

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. §

1. Az „Időskori Biztonság” elnevezésű kockázati életbiztosítás jelen általános szerződési feltételei, melyet a Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited 2017. november 15. napján fogadott el – a továbbiakban úgy is, mint ÁSZF –, a 2018. január 2. napjától megkötött szerződésekre irányadó.
2. Az ÁSZF kizárólag jogszabályi változások, illetve a szabályozó hatóságok felhívása esetén módosítható. Az ÁSZF bármely és mindennemű módosítása írásban, a szerződő fél részére kézbesítve lehetséges.

FOGALMAK

2. §

A jelen ÁSZF-ben használt fogalmak jelentése (amennyiben azokra az ÁSZF a jelen pont szerinti tartalommal hivatkozik, a szavakat dőlt betű jelzi):

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. **baleset** – az egészségi állapoton kívül eső és a *biztosított fél* által nem befolyásolható olyan erőszakos és hirtelen, a *szerződés* kockázatviselésének időpontját követően bekövetkező esemény, mely külső és független ok eredménye, amely a *biztosított fél* halálához vezet, azzal a feltétellel, hogy a *biztosított fél* halála a *balesetet* követő 180 (egyszáznyolcvan) napon belül bekövetkezik;
3. **Dupla Baleseti Halál kiegészítő biztosítási szolgáltatás** – olyan *kiegészítő biztosítási szolgáltatás*, amely a kifizetett *biztosítási összeget* megduplázza, amennyiben a halált *baleset* okozta;
4. **biztosítási kötvény** – a *biztosító* nevében a 4Life Direct által a *szerződés* megkötésének igazolásaként kiállított dokumentum;
5. **biztosítási díj** – a *szerződés* alapján fizetendő, *biztosítási kötvényben* Magyarország hivatalos pénznemében meghatározott összeg, mely az *ajánlat* benyújtásának napján irányadó biztosítási díjszabás alapján került megállapításra;
6. **biztosítási összeg** – a hatályos *biztosítási kötvényben* megjelölt, *kedvezményezettet* megillető összeg, melyet a *szerződés* feltételei szerint kell megfizetni;
7. **szerződő fél** – a *biztosítóval szerződést* kötő természetes személy;
8. **biztosított fél** – a *biztosítási kötvényben* megjelölt természetes személy, akinek a javára a *szerződést* kötötték;
9. **biztosító** – a Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited, melynek címe: Level 3 Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltár;
10. **szerződés** – az „Időskori Biztonság” elnevezésű életbiztosításra vonatkozó *szerződés*, mely az *ajánlat* alapján, az ÁSZF-fel összhangban került megkötésre;
11. **kiegészítő biztosítási szolgáltatás** – az „Időskori Biztonság” elnevezésű életbiztosításra vonatkozó *szerződésen* felül egy olyan további *szerződés* (amennyiben kiválasztásra kerül), amely további *biztosítási díjat* tartalmaz, és amely a *biztosítási kötvényben* ilyenként megjelölésre kerül;

12. **kedvezményezett** – a *szerződő fél* által a *biztosított fél* beleegyezésével a *biztosított fél* halála esetén *biztosítási összegre* jogosultként megjelölt természetes vagy jogi személy;
13. **ajánlat** – a *biztosító* által készített, *szerződés* megkötésére irányuló ajánlat, melyet a *szerződő fél* és a *biztosított fél* aláír;
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. **orvos** – megfelelően képzett, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (vagy az annak helyébe lépő jogszabály) szerint bejegyzett és engedéllyel rendelkező gyakorló orvos, aki gyakorlatát Magyarország törvényei szerint folytatja.

A SZERZŐDÉS TÁRGYA ÉS MÓDOZATAI

3. §

1. A biztosítás tárgya a *biztosított fél* élete.
2. A biztosítás a *biztosított félnek* a *szerződés* időtartama alatt bekövetkezett halálára terjed ki;
3. A *szerződés* két lehetséges módozatban köthető meg:
 - a) kizárólag egy főre vonatkozó módozat: egyetlen *biztosított félre* vonatkozóan;
 - b) egy fő és házastársra 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 86. (nyolcvanhatodik) életévét;
 - c) a *biztosító* megkapta az aláírt *ajánlatot* és a *biztosított fél* is írásban jóváhagyta a *szerződést*;
 - 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 *ajánlat* megküldése.
3. Ha a *biztosított fél* cselekvőképtelen, vagy a biztosítási ügyekkel kapcsolatos cselekvőképessége korlátozott, a *biztosított fél* írásbeli jóváhagyása a kedvezményezett-nevezés tekintetében semmis, hacsak azt a gyámhatóság nem hagyta jóvá. Egyebekben a *szerződés* érvényességére ilyen esetekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény rendelkezései az irányadók.

4. A *biztosító* fenntartja a jogot, hogy a *szervződés* megkötését elutasítsa, illetőleg, hogy a *szervződés* feltételeinek módosítására javaslatot tegyen, amennyiben a 4. § 1. pontban meghatározott feltételek nem teljesülnek.
5. Egy *biztosított*ra vonatkozóan különböző Időskori Biztonság *szervződések* alapján a maximálisan kifizethető *biztosítási összeg* az *ajánlat* benyújtásakor irányadó díjszabásban meghatározottak szerint alakul.

A SZERVZŐDÉS IDŐTARTAMA

5. §

1. A *szervződés* a *biztosítási kötvényben* meghatározott kezdőnapon lép hatályba, ez lesz a *szervződés* kockázatviselésének kezdőnapja.
2. A *szervződő fél* a *szervződést* jogosult a *biztosítónak* a *szervződés* megkötésére vonatkozó értesítése kézhezvételét követő 30 (harminc) napon belül azonnali hatállyal felmondani. A *szervződő fél* általi azonnali hatályú felmondás esetén a *biztosító* köteles a *szervződő fél* részére minden *biztosítási díjat* visszafizetni, feltéve, hogy a felmondást írásban közölték.
3. A *szervződő fél* jogosult a *szervződést* bármikor, 30 napos felmondási idővel, azon időszak végére 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*.
4. A *szervződés* a *biztosított fél* halálával vagy a *biztosítás* felmondása napján, az 5. § 2., 3. pont szerint illetve a 8. § 2. pont alapján, vagy amennyiben a *biztosítási összeg* a választott *kiegészítő biztosítási szolgáltatás* alapján kifizetésre kerül, megszűnik, abban az időpontban, amelyek a legkorábban bekövetkeznek.
5. A *biztosított félnek* nem minősülő *szervződő fél* halála esetén a *biztosított fél* jogosult a *szervződésbe* *szervződő fél*ként belépni. E pillanattól fogva a *szervződő fél* jogai és kötelezettségei a *biztosított felet* illetik.

MÓDOZATOK

6. §

1. Ha a *szervződés* egy fő és házastársra vonatkozó módozattal kerül megkötésre, úgy a *házastársak* egyikének halála esetén a *szervződés* nem szűnik meg. Ilyen esetben a *biztosító* a *biztosítási összeget* az elhunyt személy *kedvezményezettje* részére teljesíti, míg a másik *házastársra* a *biztosítás* továbbra is kiterjedhet, feltéve, hogy a *biztosítási díjak* az esedékességkor megfizetésre kerülnek. Ilyen esetben az egy fő és házastárs módozatú *szervződés* egy fő módozatra változik, az újabb *szervződésben* meghatározott, a túlélő *biztosított*ra vonatkozó *biztosítási összeg* valamint a *biztosítási díj* az így fenntartott korábbi módozatú *szervződésben* meghatározottakkal egyezik meg, kivéve a 11. § 2. pontjában foglalt esetben.
2. Ha a *szervződés* egy fő és házastársra vonatkozó módozattal kerül megkötésre, a 2. § 14. pontjában hivatkozott házasság vagy élettársi közösség megszűnését követően, a *szervződő fél* kérésére, ennek a *biztosított fél* általi elfogadását követően a *szervződés* 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.

KEDVEZMÉNYEZETT

7. §

1. A *szervződő fél* jogosult egy vagy több *kedvezményezettet* kijelölni azzal a céllal, hogy a *biztosítási összeget* a *biztosított*

fél *szervződés* időtartama alatt bekövetkezett halála esetén ezek a személyek kapják. A *szervződő fél* e kijelölést bármikor módosíthatja vagy visszavonhatja. A *kedvezményezett* személyének kijelöléséhez vagy e kijelölés visszavonásához szükséges a *biztosított fél* előzetes írásbeli beleegyezése. A *biztosított fél* írásbeli hozzájárulásának hiányában a *kedvezményezett* kijelölése, módosítása vagy a kijelölés visszavonása érvénytelen és semmis.

2. Amennyiben több *kedvezményezett* került kijelölésre, akik közül egy vagy több a *biztosított fél* halálának időpontjában már nem él, vagy a *biztosítási összegek*re vonatkozó joga megszűnt, az ekként fennmaradó *biztosítási összeg-részek* a fennmaradt *kedvezményezettek* a rájuk irányadó arányban illetik meg.
3. Abban az esetben, amennyiben *kedvezményezett* nem került kijelölésre vagy a kijelölt *kedvezményezettek* a *biztosított fél* halálának időpontjában már nem élnek, vagy a *biztosítási összegre* vonatkozó joguk ekkorra megszűnt, a *biztosítási összeget* a *biztosított fél* örökösei részére kell megfizetni.
4. Amennyiben a *biztosítási összeg* felosztása nem került meghatározásra, a *kedvezményezettek* a *biztosítási összegből* egyenlő arányban részesülnek.

BIZTOSÍTÁSI DÍJAK

8. §

1. A *biztosítási díjak* a *szervződő fél* választása szerint a *biztosítási kötvényben* meghatározott összegben és a *szervződő fél* által *szervződéskötéskor* választott fizetési határidőben havonta esedékesek.
2. Amennyiben a *biztosító* által közölt előzetes tájékoztatás ellenére a *szervződő fél* egy lejárt esedékességű *biztosítási díjat* a felszólítás kézhezvételének napjától számított 30 (harminc) napon belül nem fizet meg, a *szervződés* további értesítés nélkül az eredeti esedékesség utolsó napjára visszamenőleges hatállyal megszűnik.

A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG MÓDOSÍTÁSA

9. §

1. A *szervződő fél* a 4Life Directen 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 *szervződő fél* részére a változás elfogadásának megerősítéseként visszaigazolja a *biztosítási kötvényben* *biztosítási összegként* meghatározott *biztosítási összeg* módosítását, amennyiben a *biztosító* által a 9. § 1. pont szerint átadott feltételeket a *szervződő fél* írásban elfogadta, és azokhoz a *biztosított fél* írásban hozzájárult.
3. A *biztosítási összeg* növelése esetén a 11. § 1. pontjában és a 12. § 1. a) b) pontjában hivatkozott időtartamok a *biztosítási kötvényben* meghatározott *biztosítási összeg* növelésének napjától számítanak, azonban kizárólag azon összeg vonatkozásában, amellyel a *biztosítási összeg* növekedett.
4. A *biztosítási összeg* emelését a *szervződő fél* addig kezdeményezheti, amíg a *biztosított fél* a 4.§ 1. b) pontban foglalt 86. (nyolcvanhatodik) életévét be nem tölti (házastársi módozat esetében addig, amíg az idősebb *házastárs* a 86. (nyolcvanhatodik) életévét be nem tölti).

A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG KIFIZETÉSE

10. §

1. A *biztosítási összeg* kifizetésére vonatkozó kötelezettség a *biztosított félnek* a *szervződés* időtartama alatt, a kockázatviselés kezdőnapját követően bekövetkezett

halála esetén keletkezik, tekintettel a 11. § 1. pontban foglalt feltételekre is.

2. Valamennyi irányadó *biztosítási összeg* kifizetésének megkezdésére 24 (huszonnégy) órán belül kerül sor (mely határidőbe a vasárnapi, szombati napok és a banki szünnapok nem számítanak bele), azt az időpontot követően, hogy a *4Life Direct* részére a *biztosítási összeg* kifizetésére irányuló, a *4Life Direct* weboldalán bemutatott minta szerinti hiánytalan szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány került benyújtásra, és az abban hivatkozott valamint a 10. § 5-7. pont alapján kért iratok is benyújtásra kerültek. A kifizetés tekintetében a *biztosítót* és a *4Life Directet* nem terheli felelősség a fizetést teljesítő harmadik személyek ügyintézési határidőjéért.
3. A *biztosítási összeg* kifizetésére vonatkozó eljárás megkezdése érdekében a *kedvezményezett* köteles a *biztosítót* a *4Life Directen keresztül* a biztosítási esemény bekövetkezéséről értesíteni, amilyen gyorsan az ésszerűen lehetséges, de legkésőbb az esemény bekövetkezését követő 2 éven belül.
4. A *kedvezményezett* (vagy annak hiányában az igénybejelentő fél) felelőssége a 10. § 2. pontjában meghatározott hiánytalan, aláírt szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány benyújtása és dokumentumok csatolása, mely 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.
5. Az igénybejelentő különösen az alábbi iratok csatolására vagy bemutatására köteles: (i) a *kedvezményezett* személyazonosságát igazoló iratok, (ii) halottvizsgálati bizonyítvány, (iii) halotti anyakönyvi kivonat, (iv) minden egyéb olyan dokumentum, amely a kárigény elbírálásához feltétlenül szükséges (zárójelentés, egyéb orvosi diagnózist vagy kórházi tartózkodást igazoló dokumentum). Ha a halál oka baleset volt, az igénybejelentő az alábbi dokumentumok csatolására is köteles: (v) orvosi jelentések, ha a baleset után készültek, (vi) baleseti jegyzőkönyv, amennyiben készült, (vii) a munkáltató által készített baleseti jegyzőkönyv, amennyiben készült.
6. A *biztosító* a fenti iratokon túl a *biztosított fél* halálának vagy *betegsége* 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 *szerveződésből* származó igények elbírálásával közvetlenül összefüggenek, amennyiben a *biztosító* ezt a biztosítási összeg kifizetésének jogossága vonatkozásában indokoltnak látja.
7. Amennyiben az igénybejelentés a 10. § 2. pont szerinti kifizetésre vonatkozik, az igénybejelentő köteles csatolni a *biztosított fél* kezelőorvosa vagy az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött, a *4Life Direct* weboldalán elérhető formanyomtatványt a *biztosított fél* biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatairól, illetve esetleges ezzel kapcsolatos kórelőzményi adatairól. A *biztosító* ezt a dokumentumot, amennyiben a biztosítási összeg kifizetésének jogossága vonatkozásában indokoltnak látja, a 10. § 1. pont alapján érvényesített igénnyel kapcsolatban is kérheti.
8. Az igénybejelentő köteles minden információt a valóságnak megfelelően megadni. Jogszabályba ütköző vagy valótlan állításokra alapozott igénybejelentés esetén a *biztosítónak* joga van ennek megakadályozására bármely lépést megtenni.

BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG KIFIZTÉSÉNEK KORLÁTOZÁSA

11. §

1. A *szerveződés* kockázatviselésének kezdőnapjától számított első 6 (hat) hónapban a *biztosítási kötvényben* meghatározott *biztosítási összeg* kifizetése kizárólag a *biztosított fél* baleset miatt bekövetkezett halála esetén lehetséges, ezen idő alatt nem a *biztosított fél balesetéből* eredő halál esetében pedig a fizetendő *biztosítási összeg* a megfizetett *biztosítási díjak* összegének 100 (száz) %-ával egyezik meg.
2. Ha fenti 11. § 1. pontban meghatározott esetben, egy fő és házastárs módozatban a *házastársak* egyike nem *balesetből* eredően meghal, a kifizetendő *biztosítási összeg* megegyezik az egy fő és házastárs módozatban megfizetett *biztosítási díjak* 50 (ötven) százalékaival. Az egy fő és házastárs módozatú *szerveződés* ekkor egy fő módozatra változik, az életben maradt *biztosított félre* az eredeti egy fő és házastárs módozatra vonatkozó *ajánlat* benyújtásakor irányadó díjszabás alapján kiszámított csak egy fő módozatnak megfelelő *biztosítási összeggel* és *biztosítási díjjal*.

KIZÁRÁSOK

12. §

1. Kizárt a *biztosító* kockázatviselése az alábbi esetekben:
 - a) ha a *biztosított fél* halála *szerveződés* kockázatviselésének kezdőnapjától számított 24 (huszonnégy) hónapon belül elkövetett öngyilkosság, saját kezűleg okozott sérülés eredménye;
 - b) ha a *szerveződés* kockázatviselésének kezdőnapjától számított 6 (hat) hónapon belül a *biztosított fél* halála alkoholos befolyásoltság, kábítószer hatása vagy olyan gyógyszer hatása miatt következik be, amelyet nem a kezelőorvos előírásai szerint szedett be;
 - c) ha a *biztosított fél* halála a *biztosított fél* bűncselekmény elkövetésében való aktív részvételének eredménye (a bűncselekmény elkövetésére tett kísérletet is beleértve);
 - d) ha a *biztosított fél* halála háború (akár hadüzenettel bejelentett, akár nem) vagy terrorista cselekmény eredménye.
2. Kizárt a *biztosító* kockázatviselése, ha a *biztosított fél* halálát a kockázatviselés kezdő napját követő 24 (huszonnégy) hónapon belül bármilyen szív- és érrendszeri, légzőszervi betegség, vagy a rák bármely formája okozza, de a *biztosító* a befizetett *biztosítási díjak* 100 (száz) százalékat, egy fő és házastársi módozatban az 50 (ötven) százalékat megfizeti a *kedvezményezettnek*. Az egy fő és házastárs módozatú *szerveződés* ekkor egy fő módozatra változik, az életben maradt *biztosított félre* az eredeti egy fő és házastárs módozatra vonatkozó *ajánlat* benyújtásakor irányadó díjszabás alapján kiszámított egy fő módozatnak megfelelő *biztosítási összeggel* és *biztosítási díjjal*.
3. Amennyiben a *szerveződés* tartalmazza a *Dupla Baleseti Halál kiegészítő biztosítási szolgáltatást*, a *biztosító* nem köteles ennek kifizetésére, ha a *biztosított fél* halála alkoholos befolyásoltság, kábítószer hatása vagy olyan gyógyszer hatása miatt következik be, amelyet nem az *orvos* előírásai szerint szedett be.
4. A *biztosítási összegre* nem jogosult, aki a *biztosított fél* halálának bekövetkezésében szándékosan közreműködött.

PANASZKEZELÉS

13. §

1. Minden a *szerveződéssel* kapcsolatos panasz, sérelem és kérdés a *biztosítónak* a *4Life Direct* 2. § 1. pontban megnevezett címén keresztül teendő meg. A panaszokkal 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

14. §

1. A szerződő fél és a biztosított fél (a jelen fejezetben érintett) a vonatkozó ajánlati lapon szereplő hozzájárulás aláírásával, illetve bármely egyéb módon tett hozzájárulással, vagy a 4Life Directtel 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 ajánlati lapon 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 14. § 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, 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 amennyiben a biztosítási dokumentáció nyomtatásához és kézbesítéséhez az szükséges. Adatfeldolgozó igénybevételére az adatkezelők mindenkori adatkezelési szabályzata az irányadó.
5. 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.

6. 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 nevééről, 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.
7. 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.
8. 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

15. §

1. A szerződő felek valamennyi értesítését és nyilatkozatát a másik féllel írásban, a feladó költségére vagy elektronikus kommunikációs csatornákon kell közölni, melyet a biztosítónak el kell fogadnia és elektronikus adathordozón kell rögzítenie.
2. A szerződő fél, a biztosított fél vagy a kedvezményezett általi valamennyi értesítést illetve nyilatkozatot magyar nyelven, a 4Life Direct fenti 2. § 1. pontjában megadott címére kell küldeni. Abban az esetben, amennyiben a biztosítási összegek kifizetésére vonatkozó dokumentumok magyar nyelvre történő fordítása szükséges, a hiteles magyar fordítások benyújtásának kötelezettsége az igénybejelentőt terheli.
3. A biztosított fél és a szerződő fél köteles a biztosítót a 4Life Directen keresztül az ajánlatban szereplő értesítési adatok minden változásáról tájékoztatni.
4. A biztosítási szerződés alapján kifizetett biztosítási összegekre a kifizetésük időpontjában hatályos adózási előírások az irányadók.
5. Az ÁSZF a biztosítási kötvénnyel és az ajánlattal együtt alkotja a szerződést és egy dokumentumként kell őket értelmezni.
6. A biztosítási összegre vonatkozó igény a biztosítási összeg kifizetését megalapozó esemény bekövetkezésének napjától számított 2 (két) év elteltével elévül.
7. A jelen ÁSZF-ben nem szabályozott kérdésekben a magyar jogszabályok vonatkozó rendelkezései az irányadók.
8. A szerződő felek között felmerülő jogvita esetén a felek az illetékes magyar bíróságokhoz fordulhatnak.

ID/ÁSZF/v1/2018.01.02.



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