

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. §

1. Az „Egy Éves Balesetbiztosítás” elnevezésű biztosításra vonatkozó jelen általános szerződési feltételek, amelyet a Red Sands Insurance Company (Europe) Limited ügyvezetői testülete 2016. november 25. napján fogadott el – a továbbiakban úgy is, mint általános szerződési feltételek („ÁSZF”) –, az alnapról megkötött, a Red Sands Insurance Company (Europe) Limited és a 4Life Direct Kft. között megkötött csoportos biztosítási szerződés részeként létrejött 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):

- 4Life Direct** – a 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;
- ajánlat** – a **biztosított** által készített, a **szerződés** megkötésére vonatkozó ajánlat, melyet a **szerződő fél** és a **biztosított fél** aláír;
- baleset** – az egészségi állapoton kívül eső és a **biztosított fél** által nem befolyásolható olyan érzékszervi és hirtelen a **szerződés** hatálybalépését követően bekövetkező esemény, mely külső és független ok eredménye, és a **biztosított fél** testi sérüléséhez vezet;
- betegség** – a szervezetnek a kórokozókra való, működési zavarokhoz, a szervezetben a szövetek, szervek, illetve rendszerek elváltozásához vezető, az orvosi diagnózis alapján képező reagálása, amely a **szerződés** tartama alatt alakul ki és kezdődik;
- biztosítási díj** – **szerződés** alapján fizetendő, **biztosítási kötvényben** Magyarország hivatalos pénznemében meghatározott összeg, mely az **ajánlat** benyújtásának napján irányadó biztosítási díjszabás alapján került megállapításra;
- biztosítási kötvény** – a **biztosító** nevében a **4Life Direct** által a **szerződés** megkötésének igazolására kiállított dokumentum;
- biztosítási összeg** – biztosítási esemény esetén a **biztosított félnek** járó összeg, amelyet **szerződés** feltételei szerint fizet a **biztosító**;
- biztosítási összegek táblázat** – a 8. § 6. pontja szerinti táblázat.
- biztosító** – a Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, amelynek címe: Level 3 Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltár;
- biztosított fél** – a **biztosítási kötvényben** megjelölt természetes személy, akinek javára a **szerződés** megkötötték;
- 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**;
- 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;
- látásvesztés** – a látás teljes, maradandó és visszafordíthatatlan olyan mértékű elvesztése, vagy olyan maradandó és visszafordíthatatlan látásvesztés, amely még látásjavító segédeszközökkel vizsgálva is, a Snellen tábla használatával mért látás 3/60-as, vagy rosszabb;
- maradandó agykárosodás** – maradandó és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást eredményező agyszövet elhalás;
- maradandó rokkantság** – **baleset** által okozott olyan egészségi állapot, amely a megváltozott munkaképességű személyekre vonatkozó törvény megfelelő meghatározásával összhangban bármely foglalkozás ellátására irányuló képesség teljes és állandó olyan elvesztése, amely az érintett személyre vonatkozó öregségi nyugdíjkorhatár elérése előtt következik be, és amely az orvosi bizonyítékok alapján az érintett személy teljes hátralévő életében fenn fog maradni. Az állandó fogyatékosságot a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal, vagy jogutódja által kiadott határozattal kell igazolni;
- maximum biztosítási összeg** – a hatályos **biztosítási kötvényben** megjelölt, **biztosított felet** megillető összeg, amelyre a **szerződést** kötik, és amely alapján a **biztosítási összeg táblázatban** feltüntetésre került arányok és a szerződési feltételek szerint kiszámításra kerül a **biztosítási összeg**;
- paralégia** – teljes, maradandó és visszafordíthatatlan altesti bénulás, a lábakat is beleértve;
- szerződés** – az **ajánlat** alapján és az **ÁSZF**-fel összhangban megkötött biztosítási szerződés;
- szerződő fél** – az a természetes személy, aki megkötötte a **biztosítóval** a **szerződést**;
- 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;
- tetraplégia (mind a négy végtag bénulása)** – mind a négy végtag használatának teljes, maradandó és visszafordíthatatlan elvesztése;
- 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. §

- A **szerződés** tárgya a **biztosított fél baleset** eredményeképpen bekövetkezett **testi sérülése**.
- A biztosítás hatálya a **biztosított félnek** a **szerződés** időtartama alatt **baleset** eredményeként bekövetkező **testi sérülésére** terjed ki.
- A **szerződés** két lehetséges módozatban köthető meg:
 - kizárólag egy főre vonatkozó módozatban, egyetlen biztosított féllel; vagy
 - egy főre és a házastársára vonatkozó módozatban, a **biztosított fél** házastársával, mint második biztosított féllel.

A SZERZŐDÉS MEGKÖTÉSE

4. §

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

A SZERZŐDÉS IDŐTARTAMA

5. §

- A **szerződés** a **biztosítási kötvényben** meghatározott kezdőnapon lép hatályba.
- A **szerződés** a kezdőnapjától számított 1 (egy) éves határozott időtartamra jön létre.
- A **szerződő fél** jogosult a **szerződést** azonnali hatállyal bármikor felmondani.
- A **szerződés** a lejáratával, a **biztosított fél** halálával, vagy a biztosítás felmondásával 5. § 2-3. pontja, vagy 6. § 4. pontja szerint szűnik meg, abban az időpontban, amelyik legkorábban bekövetkezik.

MÓDOZATOK

6. §

- Ha a **szerződés** egy fő és házastársra vonatkozó módozatban kerül megkötésre, úgy a **házastársak** egyikének halála esetén a **szerződés** nem szűnik meg. Ilyen esetben a másik **házastárs** a **szerződést** fenntarthatja, ilyen esetben az egy fő és a házastárs módozatú **szerződés** egy fő módozatú **szerződés**é válik, az így folytatott **szerződés** a túlélő **biztosított**ra vonatkozó maximum **biztosítási összeg** megegyezik az eredeti **szerződésben** meghatározottal.
- Ha a **szerződés** egy fő és házastársra vonatkozó módozatban kerül megkötésre, a 2. § 12. pontjában hivatkozott házasság vagy élettársi közösség megszűnését követően, a **szerződő fél** kérésére, ennek a **biztosított fél** általi elfogadását követően a **szerződés** 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.
- A **biztosított félnek** nem minősülő **szerződő fél** halála esetén a **szerződő fél** jogai annak örököseire 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 8. § szerinti a hatályos **szerződésben** szereplő maximum **biztosítási összeget** megfizeti.

BIZTOSÍTÁSI DÍJAK

7. §

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

BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGEK

8. §

- 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.
- A **testi sérülésért** fizetendő **biztosítási összeg** a **biztosítási kötvényben** megjelölt maximum **biztosítási összeg** alapján. A **biztosítási összeg** a 8. § 6. pontjában szereplő **biztosítási összegek táblázat** szerint kerül megállapításra.
- A **maradandó rokkantságért**, **paralégiáért**, **tetralégiáért** 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. § 4. pontja szerint fizetendő.
- A **maradandó rokkantság**, **paralégia**, **tetralégia**, **maradandó agykárosodás** kivételével, nem fizetendő **biztosítási összeg** a **baleset** napja után több mint 12 (tizenkét) hónappal bekövetkező sérülésekről.
- A **szerződés** időtartama alatt kifizetendő maximum **biztosítási összeg** **biztosított**ként a **biztosítási összeg** 100%-ára korlátozott.
- Biztosítási összegek táblázata**

Testi sérülés:	Fizetett biztosítási összeg aránya	
A. Rokkantság	1. Maradandó teljes	100%
	2. Látásvesztés mindkét szemem	100%
	3. Két vagy több végtag használatának elvesztése	100%
	4. Tetraplégia	100%
	5. Paralégia	100%
	6. Maradandó agykárosodás	100%

A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG KIFIZETÉSE

9. §

1. A *biztosítási összeg* kifizetésére vonatkozó kötelezettség a *biztosított félnek* a szerződés 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 indokoltan látja, a dokumentumok eredeti példányaikat is jogosult bevétni.
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 bekövetkezését 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* weboldalon 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 valótlán 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* weboldalon elérhető formanyomtatvány a *biztosított fél* biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatairól, illetve esetleges ezzel kapcsolatos kórelőzményi adatairól, (iii) az egészségügyi kezeléssel szülő orvosi jelentés, (iv) az egészségügyi kezelést okát igazoló egyéb orvosi dokumentumok, (v) a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (vagy annak jogutódja) határozata arról, hogy a szerződő fél fogyatékosága nem fordítható vissza, és a szerződő fél nem javasolt rehabilitációra, vagy rokkantsági ellátásra jogosult a 2011. évi CXCI tv. 5. § (1) és (2) bekezdései (vagy ezek későbbi megfelelői) alapján, (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 *szerződő fél balesete* vagy *testi sérülése* vonatkozásában további iratokat is bekereshet, 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 *szerződésből* származó igények elbírálásával közvetlenül összefüggnek, amennyiben a *biztosító* ezt a *biztosítási összeg* kifizetésének jogossága vonatkozásában indokoltan 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) pszittraumas stressz;
 - b) bármely olyan *betegség*, amely nem közvetlenül *baleset* következménye;
 - c) terhesség;
 - d) külső ellenség cselekményei, (akár hadüzenetelt 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 gyógyszer 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), robbanószerekkel végzett;
 - i) sugárzás, nukleáris reakció, radioaktív szennyeződés, kémia szennyeződés, beleértve a mérgekkel, mérges gázokkal vagy gőzökkel való szennyeződést is;
 - 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 ügyeleti 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 engedéllyel rendelkező pilótával, rögzített számmal, érvényes repülési alkalmassági tanúsítvánnyal rendelkező repülőgépen utazik, melyet szabályos engedéllyel 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 *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 elektronikus 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

12. §

1. 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 Direct*tel 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.
2. Az adatkezelők mindaddig jogosultak az adatok kezelésére és feldolgozására, amíg az adott adatkezeléssel és –feldolgozással kapcsolatos cél a 12. § 3. pontban leírtak szerint fennáll.
3. 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 azonosására 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*, a *kedvezményezett*, a károsult, a *biztosító* számára szerződéses *ajánlat* 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 igénybevételére 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

13. §

1. A szerződő felek valamennyi értesítését és nyilatkozatát a másik féllel a feladó költségére írásban vagy elektronikus kommunikációs csatornákon kell közölni, melyet a biztosítónak el kell fogadnia, és elektronikus adathordozalon kell rögzítenie.
2. A *szerződő fél*, a *biztosított fél* vagy a *kedvezményezett* 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 összeg* kifizetésére vonatkozó dokumentumok magyar nyelvre történő fordítása szükséges, a hiteles magyar fordítások benyújtásának kötelezettsége igénybejelentőt terheli.
3. A *biztosított fél* és a *szerződő fél* köteles a biztosítót a *4Life Direct* útján 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 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 szerződő 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.

BB/ÁSZF/II/2/2016.11.25.



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