

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. §

1. A „Balesetbiztosítás” elnevezésű biztosítás jelen általános szerződési feltételei, melyet 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 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 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** – olyan fizikai traumás, erőszakos és hirtelen, a *szerződésnek a biztosítási kötvényben* meghatározott hatálybalépését követően bekövetkező, a *biztosított fél* által nem befolyásolható és a már meglévő egészségügyi állapotával nem összefüggő esemény, mely külső és független ok eredménye, és a *biztosított fél testi sérüléséhez* vezet. A miokardiális infarktus, az agyi infarktus, az agyvérzés, valamint az emelgetésből, a túlzott, tartós vagy repetitív, fizikai erőfelfejtésből származó egészségügyi következmények nem minősülnek *balesetnek*;
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* a 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 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, erről a *biztosító* a *szerződő* felet kellő időben értesíti;

11. **biztosított fél** – a *biztosítási kötvényben* megjelölt természetes személy, akinek javára a *szerződést* kötötték;
12. **előzetesen fennálló állapot** – a *biztosított fél* által a *szerződés* kezdőnapja előtt elszenvedett, *kórházi ápolást*, vagy *orvosi* szaktanácsadást, *orvosi* kezelést vagy ellátást igénylő *betegség*, *betegségek*, *baleset*, *testi sérülés*;
13. **hallásvesztés** – a hallás teljes, maradandó és visszafordíthatatlan olyan mértékű elvesztése, vagy olyan maradandó és visszafordíthatatlan hallásvesztés, amely a hallásvesztés vizsgálatánál során a jobban funkcionáló fülben a tiszta hang audiogram használatával minden frekvencián nagyobb, mint 95 decibel;
14. **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;
15. **kórház** – az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § ga) pontjában meghatározott fekvőbetegszakellátást 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, gyógyfürdő-kórház, gyógy- és wellness központok, a TBC elkülönítők, a hospice ellátást nyújtó létesítmények, gyógyüdülők, a fürdők, a hidroterápia-szolgáltatók, a kábítószer-élvezőket kezelő központok, a szanatóriumok és idősek ápolási otthonai, a 74/1999. (XII.25) EüM rendelet Intézzéttípusok 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;
16. **kórházi ápolás** – a *biztosítási összegek* táblázat 9. § 11. pontja szerinti *balesetből* eredő *testi sérülés* következményeként *felmerülő* fekvőbeteg ellátás, amely a *baleset* időpontjától számított 30 (harminc) napon belül a *biztosított fél* egészségének helyreállítása vagy javításának elősegítése céljából történik, és amely a felvétel napját is magába foglalja. Az *ÁSZF* értelmezésében a *kórházi ápolás* az elbocsátás napját nem foglalja magában;
17. **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.
18. **maradandó agykárosodás** – maradandó és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást eredményező agyszövet elhalás;

19. **maradandó rokkantság** – baleset által okozott olyan egészségi állapot, amely a 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. A *maradandó rokkantságot* az illetékes kormányhivatal, illetve járási vagy kerületi hivatal, vagy ezek jogutódja által kiadott határozattal kell igazolni;
20. **maximum biztosítási összeg** – a hatályos *biztosítási kötvényben* megjelölt, *biztosított felet* megillető összeg, amelyre a *szerződést* kötik, és amely alapján az *biztosítási összeg táblázatban* feltüntetésre került arányok és a *szerződési feltételek* szerint kiszámításra kerül a *biztosítási összeg*;
21. **orvos** – megfelelően képzett, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint bejegyzett és engedéllyel rendelkező gyakorló *orvos*, aki gyakorlatát Magyarország törvényei szerint folytatja;
22. **paraplégia** – teljes, maradandó és visszafordíthatatlan altesti bénulás, a lábakat is beleértve;
23. **szerződés** – a „Balesetbiztosítás” elnevezésű biztosításra vonatkozó *szerződés*, mely az *ajánlat* alapján és az *ÁSZF*-fel összhangban került megkötésre;
24. **szerződő fél** – a *biztosítóval* a *szerződést* kötő természetes személy;
25. **testi sérülés** – a *biztosított fél* szervezetének *baleset* eredményeként bekövetkező, *orvosi* szaktanácsadást, kezelést, ellátást vagy *kórházi* ápolást igénylő, a *biztosítási összegek táblázatban* felsorolt (*rokkantság és törés*) fizikai sérülése;
26. **törés** – a csontok folytonosságának *baleset* által bekövetkező, *orvosi* dokumentum által alátámasztott megszakadása. A jelen *ÁSZF* szerint nem minősül *törésnek*, ha a *törést* a csontokban lévő patológiás elváltozás vagy a csontszövet betegsége idézte elő. Ugyanannak a csontnak a többszörös *törése* egy csont *törésének* minősül. A jelen *ÁSZF* szerinti testrészek kategóriák a következők:
 - a) **Koponya** – fej csontjai: halántékcsontról, homlokcsont, falcsont, tarkócsont, ékcsontról, rostacsont, a járomcsont és az orr kivételével;
 - b) **Medencecsontok** – a keresztcsont és a farkcsont kivételével a csípő, az ülőcsont és szeméremcsont;
 - c) **Gerinc** – a *gerinc csontjai*, keresztcsont és farkcsont;
 - d) **Lapockacsont** – a felkarcsontot a kulcscsonttal összekötő csont;
 - e) **Láb** – kizárólag a *combcsont*, sípcsont, szárkapocscsont és sarok törése; ide nem értve különösen a lábtőcsontot, a lábközépcsontot és a lábujjcsontokat;
 - f) **Kulcscsont** – a felkart a szegycsonttal összekötő csont;
 - g) **Kar** – kizárólag a felkarcsont, orsócsont és singcsont törése; ide nem értve különösen a kézközépcsontot és a kézujj csontjait;
27. **tetraplégia (mind a négy végtag bénulása)** – mind a négy végtag használatának teljes, maradandó és visszafordíthatatlan elvesztése;
28. **utas** – engedéllyel rendelkező tömegközlekedési szolgáltató által nyújtott tömegközlekedésen érvényes jeggyel utazó személy;

29. **végtag(ok) használatának elvesztése** – az érintett végtag(ok) használatának teljes, maradandó és visszafordíthatatlan elvesztése (traumás amputáció) vagy a csukló vagy boka ízület feletti fizikai elválasztással történő elvesztése. A végtagoknak a betegségek kezelésével és a betegségekből adódó komplikációkkal összefüggésben felmerülő amputációja nem tartozik a jelen *ÁSZF* szerinti traumás amputáció fogalmába.

A SZERZŐDÉS TÁRGYA ÉS MÓDOZATAI

3. §

1. A *szerződés* tárgya a *biztosított fél baleset* eredményeképpen bekövetkezett *testi sérülése*, vagy ennek következtében történő *kórházi ápolása*.
2. A biztosítás a *biztosított félnek* a *szerződés* időtartama alatt *baleset* eredményeként bekövetkező *testi sérülésére* vagy ennek következtében történő *kórházi ápolására* terjed ki.
3. A *szerződés* 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 *szerződés* az alábbi feltételek együttes teljesülése esetén köthető meg:
 - a) a *szerződő fél* a *biztosító* részére magyarországi lakcímet szolgáltatott, mely a felek közti levelezés során értesítési címként funkcionál;
 - b) a *szerződés* megkötésének napján mind a *szerződő 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 *szerződő fél* és a *biztosított fél* által aláírt *ajánlatot*;
 - d) a *biztosító* az *ajánlatot* megvizsgálta és elfogadta, valamint a *szerződés* létrejöttének igazolására kiállította a *biztosítási kötvényt*.
2. A *szerződés* telefonon történő megkötése esetén az aláírt *ajánlatot* a *szerződő fél* által a telefonon közölt szóbeli elfogadó nyilatkozat helyettesíti, azzal azonban, hogy a *szerződés* *biztosító* általi megfelelő teljesítéséhez szükséges az aláírt 4. § 1. c) pont szerinti *ajánlat* megküldése.
3. A *biztosító* fenntartja a jogot, hogy a *szerződés* megkötését elutasítsa, illetőleg, hogy a *szerződés* feltételeinek módosítására javaslatot tegyen a jogszabályoknak megfelelően.

A SZERZŐDÉS IDŐTARTAMA

5. §

1. A *szerződés* a *biztosítási kötvényben* meghatározott kezdőnapon lép hatályba.
2. A *szerződő fél* a *szerződést* jogosult a *biztosítónak* a *szerződés* megkötésére vonatkozó értesítése kézhezvételét követő 30 (harminc) napon belül azonnali hatállyal felmondani. A *szerződő fél* általi azonnali hatályú felmondás esetén a *biztosító* köteles a *szerződő fél* részére minden *biztosítási díjat* visszafizetni, feltéve, hogy az azonnali hatályú felmondást írásban közölték.
3. A *szerződés* a kezdőnapjától számított 5 (öt) éves időtartamra jön létre. A *szerződő fél* azt követően az alábbi 6. pontban 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-hosszabbítás elfogadásának minősül.

4. 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.
5. Szerződő fél jogosult a szerződést 30 napos felmondási idővel bármikor, azon időszak végével felmondani, amelyre vonatkozóan az utolsó biztosítási díj megfizetésre került. Felmondás (kivéve az 5. § 2. pont szerinti felmondás esetét) esetében a biztosító nem téríti vissza a biztosítási díjat.
6. Amennyiben a szerződés 5 éves időtartama alatt a maximum biztosítási összeg kifizetésre kerül, szerződő fél a 4Life Direct-en keresztül kezdeményezheti a szerződés meghosszabbítását a 8. § szerint.
7. Amennyiben a biztosított fél vagy a házastársa betölti a 80. (nyolcvanadik) életévét, a fedezet az ezen életkort meghaladó vonatkozó személy esetében azonnal megszűnik.
8. A szerződés megszűnik a biztosított fél halálával, vagy az 5. § 2.-5. pontjai, valamint a 6. § 4. pontja alapján azon a napon, amikor a biztosított fél a 6. § 1. pontja szerint a 80. (nyolcvanadik) életévét betölti vagy a biztosítási összeg 7. § 2. pontja alapján történő kifizetése napján, abban az időpontban, amelyek ezek közül a legkorábban bekövetkezik.
9. 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. §

1. 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 az 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.
2. Ha a szerződés egy fő és házastársra vonatkozó módozattal kerül megkötésre, a 2. § 14. 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.
3. 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.

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

BIZTOSÍTÁSI DÍJAK

7. §

1. A biztosítási díjakat havonta, a biztosítási kötvényben meghatározott, a szerződő fél választása szerinti összegben kell megfizetni.
2. 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. §

1. A biztosító a szerződő fél kérésére – miután megkapta a biztosított fél hozzájárulását, amennyiben a biztosított fél és a szerződő fél személye nem ugyanaz – átadja a módozat vagy a biztosítási kötvényben szereplő biztosítási összeg módosítására vonatkozó feltételeket.
2. 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 is írásban hozzájárul.
3. 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. §

1. 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.
2. A testi sérülésért fizetendő biztosítási összeg a választott, a biztosítási kötvényben megjelölt maximum biztosítási összegben alapul. A biztosítási összeg a biztosítási összegek táblázat szerint kerül megállapításra.
3. Az egyszeri kórházi ápolás esetén fizetendő biztosítási összeg csak abban az esetben kerül kifizetésre, ha a testi sérüléssel járó baleset napjától számított 30 (harminc) napon belül megkezdődött a kórházi ápolás, és a biztosított fél legalább 14 (tizennégy) egymást követő napon át kórházi ápolásra szorul, a biztosítási összegek táblázat szerint. Ugyanazon baleset következményeként bekövetkező testi sérülés miatti kórházi ápolás esetén csak egyszeri egyösszegű kifizetés történik.
4. Az 9. § 2. és 3. pontok szerint fizetendő biztosítási összeg megduplázódik olyan testi sérülés esetén, amely a 2. § 28. pontjának meghatározása szerinti utasként történő utazás eredményeként következik be.
5. A maradandó rokkantságért, paraplegiáért, tetraplegiáért vagy maradandó agykárosodásért fizetendő biztosítási összeg kifizetése a baleset napját követően legfeljebb

12 (tizenkettő) hónapig késleltethető, amennyiben az igény érvényesítéséhez szükséges nem minden az igény értékeléséhez szükséges körülmény teljesül. Egyéb esetekben a *biztosítási összeg* a 10. § 6. pontja szerint fizetendő.

6. A *maradandó 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*.
7. A *biztosító* minden egyes testrész kategória, ugyanazon *baleset* eredményeként elszenvedett *törése* után fizet egyszeri *biztosítási összeget* (függetlenül attól, hogy melyik és mennyi csont tört el) a 8. pont szerinti feltételekkel.
8. A *biztosítási összeg* akkor fizetendő mindkét *láb, kar, lapockacsont* vagy *kulcscsont törése* esetén, ha mindkét *láb, kar, lapockacsont* és *kulcscsont* ugyanabban a *balesetben* törik el.
9. *Biztosítási összeg* nem kerül kifizetésre abban az esetben, ha a *szervződés* időtartama alatt olyan ismételt *törés* történik, amiért a *biztosító* korábban már kifizette a *biztosítási összeget* (ugyanannak a testrész kategóriának a *törése*), azzal, hogy gerinctörés esetén egyszeri *biztosítási összeg* kerül kifizetésre, a *gerinc törött csontjaitól* függetlenül.
10. A *szervződés* időtartama alatt kifizetendő *maximális biztosítási összeg* a *biztosítottanként* a *maximális biztosítási összeg* 100%-ára korlátozott, a 9. § 4. pontja szerint fizetendő *biztosítási összeg*en felül.
11. *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%
	7. Látásvesztés egy szemem	50%
	8. Egy végtag használatának elvesztése	50%
	9. Beszédképtelenség	50%
	10. Hallásvesztés	50%
B. Törés	11.1 Medencecsontok	50%
	11.2 Láb, koponya, gerinc, lapockacsont, kulcscsont, kar	10%
C. Kórházi ápolás	12. Egyösszegű biztosítási összeg 14 napos folyamatos kórházi ápolás után, ami a biztosítási összegek táblázat A és B pontja szerinti testi sérülések következménye	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 Direct* –en 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 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. 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 Direct-en* 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 § 5. pontjában hivatkozott esetben. A kifizetett *biztosítási összeg* a *biztosítási kötvényben* és a 10. §-ban meghatározottak szerint alakul.
7. Az igénybejelentő fél köteles minden információt a valóságnak megfelelően megadni. Jogszabályba ütköző vagy valótlan állításokra alapozott igénybejelentés esetén a *biztosítónak* joga van ennek megakadályozása érdekében bármely lépést megtenni.
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 kórelőzményi adatairól, (iii) a *kórházi* kezeléstről szóló *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* rokkantsága 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 *szereződő 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 *szereződésből* 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 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

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*;
- törés*, amit a csontokban lévő patológiás elváltozás vagy a csontszövet betegsége idézett elő;
- kozmetikai fogászati kezelés;
- karantén;
- az ugyanazon vagy bármilyen kapcsolódó okból bekövetkező ismételt *kórházi ápolás*;
- 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;
- 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;

- önmagának szándékosan okozott sérülés vagy öngyilkossági kísérlet;
 - 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;
 - 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.
2. Az *ÁSZF* értelmében a rehabilitációs célú *kórházi* tartózkodás nem minősül *kórházi ápolásnak*.
3. 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 *szereződéssel* 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 *szereződést* azonosítja. A panaszkezelés részletes szabályait a *4Life Direct* weboldalán elérhető panaszkezelési szabályzat tartalmazza.

ADATKEZELÉSI RENDELKEZÉSEK

13. §

- Jelen paragrafus a *szereződő fél* és a *biztosított fél* személyes adatainak *szereződéssel* összefüggő kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalókat tartalmaz. Annak teljes, tömör és áttekinthető leírását, hogy a *szereződő fél*, 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.
- A *biztosító* és a *4Life Direct* a *szereződő fél* és 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 *szereződő fél* és a *biztosított fél* személyes adatait, ideértve vezetéknevüket, keresztnévüket, lakcímüket, születési idejüket, születési helyüket (kerület), azonosító okmányuk típusát és számát, kapcsolattartásra szolgáló telefonszámukat és e-mail címüket a *biztosító* és a *4Life Direct* a *szereződés* teljesítése, valamint a *biztosító* és a *4Life Direct* biztosítás- és pénzügyi közvetítésre vonatkozó jogszabályoknak való megfelelése céljából (a *szereződő fél* és a *biztosított fél* azonosítása és azonosságának ellenőrzése, a *biztosító* és a *4Life Direct* *szereződés* szerinti jogainak teljesítése, védelme és érvényesítése, stb.) kezeli.

3. A *szerező fél* és a *biztosított fél* írásban kérhetik a *biztosítótól* vagy a *4Life Direct-től*, hogy (a) nyilatkozzanak, hogy személyes adataikat kezelik-e vagy sem, (b) tájékoztassák személyes adataik kezelésének állásáról a nyilvántartó rendszerben, (c) pontosan tájékoztassák, hogy a kezelt személyes adataikhoz honnan jutottak hozzá, (d) sorolják fel kezelt személyes adataikat, (e) helytelen, hiányos vagy nem időszerű személyes adataikat helyesbítsék, illetve töröljék, (f) személyes adataikat töröljék, ha kezelésük célja megvalósult; (g) jogsértés esetén személyes adataikat töröljék, (h) személyes adataikat más adatkezelő részére történő továbbítsák, (i) korlátozzák vagy szüntessék meg személyes adataik kezelését, (j) ne terjedjen ki rájuk kizárólag automatizált adatkezelésen alapuló döntés (azaz a *szerező fél* és a *biztosított fél* kérheti, hogy ügyükről való döntésben ember is vegyen részt, ne csak gépek). Ezekon a jogokon túl, ha azt gyanítják, hogy személyes adataikat jogsértően kezelik, a *szerező fél* és a *biztosított fél* kérheti a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságot, hogy indítson adatvédelmi hatósági eljárást. A *szerező fél* és 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 *szerezés* fennáll, illetve ezt követően, amíg a *szerezéssel* kapcsolatos igények érvényesíthetők.

VEGYES RENDELKEZÉSEK

14. §

1. A *szerező 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 *szerező 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 *szerező fél* köteles a *biztosítót* a *4Life Direct-en* keresztül az *ajánlatban* szereplő értesítési adatok minden változásáról tájékoztatni.
4. Az *ÁSZF* a *biztosítási kötvénnyel* és az *ajánlattal* együtt alkotja a *szerezést*, 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 *szerező felek* között felmerülő jogvita esetén felek az illetékes rendes magyar bíróságokhoz fordulhatnak, vagy a *szerező 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.

BF/ÁSZF/v1/2018.11.26.



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