

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. §

1. Az „Egy Éves Balesetbiztosítás” elnevezésű csoportos biztosításra vonatkozó jelen általános szerződési feltételek, amelyet a Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited ügyvezető testülete 2018. november 14. napján fogadott el – a továbbiakban úgy is, mint általános szerződési feltételek („*ÁSZF*”) –, a 2018. november 26. napjától, a Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited és a 4Life Direct Kft. között megkötött biztosítási szerződésre 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 212092570558 sorszámmon szerepel a Magyar Nemzeti Bank által vezetett biztosításközvetítői nyilvántartásban;
2. **csatlakozási nyilatkozat** – a *biztosító* által készített, a *biztosító* és a *szerződő fél* között létrejött *szerződéshez* való csatlakozási szándékot megtestesítő nyilatkozat, melyet a *biztosított fél* aláír;
3. **baleset** – az egészségi állapoton kívül eső és a *biztosított fél* által nem befolyásolható olyan erőszakos és hirtelen a *szerződéshez való csatlakozás* hatálybalépését követően bekövetkező esemény, mely külső és független ok eredménye, és a *biztosított fél testi sérüléséhez* vezet;
4. **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 *szerződéshez való csatlakozással létrejött biztosítási jogviszony* tartama alatt alakul ki és kezdődik;
5. **biztosítási díj** – *szerződés* alapján fizetendő, *biztosítási kötvényben* Magyarország hivatalos pénznemében meghatározott összeg;
6. **biztosítási kötvény** – a *biztosító* nevében a 4Life Direct által a *szerződéshez való csatlakozás* igazolására kiállított dokumentum;
7. **biztosítási összeg** – biztosítási esemény esetén a *biztosított félnek* járó összeg, amelyet a *szerződés feltételei* szerint fizet a *biztosító*;
8. **biztosítási összegek táblázat** – a 8. § 6. pontja szerinti táblázat.
9. **biztosító** – a Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited, amelynek címe: Level 3 Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltár; Amennyiben az Egyesült Királyság az Európai Unióból olyan kellően részletezett megállapodás nélkül lép ki (hard Brexit), amely lehetővé tenné a *biztosító* számára a biztosítási tevékenység további nyújtását, erre az esetre a *biztosító* székhelyének az Európai Unión belüli országba történő áthelyezését tervezi, amelyről a *biztosító* a *szerződő felet* kellő időben értesíti.

10. **biztosított fél** – a *biztosítási kötvényben* megjelölt természetes személy, aki a *szerződéshez biztosított félként* csatlakozik;
11. **előzetesen fennálló állapot** – a *biztosított fél* által a *szerződéshez való csatlakozás* kezdőnapja előtt elszenvedett, *kórházi ápolást*, vagy orvosi szaktanácsadást, orvosi kezelést vagy ellátást igénylő *betegség, betegségek, baleset, testi sérülés*;
12. **házastárs** – a *biztosítási kötvényben* megjelölt személy, akivel a *biztosított fél* a *szerződéshez való csatlakozáskor* 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;
13. **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;
14. **maradandó agykárosodás** – maradandó és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást eredményező agyszövet elhalás.
15. **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 fogyatékoságot az illetékes kormányhivatal, illetve járási vagy kerületi hivatal, vagy ezek jogutódja által kiadott határozattal kell igazolni;
16. **maximum biztosítási összeg** – a hatályos *biztosítási kötvényben* megjelölt, *biztosított felet* megillető összeg, amelyre a *szerződést* a felek megkötötték, és amely alapján a *biztosítási összeg táblázatban* feltüntetésre került arányok és a szerződési feltételek szerint kiszámításra kerül a *biztosítási összeg*.
17. **paraplégia** – teljes, maradandó és visszafordíthatatlan altesti bénulás, a lábakat is beleértve.
18. **szerződés** – a *biztosító* és a 4Life Direct között létrejött csoportos biztosítási szerződés;
19. **szerződő fél** – 4Life Direct, amely megkötötte a *biztosítóval* a *szerződést*;
20. **testi sérülés** – a *biztosított fél* szervezetének *baleset* eredményeként bekövetkező, orvosi szaktanácsadást, kezelést, ellátást vagy *kórházi ápolást* igénylő, a *biztosítási összeg táblázatban* felsorolt (*rokkantság*) fizikai sérülése;
21. **tetraplégia (mind a négy végtag bénulása)** – mind a négy végtag használatának teljes, maradandó és visszafordíthatatlan elvesztése;
22. **végtagok használatának elvesztése** – az érintett végtagok 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 szerződés tárgya a biztosított fél baleset eredményeképpen bekövetkezett testi sérülése.
2. A biztosítás hatálya a biztosított félnek a szerződéshez való csatlakozással létrejövő biztosítási jogviszonyának időtartama alatt baleset eredményeként bekövetkező testi sérülésére terjed ki.
3. A szerződéshez két lehetséges módozatban lehet csatlakozni:
 - a) kizárólag egy főre vonatkozó módozatban, egyetlen biztosított féllel; vagy
 - b) egy főre és a házastársára vonatkozó módozatban, a biztosított fél házastársával mint második biztosított féllel.

A SZERZŐDÉSHEZ VALÓ CSATLAKOZÁS

4. §

1. A szerződéshez az alábbi feltételek együttes teljesülése esetén csatlakozhat a biztosított fél:
 - a) biztosított fél a biztosító részére magyarországi lakcímet szolgáltatott, mely a felek közti levelezés során értesítési címként funkcionál;
 - b) szerződéshez való csatlakozás napján a biztosított fél betöltötte a 18 éves kort, de még nem töltötte be a 71 (hetvenegy) éves kort;
 - c) biztosító megkapta a biztosított fél által aláírt csatlakozási nyilatkozatot;
 - d) biztosító a csatlakozási nyilatkozatot megvizsgálta és elfogadta, valamint a szerződéshez való csatlakozás igazolására kiállította a biztosítási kötvényt.
2. A szerződéshez telefonon vagy bármely más távértékesítési csatornán történő csatlakozás esetén az aláírt csatlakozási nyilatkozatot a biztosított fél által a telefonon vagy elektronikusan közölt szóbeli vagy egyéb elektronikus módon tett elfogadó nyilatkozat helyettesíti.
3. A biztosító fenntartja a jogot, hogy a szerződéshez való csatlakozást elutasítsa.

A SZERZŐDÉSHEZ VALÓ CSATLAKOZÁSSAL LÉTREJÖTT BIZTOSÍTÁSI JOGVISZONY IDŐTARTAMA

5. §

1. A szerződéshez való csatlakozás a biztosítási kötvényben meghatározott kezdőnapon lép hatályba.
2. A biztosított fél biztosítási jogviszonya a szerződéshez való csatlakozás kezdőnapjától számított 1 (egy) éves határozott időtartamra jön létre.
3. A biztosított fél jogosult a szerződéshez való csatlakozását azonnali hatállyal, a szerződő fél útján bármikor visszavonni.
4. A biztosított fél szerződéshez való csatlakozással létrejött biztosítási jogviszonya a lejáratl, biztosított fél halálával, vagy a biztosításhoz való csatlakozás visszavonásának napján, az 5. §, 2-3. pontja, vagy 6. § 3. pontja szerint szűnik meg, abban az időpontban, amelyik legkorábban bekövetkezik.

MÓDOZATOK

6. §

1. Ha a biztosított fél a szerződéshez egy fő és házastársra vonatkozó módozatban csatlakozik, úgy a házastársak egyikének halála esetén a biztosítási jogviszony nem szűnik meg. Ilyen esetben a másik házastárs a szerződésben való részvételt fenntarthatja. Ilyen esetben az egy fő és a házastárs módozatú biztosítási jogviszony egy fő módozatú

biztosítási jogviszonnyá változik, az így folytatott biztosítási jogviszony a túlélő biztosítottokra vonatkozó maximum biztosítási összeg megegyezik az eredeti biztosítási jogviszonyban meghatározottal.

2. Ha a biztosított fél a szerződéshez egy fő és házastársra vonatkozó módozatban csatlakozott, a 2. § 12. pontjában hivatkozott házasság vagy élettársi közösség megszűnését követően, a biztosított fél kérésére a szerződő fél útján, a szerződéshez való csatlakozással létrejött biztosítási jogviszony egy fő és házastársra vonatkozó módozatban, annak meglévő feltételei mellett, vagy pedig a biztosító által szolgáltatott feltételekkel minden egyes biztosított fél vonatkozásában csak egy főre vonatkozó módozatként folytatható.
3. A szerződéshez való csatlakozással létrejött biztosítási jogviszony megszűnik azon a napon, amelyen a biztosító a 8. § szerint a hatályos szerződésben szereplő maximum biztosítási összeget megfizeti.

BIZTOSÍTÁSI DÍJAK

7. §

1. A biztosítási díjat a 4Life Direct fizeti a 4Life Direct és a biztosító között létrejött csoportos biztosítási szerződés alapján.

BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGEK

8. §

1. A biztosító biztosítási összeg kifizetésére vonatkozó kötelezettsége a biztosított fél testi sérülése esetén keletkezik, feltéve hogy a biztosított fél legalább 14 (tizennégy) nappal túléli a baleset napját.
2. A testi sérülésért fizetendő biztosítási összeg, a biztosítási kötvényben megjelölt maximum biztosítási összegben alapul. A biztosítási összeg a 8.§ 6. pontjában szereplő biztosítási összegek táblázat szerint kerül megállapításra.
3. A maradandó rokkantságért, paraplégiáért, tetraplégiáért vagy maradandó agykárosodásért fizetendő biztosítási összeg a baleset után legfeljebb 12 (tizenkettő) hónapig késleltethető, amennyiben nem minden az igény értékeléséhez szükséges körülmény teljesül. Egyéb esetekben a biztosítási összeg a 9. § 5. pontja szerint fizetendő.
4. A maradandó rokkantság, paraplégia, tetraplégia, maradandó agykárosodás kivételével, nem fizetendő biztosítási összeg a baleset napja után több mint 12 (tizenkét) hónappal bekövetkező sérülésekért.
5. A szerződésben való részvétel időtartama alatt kifizetendő maximális biztosítási összeg biztosítottanként a biztosítási összeg 100%-ára korlátozott.
6. Biztosítási összegek táblázata

	Testi sérülés:	Fizetett biztosítási összeg aránya
A. Rokkantság	1. Maradandó 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%

A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG KIFIZETÉSE

9. §

1. A biztosítási összeg kifizetésére vonatkozó kötelezettség a biztosított félnek a szerződéshez való csatlakozással létrejött

- biztosítási jogviszony időtartama alatt *baleset* eredményeképpen bekövetkező *testi sérülése* esetén keletkezik.
2. A *biztosítási összeg* kifizetésére vonatkozó eljárás megkezdése érdekében a *biztosított fél* köteles felvenni a kapcsolatot a *biztosítóval* a *4Life Direct –en* keresztül.
 3. A 9. §-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 Direct-en* 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. 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 9. §. 7. pontban felsorolt iratok eredeti példányban benyújtásra kerültek, kivéve a 8. § 3. pontjában hivatkozott esetben. A kifizetett *biztosítási összeg* a *biztosítási kötvényben* és a 8. §-ban meghatározottak szerint alakul.
 6. Az igénybejelentő köteles minden információt a valóságnak megfelelően megadni. Jogszabályba ütköző vagy valótlan állításokra alapozott igénybejelentés esetén *biztosítónak* joga van ennek megakadályozására bármely lépést megtenni.
 7. 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 kórelőzményi adatairól, (iii) az egészségügyi kezeléssel szembeni orvosi jelentés, (iv) az egészségügyi 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.

8. A *biztosító* a fenti iratokon túl a *biztosított 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 *szerződéshez* való csatlakozással létrejött biztosítási jogviszonyból származó igények elbírálásával közvetlenül összefüggenek, amennyiben a *biztosító* ezt a *biztosítási összeg* kifizetésének jogossága vonatkozásában indokoltnak látja.
9. A *biztosító* fenntartja magának a jogot, hogy a *biztosított felet* 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

10. §

1. A *biztosítási összeg* kifizetésére vonatkozó kötelezettség nem áll be, amennyiben az igény közvetlenül vagy közvetett módon az alábbiak következménye:
 - a) poszttraumás stressz;
 - b) bármely olyan betegség, amely nem közvetlenül baleset következménye;
 - c) terhesség;
 - d) külső ellenség cselekményei, (akár hadüzenettel bejelentett, akár be nem jelentett) háború, polgárháború, lázadás, sztrájk, munkavégzés megtiltása (*lock-out*), terrorcselekmény, zendülés, felkelés, forradalom, hatalom bitorlása, fegyveres – katonai vagy katonai jellegű – erők bevetése;
 - e) *előzetesen fennálló állapot*;
 - f) a *biztosított fél* jogellenes magatartása;
 - g) alkohol, kábítószer vagy a gondolkodást befolyásoló gyógyszer befolyása alatt állás, kivéve ha a gyógyszert Magyarországon regisztrált orvos írta fel, és az előírás szerint szedték;
 - h) 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), robbanószerrel végzett munka;
 - i) sugárzás, nukleáris reakció, radioaktív szennyeződés, kémiai szennyeződés, a mérgekkel, mérges gázokkal vagy gőzökkel való szennyeződést is beleértve;
 - j) hegymászás, víz alatti tevékenységek, barlangászat, ejtőernyőzés, sárkányrepülés, bungee jumping, téli, vízi vagy motoros sportok, profi sporttevékenység;
 - k) olyan *testi 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;
 - l) önmagának szándékosan okozott *testi sérülés* vagy öngyilkossági kísérlet;
 - m) légi utazás, a repülés díját megfizető olyan utast kivéve, aki szabályos engedélyekkel rendelkező pilótával, rögzített szárnyú, érvényes repülési alkalmassági tanúsítvánnyal rendelkező repülőgépen utazik, melyet szabályos engedélyekkel rendelkező légitársaság vagy charter-társaság

üzemeltet, és amely nyilvántartásba vett kereskedelmi repülőterek között.

2. A *biztosítónak* nem keletkezik *biztosítási összeg* kifizetésére irányuló kötelezettsége, amennyiben a *biztosított fél* a baleset napjától számított 14 (tizennégy) napon belül meghal.

PANASZKEZELÉS

11. §

1. Minden a *szervződéshez való csatlakozással létrejött biztosítási jogviszonnyal* 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 elektronikus formában történik a felek között. Minden esetben a nyilatkozatot tevő fél köteles feltüntetni a kötvényszámot, vagy egyéb olyan adatot, amely a nyilatkozattal érintett *biztosítási jogviszonyt* azonosítja. A panaszkezelés részletes szabályait a *4Life Direct* weboldalán elérhető panaszkezelési szabályzat tartalmazza.

ADATKEZELÉSI RENDELKEZÉSEK

12. §

1. Jelen paragrafus a *biztosított fél* személyes adatainak *szervződéssel* összefüggő kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalókat tartalmaz. Annak teljes, tömör és áttekinthető leírását, hogy a *biztosított fél* és az ügyfelek személyes adatait a *biztosító* és a *4Life Direct* hogyan kezeli, a *4Life Direct* honlapján a www.4lifedirect.hu oldalon elérhető Adatvédelmi Szabályzat tartalmazza.
2. A *biztosító* és a *4Life Direct* a *biztosított fél* személyes adatait az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (2016. április 27.) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről („GDPR”) és az egyéb, alkalmazandó magyar jogszabályok alapján kezeli. A *biztosított fél* személyes adatait, ideértve vezetéknevét, keresztnévét, lakcímét, születési idejét, születési helyét (kerület), azonosító okmányok típusát és számát, kapcsolattartásra szolgáló telefonszámokat és e-mail címét a *biztosító* és a *4Life Direct* a *szervződés* teljesítése, valamint a *biztosító* és a *4Life Direct* biztosítás- és pénzügyi közvetítésre vonatkozó jogszabályoknak való megfelelése céljából (a *biztosított fél* azonosítása és azonosságának ellenőrzése, a *biztosító* és a *4Life Direct* *szervződés* szerinti jogainak teljesítése, védelme és érvényesítése, stb.) kezeli.
3. A *biztosított fél* írásban kérheti a *biztosítótól* vagy a *4Life Direct-től*, hogy (a) nyilatkozzanak, hogy személyes adatait kezelik-e vagy sem, (b) tájékoztassák személyes adatai kezelésének állásáról a nyilvántartó rendszerben, (c) pontosan tájékoztassák, hogy a kezelt személyes adatokhoz honnan jutottak hozzá, (d) sorolják fel kezelt személyes

adatait, (e) helytelen, hiányos vagy nem időszerű személyes adatait helyesbítsék, illetve töröljék, (f) személyes adatait töröljék, ha kezelésük célja megvalósult; (g) jogsértés esetén személyes adatait töröljék, (h) személyes adatait más adatkezelő részére továbbítsák, (i) korlátozzák vagy szüntessék meg személyes adatai kezelését, (j) ne terjedjen ki rá kizárólag automatizált adatkezelésen alapuló döntés (azaz a *biztosított fél* kérheti, hogy ügyéről való döntésben ember is vegyen részt, ne csak gépek). Ezekre a jogokon túl, ha azt gyanítja, hogy személyes adatait jogsértően kezelik, a *biztosított fél* kérheti a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságot, hogy indítson adatvédelmi hatósági eljárást. A *biztosított fél* valamennyi, adatvédelemhez való jogát részletesen a GDPR III. fejezete tartalmazza.

4. Az itt említett személyes adatokat addig kezeljük, amíg az adatkezelés célja és a *biztosított fél* a *szervződésben* részt vesz, illetve ezt követően, amíg a *szervződésben* való részvétellel kapcsolatos igények érvényesíthetők.

VEGYES RENDELKEZÉSEK

13. §

1. A *szervződő* és a *szervződésben* részt vevő felek valamennyi értesítését és nyilatkozatát a másik féllel a feladó költségére írásban vagy elektronikus kommunikációs csatornán kell közölni, melyet a *biztosítónak* el kell fogadnia, és elektronikus adathordozón kell rögzítenie.
2. 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 szükséges, a hiteles magyar fordítások benyújtásának kötelezettsége igénybejelentőt terheli. A *szervződő fél* a *szervződésben* bekövetkezett változásokról a *biztosított felet* köteles tájékoztatni.
3. A *biztosított fél* köteles a *biztosítót* a *4Life Direct* útján a *csatlakozási nyilatkozatban* szereplő értesítési adatok minden változásáról tájékoztatni.
4. Az *ÁSZF* a *biztosítási kötvénnyel* és a *csatlakozási nyilatkozattal* együtt alkotja a *szervződéshez* való csatlakozással létrejött biztosítási jogviszonyt és egy dokumentumként kell őket értelmezni.
5. A *biztosítási szervződés* alapján kifizetett *biztosítási összegekre* 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 *szervződő* és a *szervződésben* részt vevő felek között felmerülő jogvita esetén a felek az illetékes magyar bíróságokhoz fordulhatnak.
8. A *biztosítási összegre* vonatkozó igény a *biztosítási összeg* kifizetését megalapozó esemény bekövetkezésének napjától számított 1 (egy) év elteltével elévül.

BF/I/ÁSZF/v1/2018.11.26.



James Clayton-Wright
Kockázatkezelési manager
Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited