

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. §

1. A „Balesetbiztosítás” elnevezésű biztosítás jelen általános szerződési feltételei, melyet a Red Sands Insurance Company (Europe) Limited ügyvezető testülete 2017. április 25. napján fogadott el, - a továbbiakban úgy is, mint általános szerződési feltételek („*ÁSZF*”)-, az aznaptól megkötött szerződésekre irányadó.

FOGALMAK

2. §

A jelen *ÁSZF*-ben használt fogalmak jelentése (amennyiben az adott szó az itt meghatározott jelentéssel bír az *ÁSZF* szövegében, dőlt betűvel került feltüntetésre):

1. **4Life Direct** – 4Life Direct Kft. (Budapesten bejegyzett székhelye: 1138 Budapest, Madarász Viktor u. 47-49.), a *biztosító* biztosításközvetítője, mely a 212092570558 sorszámon szerepel a Magyar Nemzeti Bank által vezetett biztosításközvetítői nyilvántartásban;
2. **ajánlat** – a *biztosító* által készített, a *szerződés* megkötésére vonatkozó ajánlat, melyet a *szerződő fél* és a *biztosított fél* aláír;
3. **baleset** – az egészségi állapoton kívül eső és a *biztosított fél* által nem befolyásolható olyan erőszakos és hirtelen, a *szerződés* hatálybalépését követően bekövetkező esemény, mely külső és független ok eredménye, és a *biztosított fél testi sérüléséhez* vezet;
4. **beszédképtelenség** – a beszédképesség teljes, maradandó és visszafordíthatatlan elvesztése;
5. **betegség** – a szervezetnek a kórokozókra való, működési zavarokhoz, a szervezetben a szövetek, szervek, illetve rendszerek elváltozásához vezető, az *orvosi* diagnózis alapját képező reagálása, amely a *szerződés* tartama alatt alakul ki és kezdődik;
6. **biztosítási díj** – a *szerződés* alapján fizetendő, a *biztosítási kötvényben*, Magyarország hivatalos pénznemében meghatározott összeg, mely az *ajánlat* benyújtásának napján irányadó biztosítási díjszabás alapján került megállapításra;
7. **biztosítási kötvény** – a *biztosító* nevében a 4Life Direct által a *szerződés* megkötésének igazolásaként kiállított dokumentum;
8. **biztosítási összeg** – biztosítási esemény esetén a *biztosított félnek* járó összeg, amelyet a *szerződés* feltételei szerint kell megfizetni;
9. **biztosítási összegek táblázat** a 9. § 11. pontja szerinti táblázat.
10. **biztosító** – a Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, amelynek címe: Level 3 Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltár;
11. **biztosított fél** – a *biztosítási kötvényben* megjelölt természetes személy, akinek javára a *szerződést* kötötték;
12. **csonttörés** – a csontok folytonosságának megszakadása *baleset* következtében, amely lehet zárt vagy nyílt, kizárólag az alábbiakban felsorolt területekre alkalmazandó:
 - a) *Koponya* – agykoponya és arckoponya: fej csontjai, a járomcsont és az orr kivételével;
 - b) *Medence* – minden kis- és nagymedencecsont, amelyeket egy csontként kezelnek, beleértve a farkcsontot, de kivéve a keresztcsontot;
 - c) *Felső állkapocs* – a szájat körülvevő és a felső fogakat tartó arckoponyarész felső része;
 - d) *Csigolyák* – a gerinc csontjai, beleértve a keresztcsontot;
 - e) *Lapockacsont* – a felkarcsontot a kulcscsonttal összekötő csont;
 - f) *Láb* – kizárólag a *combcsont*, sípcsont, szárkapocscsont és sarok törése; ide nem értve különösen a lábfej csontjait;
 - g) *Kulcscsont* – a felkart a szegycsonttal összekötő csont;
 - h) *Kar* – kizárólag a felkarcsont, orsócsont és singcsont törése; ide nem értve különösen a kézfej csontjait;
 - i) *Csípő* – az összes csípőcsont és a csípőízület;
 - j) *Alsó állkapocs* – az arckoponya alsó, mozgatható, nyíló része mely az alsó fogakat tartja;
13. **előzetesen fennálló állapot** – a *biztosított fél* által a *szerződés* kezdőnapja, vagy meghosszabbítás esetében a meghosszabbított fedezet kezdőnapja előtt elszenvedett, *kórházi ápolást*, vagy *orvosi* szaktanácsadást, *orvosi* kezelést vagy ellátást igénylő *betegség*, *betegségek*, *baleset*, *testi sérülés*;
14. **égés - másod, harmad, negyedfokú égés**: a bőrnek az epidermiszen (a bőr felső rétegén), az alatta lévő szövetekig, valamint izmokig és csontokig áthatoló és a test felszínének legalább 30%-át borító sérülése vagy megsemmisülése;
15. **hallásvesztés** – a hallás teljes, maradandó és visszafordíthatatlan olyan mértékű elvesztése, vagy olyan maradandó és visszafordíthatatlan hallásvesztés, amely a hallásvesztés vizsgálat során a jobban funkcionáló fülben a tiszta hang audiogram használatával minden frekvencián nagyobb, mint 95 decibel;
16. **házastárs** – a *biztosítási kötvényben* megjelölt személy, akivel a *biztosított fél* a *szerződés* megkötésekor házastársi viszonyban van, illetőleg akivel a *biztosított fél* ezen a napon élettársi viszonyt folytat és olyan közös háztartásban él, ahol egyik félnek sem áll fenn mással házassági életközössége, bejegyzett élettársi életközössége vagy élettársi kapcsolata;
17. **kórház** – az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § ga) pontjában meghatározott fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmény, amely jó állapotban van, teljes munkaidőben szakképzett egészségügyi dolgozókból álló személyzetet alkalmaz, és Magyarország területén található. A kórház fogalmába a szociális gondozási célú létesítmények, az ápolási létesítmények, a gyógyfürdők, gyógyfürdőkórház, gyógy- és wellness központok, a TBC elkülönítők, a hospice ellátást nyújtó létesítmények, gyógyüdülők, a fürdők, a hidroterápia-szolgáltatók, a kábítószerhasználókat kezelő központok, a szanatóriumok és idősek ápolási otthonai, a 74/1999. (XII.25) EüM rendelet Intézetípusok fejezetében olvasható intézmények, és az elmebetegségek kezelési központjai még akkor sem tartoznak bele, ha azok a magyar törvények értelmében fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknak minősülnek;

18. **kórházi ápolás** – orvosi rendeletre bekövetkező kórházi fekvőbeteg ellátás keretében történő tartózkodás a 9. § 11. pontja szerinti *biztosítási összegek táblázatában* szereplő *baleset* miatti *testi sérülés* esetében, amely a *baleset* időpontjától számított 30 (harminc) napon belül a *biztosított* egészségének helyreállítása vagy javításának elősegítése céljából történik, amely a felvétel napját is magába foglalja. Az *ÁSZF* értelmezésben a *kórházi ápolás* a elbocsátás napját nem foglalja magában;
19. **látásvesztés** – a látás teljes, maradandó és visszafordíthatatlan olyan mértékű elvesztése, vagy olyan maradandó és visszafordíthatatlan látásvesztés, hogy még látásjavító segédeszközökkel vizsgálva is, a Snellen tábla használatával mért látás 3/60-as vagy rosszabb.
20. **maradandó agykárosodás** – maradandó és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást eredményező agyszövet elhalás;
21. **maradandó arctorzulás** – látható maradandó, legalább két négyzetcentiméteres hegyszövet, vagy legalább két centiméter hosszú maradandó heg, a hajvonaltól az alsó állkapocsig és a fülekig terjedő területen, azokat is beleértve, amely a *szereződés* időtartama alatt bekövetkezett baleset következménye;
22. **maradandó rokkantság** – *baleset* által okozott olyan egészségi állapot, amely 2011. évi CXCI. tv. 3. § (2) bb), bc), vagy bd) pontja (vagy ennek megfelelője) szerint minősül, és legalább 70%-os egészségromlást és bármely foglalkozás ellátására irányuló képesség teljes és állandó elvesztését okozza az érintett személyre vonatkozó öregségi nyugdíjkorhatár elérése előtt, és amely az *orvosi* bizonyítékok alapján az érintett személy teljes hátralévő életében fenn fog maradni. Az állandó fogyatékosságot az illetékes kormányhivatal, illetve járási vagy kerületi hivatal, vagy ezek jogutódja által kiadott határozattal kell igazolni;
23. **maximum biztosítási összeg** – a hatályos *biztosítási* kötvényben megjelölt, *biztosított felet* megillető összeg, amelyre a *szereződést* kötik, és amely alapján az *biztosítási* összeg táblázatban feltüntetésre került arányok és a *szereződési* feltételek szerint kiszámításra kerül a *biztosítási* összeg;
24. **napi biztosítási összeg** – a hatályban levő, *biztosított félnek* a *kórházi ápolás* minden egyes napjára járó összeg, melyet a *szereződés* feltételei szerint kell megfizetni;
25. **orvos** – megfelelően képzett, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint bejegyzett és engedéllyel rendelkező gyakorló orvos, aki gyakorlatát Magyarország törvényei szerint folytatja;
26. **paraplégia** – teljes, maradandó és visszafordíthatatlan altesti bénulás, a lábakat is beleértve;
27. **szereződés** – a „Balesetbiztosítás” elnevezésű biztosításra vonatkozó *szereződés*, mely az *ajánlat* alapján és az *ÁSZF*-fel összhangban került megkötésre;
28. **szereződő fél** – a *biztosítóval* a *szereződést* kötő természetes személy;
29. **testi sérülés** – a *biztosított fél* szervezetének *baleset* eredményeként bekövetkező, *orvosi* szaktanácsadást, kezelést, ellátást vagy kórházi ápolást igénylő, a *biztosítási* összegek táblázatban felsorolt (rokkantság, égés, csonttörés vagy maradandó arctorzulás) fizikai sérülése;
30. **tetraplégia (mind a négy végtag bénulása)** – mind a négy végtag használatának teljes, maradandó és visszafordíthatatlan elvesztése;

31. **utas** – engedéllyel rendelkező tömegközlekedési szolgáltató által nyújtott tömegközlekedésen érvényes jeggyel utazó személy;
32. **végtag(ok) használatának elvesztése** – az érintett végtag(ok) használatának teljes, maradandó és visszafordíthatatlan elvesztése vagy a csukló vagy boka ízület feletti fizikai elválasztással történő elvesztése.

A SZERZŐDÉS TÁRGYA ÉS MÓDOZATAI

3. §

1. A *szereződés* tárgya a *biztosított fél baleset* eredményeképpen bekövetkezett *testi sérülése*, vagy ennek következtében történő *kórházi ápolása*, ha a *kórházi ápolás* legalább három egymást követő éjszakán át tart.
2. A biztosítás a *biztosított félnek* a *szereződés* időtartama alatt *baleset* eredményeként bekövetkező *testi sérülésére* vagy ennek következtében történő *kórházi ápolására* terjed ki.
3. A *szereződés* két lehetséges módozatban köthető meg:
 - a) kizárólag egy főre vonatkozó módozat: egyetlen *biztosított félre* vonatkozóan; vagy
 - b) egy fő és a házastársára vonatkozó módozat: a *házastársra*, mint második *biztosított félre* vonatkozóan.

A SZERZŐDÉS MEGKÖTÉSE

4. §

1. A *szereződés* az alábbi feltételek együttes teljesülése esetén köthető meg:
 - a) a *szereződő fél* a *biztosító* részére magyarországi lakcímet szolgáltatott, mely a felek közti levelezés során értesítési címként funkcionál;
 - b) a *szereződés* megkötésének napján mind a *szereződő fél*, mind pedig a *biztosított fél* betöltötte a 18 (tizennyolcadik) életévét és a *biztosított fél még nem töltötte be a 71 (hetvenegyedik)* életévét;
 - c) a *biztosító* megkapta a *szereződő fél* és a *biztosított fél* által aláírt *ajánlatot*;
 - d) a *biztosító* az *ajánlatot* megvizsgálta és elfogadta, valamint a *szereződés* létrejöttének igazolására kiállította a *biztosítási* kötvényt.
2. A *szereződés* telefonon történő megkötése esetén az aláírt *ajánlatot* a *szereződő fél* által a telefonon közölt szóbeli elfogadó nyilatkozat helyettesíti, azzal azonban, hogy a *szereződés* *biztosító* általi megfelelő teljesítéséhez szükséges az aláírt 4.§ 1. c) pont szerinti *ajánlat* megküldése.
3. A *biztosító* fenntartja a jogot, hogy a *szereződés* megkötését elutasítsa, illetőleg, hogy a *szereződés* feltételeinek módosítására javaslatot tegyen a jogszabályoknak megfelelően.

A SZERZŐDÉS IDŐTARTAMA

5. §

1. A *szereződés* a *biztosítási* kötvényben meghatározott kezdőnapon lép hatályba.
2. A *szereződő fél* a *szereződést* jogosult a *biztosítónak* a *szereződés* megkötésére vonatkozó értesítése kézhezvételét követő 30 (harminc) napon belül azonnali hatállyal felmondani. A *szereződő fél* általi azonnali hatályú felmondás esetén a *biztosító* köteles a *szereződő fél* részére minden *biztosítási* díjat visszafizetni, feltéve, hogy az azonnali hatályú felmondást írásban közölték.
3. A *szereződés* a kezdőnapjától számított 5 (öt) éves időtartamra jön létre. A *szereződő fél* azt követően az alábbi 6. és 8. §-ban foglaltaknak megfelelően meghosszabbíthatja

a szerződést. A biztosító 45 (negyvenöt) nappal azon időtartam vége előtt, amelyre a szerződés létrejött, értesíti a szerződő felet a meghosszabbítás lehetőségéről. Amennyiben a szerződő fél a biztosítási díjat ezt követően is megfizeti, ez a szerződő fél részéről a szerződés meghosszabbítás elfogadásának minősül.

- A biztosító 45 (negyvenöt) nappal azon időtartam vége előtt, amelyre a szerződés létrejött, javaslatot tehet a szerződés eltérő feltételekkel történő meghosszabbítására. Szerződő fél jogosult a szerződés javasolt módosítását elutasítani, amely esetben a szerződés nem hosszabbodik meg, hanem az arra vonatkozó utolsó megfizetett biztosítási díjjal fedezett időszak végén megszűnik.
- Szerződő fél jogosult a szerződést 30 napos felmondási idővel bármikor, azon időszak végével felmondani, amelyre vonatkozóan az utolsó biztosítási díj megfizetésére került. Felmondás (kivéve az 5. § 2. pont szerinti felmondás esetét) esetében a biztosító nem téríti vissza a biztosítási díjat.
- Amennyiben a szerződés 5 éves időtartama alatt a maximum biztosítási összeg kifizetésre kerül, szerződő fél a 4Life Directen keresztül kezdeményezheti a szerződés meghosszabbítását a 8. § szerint.
- Amennyiben a biztosított fél vagy a házastársa betölti a 80 (nyolcvanadik) életévét, a fedezet az ezen életkort meghaladó vonatkozó személy esetében azonnal megszűnik.
- A szerződés a biztosított fél halálával, vagy a 5. § 2. pontja, 3. pontja, 4. pontja vagy 5. pontja, valamint a 6. § 4. pontja, illetve 7. § 2. pontja alapján szűnik meg, abban az időpontban, amelyik a legkorábban bekövetkezik.
- Amennyiben a szerződés 5 (öt) éves időtartama alatt a maximális biztosítási összeg nem kerül maradéktalanul kifizetésre, akkor az 5. § 3-4. pont szerint meghosszabbítás időszakára a fennmaradó maximális biztosítási összeg rész nem vihető tovább.

MÓDOZATOK

6. §

- Amennyiben a szerződés az egy fő és a házastársára módozattal kerül megkötésre, úgy a házastársak egyikének halála esetén, vagy ha az egyik házastárs a 80. (nyolcvanadik) életévét eléri, a szerződés nem szűnik meg. Ilyen esetben a másik házastárs a szerződést fenntarthatja, amennyiben a biztosítási díjakat esedékességének megfelelően megfizeti. Ilyen esetben az egy fő és a házastárs módozatú szerződés egy fő módozatú szerződéssé változik, az így folytatott szerződés a túlélő biztosítottra vonatkozó maximum biztosítási összeg megegyezik a eredeti szerződésben meghatározottal, valamint az eredeti egy fő és házastárs módozatra vonatkozó ajánlat benyújtásakor irányadó díjszabás alapján kiszámított csak egy fő módozatnak megfelelő biztosítási díjjal.
- Ha a szerződés egy fő és házastársra vonatkozó módozattal kerül megkötésre, a 2. § 16. pontjában hivatkozott házasság vagy élettársi közösség megszűnését követően a biztosítottak jóváhagyását követően a szerződés egy fő és házastársra vonatkozó módozattal, annak meglévő feltételei mellett, vagy pedig a biztosító által szolgáltatott feltételekkel minden egyes biztosított fél vonatkozásában csak egy főre vonatkozó módozatként folytatható.
- A biztosított félnek nem minősülő szerződő fél halála esetén a szerződő fél jogai annak örökösire szállnak, nem érinti ez azonban a biztosított fél azon jogát, hogy a szerződésbe belépjen a szerződő fél pozíciójába.

- A szerződés megszűnik azon a napon, amelyen a biztosító a 9. § szerint a hatályos szerződésben szereplő maximum biztosítási összeget megfizeti.

BIZTOSÍTÁSI DÍJAK

7. §

- A biztosítási díjak a biztosítási kötvényben meghatározottak szerint, a szerződő fél választása szerint megjelölt összegben és rendszerességgel esedékesek.
- Amennyiben a biztosító által közölt előzetes tájékoztatás ellenére a szerződő fél egy lejárt esedékességű biztosítási díjat a felszólítás kézhezvételének napjától számított 30 (harminc) napon belül nem fizet meg, a szerződés további értesítés nélkül az eredeti esedékesség utolsó napjára visszamenőleges hatállyal megszűnik.

A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG MÓDOSÍTÁSA

8. §

- A szerződő fél a 4Life Directen keresztül kezdeményezheti a biztosítási összeg módosítását. A biztosító ezt követően átadja a biztosítási kötvényben biztosítási összegként meghatározott biztosítási összeg módosítására vonatkozó feltételeket.
- A biztosító a szerződő fél részére a változás elfogadásának megerősítéseként visszaigazolja a biztosítási kötvényben biztosítási összegként meghatározott biztosítási összeg módosítását, amennyiben a biztosító által a 8. § 1. pont szerint átadott feltételeket a szerződő fél írásban elfogadta, és azokhoz a biztosított fél írásban hozzájárult.
- A biztosítási összeg emelését a szerződő fél addig kezdeményezheti, amíg a biztosított fél a 4. § 1. b) pontban foglalt 71 (hetvenegyedik) életévét be nem tölti (házastársi módozat esetében addig, amíg az idősebb házastárs a 71 (hetvenegyedik) életévét be nem tölti).

BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGEK

9. §

- A biztosító biztosítási összeg kifizetésére vonatkozó kötelezettsége a biztosított fél testi sérülése, vagy kórházi ápolása esetén keletkezik feltéve, hogy a biztosított fél legalább 14 (tizennégy) nappal túléli a baleset napját.
- A testi sérülésért fizetendő a biztosítási összeg a választott, a biztosítási kötvényben megjelölt maximum biztosítási összegben alapul. A biztosítási összeg a biztosítási összegek táblázata szerint kerül megállapításra.
- A biztosító a kórházi ápolásra vonatkozó biztosítási összeget abban az esetben fizeti ki, ha biztosított fél legalább 3 egymást követő éjszakán át kórházi ápolásra szorul.
- A kórházi ápolás esetén fizetendő biztosítási összeg, a kórházi ápolás egymást követő napjaira, de egy adott baleset vagy testi sérülés, vagy bármilyen kapcsolódó testi sérülés esetén legfeljebb 120 (százhusz) napra járó napi biztosítási összegeknek felel meg, feltéve hogy a kórházi ápolás a baleset napjától számított 30 (harminc) napon belül megkezdődött. Ezen felül, 14 (tizennégy) napos folyamatos kórházi ápolás után egy egyszeri egyösszegű biztosítási összeg kifizetés történik a biztosítási összegek táblázata szerint. Ugyanazon baleset esetében csak egyszeri egyösszegű kifizetés történik.
- Az 9. § 2. és 4. pontok szerint fizetendő biztosítási összeg megduplázódik olyan testi sérülés esetén, amely a 2. § 31. pontjának meghatározása szerinti utasként történő utazás eredményeként következik be.

6. A *maradandó rokkantságért, paraplégiáért, tetraplégiáért* vagy *maradandó agykárosodásért* fizetendő *biztosítási összeg* kifizetése a *baleset* napját követően legfeljebb 12 (tizenkettő) hónapig késleltethető, amennyiben nem minden az igény értékeléséhez szükséges körülmény teljesül. Egyéb esetekben a *biztosítási összeg* a 10. § 4. pontja szerint fizetendő.
7. A *maradandó teljes rokkantság, paraplégia, tetraplégia, maradandó agykárosodás és kórházi ápolás kivételével*, nem fizetendő *biztosítási összeg* a *baleset* napja után több mint 12 (tizenkét) hónappal bekövetkező *testi sérülésekért*.
8. A *csonttörés* esetére fizetendő *biztosítási összeg* a *szervződés* 5 (öt) éves időtartama alatt *biztosítási összegek táblázatában*, illetve a 2.§ 12. a-j) pontjában meghatározott, a szervezet jobb és bal oldalán található csontonként, egy kórházi ápolás és egy *biztosítási összeg* kifizetésre korlátozott.
9. A *maradandó arctorzulás* esetére fizetendő *biztosítási összeg* a *szervződés* időtartama alatt *biztosítottanként* egy *biztosítási összeg* kifizetésére korlátozott.
10. A *szervződés* időtartama alatt kifizetendő *maximális biztosítási összeg* a *biztosítottanként* a *maximális biztosítási összeg* 100%-ára korlátozott, a 9. § 5 pontja szerint fizetendő *biztosítási összeg*en felül.
11. *Biztosítási összegek táblázata*

Testi sérülés:		Fizetett biztosítási összeg aránya
A. Rokkantság	1. Maradandó teljes rokkantság	100%
	2. Látásvesztés mindkét szemem	100%
	3. Két vagy több végtag használatának elvesztése	100%
	4. Tetraplégia	100%
	5. Paraplégia	100%
	6. Maradandó agykárosodás	100%
	7. Látásvesztés egy szemem	50%
	8. Egy végtag használatának elvesztése	50%
	9. Beszédképtelenség	50%
	10. Hallásvesztés	50%
B. Égés	11. Égés: 2. és 3. fokú égés a test legalább 30%-án	50%
C. Csonttörés	12.1 Csípő vagy medence	50%
	12.2 Láb, koponya, alsó állkapocs, csigolya	25%
	12.3 Lapockacsont, kulcsocsont, kar, felső állkapocs	10%
D. Maradandó arctorzulás	13. látható maradandó, legalább két négyzetcentiméteres hegszövet, vagy legalább két centiméter hosszú maradandó heg, a hajvonaltól az alsó állkapocsig és a fülekig terjedő területen	10%
E. Kórházi ápolás	14. Kórházi ápolás az A, B, C és D pontok szerinti baleseti testi sérülés következtében (napi biztosítási összeg)	0,20%
	15. Egyösszegű biztosítási összeg 14 napos folyamatos kórházi ápolás után (a fenti 14. pont biztosítási összegén felül)	5%

A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG KIFIZETÉSE

10. §

1. A *biztosítási összeg* kifizetésére vonatkozó kötelezettség a *biztosított félnek* a *szervződés* időtartama alatt *baleset* eredményeképpen bekövetkező *testi sérülése* vagy *kórházi ápolása esetén keletkezik*.
2. A *biztosítási összeg* kifizetésére vonatkozó eljárás megkezdése érdekében a *biztosított fél* köteles felvenni a kapcsolatot a *biztosítóval* a *4Life Directen* keresztül.
3. A 10. §-ban meghatározott hiánytalan és aláírt szolgáltatási igénybejelentő lap benyújtása és dokumentumok csatolása az igénybejelentő fél kötelezettsége, mely benyújtás egyben az igény elbírálásának előfeltétele. A dokumentumok a nyomtatványon meghatározott formátumban csatolandók, de a *biztosító*, amennyiben a *biztosítási összeg* kifizetésének

jogossága vonatkozásában indokoltnak látja, a dokumentumok eredeti példányait is jogosult bekérni.

4. Igénybejelentő fél köteles a *biztosítót* a *4Life Directen* keresztül a *biztosítási összeg* kifizetését megalapozó eseményről a bekövetkezés időpontjától számított 7 (hét) napon belül értesíteni, vagy amennyiben az igénybejelentő az egészségi állapotából eredő, említett bejelentés megtételére képtelen, e képtelenség megszűnését követő 7 (hét) napon belül, de legkésőbb a *biztosítási összeg* kifizetését megalapozó esemény bekövetkeztét követő 1 éven belül.
5. Amennyiben világossá válik, hogy a *biztosított fél kórházi ápolása* ugyanabból az okból kifolyólag a 30 (harminc) napot túllépi, az igénybejelentő fél köteles erről a *biztosítót* a *4Life Directen* keresztül értesíteni.
6. A *biztosítási összeg* kifizetésére 7 (hét) munkanapon belül kerül sor azt az időpontot követően, hogy a *4Life Direct*-hez a *4Life Direct* weboldalán bemutatott minta szerinti hiánytalan szolgáltatási igénybejelentő lap és az ott valamint a 10.§-ban felsorolt iratok benyújtásra kerültek, kivéve a 9 § 6 pontjában hivatkozott esetben. A kifizetett *biztosítási összeg* a *biztosítási kötvényben* és a 10. §-ban meghatározottak szerint alakul.
7. Bármely *biztosítási összeg* kifizetésének napja nem fogja meghaladni a törvény által a kifizetésre meghatározott határidőket.
8. Az igénybejelentő különösen az alábbi iratok csatolására vagy bemutatására köteles: (i) a *biztosítási összeget* igénylő személy személyazonosságát igazoló iratok, (ii) *biztosított fél* kezelőorvosa vagy az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött, a *4Life Direct* weboldalán elérhető formanyomtatvány a *biztosított fél* biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatairól, illetve esetleges ezzel kapcsolatos körelőzményi adatairól, (iii) a *kórházi* kezeléssel szülő orvosi jelentés, (iv) a *kórházi* kezelés, okát igazoló egyéb *orvosi* dokumentumok (v) az illetékes kormányhivatal, illetve járási vagy kerületi hivatal, vagy ezek jogutódjai igazolása arról, hogy a *biztosított fél* fogyatékosága nem fordítható vissza, az egészségkárosodása legalább 70% mértékű, és az állapota a 2011. évi CXCI tv. 3. § (2) bekezdés bb) bc) és bd) pontjai (vagy ezek későbbi megfelelői) szerint minősül, ha a *biztosított fél* a biztosítási összeget maradandó rokkantság miatt veszi igénybe, (vi) az illetékes egészségügyi szolgáltató által kiállított igazolás arról, hogy a *biztosított fél testi sérülése* megfelel a 2.§ megfelelő pontjának és a *biztosítási összegek táblázatában* részletezetteknek (kórházi zárójelentés, egyéb *orvosi* igazolás mely megerősíti a diagnózist). A *baleset* bekövetkezését az alábbi dokumentumokkal kell igazolni: (vii) egészségügyi jelentés, ha készült a *baleset* után (viii) rendőrségi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben készült, (ix) a munkáltató által készített baleseti jegyzőkönyv, amennyiben készült, (x) tanúvallomás a baleset körülményeiről teljes bizonyító erejű magánokirati formában, ha a (viii)-(ix) pontban foglaltak egyike sem készült.
9. A *biztosító* a fenti iratokon túl a *szervződő fél balesete* vagy *testi sérülése* vonatkozásában további iratokat is bekérhet, kifejezetten, de nem kizárólagosan ideértve az Eütv. rendelkezéseinek megfelelő olyan felhatalmazást, amely birtokában a *biztosító* vagy képviselőjében a *4Life Direct* jogosult beszerezni azokat az egészségügyi adatokat, amelyek a *szervződésből* származó igények elbírálásával közvetlenül összefüggenek, amennyiben a *biztosító* ezt

a *biztosítási összeg* kifizetésének jogossága vonatkozásában indokoltnak látja.

10. A *biztosító* fenntartja magának a jogot, hogy a *biztosított fél* kijelölt *orvos* által történő vizsgálatra kötelezze, mely vizsgálat költségeit a *biztosító* megtéríti. A jelen *ÁSZF* alapján fizetendő bármely *biztosítási összeg* kifizetésére vonatkozó döntés a jelen pont szerinti *orvosi* vizsgálat eredménye alapján kerül meghozatalra.

A BIZTOSÍTÓ FELELŐSSÉGÉNEK KIZÁRÁSA

11. §

1. A *biztosítási összeg* kifizetésére vonatkozó kötelezettség nem áll be, ha az igény közvetlen vagy közvetett módon az alábbiak miatt merül fel:

- poszttraumás stressz;
- bármely olyan *betegség*, amely nem közvetlenül *baleset* következménye;
- terhesség;
- külső ellenség cselekményei, (akár hadüzenettel bejelentett, akár be nem jelentett) háború, polgárháború, lázadás, sztrájk, munkavégzés megtiltása (*lock-out*), zendülés, terrorcselekmény, felkelés, forradalom, hatalom bitorlása, fegyveres – katonai vagy katonai jellegű – erők bevetése;
- rutinszerű vagy egyéb opcionális vizsgálat céljából igénybe vett *kórházi ápolás*, amely nem *baleset* közvetlen következménye;
- előzetesen fennálló állapot*;
- a *biztosított fél* jogellenes magatartása;
- kozmetikai fogászati kezelés;
- karantén;
- az ugyanazon okból bekövetkező egymást követő *kórházi ápolás*, ugyanazon *balesetből* eredően, amennyiben az az utolsó olyan *kórházi ápolási* napra, amelyre *biztosítási összeg* került kifizetésre, a 12 (tizenkettő) hónap eltelt;
- alkohol, kábítószer vagy a gondolkodást befolyásoló gyógyszer befolyása alatt állás, kivéve Magyarország jogszabályai által előírt módon nyilvántartásba vett egészségügyi szakember által felírt és az előírás szerint szedett gyógyszert;
- veszélyes munkakör ellátása, mint pl. kifejezetten, de nem kizárólag 40 (negyven) méteres föld- vagy vízfelszín alatti mélységben vagy e szint alatt végzett munka, 20 (húsz) méteres felszín feletti magasságban, vagy ennél magasabban végzett munka (kivéve a normál irodai környezetet), robbanószerekkel végzett munka;
- nem bejegyzett *orvos* által javasolt *kórházi ápolás*;
- sugárzás, nukleáris reakció, radioaktív szennyeződés, kémiai szennyezés, a mérgekkel, mérges gázokkal vagy gőzökkel való szennyeződést is beleértve;
- hegymászás, víz alatti tevékenységek, barlangászat, ejtőernyőzés, sárkányrepülés, bungee jumping, téli, vízi vagy motoros sportok, profi sporttevékenység;
- olyan sérülés, mely bármilyen katonai, védelmi, rendőrségi szervnél, személyek és vagyon védelmét biztosító fegyveres szervezeteknél, illetőleg katonai jellegű testületnél teljesített aktív szolgálat vagy ügyeletesi kötelezettség vagy kiképzés teljesítése közben keletkezett;
- önmagának szándékosan okozott sérülés vagy öngyilkossági kísérlet;
- légi utazás, a repülés díját megfizető olyan utast kivéve, aki szabályos engedéllyel rendelkező pilótával, rögzített szárnyú, érvényes repülési alkalmassági tanúsítvánnyal

rendelkező repülőgépen utazik, melyet szabályos engedéllyel rendelkező légitársaság vagy charter-társaság üzemeltet, és amely nyilvántartásba vett kereskedelmi repülőterek között közlekedik;

- Kozmetikai vagy plasztikai sebészeti kezelés, terméketlenség, mesterséges megtermékenyítés, vagy a *biztosított fél* saját választása szerint igénybevett kezelés, kivéve, ha ezek *baleset* során elszenvedett sérülés következményei;
- Az *ÁSZF* értelmében a rehabilitációs célú *kórházi* tartózkodás nem minősül *kórházi ápolásnak*.
- A *biztosítónak* nem keletkezik *biztosítási összeg* kifizetésére irányuló kötelezettsége, amennyiben a *biztosított fél* a *baleset* napjától számított 14 (tizennégy) napon belül meghal.

PANASZKEZELÉS

12. §

1. Minden a *szerződéssel* kapcsolatos panasz, sérelem és kérdés a *biztosítónak* a *4Life Direct* 2. § 1. pontban megnevezett címén keresztül teendő meg. A panaszok és kérésekkel kapcsolatos levelezés írásban, szóban, vagy elektronikusan formában történik a felek között. Minden esetben a nyilatkozatot tevő fél köteles feltüntetni a kötvényszámot, vagy egyéb olyan adatot, amely a nyilatkozattal érintett *szerződést* azonosítja. A panaszkezelés részletes szabályait a *4Life Direct* weboldalán elérhető panaszkezelési szabályzat tartalmazza.

ADATKEZELÉSI RENDELKEZÉSEK

13. §

- A *szerződő fél* és a *biztosított fél* (a jelen fejezetben érintett) a vonatkozó *ajánlatban* szereplő hozzájárulás aláírásával, illetve bármely egyéb módon tett hozzájárulással, vagy a *4Life Directtel* folytatott rögzített telefonbeszélgetésben tett szóbeli hozzájárulással hozzájárulnak az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. tv. (a továbbiakban: Info tv.) 5. §-a alapján ahhoz, hogy a *biztosító* és a *4Life Direct* (a továbbiakban együtt: adatkezelők), az *ajánlatban* illetve a telefonhívásban megadott személyes adataikat kezeljék, és azt manuális vagy automatizált módszerrel feldolgozzák. Az adatkezelés és -feldolgozás alapja az érintett hozzájárulása. Az adatkezelők az ügyfelek személyes adatait és biztosítási titkait jogosultak kezelni.
- Az adatkezelők mindaddig jogosultak az adatok kezelésére és feldolgozására, amíg az adott adatkezeléssel és -feldolgozással kapcsolatos cél a 13. § 3. pontban leírtak szerint fennáll.
- A kezelt és feldolgozott adatok az alábbiak: az ügyfél személyes adatai, a *biztosítási összeg* és annak kifizetésével kapcsolatos adatok, minden egyéb körülmény, amely a *szerződés* megkötésével, teljesítésével, nyilvántartásával és az adatkezelők által nyújtott szolgáltatással kapcsolatos. Személyes adat: az érintettel kapcsolatba hozható adat – különösen az érintett neve, azonosító jele, valamint egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző ismeret -, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés. Biztosítási titok: minden olyan - minősített adatot nem tartalmazó -, az adatkezelők rendelkezésére álló adat, amely az ügyfeleknek – ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a *biztosítóval* kötött szerződéseire vonatkozik. A jelen

bekezdés tekintetében az ügyfél: a szerződő, a *biztosított fél*, a *kedvezményezett*, a károsult, a *biztosító* számára szerződéses ajánlatot tett és a *biztosító* szolgáltatására jogosult más személy.

4. Az adatkezelők az érintettek adatait olyan mértékben továbbítják, amilyen mértékben a biztosítási dokumentáció nyomtatásához és kézbesítéséhez az szükséges. Adatfeldolgozó igénybevitelére az adatkezelők mindenkor adatkezelési szabályzata az irányadó.

Az érintett az adatkezelőktől kérheti:

- a) tájékoztatását személyes adatai kezeléséről,
- b) személyes adatainak helyesbítését, valamint
- c) személyes adatainak – a kötelező adatkezelés kivételével – törlését vagy zárolását.

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

6. Az adatkezelő köteles a kérelem benyújtásától számított legrövidebb idő alatt, legfeljebb azonban 25 napon belül, közérthető formában, az érintett erre irányuló kérelmére írásban megadni a tájékoztatást.

7. Az érintettek biztosítási titoknak is minősülő személyes adatai abban az esetben kezelhetők, amennyiben azok *szerződéssel*, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási *szerződés* megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási *szerződésből* származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a 2014. évi LXXXVIII. törvény által meghatározott egyéb

cél lehet. Külön hozzájárulás esetében az érintett személyes adatai közvetlen üzletszerzési célokra is felhasználhatók.

VEGYES RENDELKEZÉSEK

14. §

1. A szerződő felek valamennyi értesítését és nyilatkozatát a másik féllel a feladó költségén írásban vagy elektronikus kommunikációs csatornákon kell közölni, melyet a *biztosítónak* el kell fogadnia és elektronikus adathordozón kell rögzítenie.
2. A *szerződő fél* vagy a *biztosított fél* által kiadott valamennyi értesítést, illetve nyilatkozatot magyar nyelven, a *4Life Direct* fenti 2. § 1. pontjában megadott címére kell küldeni. Abban az esetben, amennyiben a *biztosítási összegek* kifizetésére vonatkozó dokumentumok magyar nyelvre történő fordítása szükségessé válik, a hiteles magyar fordítások benyújtásának kötelezettsége az igénybejelentőt terheli.
3. A *biztosított fél* és a *szerződő fél* köteles a *biztosítót* a *4Life Directen* keresztül az *ajánlatban* szereplő értesítési adatok minden változásáról tájékoztatni.
4. Az *ÁSZF* a biztosítási kötvénnyel és az *ajánlattal* együtt alkotja a *szerződést*, és egy dokumentumként kell őket értelmezni.
5. A biztosítási *szerződés* alapján kifizetett *biztosítási összegek*re a kifizetésük időpontjában hatályos adózási előírások az irányadók.
6. A jelen *ÁSZF-ben* nem szabályozott kérdésekben a magyar jogszabályok vonatkozó rendelkezései az irányadók.
7. A szerződő felek között felmerülő jogvita esetén *felek* az illetékes rendes magyar bíróságokhoz fordulhatnak, vagy a *szerződő fél* vagy a *biztosított fél* vagy biztosítási *szerződés* birtokosa lakóhelye szerinti rendes bíróságokhoz.
8. A *biztosítási összegre* vonatkozó igény a *biztosítási összeg* kifizetését megalapozó esemény bekövetkezésének napjától számított 1 (egy) év elteltével elévül.

BB/ÁSZF/v3/2017.04.25.



E. O'Regan
Ügyvezető Igazgató
Red Sands Insurance Company (Europe) Limited