

„KÓRHÁZI BIZTONSÁG” ELNEVEZÉSŰ BIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEI

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. §

A jelen, „Kórházi Biztonság” elnevezésű biztosításra vonatkozó általános szerződési feltételek, melyeket a Red Sands Insurance Company (Europe) Limited ügyvezető testülete 2014. október 25. napján fogadott el – a továbbiakban úgy is, mint ÁSZF -, az aznapotl megkötött szerződésekre irányadó.

2. §

A jelen ÁSZF-ben használt fogalmak jelentése:

- 4Life Direct** – 4Life Direct Kft. (Budapesten bejegyzett székhelye: 1094 Budapest, Tüzoltó u. 57.), a **biztosító** biztosításközvetítője, mely a 212092570558 sorszámon szerepel a Magyar Nemzeti Bank által vezetett biztosításközvetítői és biztosítási szaknácsondai nyilvántartásban;
- betegség** – a szervezetnek a kórokozókra való, működési zavarokhoz, a szervezetben a szövetek, szervek, illetve rendszerek elváltozásához vezető, az orvosi diagnózis alapját képező reakciója, amely a szerződés tartama alatt alakul ki és kezdődik;
- előzetesen fennálló állapot** – a biztosított által a szerződés kezdő időpontja előtt elszenvedett, kórházi ápolást, orvosi szaknácsondot, kezelést vagy orvosi ellátást igénylő **betegség, betegségek** vagy **testi sérülés;**
- gyermek / gyermekek** – a biztosított fél által elartott természetes vagy örökbefogadott, 6 (hat) hónaposnál idősebb, de 18 (tizennyolc) évesnél fiatalabb, a **biztosítási kötvényben** megjelölt **gyermekek**. **Gyermeknek** minősül a 3. § 3. c) pont szerinti családi módozat esetében a házastársak velük egy háztartásban élő, a **biztosított fél** által elartott természetes vagy örökbefogadott **gyermekek** akkor is, ha az nem minősül közös **gyermeknek** az együtt élő házastársal;
- kórházi ápolás** – orvosi rendeletre bekövetkező kórházi tartózkodás a beteg egészsége megőrzésének, helyreállításának vagy javításának elősegítése céljából, mely a felvételt 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** hatálybalépését követően bekövetkező esemény, mely külső és független ok eredménye, s a **biztosított fél testi sérüléséhez** és **kórházi ápolásához** vezet;
- dupla biztosítási összeg** – a napi biztosítási összeget megduplázó kiegészítő biztosítási összeg, mely abban az esetben kerül kifizetésre, ha a kórházi ápolás baleset eredménye;
- biztosítási kötvény** – a biztosító nevében a által a **szerződés** megkötésének igazolásaként kiállított dokumentum;
- 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. 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 idősok ápolási otthonok 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 összeg** – a „Kórházi Biztonság” elnevezésű biztosítási szerződést kiegészítő (választható) szerződés, amely az előbbiek kiegészítő **biztosítási díjjal** adódik hozzá, a **biz-**

tosítási 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, Gibraltar;
- 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 sérülés**, amely **orvosi** szaktanár-csadaást, kezelést, ápolást vagy **kórházi ápolást** tesz szükségessé;
- ajánlat** – a **biztosító** által készített, **szerződés** megkötésére irányuló **ajánlat**, melyet a **szerződő fél** és a **biztosított fél** aláír;
- házastárs** – a **biztosítási kötvényben** megjelölt személy, akivel a **biztosított fél** a **szerződés** megkötésekor házastársi viszonyban van, illetőleg akivel a **biztosított fél** ezen a napon élettársi viszonyt folytat és olyan közös háztartásban él, ahol egyik félnek sem áll fenn mással házassági életközössége, bejegyzett élettársi életközössége vagy élettársi kapcsolata;
- kiegészítő-visszafizetési bónusz** – a **szerződés** 5. évfordulóját követően, majd ez után öt évente a 9. § 5. pont szerint a **biztosító** által visszafizetett összeg.

A SZERZŐDÉS TÁRGYA ÉS MÓDOZATAI

3. §

- A biztosítás tárgya a **biztosított fél kórházi ápolása**.
- A biztosítás a **biztosított félnek** a **szerződés** időtartama alatt **baleset** vagy **betegség** eredményeként bekövetkezett **kórházi ápolására** terjed ki a jelen ÁSZF feltételei szerint, azaz a kikötéssel, hogy a **baleset** következményeként szükségessé váló **kórházi ápolásra** a **balesetet** követő 30 (harminc) napon belül sor kerül.
- A **szerződés** három lehetséges módon köthető meg:
 - kizárólag egy főre vonatkozó módozat, egyetlen **biztosított félre** vonatkozóan;
 - egy fő és **házastársra** vonatkozó módozat, a **házastársra**, mint kiegészítő **biztosított félre** vonatkozóan;
 - családi módozat, házastársra és maximum 3 (három) gyermekre, mint a **biztosított 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 MEGKÖTÉSE

4. §

- A **szerződés** az alábbi feltételek együttes teljesítése esetén köthető meg:
 - a **szerződés** megkötésének napján **biztosított fél** érvényes TAJ (Társadalombiztosítási azonosító) számmal rendelkezik;
 - a **szerződő fél** a **biztosító** részére magyarországi lakcímet adott meg, mely a felek közti levelezés során értesítési címként funkcionál;
 - a **szerződés** megkötésének napján mind a **szerződő fél**, mind pedig a **biztosított fél** betöltötte a 18. (tizennyolcadik) életévét (kivéve, ha a **biztosítási kötvényben** **gyermekként** szerepel a **biztosított fél**), valamint a **biztosított fél** a 76. (hetvenhatodik) életévtől még nem töltötte be;
 - a **biztosító** a **szerződő fél** és a **biztosított fél** által aláírt **ajánlatot** megkapta;
 - a **szerződő fél** a **biztosítási díjat** megfizette;
 - a **biztosító** az **ajánlatot** valamint a **szerződés** létrejöttének igazolására a **biztosítási kötvényt** kiállította.
- 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.

- A **biztosító** fenntartja annak jogát, hogy a **szerződés** megkötését elutasítsa, vagy, hogy a **szerződés** feltételeinek módosítására tegyen javaslatot, a jogszabályoknak megfelelően.

A SZERZŐDÉS IDŐTARTAMA

5. §

- A **szerződés** a **biztosítási kötvényben** meghatározott napon lép hatályba, vagy az első **biztosítási díj** megfizetését követő napon lép hatályba, attól függően, hogy ezek közül melyik valósul meg később.
- A **szerződő fél** a **szerződéstől** jogosult a **biztosító** nak 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 közölte.
- A **szerződés** a kezdőnapotól számított 5 (öt) éves időtartamra jön létre az alábbi 6. és 7. §-nek megfelelően. Amennyiben a **biztosító** **szerződés** felet ettől eltérően nem tájékoztatja, ekkor a **szerződés** változatlan feltételekkel további 5 (öt) évre automatikusan meghosszabbodik.
- Amennyiben **szerződő fél** a **biztosítási díjat** a **biztosító** által javasolt módosítások érvényesítése után is megfizeti, ez **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.
- 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**.
- Amennyiben a jogosult **gyermekek** a 18. (tizennyolcadik) életévüket elérik, a jelen **szerződés** feltételei szerint a rájuk vonatkozó fedezet megszűnik. Amennyiben **biztosított fél** vagy a **házastárs** a 80. (nyolcvanadik) életévét eléri, a fedezet az ezen életkor 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.

6. §

- 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.
- Ha a **szerződés** 1 fő és **házastársra** vonatkozó vagy a 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 egyéni **szerződés** 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.
- Ha a **szerződés** egy fő és **házastársra** vonatkozó módozattal kerül megkötésre, a 2. § 21. 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.
- Ha a **szerződés** családi módozattal kerül megkötésre, a 2. § 21. pontjában hivatkozott házasság vagy élettársi közösség megszűnését követően a gyermeknek nem minősülő **biztosítottak** jóváhagyását követően a **szerződés** családi módozattal, annak meglévő feltételei mellett, vagy pedig a **biztosító** által szolgáltatott egyéb feltételekkel folytatható.
- A **biztosított félnek** nem minősülő **szerződő fél** halála esetén a **biztosított fél** jogosult a **szerző-**

désbe szerződő félként belépni. A belépéstől fogva a szerződő fél jogai és kötelezettségei a biztosított felet illetik.

BIZTOSÍTÁSI DÍJAK

7. §

1. A biztosítási díjak a biztosítási kötvényben meghatározott, szerződő fél választása szerinti összegben és rendszerességgel esedékesek.
2. Amennyiben a biztosító által közölt előzetes tájékoztatás ellenére a szerződő fél egy lejárt esedékeségű biztosítási díjat a felszólítás kézhezvételének napjától számított 30 (harminc) napon belül nem fizet meg, a szerződés további értesítés nélkül az eredeti esedékeség utolsó napjára visszamenőleges hatállyal megszűnik.
3. A biztosítási díjak fizetésében mutatkozó hátralék esetén az átutalt összegek elsődlegesen a hátralék összegére kerülnek eszámolásra.

A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG MÓDOSÍTÁSA

8. §

1. Biztosító a szerződő fél felhívására, a biztosított fél hozzájárulásának kézhezvételét követően átadja azokat a feltételeket, amelyek alapján a biztosítási kötvénybe újabb gyermekeket lehet belefoglalni, illetve a módozat és a biztosítási kötvényben meghatározott napi biztosítási összeget változtatni lehet.
2. A biztosítási kötvény említett módosításainak viszaigazolásaként biztosító szerződő félnek új biztosítási kötvényt ad át.
3. Amennyiben a biztosítási kötvénybe újabb biztosított személy kerül be, a 9. §-ban hivatkozott feltételek, kizárólag az újabb hozzáadott személyre vonatkozólag, az említett újabb biztosított személy belépésének időpontjától számítanak.
4. A napi biztosítási összeg növelése esetén a 9. § 4. 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.

BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

9. §

1. Biztosító a biztosítási összeget abban az esetben fizeti ki, ha biztosított fél baleset vagy betegség eredményeként 2 (kettő) napot meghaladó időre kórházi ápolásra szorul.
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 díjjal 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 következő esetekben „várákzási időt” kell figyelembe venni:
 - a) Kórházi ápolás baleset következtében – a fedezetet a kockázatviselés kezdő időpontjától azonnal biztosítjuk (azaz várákzási idő nincs);
 - b) Kórházi ápolás betegség következtében – a fedezetet a kockázatviselés kezdő időpontjától 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 ápolások közötti időszak, amelyre biztosítási összeg került kifizetésre, a 12 (tizenkettő) hónapot meghaladja.
5. Minden egyes 5 (öt) éves évfordulón a szerződés 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, s a megelőző 5 (öt) év folyamán követelés kifizetésére nem került sor.
6. A biztosító vállalja a biztosítási díj megfizetésének a kötelezettségét a „Kórházi Biztonság” szerződésre vonatkozóan azon hónapokra, amikor a 10. §. 1. pont alapján a biztosítási összeg kerül kifizetésre.
7. Abban az esetben, ha azon hónapra, amelyben biztosítási összeg került kifizetésére, 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 hatálybalépés napját követően bekövetkezett kórházi ápolása esetén keletkezik. A biztosítási összeg kifizetésére 7 (hét) munkanapon belül kerül sor azt az időpontot követően, hogy 4Life Direct-hez a 4Life Direct weboldalon bemutatott minta szerinti hiánytalan kérelem és az ott felsorolt iratok benyújtásra kerültek. A kifizetett biztosítási összeg a biztosítási kötvényben és a 9. §-ban meghatározottak szerint alakul.
2. A biztosítási összeg kifizetésére vonatkozó eljárás megkezdése érdekében a biztosított fél köteles felvenni a kapcsolatot a biztosítóval a 4Life Direct –en keresztül.
3. A 10. §-ban meghatározott hiánytalan kifizetési kérelem benyújtása és dokumentumok csatolása az igénybejelentő fél kötelezettsége, mely benyújtás egyben az igény elbírálásának előfeltétele.
4. Igénybejelentő fél köteles a biztosítót a 4Life Direct-en keresztül a biztosítási összeg kifizetését megalapozó eseményről a bekövetkezés időpontjától számított 7 (hét) napon belül értesíteni, vagy amennyiben az igénybejelentő az egészségi állapotából eredő, említett bejelentés megtételére képtelen, e képtelenség megszűnését követő 7 (hét) napon belül, de legkésőbb a biztosítási összeg kifizetését megalapozó esemény bekövetkezését követően 1 éven belül.
5. 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.
6. Igénybejelentő köteles minden információt a valóságnak megfelelően megadni. Jogszabályba ütköző vagy valótlan állításokra alapozott igénybejelentés esetén biztosítónak joga van ennek megakadályozására bármely lépést megtenni.

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. § 4. 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, 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 engedéllyel rendelkező pilótával, rögzített szárnyú, érvényes repülési alkalmassági tanúsítvánnyal rendelkező repülőgépen utazik, melyet szabályos engedéllyel 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) Szépészeti jellegű illetve egészségügyi célú fogászati kezelés;
 - n) Kozmetikai vagy plasztikai sebészeti kezelés, terméketlenség, mesterséges megtermékenyítés, fogamzásgátlás, terhesség-megszakítás, elhízás vagy a biztosított fél saját választása szerint igénybevevett kezelés, kivéve, ha ezek baleset során elszenvedett sérülések következményei;
 - o) Egészségvédő vagy ápolási intézményekben, szanatóriumban, prevenció 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) Veszélyes és szünettel összefüggő állapotok vagy rendellenességek, amelyekben biztosított fél már a szerződés 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.

VEGYES RENDELKEZÉSEK

12. §

1. A szerződő felek valamennyi értesítést és nyilatkozatot 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.

13. §

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

KB/ÁSZF/v3/2014.10.25.

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