

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. §

1. A „Biztonság Rák Esetére” 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 *ÁSZF* –, a mai naptól 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):

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. **diagnózis** – orvos által megerősített írásbeli orvosi diagnózis;
3. **hyperkeratosis** – az epidermisz szaruhártyarétegének jelentős megvastagodása, mely a hyperkeratosiszal függ össze;
4. **szövetteni** – a rák típusának megállapítása céljából a szöveteken és sejteken elvégzett mikroszkópos vizsgálat;
5. **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;
6. **biztosítási kötvény** – a *biztosító* nevében a *4Life Direct* által a szerződés megkötésének igazolásaként kiállított dokumentum;
7. **rák** – rosszindulatú sejtek nem kontrollált növekedésével és terjedésével, valamint szövetinvázióval jellemzett *rosszindulatú* daganat, a leukémiát, limfómát és szarkómát is beleértve;
8. **biztosítás hatálya alá tartozó rákbetegség** – a jelen *ÁSZF*-ben meghatározott bármilyen *rák* vagy *carcinoma in situ*;
9. **carcinoma in situ** – korai stádiumú *rák*, amely nem törte át annak a szövetnek az alaphártyáját, amelyben növekszik, és amely a test egyéb részeire nem terjedt át, és amely általában annak sebészi eltávolításával gyógyítható;
10. **biztosítási díj** – a *szerződés* alapján fizetendő, *biztosítási kötvényben* Magyarország hivatalos pénznemében meghatározott összeg, mely az *ajánlat* benyújtásának napján irányadó *biztosítási díjszabás* alapján került megállapításra;
11. **rosszindulatú** – a rosszindulatú daganat, mely magától nem rendeződik és képes átterjedni a közeli szövetekre és a test távoli szöveteire is áttétet adhat;
12. **korai rosszindulatú** – azon sejtek, melyek még nem rákosodtak el;
13. **előzetesen fennálló** – a szerződés kezdőnapját megelőzően felmerült *rosszindulatú* sejteltváltozások vagy rákszimpptomák,

illetve *diagnózis*, abban az esetben is, ha a *biztosított felet* abból gyógyultnak minősítették;

14. **biztosítási összeg** – a *biztosított felet* a szerződés feltételei szerint megillető összeg;
15. **szerződő fél** – a biztosítóval szerződést kötő természetes személy;
16. **biztosított fél** – a *biztosítási kötvényben* megjelölt természetes személy, akinek a javára a szerződést kötötték;
17. **biztosító** – a Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, melynek címe: Level 3 Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltár;
18. **szerződés** – az ajánlat alapján és az *ÁSZF*-fel összhangban megkötésre került Biztonság Rák Esetére szerződés;
19. **ajánlat** – a *biztosító* által készített *szerződés* megkötésére irányuló ajánlat, melyet a *szerződő fél* és a *biztosított fél* aláír.

A SZERZŐDÉS TÁRGYA ÉS HATÁLYA

3. §

1. A biztosítás tárgya a *biztosított fél* egészsége.
2. A biztosítás hatálya a *biztosított fél szerződés* időtartama alatt felállított, *biztosítás hatálya alá tartozó rákbetegségre* vonatkozó első *diagnózisára* terjed ki.

A SZERZŐDÉS MEGKÖTÉSE

4. §

1. A *szerződés* az alábbi feltételek együttes teljesülése esetén köthető meg:
 - a) 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 60. (hatvanadik) életévét;
 - b) a *szerződő fél* a *biztosító* részére magyarországi lakcímet szolgáltatott, mely a felek közti levelezés során értesítési címként funkcionál;
 - c) a *biztosító* megkapta az aláírt ajánlatot;
 - d) *biztosított fél* az ajánlattételi eljárás során minden információt pontosan, azajánlatban rögzített adatoknak megfelelően ad meg;
 - e) a *biztosított fél* az ajánlattételi eljárás részeként az egészségi nyilatkozatot aláírta;
 - f) a *biztosító* az ajánlatot megvizsgálta és elfogadta, valamint a *szerződés* létrejöttének igazolására *biztosítási kötvényt* állított ki.
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. A *biztosító* fenntartja a jogot, hogy az irányadó jogszabályi rendelkezésekkel összhangban a *szerződés* megkötését elutasítsa, illetőleg, hogy a *szerződés* feltételeinek módosítására javaslatot tegyen, amennyiben a 4. § 1. pontban meghatározott feltételek nem teljesülnek.
4. Egy *biztosított félre* vonatkozóan különböző Biztonság Rák Esetére *szerződés*ek alapján a maximálisan kifizethető *biztosítási összeg* az *ajánlat* benyújtásakor irányadó díjszabásban meghatározottak szerint alakul.

A SZERZŐDÉS IDŐTARTAMA

5. §

1. A szerződés a biztosítási kötvényben meghatározott napon lép hatályba, ez lesz a szerződés kockázatviselésének kezdőnapja.
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 a felmondást írásban közölték.
3. A szerződés megszűnik annak a hónapnak a végén, amikor a biztosított fél 65. (hatvanötödik) életévét betölti.
4. A szerződő fél jogosult a szerződést 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.
5. A szerződés megszűnik a biztosított fél biztosítás hatálya alá tartozó rákbetegségének első diagnózisakor, a biztosított fél halálakor, vagy az 5. § 2-4. pontja, illetve a 7. § 2. pontja szerinti megszűnés napjával, amikor ezek bármelyike elsőként bekövetkezik.

JOGUTÓDLÁS

6. §

1. A biztosítottak nem minősülő szerződő fél halála esetén annak szerződésből eredő valamennyi joga és kötelezettsége jogutódjaira száll át.

BIZTOSÍTÁSI DÍJAK

7. §

1. A biztosítási díjak a szerződő fél választása szerint a biztosítási kötvényben meghatározott összegben és a szerződő fél által 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.

A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG MÓDOSÍTÁSA

8. §

1. A szerződő fél a 4Life Directen keresztül kezdeményezheti a biztosítási összeg módosítását. A biztosító ezt követően átadja a biztosítási kötvényben biztosítási összegként meghatározott összeg módosítására vonatkozó feltételeket.
2. A biztosító a szerződő fél részére a változás elfogadásának megerősítéseként visszaigazolja a biztosítási kötvényben megjelölt 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. a) pontban foglalt 60. (hatvanadik) életévét be nem tölti.

BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGET

9. §

1. A biztosító a biztosítási összeget a biztosított fél biztosítás hatálya alá tartozó rákbetegségének első diagnózisa esetén fizeti meg, feltéve, hogy a diagnózisra kockázatviselésének

kezdőnapjától számított 90 (kilencven) nap elteltét követően, de a szerződés 5. § szerinti megszűnését megelőzően kerül sor, és amennyiben a biztosított fél az első diagnózis időpontját követően legalább 14 (tizennégy) napig életben marad.

2. Amennyiben a biztosítás hatálya alá tartozó rákbetegség első diagnózisára a kockázatviselés kezdőnapját követő 90 (kilencven) napon belül kerül sor, és amennyiben a biztosított fél az első diagnózis időpontját követően legalább 14 (tizennégy) napig életben marad, a fizetendő biztosítási összeg a megfizetett biztosítási díjak 100%-ával (száz százalékával) megegyező összeg.

A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG KIFIZETÉSE

10. §

1. A biztosítási összeg kifizetésére vonatkozó kötelezettség a biztosított fél a biztosítás hatálya alá tartozó rákbetegségének szerződés időtartama alatt megállapított első diagnózisa esetén keletkezik, amennyiben a biztosított fél az első diagnózis időpontját követően legalább 14 (tizennégy) napig életben marad.
2. 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. § 5. pontban felsorolt iratok benyújtásra kerültek.
3. A biztosítási összeg kifizetésére vonatkozó eljárás megkezdése érdekében a biztosított fél köteles a biztosítót a 4Life Directen keresztül a biztosítási esemény bekövetkezéséről értesíteni a bekövetkezést követő 7 (hét) napon belül, de legkésőbb a bekövetkezést követő 2 (két) éven belül.
4. A biztosított fél felelőssége a 10. § 2. és 5. 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 példányait is jogosult bekérni.
5. Az igénybejelentő különösen a biztosítás hatálya alá tartozó rákbetegség írásbeli diagnózisát köteles benyújtani, amely tartalmazza a diagnózis idejét és a rák típusát. A biztosító a fenti iraton túl a biztosított fél biztosítás hatálya alá tartozó rákbetegsége 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.
6. 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.

BIZTOSÍTÓ FELELŐSSÉGÉNEK KIZÁRÁSA

11. §

1. Amennyiben a szerződés megkötésekor a szerződő fél vagy a biztosított fél nem adott át minden információt pontosan és a valóságnak megfelelően, a biztosító a hatályos jogszabályok szerint mentesül a felelősség alól.

2. A *biztosítási összeg* kifizetésére vonatkozó kötelezettség nem áll be, ha a *biztosított fél biztosítás hatálya alá tartozó rákbetegségének első diagnózisa* közvetlenül az alábbi okokból merül fel, illetőleg az alábbiak következménye:

- a) melanómán kívüli bőrrák;
- b) bőrt érintő *carcinoma in situ*;
- c) *hyperkeratosis*, a hámszövet alaprétegének és laphámsejtjeinek *rákja* és melanómája;
- d) a TNM osztályozásban T2N0M0 alatti *szövetteni* osztályozású, illetve a Gleason skálán 6 pontnál alacsonyabb *szövetteni* besorolású prosztatarák;
- e) krónikus limfocitás leukémia, mely a Binet-féle beosztásban B vagy C csoportba tartozó leukémiaként került osztályozásra;
- f) szövettenilag korai *rosszindulatúnak* minősített daganatok;
- g) sugárzás, nukleáris reakció, radioaktív szennyezés, kémiai szennyezés, a mérgekkel, mérges gázokkal vagy gőzökkel való szennyeződést is beleértve;
- h) a *rák* halált követő *diagnózisa*;
- i) a *rák biztosított fél* 65. (hatvanötödik) életévének betöltését követően megállapított *diagnózisa*;
- j) nem *orvos* által felállított *diagnózis*.

3. A *biztosítási összeg* kifizetésére vonatkozó kötelezettség nem áll be, ha a *biztosított fél*:

- a) *orvosi diagnózis* által megerősített, a test bármely részét érintő előzetesen fennálló *rákban* vagy *előzetesen fennálló rosszindulatú* sejtjelváltozásban szenvedett;
- b) a szerződés kezdőnapját megelőzően *szövetteni* tesztekben meghatározott elváltozásokon esett át és/vagy *korai rosszindulatú*, nem invazív *rakkal* vagy *carcinoma in situ*val diagnosztizáltak;
- c) a daganatokkal vagy egyéb *rákra* jellemző tünetekkel összefüggésben *orvossal* konzultált és a *szerződés* kezdőnapját megelőzően vizsgálatokat végeztek rajta, ide nem értve az évenkénti rendszeres foglalkozási vizsgálatokat, évenkénti rendszeres tüdőszűrést és évenkénti rendszeres rutin nőgyógyászati vizsgálatot, és a szervezett lakosság-szűrésben végzett vizsgálatokat;
- d) a kockázatviselés kezdőnapjától számított 90 (kilencven) napon belül a *rakkal* összefüggésben bármilyen *orvosi* tanácsot kapott, tünetet mutatott, vizsgálaton ment át, gyógyszert vagy kezelést kapott, ide nem értve az évenkénti rendszeres foglalkozási vizsgálatokat, évenkénti rendszeres tüdőszűrést és évenkénti rendszeres rutin nőgyógyászati vizsgálatot, és a szervezett lakosság-szűrésben végzett vizsgálatokat.

PANASZKEZELÉS

12. §

1. Minden a szerződéssel kapcsolatos panasz, sérelem és kérdés a *biztosítónak* a *4Life Direct* 2. § 1. pontban megnevezett címén keresztül teendő meg. A panaszok és kérésekkel kapcsolatos levelezés írásban, szóban, vagy elektronikus formában történik a felek között. Minden esetben a nyilatkozatot tevő fél köteles feltüntetni a *biztosítási kötvény* számát, 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 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 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*, 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 mindenkor adatkezelési szabályzata az irányadó.

Az érintett az adatkezelőktől kérheti:

- a) tájékoztatását személyes adatai kezeléséről,
- b) személyes adatainak helyesbítését, valamint
- c) személyes adatainak – a kötelező adatkezelés kivételével – törlését vagy zárolását.

5. Az érintett kérelmére az adatkezelők tájékoztatást adnak az érintett általuk kezelt, illetve az általuk vagy rendelkezésük 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 *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 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, illetve a biztosított fél 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 nyelvű fordítások benyújtásának kötelezettsége az igénybejelentőt terheli.

3. A *biztosított fél* és a *szerződő fél* az *ajánlatban* szereplő értesítési adatok minden egyes változásáról köteles a *biztosítót 4Life Directen* keresztül tájékoztatni.
4. A *szerződést* az *ÁSZF* a *biztosítási kötvénnyel* és az *ajánlattal* együtt képezi, és egy dokumentumként kell őket értelmezni.
5. A biztosítási szerződés alapján kifizetett *biztosítási összegekre* a kifizetésük időpontjában hatályos adózási előírások az irányadók.
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.

RE/ÁSZF/v2/2016.11.25.



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