

A „BALESETBIZTOSÍTÁS” ELNEVEZÉSŰ BIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEI

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. §

A „Balesetbiztosítás” elnevezésű biztosítás jelen általános szerződési feltételei, melyet a Red Sands Insurance Company (Europe) Limited ügyvezető testülete 2015. október 25. napján fogadott el, - a továbbiakban úgy is, mint **ÁSZF**-, az alnapolt megkötött szerződésekre irányadó.

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** – 4Life Direct Kft. (Budapesten bejegyzett székhelye: 1094, Budapest, Tüzoltó u. 57.), a biztosító biztosításközvetítője, mely 212092570558 sorszámon szerepel a Magyar Nemzeti Bank által vezetett biztosításközvetítői nyilvántartásban;
- betegség** – a szervezetnek a kórokozóra 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;
- előzetesen fennálló állapot** - a biztosított fél által a szerződés kezdőnapja, vagy meghosszabbítás esetében a meghosszabbított fedezet kezdőnapja előtt elszenvedett, *kórházi ápolás*, vagy orvosi szaktanácsadás, orvosi kezelést vagy ellátást igénylő *betegség*, *betegségek*, *baleset*, *testi sérülés*;
- kórházi ápolás** – orvosi rendelre 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 magában foglalja. Az ÁSZF értelmezésben a *kórházi ápolás* az elbocsátás napját nem foglalja magában;
- orvos** – megfelelően képzett, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint bejegyzett és engedéllyel rendelkező, gyakorlati orvos, aki orvosi tevékenységét Magyarországi törvényei szerint folytatja;
- 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;
- égés** – másod- harmad- negyedfokú égés: a bőrcsont az epidermiszen (a bőr felső rétegén), az alatta lévő szöveteket, valamint izmokat és csontokat áthatoló és a test felszínének legalább 30%-át borító sérülése vagy megsemmisülése;
- paraplegia** – az alsó végtagok használatának teljes, maradóan és visszafordíthatatlan elvesztése;
- utas** – engedéllyel rendelkező tömegközlekedési szolgáltató által nyújtott tömegközlekedésen érvényes jeggyel utazó személy;
- biztosítási kötvény** – a biztosító nevében a 4Life Direct által a szerződés megkötésének igazolásaként kiállított dokumentum;
- biztosítási díj** – a szerződés alapján fizetendő, a *biztosítási kötvényben* Magyarországi hivatalos pénznemében meghatározott összeg, mely az *ajánlat* benyújtásának napján irányadó biztosítási díjszabás alapján került megállapításra;
- biztosítási összeg** – biztosítási esemény esetén a *biztosított félnek* járó összeg, amelyet a szerződés feltételei szerint kell megfizetni;
- napi biztosítási összeg** – a *biztosított félnek* a *kórházi ápolás* minden egyes napjára járó összeg, melyet a szerződés feltételei szerint kell megfizetni;
- kórház** – az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. §) a) pontjában meghatározott fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmény, amely jó állapotban van, teljes munkaidőben szakellátást egészségügyi dolgozókból álló személyzetet alkalmaz, és Magyarországi területen 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, gyógyújdulók, a fürdők, a hidroterápia-szolgáltatók, a kábítószer-érvéltel kezelő központok, a sanatóriumok és időségek ápolási otthonai, a 74/1999. (XII.25) EUM rendelet Intézkedésközpontok fejezetében olvasható intézmények, és az elmebetegségek kezelési központjait még akkor sem tartoznak bele, ha azok a magyar törvények értelmében fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknak minősülnek;
- tetraplegia (mind a négy végtag bénulása)** – mind a négy végtag használatának teljes, maradóan és visszafordíthatatlan elvesztése;
- maradandó rokkantság** – *baleset* által okozott olyan egészségi állapot, amely a megváltozott munkaképességű személyekre vonatkozó 2011. évi CXCI. törvény (vagy az annak helyébe lépő jogszabály) megfelelő meghatározásával összhangban, bármely foglalkozás ellátására irányuló képesség teljes és állandóan elvesztése, amely az érintett személyre vonatkozó öregségi nyugdíjkorhatár elérése előtt következik be, és amely az orvosi bizonyítékok alapján az érintett személy teljes hátralevő életében fenn fog maradni. Az állandó fogyatékossgat a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal, vagy jogutódja által kiadott határozattal kell igazolni;
- maradandó agykárosodás** – maradandó és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást eredményező agyszövet elhalás;
- 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, amely a szerződés időtartama alatt bekövetkezett *baleset* következménye;
- szerződő fél** – a *biztosítóval* a szerződést kötő természetes személy;
- biztosított fél** – a *biztosítási kötvényben* megjelölt természetes személy, akinek javára a szerződést kötötték;
- biztosító** – a Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, amelynek címe: Level 3 Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltár;
- szerződés** – a „Balesetbiztosítás” elnevezésű biztosításra vonatkozó szerződés, mely az *ajánlat* alapján és az ÁSZF-fel összhangban került megkötésre;
- testi sérülés** – a *biztosított fél* szervezetének *baleset* eredményeként bekövetkező, orvosi szaktanácsadás, kezelést, ellátást vagy *kórházi ápolást* igénylő, a Biztosítási Összegek Táblázatában felsorolt (*rokkantság*, *égés*, *csonttörés* vagy *maradandó arctorzulás*) fizikai sérülése;
- 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;
- beszédképtelenség** – a beszédképesség teljes, maradandó és visszafordíthatatlan elvesztése;
- hallásvesztés** – a hallás teljes, maradandó és visszafordíthatatlan olyan mértékű elvesztése, vagy olyan maradandó és visszafordíthatatlan hallásvesztés, amely a hallásvesztés vizsgálata során a jobban funkcionáló fülben a tiszta hang audiogram használatával minden frekvencián nagyobb, mint 95 decibel;
- 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;
- ajánlat** – a biztosító által készített, a szerződés megkötésére vonatkozó *ajánlat*, melyet a szerződő fél és a biztosított fél aláír;
- házastárs** – a biztosítási kötvényben megjelölt személy, akivel a *biztosított fél* a szerződés megkötésekor házastársi viszonyban van, illetőleg akivel a *biztosított fél* ezen a napon életrési viszonyt folytat és olyan közös háztartásban él, ahol egyik félnek sem áll fenn mással házassági életközössége, bejegyzett életrési életközössége vagy életrési kapcsolata;
- csonttörés** – a csontok folytonosságának megszakadása *baleset* következtében, amely lehet zárt vagy nyílt, kizárólag az alábbiakban felsorolt területekre alkalmazandó:
 - Koponya – agykoponya és arckoponya: fej csontjai, a járomcsont és az orr kivételével;
 - Menedecs – minden kis- és nagymenedecsont, amelyeket egy csontként kezelnek, beleértve a farkcsontot, de kivéve a keresztcsontot;
 - Felső állkapocs – a szájat körülvevő és a felső fogakat tartó arckoponyarész felső része;
 - Csigolya – a gerinc csontjai, beleértve a keresztcsontot;
 - Lapockacsont – a felkarcsontot a kulcsfontól összekötő csont;
 - Láb – a combcsont, sípcsont, szárpapocscsont és sarok;
 - Kulcsfont – a felkart a szegycsonttal összekötő csont;
 - Kar – a felkarcsont, orsócsont és síngsont;
 - Csipő – az összes csipőcsont és a csipőizület;
 - Alsó állkapocs – az arckoponya alsó, mozgatható, nyíló része mely az alsó fogakat tartja.
- maximum biztosítási összeg** – a hatályos biztosítási kötvényben megjelölt, *biztosított fél*tel megjelölt összeg, amelyre a szerződést kötik és amely alapján a Biztosítási Összegek Táblázatában feltüntetésre került arányok és a szerződési feltételek szerint kiszámításra kerül a biztosítási összeg.

A SZERZŐDÉS TÁRGYA ÉS MÓDOZATAI

3. §

- A szerződés tárgya a *biztosított fél baleset* eredményeképpen bekövetkezett *testi sérülése*, vagy ennek következtében történő *kórházi ápolása*.
- A biztosítás a *biztosított félnek* a szerződés időtartama alatti *balesete* eredményeként bekövetkező *testi sérülésére* vagy ennek következtében történő *kórházi ápolására* terjed ki.
- A szerződés két lehetséges módozatban köthető meg:
 - kizárólag egy főre vonatkozó módozat: egyetlen *biztosított félre* vonatkozóan; vagy
 - egy fő és a házastársára vonatkozó módozat: a *házastársra*, mint második *biztosított félre* vonatkozóan.

A SZERZŐDÉS MEGKÖTÉSE

4. §

- A szerződés az alábbi feltételek együttes teljesülése esetén köthető meg:
 - a szerződő fél a biztosító részére magyarországi lakcímet szolgáltatót, mely a felek közti levelezés során értesítési címként funkcionál;
 - 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;
 - 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 között szóbeli elfogadó nyilatkozat helyettesíti, azzal azonban, hogy a szerződés *biztosító* általi megfelelő teljesítéséhez szükséges az aláírt 4. § 1. c) pont szerinti *ajánlat* megküldése.
- 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. §

- A szerződés a *biztosítási kötvényben* meghatározott kezdőnapon lép hatályba.
- 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.
- A szerződés a kezdőnapjától számított 5 (öt) éves időtartamra jön létre. A szerződő 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.
- A szerződő fél jogosult a szerződést 30 nappal 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*.
- Amennyiben a szerződés 5 éves időtartama alatt a *maximum biztosítási összeg* kifizetésre kerül, a szerződő fél a 4Life Direct-en keresztül kezdeményezheti a szerződés meghosszabbítását a 8. § szerint.
- Amennyiben a *biztosított fél* vagy a házastárs betölti a 80. (nyolcvanadik) életévét, a fedezet az ezen életkort meghaladó vonatkozó szerződés 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 a 5. § 3-4. pont szerinti meghosszabbítás időszakára a fennmaradó *maximális biztosítási összeg* rész nem vihető tovább.

6. §

- Amennyiben a szerződés egy fő és házastárs 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 szerződésévé változik, az így folytatott szerződésben a túlélő *biztosított*ra vonatkozó *maximum biztosítási összeg* megegyezik az eredeti szerződésben meghatározottal, valamint a *biztosítási díj* az eredeti egy fő és házastárs módozatú 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. § 29. pontjában hivatkozott házasság vagy életrési közösség megszűnését követően a *biztosítottak* jóváhagyását követően a szerződés egy fő és házastársra vonatkozó módozattal, annak meglévő feltételei mellett, vagy pedig a *biztosító* által szolgáltatót 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 összeg*et 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 Direct-en keresztül kezdeményezheti a *biztosítási összeg* módosítását. Amennyiben a szerződő fél és a *biztosított fél* nem azonos 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 feltételekkel a szerződő fél írásban elfogadta, és azokhoz a *biztosított fél* írásban hozzájárult.

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 *biztosítási összeg* a választott, a *biztosítási kötvényben* megjelölt *maximum biztosítási összeg*en alapul. A *biztosítási összeg* a 9. § 11. pontjában szereplő Biztosítási Összegek Táblázata szerint kerül megállapításra.
- A *kórházi ápolás* esetére meghatározott *biztosítási összeg 2* (két) napot meghaladó *kórházi ápolás* esetén fizetendő. Az ÁSZF értelmezésében a *kórházi ápolás* az elbocsátás napját nem foglalja magában.
- 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 egyszögű biztosítási összeg kifizetés történik a Biztosítási Összegek Táblázata szerint. Ugyanazon baleset esetében csak egyszeri egyszögű kifizetés történik.

- Az 9.§ 2. és 4. pontok szerint fizetendő biztosítási összeg megduplázódik olyan testi sérülés esetén, amely a 2. § 9. pontjának meghatározása szerinti utasként történő utazás eredményeként következik be.
- A maradandó rokkantságért, paraplegiáért, tetraplegiáért 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 a kárbejelentés időpontjában. Egyéb esetekben a biztosítási összeg a 10. § 6. pontja szerint fizetendő.
- A maradandó teljes rokkantság, paraplegia, tetraplegia, maradandó agykárosodás és kórházi ápolás kivételével, nem fizetendő biztosítási összeg a baleset napja után több mint 12 (tizenkét) hónappal bekövetkező testi sérülésekre.
- A csonttörés esetére fizetendő biztosítási összeg a szerződés 5 (öt) éves időtartama alatt a 9.§ 11. pontjában lévő Biztosítási Összegek Táblázatában, illetve a 2.§ 30. a-) pontjában meghatározott, a szervezet jobb és bal oldalán található csontoként egy kórházi ápolás és egy biztosítási összeg kifizetésre korlátozott.
- A maradandó arctorzulás esetére fizetendő biztosítási összeg a szerződés időtartama alatt biztosítottanként egy biztosítási összeg kifizetésére korlátozott.
- A szerződés időtartama alatt fizetendő maximális biztosítási összeg biztosítottanként a maximális biztosítási összeg 100%-ára korlátozott, a 9.§ 5. pontja szerint fizetendő biztosítási összegben 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. Tetraplegia	100%
	5. Paraplegia	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., 3. és 4. fokú égés a test legalább 30%-án	50%
C. Csonttörés	12.1 Csupó 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 hajvonalól 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)	0,2%
	15. Egyszögű biztosítási összeg 14 napos folyamatos kórházi ápolás után (a fenti 14. pont biztosítási összegén felül)	5%

A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG KIFIZETÉSE 10. §

- A biztosítási összeg kifizetésére vonatkozó kötelezettség a biztosított félnek a szerződés időtartama alatt baleset eredményeképpen bekövetkező testi sérülése vagy kórházi ápolása esetén keletkezik.
- A biztosítási összeg kifizetésére vonatkozó eljárás megkezdése érdekében a biztosított fél köteles felvenni a kapcsolatot a biztosítóval a 4Life Direct -en keresztül.
- 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 indokoltan látja, a dokumentumok eredeti példányaikat is jogosult bekérni.
- 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, kivéve a 9. § 6. pontjában hivatkozott esetben.
- Amikor bizonyossá válik, hogy a biztosított fél azonos okból bekövetkező kórházi ápolása a 30 (harminc) napot túllépi, az igénybejelentő fél köteles erről a biztosítót a 4Life Direct-en keresztül értesíteni.
- 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 10.§-8-9. pontjában felsorolt eredeti iratok magyar nyelven benyújtásra kerültek.
- Igénybejelentő köteles minden információt a valóságnak megfelelően megadni. Jogszabályba ütköző vagy valótlan állításokra alapozott igénybejelentés esetében a biztosítónak joga van ennek megakadályozására bármely lépést megtenni.

- Az igénybejelentő különösen az alábbi iratok csatolására vagy bemutatására köteles: (i) a biztosítási összeget igénylő személy személynazonosságát 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 korelőzményi adatairól, (iii) a kórházi kezelésről szóló orvosi jelentés, (iv) a kórházi kezelés okát igazoló egyéb orvosi dokumentumok (v) a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (vagy annak jogutódja) határozata arról, hogy a biztosított fél fogyatékosága nem fordítható vissza, és a biztosított 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.
- A biztosító a fenti iratokon túl a szerződő 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 szerződésből származó igények elbírálásával közvetlenül összefüggnek, amennyiben a biztosító ezt a biztosítási összeg kifizetésének jogossága vonatkozásában indokoltan látja.
- 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. §

- 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, felkelés, forradalom, hatalom bitorlása, fegyveres – katonai vagy katonai jellegű – erők betevése;
 - 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 utolsó olyan kórházi ápolási napra, amelyre biztosítási összeg került kifizetésre, 12 (tizenkettő) hónap nem telt el;
 - 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 gyógyszer;
 - veszélyes munkakör ellátása, mint pl. kifejezetten, de nem kizárólag 40 (negyven) méteres föld- vagy vízfelszín alatti mélységben vagy e szint alatt végzett munka, 20 (husz) 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 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 keletkezik;
 - önmagának szándékosan okozott testi sérülés vagy öngyilkossági kísérlet;
 - Légi utazás, a repülés díját megfizető olyan utas 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 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.

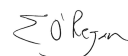
VEGYES RENDELKEZÉSEK 12. §

- A szerződő felek valamennyi értesítést 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.
- 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.
- A biztosított fél és a szerződő fél köteles a biztosítót a 4Life Direct-en keresztül az ajánlatban szereplő értesítési adatok minden változásáról tájékoztatni.

13. §

- Az ÁSZF a biztosítási kötvénnyel és az ajánlattal együtt alkotja a szerződést, és egy dokumentumként kell őket értelmezni.
- A biztosítási szerződés alapján kifizetett biztosítási összegekre a kifizetésük időpontjában hatályos adózás előírások az irányadók.
- A jelen ÁSZF-ben nem szabályozott kérdésekben a magyar jogszabályok vonatkozó rendelkezései az irányadók.
- A szerződő felek között felmerülő jogvita esetén a felek az illetékes rendes magyar bíróságokhoz fordulhatnak.
- A biztosítási összegre vonatkozó igény a biztosítási összeg kifizetését megalapozó esemény bekövetkezésének napjától számított 1 (egy) év elteltével elévül.

BB/ÁSZF/M/2015.10.25.



E.O. Regan
ügyvezető igazgató
Red Sands Insurance Company (Europe) Limited