

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. §

1. A jelen, „Kórházi Biztonság” elnevezésű biztosításra vonatkozó általános szerződési feltételek, melyeket a Red Sands Insurance Company (Europe) Limited ügyvezető testülete 2016. november 25. napján fogadott el – a továbbiakban úgy is, mint ÁSZF -, az aznaptól megkötött szerződésekre irányadó.

FOGALMAK

2. §

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

- 4Life Direct** – 4Life Direct Kft. (Budapesten bejegyzett székhelye: 1138 Budapest, Madarász Viktor u. 47-49.), a biztosító biztosításközvetítője, mely a 212092570558 sorszámon szerepel a Magyar Nemzeti Bank által vezetett biztosításközvetítői és biztosítási szaktanácsadói nyilván tartásban;
- 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;
- előzetesen fennálló állapot** – a *biztosított fél* által a *szerződés* kockázatviselésének kezdőnapja előtt elszenvedett, *kórházi ápolást*, *orvosi* szaktanácsot, kezelést vagy *orvosi* ellátást igénylő betegség, betegségek, *baleset*, vagy *testi sérülés*;
- gyermek / gyermekek** – a *biztosított fél* által eltartott természetes vagy örökbefogadott, 6 (hat) hónaposnál idősebb, de 18 (tizennyolc) évesnél fiatalabb, a *biztosítási kötvényben* megjelölt gyermekek. Gyermekek minősül a 3. § 3. c) pont szerinti családi módozat esetében a *házastársak* velük egy háztartásban élő, a *biztosított fél* által eltartott természetes vagy örökbefogadott gyermeke akkor is, ha az nem minősül közös gyermeknek az együtt élő *házastárral*;
- kemoterápia** – rendszeres módja a rák kezelésének rákellenes szerekekkel, melyeket vagy intravénás módszerrel, vagy szájon át alkalmaznak. A kezelés jár- és/vagy fekvőbeteg kezelés során is nyújtható. A rákellenes gyógyszerek alatt azon gyógyszereket értjük, amelyek rákos sejteket rombolnak vagy a daganatok növekedését akadályozzák (citotoxikus szerek, célzott vagy immunterápiás szerek). A jelen *szerződés* értelmében a rák kezelésére önállóan alkalmazott hormonterápia nem tekinthető kemoterápiának;
- kórházi ápolás** – orvosi rendeletre bekövetkező *kórházi* tartózkodás a beteg egészsége megőrzésének, helyreállításának vagy javításának elősegítése céljából, mely a felvétel napját is magában foglalja. Az ÁSZF értelmezésében a *kórházi ápolás* az elbocsátás napját nem foglalja magában;
- orvos** – megfelelően képzett, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint bejegyzett és engedéllyel rendelkező gyakorló orvos, aki gyakorlatát Magyarország törvényei szerint folytatja;
- baleset** – az egészségi állapoton kívül eső és a *biztosított fél* által nem befolyásolható olyan erőszakos és hirtelen, a *szerződés* kockázatviselésének kezdőnapját követően bekövetkező esemény, mely külső és független ok eredménye, és a *biztosított fél* testi sérüléséhez és *kórházi ápolásához* vezet;
- Dupla Baleseti Fedezet** – a napi biztosítási összeget megduplázó *kiegészítő biztosítási szolgáltatás*, mely abban az esetben kerül kifizetésre, ha a *kórházi ápolás baleset* eredménye, *balesetenként* maximum 14 (tizennégy) napra;
- biztosítási kötvény** – a biztosító nevében a 4Life Direct által a *szerződés* megkötésének igazolásaként kiállított dokumentum;
- sugárkezelés** – rosszindulatú daganatok ionizáló sugárzással történő kezelése;
- 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;
- 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, a TBC elkülönítők, a hospice ellátást nyújtó létesítmények, gyógyüdülők, a fürdők, a hidroterápia-szolgáltatók, a kábítószer-élvezőket kezelő központok, a szanatóriumok és idősök ápolási otthonai és az elmebetegségek kezelési központjai még akkor sem tartoznak bele, ha azok a magyar törvények értelmében fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknak minősülnek;
- biztosítási összeg** – biztosítási esemény esetén a *biztosított félnek* járó összeg, melyet a *szerződés* feltételei szerint kell megfizetni;
- kiegészítő biztosítási szolgáltatás** – a „Kórházi Biztonság” elnevezésű biztosítási *szerződést* kiegészítő (választható) *szerződés*, amely az előbbihez kiegészítő *biztosítási díjjal* adódik hozzá, és a *biztosítási kötvényben* ily módon van feltüntetve;
- napi biztosítási összeg** – a hatályban levő *biztosítási kötvényben* meghatározott, *biztosított félnek* a *kórházi ápolás* minden egyes napjára járó összeg, melyet a *szerződés* feltételei szerint kell megfizetni;
- szerződő fél** – a *biztosítóval szerződést* kötő természetes személy;
- biztosított fél** – a *biztosítási kötvényben* megjelölt természetes személy, akinek a javára a *szerződést* kötötték;
- biztosító** – Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, melynek címe: Level 3 Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltár;
- szerződés** – a Kórházi Biztonság biztosítási *szerződés*, mely az ajánlat alapján, az ÁSZF-fel összhangban került megkötésre;
- testi sérülés / sérülés** – *biztosított fél* általában mechanikai erő, vegyszer vagy hőmérséklet okozta olyan fizikai, testi

sérülése, amely orvosi szaktanácsadást, kezelést, ápolást vagy kórházi ápolást tesz szükségessé;

22. **ajánlat** – a biztosító által készített, szerződés megkötésére irányuló ajánlat, melyet a szerződő fél és a biztosított fél aláír;
23. **házastárs** – a biztosítási kötvényen 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;
24. **készpénz-visszafizetési bónusz** – a szerződés 5. évfordulóját követően, majd ez után ötévente a 9. § 5. pont szerint a biztosító által visszafizetett összeg.
25. **igénybejelentő** – azon személy, aki jogosult a biztosítási összegre.

A SZERZŐDÉS TÁRGYA ÉS MÓDOZATAI

3. §

1. A biztosítás tárgya a biztosított fél kórházi ápolása.
2. A biztosítás a biztosított félnek a szerződés időtartama alatt baleset vagy betegség eredményeként bekövetkezett kórházi ápolására terjed ki a jelen ÁSZF feltételei szerint, azzal a kikötéssel, hogy a baleset következményeként szükségessé váló kórházi ápolásra a balesetet követő 30 (harminc) napon belül sor kerül;
3. A szerződés négy lehetséges módon köthető meg:
 - a) kizárólag egy főre vonatkozó módozat, egyetlen biztosított félre vonatkozóan;
 - b) egy fő és házastársra vonatkozó módozat, a házastársra, mint kiegészítő biztosított félre vonatkozóan;
 - c) családi módozat, házastársra és maximum 3 (három) gyermekre, mint a biztosítási kötvényben megjelölt kiegészítő biztosított felekre vonatkozóan. A családi módozat keretében 3 (három)-nál több gyermek biztosítására akkor van lehetőség, ha az egyes további gyermekek után kiegészítő biztosítási díj kerül befizetésre. A szerződés megkötésének napján egyik szülő sem töltheti be még a 60. (hatvanadik) életévét;
 - d) szülői módozat, egy szülő és maximum 3 (három) gyermekre, mint a biztosítási kötvényben megjelölt kiegészítő biztosított felekre vonatkozóan. A szülői módozat keretében 3 (három)-nál több gyermek biztosítására akkor van lehetőség, ha az egyes további gyermekek után kiegészítő biztosítási díj kerül befizetésre. A szerződés megkötésének napján a szülő nem töltheti be még a 60. (hatvanadik) életévét.

A SZERZŐDÉS MEGKÖTÉSE

4. §

1. A szerződés az alábbi feltételek együttes teljesülése esetén köthető meg:
 - a) a szerződés megkötésének napján biztosított fél érvényes TAJ (Társadalombiztosítási azonosító)-számmal rendelkezik;
 - b) a szerződő fél a biztosító részére magyarországi lakcímet adott meg, mely a felek közti levelezés során értesítési címként funkcionál;
 - c) a szerződés megkötésének napján mind a szerződő fél, mind pedig a biztosított fél betöltötte a 18. (tizennyolcadik) életévét (kivéve, ha a biztosítási kötvényben gyermekként szerepel a biztosított fél), valamint a biztosított fél a 76. (hetvenhatodik) életévét illetve családi és szülői módozat esetében a 60. (hatvanadik) életévét még nem töltötte be;

- d) a biztosító a szerződő fél és a biztosított fél által aláírt ajánlatot megkapta;
- e) a biztosító az ajánlatot megvizsgálta és elfogadta, valamint a szerződés létrejöttének igazolására a biztosítási kötvényt kiállította.
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. d) pont szerinti ajánlat megküldése.
3. A biztosító fenntartja annak jogát, hogy a szerződés megkötését elutasítsa, illetőleg a szerződés feltételeinek módosítására tegyen javaslatot, a jogszabályoknak megfelelően.
4. Egy gyermekre, mint biztosított félre vonatkozóan a különböző Kórházi Biztonság szerződések alapján elérhető maximális napi biztosítási összeg az ajánlat benyújtásakor irányadó díjszabásban meghatározottak szerint alakul.

A SZERZŐDÉS IDŐTARTAMA

5. §

1. A szerződés a biztosítási kötvényben meghatározott kezdőnapon lép hatályba, ez lesz a biztosítás kockázatviselésének kezdete.
2. A szerződő fél a szerződéstől jogosult a biztosítónak a szerződés megkötésére vonatkozó értesítése kézhezvételét követő 30 (harminc) napon belül azonnali hatállyal felmondani. Szerződő fél általi azonnali hatályú felmondás esetén a biztosító köteles a szerződő fél részére minden biztosítási díjat visszafizetni, feltéve, hogy a felmondást írásban közölték.
3. A szerződés a kockázatviselés kezdőnaptól számított 5 (öt) éves időtartamra jön létre az alábbi 6. és 7. §-nak megfelelően. Amennyiben a biztosító szerződő felet ettől eltérően nem tájékoztatja, ekkor a szerződés változatlan feltételekkel további 5 (öt) évre automatikusan meghosszabbodik.
4. Amennyiben szerződő fél a biztosítási díjat a biztosító által javasolt módosítások érvényesítése után is megfizeti, ez a szerződő fél részéről a szerződés hosszabbítás elfogadásának minősül. Szerződő fél jogosult a szerződés javasolt módosítását elutasítani és a biztosítási díj befizetését megtagadni, amely esetben a szerződés nem hosszabbodik meg, hanem az arra vonatkozó utolsó megfizetett biztosítási díjjal lefedett 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 jogosult gyermekek a 18. (tizennyolcadik) életévüket elérik, a jelen szerződés feltételei szerint a rájuk vonatkozó fedezet megszűnik. Amennyiben a biztosított fél vagy a házastárs a 80. (nyolcvanadik) életévét eléri, a fedezet az ezen életkort meghaladó megfelelő személy vonatkozásában megszűnik. A fedezet mindkét esetben azon biztosítási időszak lejártával szűnik meg, amelyre az utolsó biztosítási díjat az életkor elérését megelőzően megfizették.

MÓDOZATOK

6. §

1. Az alábbi 2. pontnak megfelelően a szerződés biztosított fél halálával, illetve azon a napon lejár, amikor biztosított fél a 80. (nyolcvanadik) életévét eléri, az 5. § 6. pont szerint.
2. Ha a szerződés egy fő és házastársra vonatkozó vagy családi módozattal kerül megkötésre, a házastársak egyikének

halála esetén vagy abban az esetben, ha az egyik házastárs a 80. (nyolcvanadik) életévét eléri, a szerződés nem szűnik meg, hanem azt a másik házastárs fenntarthatja, amennyiben a biztosítási díjakat esedékességének megfelelően megfizeti. Ilyen esetben az egy fő és házastársra vonatkozó szerződés változatlan napi biztosítási összeg mellett egy főre vonatkozó módozatú szerződéssé alakul át, míg a családi módozat változatlan marad. Az egy fő és házastársra vonatkozó, illetve családi módozattal megkötött szerződés a második házastárs halálával, illetve azon a napon szűnik meg, amikor a második házastárs a 80. (nyolcvanadik) életévét betölti.

3. Ha a szerződés egy fő és házastársra vonatkozó módozattal kerül megkötésre, a 2. § 23. pontjában hivatkozott házasság vagy élettársi közösség megszűnését követően a biztosított felek 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.
4. Ha a szerződés családi módozattal kerül megkötésre, a 2. § 23. pontjában hivatkozott házasság vagy élettársi közösség megszűnését követően a gyermeknek nem minősülő biztosított felek jóváhagyását követően a szerződés családi módozattal, annak meglévő feltételei mellett, vagy pedig a biztosító által szolgáltatott egyéb feltételekkel folytatható.
6. A biztosított félnek nem minősülő szerződő fél halála esetén a biztosított fél jogosult a szerződésbe szerződő félként belépni. A belépéstől fogva a szerződő fél jogai és kötelezettségei a biztosított felet illetik.

BIZTOSÍTÁSI DÍJAK

7. §

1. A biztosítási díjak a szerződő fél választása szerinti a biztosítási kötvényben meghatározott összegben és a szerződő fél által a szerződéskötéskor választott fizetési határidőben havonta 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.
3. A biztosítási díjak fizetésében mutatkozó hátralék esetén az átutalt összegek elsődlegesen a hátralék összegére kerülnek elszámolásra.

A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG MÓDOSÍTÁSA

8. §

1. A szerződő fél a 4Life Directen keresztül kezdeményezheti a szerződés módosítását. A biztosító ezután átadja azokat a feltételeket, amelyek alapján a biztosítási kötvénybe újabb gyermeket lehet belefoglalni, illetve a módozatot és a biztosítási kötvényben meghatározott napi biztosítási összeget változtatni lehet, amennyiben a biztosító által a 8. § 1. pont szerint átadott feltételeket a szerződő fél írásban elfogadta, és azokhoz a biztosított fél írásban hozzájárult.
2. A biztosítási kötvény említett módosításainak visszaigazolásaként a biztosító szerződő félnek új biztosítási kötvényt ad át.
3. Amennyiben a biztosítási kötvénybe újabb biztosított fél kerül be, a 9. §-ban hivatkozott feltételek, kizárólag az újabb hozzáadott személyre vonatkozólag, az említett újabb biztosított fél belépésének időpontjától számítanak.

4. A napi biztosítási összeg növelése esetén a 9. § 5. pontjában hivatkozott feltételeket a biztosítási kötvényben meghatározott napi biztosítási összeg növelésének időpontjától számítanak, azonban kizárólag arra az összegre vonatkozóan, amellyel a napi biztosítási összeg növekedett.
5. A napi biztosítási összeg emelését a szerződő fél addig kezdeményezheti, amíg a biztosított fél a 4. § 1. c) pontban foglalt 76. (hetvenhatodik) életévét be nem tölti.

BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

9. §

1. Biztosító a biztosítási összeget abban az esetben fizeti ki, ha biztosított fél baleset vagy betegség eredményeként legalább 3 egymást követő éjszakán át kórházi ápolásra szorul. Az ÁSZF értelmezésében a kórházi ápolás az elbocsátás napját nem foglalja magában.
2. 5 (öt) év alatti gyermekek vonatkozásában a napi biztosítási összeg a biztosítási kötvényben meghatározott napi biztosítási összeg 50%-a.
3. A biztosítási összeg a kórházi ápolás egymást követő napjaira kifizetett napi biztosítási összeggel egyezik meg, de egy meghatározott betegségre vagy sérülésre, illetve az ezekkel kapcsolatos további betegségre, testi sérülésre vagy balesetre maximum 90 (kilencven) nap vehető figyelembe.
4. A szerződés tartama alatt a biztosító a biztosítási kötvényen feltüntetett napi biztosítási összeg ötszörösének megfelelő egyszeri kifizetést teljesít, ha a biztosított felet kemoterápiával vagy sugárkezeléssel kezelik. Ez az egyszeri kifizetés a szerződés tartalma alatt egy biztosított fél számára csak egy alkalommal nyújtható, és figyelembe kell venni a 9. § 5. b) pont és a kizárásokra vonatkozó 11. § rendelkezéseit.
5. A következő esetekben „várakozási időt” kell figyelembe venni:
 - a) Kórházi ápolás baleset következtében – a fedezetet a kockázatviselés kezdőnapjától azonnal biztosítjuk (azaz várakozási idő nincs);
 - b) Kórházi ápolás betegség következtében – a fedezetet a kockázatviselés kezdőnapját követően 6 (hat) hónappal biztosítjuk;
 - c) Abban az esetben, ha a kórházi ápolás teljes időtartama a 90 (kilencven) napot meghaladta, az ugyanazon okból bekövetkező egymást követő kórházi ápolási periódusokat ugyanazon balesetből vagy betegségből eredőnek kell tekinteni, kivéve, ha az utolsó olyan kórházi ápolási napra, amelyre biztosítási összeg került kifizetésre, a 12 (tizenkettő) hónap eltelt.
6. Minden egyes 5 (öt) éves évfordulón a szerződést megelőző 5 (öt) éves tartama alatt befizetett összes biztosítási díj 10%-ával megegyező összegű készpénz-visszafizetési bónuszra vonatkozó fizetési kötelezettség keletkezik, és ezen összeget a biztosító köteles a szerződő félnek megfizetni, ha a szerződés az 5 (öt) éves évforduló végén érvényben van és nem került felmondásra, és a megelőző 5 (öt) év folyamán követelés kifizetésére nem került sor.
7. A biztosító vállalja a biztosítási díj megfizetésének a kötelezettségét a „Kórházi Biztonság” szerződésre vonatkozóan azon hónapra, amikor a 10. § 1. pont alapján a biztosítási összeg kifizetésére alapot adó kórházi ápolás következtében a kórházból elbocsátásra kerül a biztosított fél.
8. Abban az esetben, ha azon hónapra, amelyben biztosítási összeg került kifizetésre, már megfizetésre került a biztosítási díj, a biztosító a biztosítási összeget és a megfizetett biztosítási díjat fizeti meg.

A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG KIFIZETÉSE

10. §

1. A *biztosítási összeg* kifizetésére vonatkozó kötelezettség a *biztosított félnek* a *szerződés* időtartama alatt a kockázatviselés kezdőnapját követően bekövetkezett *kórházi ápolása* esetén keletkezik. A *biztosítási összeg* kifizetésére 7 (hét) munkanapon belül kerül sor azt az időpontot követően, hogy a *4Life Direct*-hez a *4Life Direct* weboldalán bemutatott minta szerinti hiánytalan szolgáltatási igénybejelentő lap és az ott valamint a 10. § 9-10. pontban felsorolt iratok benyújtásra kerültek. A kifizetett *biztosítási összeg* a *biztosítási kötvényben* és a 9. §-ban meghatározottak szerint alakul.
2. A 9. § 4. pontban meghatározott egyösszegű *biztosítási összeg* kifizetésére vonatkozó kötelezettség akkor keletkezik, ha a *biztosított fél* a *szerződés* tartama alatt rákos megbetegedést diagnosztizálnak, melyet *kemoterápiával* vagy *sugárkezeléssel* kezelnek. A *biztosítási összeg* kifizetésére 7 (hét) munkanapon belül kerül sor azt az időpontot követően, hogy a *4Life Direct*-hez a *4Life Direct* weboldalán bemutatott minta szerinti hiánytalan szolgáltatási igénybejelentő lap és az ott valamint a 10. § 9-10. pontban felsorolt iratok benyújtásra kerültek.
3. A *biztosítási összeg* kifizetésére vonatkozó eljárás megkezdése érdekében a *biztosított fél* köteles felvenni a kapcsolatot a *biztosítóval* a *4Life Direct*-en keresztül.
4. A 10. §-ban meghatározott hiánytalan és aláírt szolgáltatási igénybejelentő lap benyújtása és dokumentumok csatolása az *igénybejelentő fél* kötelezettsége, mely benyújtás egyben az igény elbírálásának előfeltétele. A dokumentumok a nyomtatványon meghatározott formátumban csatolandók, de a *biztosító*, amennyiben a *biztosítási összeg* kifizetésének jogossága vonatkozásában indokoltnak látja, a dokumentumok eredeti példányait is jogosult bekérni.
5. *Igénybejelentő fél* köteles a *biztosítót* a *4Life Direct*-en keresztül a *biztosítási összeg* kifizetését megalapozó eseményről a bekövetkezés időpontjától számított 7 (hét) napon belül értesíteni, vagy amennyiben az *igénybejelentő* az egészségi állapotából eredő, említett bejelentés megtételére képtelen, e képtelenség megszűnését követő 7 (hét) napon belül, de legkésőbb a *biztosítási összeg* kifizetését megalapozó esemény bekövetkeztét követő 1 éven belül.
6. 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.
7. *Igénybejelentő* köteles minden információt a valóságnak megfelelően megadni. Jogszabályba ütköző vagy valótlan állításokra alapozott igénybejelentés esetén *biztosítónak* joga van ennek megakadályozására bármely lépést megtenni.
8. 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.
9. Az *igénybejelentő* különösen az alábbi iratok csatolására vagy bemutatására köteles: (i) a *biztosítási összeget* igénylő személy személyazonosságát igazoló iratok, (ii) *biztosított fél* kezelőorvosa vagy az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött, a *4Life Direct* weboldalán elérhető formanyomtatvány a *biztosított fél* biztosítási

eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatairól, illetve esetleges ezzel kapcsolatos kórelőzményi adatairól, (iii) a *kórházi* kezelésről szóló *orvosi* jelentés, (iv) a *kórházi* kezelés, *kemoterápia* vagy *sugárkezelés* okát igazoló egyéb *orvosi* dokumentumok. Ha a biztosítási szolgáltatásra *gyermek* jogosult, az *igénybejelentő* az alábbi dokumentumok csatolására is köteles: (v) a *gyermek* születési anyakönyvi kivonata, (vi) a szülők házassági anyakönyvi kivonata, (vii) örökbefogadás esetében a szülői felügyeleti jogot igazoló dokumentumok. Ha a *kórházi* ápolás oka *baleset* volt, az *igénybejelentő* az alábbi dokumentumok csatolására is köteles: (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.

10. A *biztosító* a fenti iratokon túl 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 FELELŐSSÉGÉNEK KIZÁRÁSA

11. §

1. A *biztosítási összeg* kifizetésére vonatkozó kötelezettség nem áll be, ha az igény közvetlen vagy közvetett módon az alábbiak miatt merül fel:
 - a) 9. § 5.c)-nek megfelelően *biztosított fél* ugyanazon vagy ahhoz kapcsolódó okból 12 (tizenkettő) hónapon belül ismét *kórházba* kerül;
 - b) Olyan *sérülés*, mely bármilyen katonai, védelmi, rendőrségi szervnél, személyek és vagyon védelmét *biztosító* fegyveres szervezeteknél, illetőleg katonai jellegű testületnél teljesített aktív szolgálat vagy ügyeletesi kötelezettség vagy kiképzés teljesítése közben keletkezett;
 - c) Külső ellenség cselekményei, (akár hadüzenettel bejelentett, akár be nem jelentett) háború, polgárháború, lázadás, terrorcselekmény, sztrájk, munkavégzés megtiltása (lock-out), zendülés, felkelés, forradalom, hatalom bitorlása, fegyveres – katonai vagy katonai jellegű – erők bevetése;
 - d) A *biztosított fél* által önmagának szándékosan okozott *sérülés*, öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet;
 - e) Veszélyes munkakör ellátása, mint pl. kifejezetten, de nem kizárólag 40 (negyven) méteres föld- vagy vízfelszín alatti mélységben vagy e szint alatt végzett munka, 20 (húsz) méteres felszín feletti magasságban, vagy ennél magasabban végzett munka (kivéve a normál irodai környezetet), robbanószerekkel végzett munka;
 - f) Hegymászás, víz alatti tevékenységek, barlangászat, ejtőernyőzés, sárkányrepülés, bungee jumping, téli, vízi-, illetve motoros sportok, profi sporttevékenység;
 - g) 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 közlekedik;

- h) A *biztosított fél* bármilyen jogszabályellenes magatartása;
 - i) A *biztosított fél* alkoholos befolyásoltsága vagy gyógyszer Magyarország jogszabályai által előírt módon nyilvántartásba vett egészségügyi szakember által felírt módtól eltérő szedése miatt bekövetkezett *baleset*, *betegség* vagy *kórházi ápolás*;
 - j) Rutinszerű vagy egyéb opcionális vizsgálat céljából igénybe vett *kórházi ápolás*, amely nem *baleset* vagy *betegség* közvetlen következménye;
 - k) *Előzetesen fennálló állapot*;
 - l) Kábítószerrel való visszaélés, drogfüggőség, szenvedélybetegség, pszichológiai vagy pszichiátriai természetű *betegség* vagy rendellenesség kezelése;
 - m) Szépsészeti jellegű illetve egészségügyi célú fogászati kezelés;
 - n) Kozmetikai vagy plasztikai sebészeti kezelés, természetlenség, mesterséges megtermékenyítés, fogamzásgátlás, terhességmegszakítás, elhízás vagy a *biztosított fél* saját választása szerint igénybevett kezelés, kivéve, ha ezek *baleset* során elszenvedett *sérülés* következményei;
 - o) Egészségvédő vagy ápolási intézményekben, szanatóriumokban, prevenciós és hospice intézményekben, gyógycentrumokban és gyógyfürdőkben való tartózkodás, hidroterápia vagy karanténban való tartózkodás;
 - p) Magyarország vonatkozó jogszabályai alapján nyilvántartásba vett *orvos* által nem javasolt *kórházi ápolás*;
 - q) Veleszületett és születéssel összefüggő állapotok vagy rendellenességek, amelyekben *biztosított fél* már a *szerveződés* kockázatviselésének kezdőnapja előtt is szenvedett;
 - r) Az illetékes magyarországi szervek által járványnak minősített megbetegedések;
 - s) Sugárzás, nukleáris reakció, radioaktív szennyezés, kémiai szennyezés, a mérgekkel, mérges gázokkal vagy gőzökkel való szennyeződést is beleértve;
 - t) *Orvosi műhiba*;
 - u) Terhesség.
2. Az ÁSZF értelmezésében a rehabilitációs célú *kórházi tartózkodás* nem minősül *kórházi ápolásnak*.

PANASZKEZELÉS

12. §

1. Minden a *szerveződéssel* kapcsolatos panasz, sérelem és kérdés a *biztosítónak* a *4Life Direct* 2. § 1. pontban megnevezett címen 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 *szerveződést* azonosítja. A panaszkezelés részletes szabályait a *4Life Direct* weboldalán elérhető panaszkezelési szabályzat tartalmazza.

ADATKEZELÉSI RENDELKEZÉSEK

13. §

1. A *szerveződő 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 *szerveződés* 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 *szerveződéseire* vonatkozik. A jelen bekezdés tekintetében az ügyfél: a *szerveződő*, a *biztosított*, a *kedvezményezett*, a károsult, a *biztosító* számára *szerveződéses 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 igénybevétele az adatkezelők mindenkori 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 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.
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 *szerveződéssel*, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási *szerveződés* megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási *szerveződésből* 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 Directen* 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 összegek*re a kifizetésük időpontjában hatályos adózási előírások az irányadók.
6. A jelen *ÁSZF-ben* nem szabályozott kérdésekben a magyar jogszabályok vonatkozó rendelkezései az irányadók.
7. A szerződő felek között felmerülő jogvita esetén felek az illetékes 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.

KB/ÁSZF/v7/2016.11.25.



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