

„KÓRHÁZI BIZTONSÁG” ELNEVEZÉSŰ BIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEI

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. §

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

2. §

A jelen ÁSZF-ben használt fogalmak jelentése:

1. *4Life Direct* – 4Life Direct Kft. (Budapesten bejegyzett székhelye: 1094, Budapest, Túzoltó u. 57.), a *biztosító* biztosításközvetítője, mely a 212092570558 sorszámon szerepel a Magyar Nemzeti Bank által vezetett biztosításközvetítői és biztosítási szaktanácsadói nyilvántartásban;
2. *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;
3. *előzetesen fennálló állapot* – a *biztosított* által a szerződés kezdő időpontja előtt elszenvedett, *kórházi ápolást*, orvosi szaktanácsot, kezelést vagy *orvosi ellátást* igénylő *betegség*, *betegségek* vagy *testi sérülés*;
4. *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 módoszat 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 *házastárssal*;
5. *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;

6. *orvos* – megfelelően képzett, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint bejegyzett és engedéllyel rendelkező gyakorló orvos, aki gyakorlatát Magyarország törvényei szerint folytatja;
7. *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;
8. *dupla biztosítási összeg* – a *napi biztosítási összeget* megduplázó *kiegészítő biztosítási összeg*, mely abban az esetben kerül kifizetésre, ha a *kórházi ápolás baleset* eredménye;
9. *biztosítási kötvény* – a *biztosító* nevében a 4Life Direct által a *szerződés* megkötésének igazolásaként kiállított dokumentum;
10. *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;
11. *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 otthonai és az elmebetegségek kezelési központjai még akkor sem tartoznak bele, ha azok a magyar törvények

értelmében fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónak minősülnek;

12. *biztosítási összeg* – biztosítási esemény esetén a *biztosított félnek* járó összeg, melyet a *szerződés* feltételei szerint kell megfizetni;
13. *kiegészítő biztosítási összeg* – a „Kórházi Biztonság” elnevezésű biztosítási szerződést kiegészítő (választható) szerződés, amely az előbbihez kiegészítő *biztosítási díjjal* adódik hozzá, s a *biztosítási kötvényben* ily módon van feltüntetve;
14. *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;
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* – Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, melynek címe: Level 3 Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltár;
18. *szerződés* – a Kórházi Biztonság biztosítási szerződés, mely az *ajánlat* alapján, az *ÁSZF*-fel összhangban került megkötésre;
19. *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;
20. *ajánlat* – a *biztosító* által készített, *szerződés* megkötésére irányuló ajánlat, melyet a *szerződő fél* és a *biztosított fél* aláír;
21. *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;

22. készpénz-visszafizetési bónusz – a szerződés 5. évfordulóját követően, majd ez után ötévente a 9. § 5. pont szerint a biztosító által visszafizetett összeg.

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* három 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 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. §

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 gyermekeként* szerepel a *biztosított fél*), valamint a *biztosított fél* a 76. (hetvenhatodik) 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, vagy, hogy a *szerződés* feltételeinek módosítására tegyen javaslatot, a jogszabályoknak megfelelően.

A SZERZŐDÉS IDŐTARTAMA

5. §

1. A *szerződés* a *biztosítási kötvényben* meghatározott kezdőnapon lép hatályba.
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 az felmondást írásban közölték.
3. A *szerződés* a kezdőnaptól számított 5 (öt) éves időtartamra jön létre az alábbi 6. és 7. §-nek 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 *szerződő fél* részéről a *szerződés* meghosszabbítás 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 *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.

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* 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 *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. § 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 *szerződésbe szerződő félként* belépni. A belépéstől fogva a *szerződő fél* jogai és kötelezettségei a *biztosított felet* illetik.

BIZTOSÍTÁSI DÍJAK

7. §

- A *biztosítási díjak* a *biztosítási kötvényben* meghatározott, *szerződő fél* választása szerinti összegben és rendszerességgel esedékesek.
- 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 díjak* fizetésében mutatkozó hátralék esetén az átutalt összegek elsődlegesen a hátralék összegére kerülnek elszámolásra.

A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG MÓDOSÍTÁSA

8. §

- A *szerződő fél* a *4Life Direct*-en 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.

- A *biztosítási kötvény* említett módosításainak visszaigazolásként *biztosító szerződő félnek* új *biztosítási kötvényt* ad át.
- 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.
- 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. §

- Biztosító* a *biztosítási összeget* abban az esetben fizeti ki, ha *biztosított fél baleset* vagy *betegség* eredményeként 2 (kettő) napot meghaladó időre *kórházi ápolásra* szorul.
- 5 (öt) év alatti *gyermek*ek vonatkozásában a *napi biztosítási összeg* a *biztosítási kötvényben* meghatározott *napi biztosítási összeg* 50%-a.
- A *biztosítási összeg* a *kórházi ápolás* egymást követő napjaira kifizetett *napi biztosítási díjjal* egyezik meg, de egy meghatározott *betegsége* vagy *sérülésre* illetve az ezekkel kapcsolatos további *betegsége*, *testi sérülésre* vagy *balesetre* maximum 90 (kilencven) nap vehető figyelembe.
- A következő esetekben „várakozási időt” kell figyelembe venni:
 - Kórházi ápolás baleset* következtében – a fedezetet a kockázatviselés kezdő időpontjától azonnal biztosítjuk (azaz várakozási idő nincs);
 - Kórházi ápolás betegség* következtében – a fedezetet a kockázatviselés kezdő időpontját követően 6 (hat) hónappal biztosítjuk;
 - 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.

- 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, és a megelőző 5 (öt) év folyamán követelés kifizetésére nem került sor.
- 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.
- 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. §

- 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* weboldalán bemutatott minta szerinti hiánytalan szolgáltatási igénybejelentő lap és az ott valamint a 10. § 7-8. pontban felsorolt iratok benyújtásra kerültek. A kifizetett *biztosítási összeg* a *biztosítási kötvényben* és a 9. §-ban meghatározottak szerint alakul.
- A *biztosítási összeg* kifizetésére vonatkozó eljárás megkezdése érdekében a *biztosított fél* köteles felvenni a kapcsolatot a *biztosítóval* a *4Life Direct* –en keresztül.
- A 10. §-ban meghatározott hiánytalan és aláírt szolgáltatási igénybejelentő lap benyújtása és

dokumentumok csatolása az igénybejelentő fél kötelezettsége, mely benyújtás egyben az igény elbírálásának előfeltétele. A dokumentumok a nyomtatványon meghatározott formátumban csatolandók, de a *biztosító*, amennyiben a *biztosítási összeg* kifizetésének jogossága vonatkozásában indokoltnak látja, a dokumentumok eredeti példányait is jogosult bekérni.

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 bekövetkeztét követő 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.
7. 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 körelőzményi adatairól, (iii) a kórházi kezelésről szóló orvosi jelentés, (iv) a kórházi kezelés 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) örökbe fogadás

esetében a szülői felügyeleti jogot igazoló dokumentumok. Ha a kórházi kezelés oka baleset volt, az igénybejelentő az alábbi dokumentumok csatolására is köteles: (vii) rendőrségi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben készült, (viii) a munkáltató által készített baleseti jegyzőkönyv, amennyiben készült, (ix) tanúvallomás a baleset körülményeiről teljes bizonyító erejű magánokirati formában, ha a (vii)-(viii) pontban foglaltak egyike sem készült.

8. 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. § 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 (húszt) 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) Szépészeti jellegű illetve egészségügyi célú fogászati kezelés;
- n) Kozmetikai vagy plasztikai sebészeti kezelés, termékletlenség, mesterséges megtermékenyítés, fogamzásgátlás, terhesség-megszakítás, elhízás vagy a *biztosított fél* saját választása szerint igénybevett kezelés, kivéve, ha ezek *baleset* során elszenvedett sérülés következményei;
- o) Egészségvédő vagy ápolási intézményekben, szanatóriumokban, 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) Veszélyesített és születéssel 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 értesítését és nyilatkozatát a másik féllel a feladó költségén írásban vagy elektronikus kommunikációs csatornákon kell közölni, melyet a *biztosítónak* el kell fogadnia és elektronikus adathordozón kell rögzítenie.
2. A *szerződő fél* vagy a *biztosított fél* által kiadott valamennyi értesítést, illetve nyilatkozatot magyar nyelven, a 4Life Direct fenti 2. § 1. pontjában megadott címére kell küldeni. Abban az esetben, amennyiben a *biztosítási összegek* kifizetésére vonatkozó dokumentumok magyar nyelvre történő fordítása szükségessé válik, a hiteles magyar fordítások benyújtásának kötelezettsége az igénybejelentőt terheli.
3. A *biztosított fél* és a *szerződő fél* köteles a *biztosítót* a *4Life Direct-en* keresztül az *ajánlatban* szereplő értesítési adatok minden változásáról tájékoztatni.

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 irányadók.
3. A jelen *ÁSZF-ben* nem szabályozott kérdésekben a magyar jogszabályok vonatkozó rendelkezései az

irányadók.

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/v4/2014.12.25.