

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. §

1. A „Balesetbiztosítás” elnevezésű biztosítás jelen általános szerződési feltételei, melyet a Red Sands Insurance Company (Europe) Limited ügyvezető testülete 2016. november 25. napján fogadott el, - a továbbiakban úgy is, mint általános szerződési feltételek („ÁSZF”), az aznapról 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):

- 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;
- ajánlat** – a *biztosító* 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 erőszakos és hirtelen a *szerződés* hatálybalépését követően bekövetkező esemény, mely külső és független ok eredménye, és a *biztosított fél* *testi sérüléséhez* vezet;
- beszédképtelenség** – a beszédképesség teljes, maradandó és visszafordíthatatlan elvesztése;
- 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;
- 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;
- biztosítási kötvény** – a *biztosító* nevében a *4Life Direct* által a *szerződés* megkötésének igazolásaként kiállított dokumentum;
- biztosítási összeg** – biztosítási esemény esetén a *biztosított félnek* járó összeg, amelyet a *szerződés* feltételei szerint kell megfizetni;
- biztosítási összegek táblázat** a 9. § 11. 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 *szerződést* kötötték;
- 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;
 - Medence** – minden kis- és nagymedencecsont, amelyeket egy csontként kezelnek, beleértve a farkcsontot, de kivéve a keresztcsontot;
 - Felső állkapocs** – a szájat körülvevő és a felső fogakat tartó arckoponyarész felső része;
 - Csigolyák** – a gerinc csontjai, beleértve a keresztcsontot;
 - Lapockacsont** – a felkarcsontot a kulcscsonttal összekötő csont;
 - Láb** – a combcsont, sípcsont, szárkapocscsont és sarok;
 - Kulcscsont** – a felkart a szegycsonttal összekötő csont;
 - Kar** – a felkarcsont, orsócsont és síngcsont;
 - Csipő** – az összes csipőcsont és a csipőízület;
 - Alsó állkapocs** – a arckoponya alsó, mozgatható, nyíló része mely az alsó fogakat tartja;
- előzetesen fennálló állapot** – a *biztosított fél* által a *szerződés* kezdőnapja, vagy meghosszabbítás esetében a meghosszabbított fedezet kezdőnapja előtt elszenvedett, *kórházi ápolást*, vagy *orvosi* szaktanácsadást, *orvosi* kezelést vagy ellátást igénylő *betegség*, *betegségek*, *baleset*, *testi sérülés*;
- égés - másod- harmad- negyedfokú égés**: a bőrnek az epidermiszen (a bőr felső rétegén), az alatta lévő szövetekig, valamint izmokig és csontokig áthatoló és a test felszínének legalább 30%-át borító sérülése vagy megsemmisülése;
- hallásvesztés** – a hallás teljes, maradandó és visszafordíthatatlan olyan mértékű elvesztése, vagy olyan maradandó és visszafordíthatatlan hallásvesztés, amely a hallásvesztés vizsgálatánál a jobban funkcionáló fülben a tiszta hang audiogram használatával minden frekvencián nagyobb, mint 95 decibel;
- 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;

- kórház** – az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § ga) pontjában meghatározott fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmény, amely jó állapotban van, teljes munkaidőben szakképzett egészségügyi dolgozókból álló személyzetet alkalmaz, és Magyarország területén található. A kórház fogalmába a szociális gondozási célú létesítmények, az ápolási létesítmények, a gyógyfürdők, gyógyfürdő-kórház, gyógy- és wellness központok, a TBC elközlönítők, a hospice ellátást nyújtó létesítmények, gyógyüdülők, a fürdők, a hidroterápia-szolgáltatók, a kábítószer-élvezőket kezelő központok, a sanatóriumok és idősek ápolási otthonai, a 74/1999. (XII.25) EüM rendelet Intézetitípusok fejezetében olvasható intézmények, és az elmebetegségek kezelését célzó központjai még akkor sem tartoznak bele, ha azok a magyar törvények értelmében fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknak minősülnek;
- kórházi ápolás** – *orvosi* rendeletre bekövetkező *kórházi* fekvőbeteg ellátás keretében történő tartózkodás a 9. § 11. pontja szerinti *biztosítási összegek táblázatában* szereplő *baleset* miatti *testi sérülés* esetében, amely a *baleset* időpontjától számított 30 (harminc) napon belül a *biztosított* egészségének helyreállítása vagy javításának elősegítése céljából történik, amely a felvétel napját is magába foglalja. Az ÁSZF értelmezésben a *kórházi ápolás* a elbocsátás napját nem foglalja magában;
- 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.
- 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, azokat is beleértve, amely a *szerződés* időtartama alatt bekövetkezett baleset következménye;
- 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 következett be, és amely az *orvosi* bizonyítékok alapján az érintett személy teljes hátralévő életében fenn fog maradni. Az állandó fogyatékossgot 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 az *biztosítási összeg* táblázatban feltüntetésre került arányok és a szerződési feltételek szerint kiszámításra kerül a *biztosítási összeg*;
- napi biztosítási összeg** – a hatályban levő, *biztosított félnek* a *kórházi ápolás* minden egyes napjára járó összeg, melyet a *szerződés* feltételei szerint kell megfizetni;
- orvos** – megfelelően képzett, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint bejegyzett és engedéllyel rendelkező gyakorló orvos, aki gyakorlatát Magyarország törvényei szerint folytatja;
- paraplégia** – teljes, maradandó és visszafordíthatatlan altesti bénulás, a lábakat is beleértve;
- szerződés** – a „Balesetbiztosítás” elnevezésű biztosításra vonatkozó *szerződés*, mely az *ajánlat* alapján és az ÁSZF-fel összhangban került megkötésre;
- szerződő fél** – a *biztosítóval* a *szerződést* kötő természetes személy;
- testi sérülés** – a *biztosított fél* szervezetének *baleset* eredményeként bekövetkező, *orvosi* szaktanácsadást, kezelést, ellátást vagy kórházi ápolást igénylő, a *biztosítási összegek táblázatban* felsorolt (rokkantság, égés, csonttörés vagy maradandó arctorzulás) fizikai sérülése;
- tetraplégia (mind a négy végtag bénulása)** – mind a négy végtag használatának teljes, maradandó és visszafordíthatatlan elvesztése;
- utas** – engedéllyel rendelkező tömegközlekedési szolgáltató által nyújtott tömegközlekedésen érvényes jeggyel utazó személy;
- végtag(ok) használatának elvesztése** – az érintett végtag(ok) használatának teljes, maradandó és visszafordíthatatlan elvesztése vagy a csukló vagy boka ízület feletti fizikai elválasztással történő elvesztése.

A SZERZŐDÉS TÁRGYA ÉS MÓDOZATAI

3. §

- 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 alatt *baleset* eredményeként bekövetkező *testi sérülésére* vagy ennek következtében történő *kórházi ápolására* terjed ki.
- 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 közölte.
3. 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.
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 maximális 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 házastárs betölti a 80 (nyolcvanadik) életévét, a fedezet az ezen életkort meghaladó vonatkozó személy esetében azonnal megszűnik.
8. 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.
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 biztosítottira vonatkozó maximum biztosítási összeg megegyezik a eredeti szerződésben meghatározottal, valamint az eredeti egy fő és házastárs módozatra vonatkozó ajánlat benyújtásakor irányadó díjszabás alapján kiszámított csak egy fő módozatnak megfelelő biztosítási díjjal.
2. Ha a szerződés egy fő és házastársra vonatkozó módozattal kerül megkötésre, a 2. § 16. pontjában hivatkozott házasság vagy élettársi közösség megszűnését követően a biztosítottak jóváhagyását követően

a szerződés egy fő és házastársra vonatkozó módozattal, annak meglévő feltételei mellett, vagy pedig a biztosító által szolgáltatott feltételekkel minden egyes biztosított fél vonatkozásában csak egy főre vonatkozó módozatként folytatható.

3. 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.
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 díjak a biztosítási kötvényben meghatározottak szerint, a szerződő fél választása szerint megjelölt összegben és rendszerességgel esedékesek.
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 szerződő fél a 4Life Direct-en keresztül kezdeményezheti a biztosítási összeg módosítását. A biztosító ezt követően átadja a biztosítási kötvényben biztosítási összegként meghatározott 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 írásban hozzájárult.
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 a biztosítási összeg a választott, a biztosítási kötvényben megjelölt maximum biztosítási összegben alapul. A biztosítási összeg a biztosítási összegek táblázat szerint kerül megállapításra.
3. 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.
4. A kórházi ápolás esetén fizetendő biztosítási összeg, a kórházi ápolás egymást követő napjaira, de egy adott baleset vagy testi sérülés, vagy bármilyen kapcsolódó testi sérülés esetén legfeljebb 120 (százhusz) napra járó napi biztosítási összegeknek felel meg, feltéve hogy a kórházi ápolás a baleset napjától számított 30 (harminc) napon belül megkezdődött. Ezen felül, 14 (tizennégy) napos folyamatos kórházi ápolás után egy egyszeri egyösszegű biztosítási összeg kifizetés történik a biztosítási összegek táblázata szerint. Ugyanazon baleset esetében csak egyszeri egyösszegű kifizetés történik.
5. Az 9. § 2. és 4. pontok szerint fizetendő biztosítási összeg megduplázódik olyan testi sérülés esetén, amely a 2. § 31. pontjának meghatározása szerinti utasként történő utazás eredményeként következik be.
6. A maradandó rokkantságért, paraplégiáért, tetraplégiáért vagy maradandó agykárosodásért fizetendő biztosítási összeg kifizetése a baleset napját követően legfeljebb 12 (tizenkettő) hónapig késleltethető, amennyiben nem minden az igény értékeléséhez szükséges körülmény teljesül. Egyéb esetekben a biztosítási összeg a 10. § 4. pontja szerint fizetendő.
7. A maradandó teljes rokkantság, paraplégia, tetraplégia, maradandó agykárosodás és kórházi ápolás kivételével, nem fizetendő biztosítási összeg a baleset napja után több mint 12 (tizenkét) hónappal bekövetkező testi sérülésekért.
8. A csonttörés esetére fizetendő biztosítási összeg a szerződés 5 (öt) éves időtartama alatt biztosítási összegek táblázatban, illetve a 2. § 12. a-j) pontjában meghatározott, a szervezet jobb és bal oldalán található csontonként, egy kórházi ápolás és egy biztosítási összeg kifizetésre korlátozott.
9. A maradandó arctorzulás esetére fizetendő biztosítási összeg a szerződés időtartama alatt biztosítottanként egy biztosítási összeg kifizetésére korlátozott.
10. A szerződés időtartama alatt fizetendő maximális biztosítási összeg a 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. Tetraplégia	100%
	5. Paraplégia	100%
	6. Maradandó agykárosodás	100%
	7. Látásvesztés egy szemem	50%
	8. Egy végtag használatának elvesztése	50%
	9. Beszédképtelenség	50%
	10. Hallásvesztés	50%
B. Égés	11. Égés: 2., 3. és 4. fokú égés a test legalább 30%-án	50%
C. Csonttörés	12.1 Csipő vagy medence	50%
	12.2 Láb, koponya, alsó állkapocs, csigolya	25%
	12.3 Lapockacsont, kulcscsont, kar, felső állkapocs	10%
D. Maradandó arctorzulás	13. látható, maradandó, legalább két négyzetcentiméteres hegcsövet, vagy legalább két centiméter hosszú maradandó heg, a hajvonaltól az alsó állkapocsig és a fülekig terjedő területen	10%
E. Kórházi ápolás	14. Kórházi ápolás az A, B, C és D pontok szerinti baleseti testi sérülés következtében (napi biztosítási összeg)	0,2%
	15. Egyösszegű 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 indokoltnak látja, a dokumentumok eredeti példányaikat is jogosult bekérni.
- Ígénybejelentő 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.
- 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.
- A biztosítási összeg kifizetésére 7 (hét) munkanapon belül kerül sor azt az időponttól követően, hogy a 4Life Direct-hez a 4Life Direct weboldalon bemutatott minta szerinti hiánytalan szolgáltatási igénybejelentő lap és az ott valamint a 10. §-ban felsorolt iratok benyújtásra kerültek, kivéve a 9 § 6 pontjában hivatkozott esetben. A kifizetett biztosítási összeg a biztosítási kötvényben és a 10. §-ban meghatározottak szerint alakul.
- Bármely biztosítási összeg kifizetésének napja nem fogja meghaladni a törvény által a kifizetésre meghatározott határidőket.
- 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) 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 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.

- 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 összefüggenek, amennyiben a biztosító ezt a biztosítási összeg kifizetésének jogossága vonatkozásában indokoltnak 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, terrorcselekmény, felkelés, forradalom, hatalom bitorlása, fegyveres – katonai vagy katonai jellegű – erők bevetése;
 - rutinszerű vagy egyéb opcionális vizsgálat céljából igénybe vett kórházi ápolás, amely nem baleset közvetlen következménye;
 - előzetesen fennálló állapot;
 - a biztosított fél jogellenes magatartása;
 - kozmetikai fogászati kezelés;
 - karantén;
 - az ugyanazon okból bekövetkező egymást követő kórházi ápolás, ugyanazon balesetből eredően, amennyiben az az utolsó olyan kórházi ápolási napra, amelyre biztosítási összeg került kifizetésre, a 12 (tizenkettő) hónap eltelt;
 - alkohol, kábítószer vagy a gondolkodást befolyásoló gyógyszer befolyása alatt állás, kivéve Magyarország jogszabályai által előírt módon nyilvántartásba vett egészségügyi szakember által felírt és az előírás szerint szedett gyógyszert;
 - veszélyes munkakör ellátása, mint pl. kifejezetten, de nem kizárólag 40 (negyven) méteres föld- vagy vízfelszín alatti mélységben vagy e szint alatt végzett munka, 20 (húsz) méteres felszín feletti magasságban, vagy ennél magasabban végzett munka (kivéve a normál irodai környezetet), robbanószerekkel végzett;
 - nem bejegyzett orvos által javasolt kórházi ápolás;
 - sugárzás, nukleáris reakció, radioaktív szennyeződés, kémiai szennyezés, a mérgekkel, mérges gázokkal vagy gőzökkel való szennyeződést is beleértve;
 - hegymászás, víz alatti tevékenységek, barlangászat, ejtőernyőzés, sárkányrepülés, bungee jumping, téli, vízi vagy motoros sportok, profi sporttevékenység;
 - olyan sérülés, mely bármilyen katonai, védelmi, rendőrségi szervnél, személyek és vagyon védelmét biztosító fegyveres szervezeteknél, illetőleg katonai jellegű testületnél teljesített aktív szolgálat vagy ügyeleti 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 igénybe vett 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 (tizennyolc) napon belül meghal.

PANASZKEZELÉS

12. §

- 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

13. §

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 13. § 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 azonosságára jellemző ismeret -, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés. Biztosítási titok: minden olyan - minősített adatot nem tartalmazó -, az adatkezelők rendelkezésére álló adat, amely az ügyfeleknek – ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. A jelen bekezdés tekintetében az ügyfél: a szerződő, a biztosított fél, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító számára szerződéses ajánlatot tett és a biztosító szolgáltatására jogosult más személy.
 4. Az adatkezelők az érintettek adatait olyan mértékben továbbítják, amilyen mértékben a biztosítási dokumentáció nyomtatásához és kézbesítéséhez az szükséges. Adatfeldolgozó igénybevételére az adatkezelők mindenkor adatkezelési szabályzata az irányadó.
- Az érintett az adatkezelőktől kérhet:
- a) tájékoztatását személyes adatai kezeléséről,
 - b) személyes adatainak helyesbítését, valamint
 - c) személyes adatainak – a kötelező adatkezelés kivételével – törlését vagy zárolását.
5. Az érintett kérelmére az adatkezelők tájékoztatást adnak az érintett általa kezelt, illetve az általa vagy rendelkezése szerint megbízott

- adatfeldolgozó által feldolgozott adatairól, azok forrásáról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevéről, címéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, az adatvédelmi incidens körülményeiről, hatásairól és az elhárítására megtett intézkedésekről, továbbá – az érintett személyes adatainak továbbítása esetén – az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről.
6. Az adatkezelő köteles a kérelem benyújtásától számított legrövidebb idő alatt, legfeljebb azonban 25 napon belül, közérthető formában, az érintett erre irányuló kérelmére írásban megadni a tájékoztatást.
7. Az érintettek biztosítási titoknak is minősülő személyes adatai abban az esetben kezelhetők, amennyiben azok szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a 2014. évi LXXXVIII. törvény által meghatározott egyéb cél lehet. Külön hozzájárulás esetében az érintett személyes adatai közvetlen üzletszerzési célokra is felhasználhatók.

VEGYES RENDELKEZÉSEK

14. §

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

BB/ÁSZF/v2/2016.11.25.



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