül is elérhető legyen, valamint **a honlapja nyitóoldalán,**

menu.

The Insurer shall process personal data provided by the customer [or, where applicable, the insurance intermediary] for the purposes of risk assessment, contract administration, claims settlement or other insurance administration. A detailed description of the processing is set out in the Insurer's Privacy Notice which is available on this website: <https://axaxl.com/hu/privacy-notice>. The customer may also request a printed copy of the Notice at any time by sending an e-mail to their regular contact at XL Catlin Service SE.

M. Quality assurance

The Insurer continuously strives to improve its service quality, and to this end it operates an internal system that records any errors and irregularities detected in the course of its operations in various areas and assesses them in context with the involvement of the staff of the co-operating areas and the continuous information of the Insurer's management, with the preparation and implementation of the necessary action plan. The Insurer can thus provide an appropriate solution to address and minimise recurring or systemic problems and potential legal and operational risks that lead to complaints. In this context, the Insurer places particular emphasis on actively monitoring complaints and notifications related to intermediaries and intermediaries and implementing preventive and corrective measures in close cooperation with business partners.

M. Applicable laws and regulatory guidelines

- Act LXXXVIII of 2014 on Insurance Activities
- Act CXXXIX of 2013 on the National Bank of Hungary
- Government Decree No. 437/2016 (XII. 16.) on the detailed rules on the complaints handling procedure and complaints handling rules for insurers, multiple agents and brokers
- Decree 66/2021 (20.XII.) of the MNB on the detailed rules on the form and method of handling complaints by certain financial institutions
- MNB Recommendation No 16/2021 (XI.25.) on complaints handling by financial institutions

külön panaszkezelésre vonatkozó menüpont alatt is közzéteszi.

A Biztosító az ügyfél által rendelkezésre [vagy adott esetben a biztosításközvetítő rendelkezésére] bocsátott személyes adatokat kockázatértékelési, szerződésadminisztrációs, kárrendezési vagy más biztosítási ügyintézés céljából kezeli. Az adatkezelés részletes leírása a Biztosító Általános Adatkezelési Szabályzatában található, mely ezen a weboldalon érhető el: <https://axaxl.com/hu/privacy-notice>. Az ügyfél az Általános Adatkezelési Szabályzatból bármikor igényelhet nyomtatott példányt is, amennyiben erről egy e-mailt küld az XL Catlin Service SE-nél lévő szokásos kapcsolattartójának.

M. Minőségbiztosítás

A Biztosító folyamatosan törekszik a szolgáltatási színvonalának fejlesztése, ennek érdekében olyan belső rendszert üzemeltet, amely a működés során, annak különböző területein feltárt esetleges hibákat és rendelleneségeket nyilvántartja és a társterületek munkatársainak bevonásával, illetve a Biztosító vezetésének folyamatos tájékoztatása mellett összefüggéseiben értékeli, a szükséges intézkedési terv elkészítésével és végrehajtásával. A Biztosító így megfelelő megoldást nyújthat az olyan visszatérő vagy rendszerszintű problémák és a lehetséges jogi és működési kockázatok kezelésére és minimalizálására, amelyek a panaszokhoz vezetnek. E körben a Biztosító különös hangsúlyt fektet a közreműködőkkel és közvetítőikkel összefüggő panaszok és bejelentések aktív monitorozására és a megelőző, illetve korrekciós intézkedéseket megvalósítására, az üzleti partnerekkel szoros együttműködésben.

M. Irányadó jogszabályok és felügyeleti ajánlások

- 2014. évi LXXXVIII. törvény a biztosítási tevékenységről
- 2013. évi CXXXIX. törvény a Magyar Nemzeti Bankról
- 437/2016. (XII. 16.) Korm. rendelet a biztosítók, a többes ügynökök és az alkuszok panaszkezelésének eljárásával, valamint panaszkezelési szabályzatával kapcsolatos részletes szabályokról
- 66/2021. (XII. 20.) MNB rendelet az egyes pénzügyi szervezetek panaszkezelésének formájára és módjára vonatkozó részletes szabályokról
- 16/2021. (XI.25.) számú MNB ajánlás a pénzügyi szervezetek panaszkezeléséről

