

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. §

1. A jelen, „Kórházi Biztonság” elnevezésű biztosításra vonatkozó általános szerződési feltételek, melyeket a Red Sands Insurance Company (Europe) Limited ügyvezető testülete 2015. szeptember 25. napján fogadott el – a továbbiakban úgy is, mint ÁSZF -, az azeptől megkötött szerződésekre irányadó.

2. §

A jelen ÁSZF-ben használt fogalmak jelentése:

- 4Life Direct** – 4Life Direct Kft. (Budapesten bejegyzett székhelye: 1094 Budapest, Tűzoltó u. 57.), a *biztosító* biztosításközvetítője, mely a 212092570558 sorszámon szerepel a Magyar Nemzeti Bank által vezetett biztosításközvetítói és biztosítási szaktanácsadói nyilvántartásban;
- 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* által a szerződés kezdő időpontja 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 *gyermekek* az együtt élő *házastárssal*;
- kemoterápia** – rendszeres módja a rák kezelésének rákellenes szerekkel, melyeket vagy intravénás módszerrel, vagy szájon át alkalmaznak. A kezelés járó-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* 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, balesetenként maximum 14 (tizennégy) napra;
- biztosítási kötvény** – a *biztosító* nevében a 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 munka-időben 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 idősek 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 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;
 - 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 szaktanácsadás, 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;
 - késszépénz-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. §

- 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, azzal 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 teljesülése 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) életévét még nem töltötte be;
 - a *biztosító* a *szerződő fél* és a *biztosított fél* által aláírt ajánlatot megkapta;
 - a *biztosító* az ajánlatot megvizsgálta és elfogadta, 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, 4. § 1. d) pont szerinti 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. §

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 a 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 *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 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. § 23. 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.
4. Ha a szerződés családi módozattal kerül megkötésre, a 2. § 23. 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.
5. 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.

BIZOSÍTÁSI 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 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 mutatókhoz hátralék esetén az átutalt összegek elsődlegesen a hátralék összegére kerülnek elszámolásra.

A BIZOSÍTÁSI ÖSSZEG MÓDOSÍTÁSA

8. §

1. 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.
2. A biztosítási kötvény említett módosításainak visszaigazolásaként 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. § 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.

BIZOSÍTÁSI 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. 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 díjjal egyezik meg, de egy meghatározott betegségre vagy sérülésre illetve az ezekkel kapcsolatos további betegségekre, testi sérülésre vagy balesetre maximum 90 (kilencven) nap vehető figyelembe.
4. A szerződés tartama alatt a biztosító a 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 kezdő időpontjától azonnal biztosítjuk (azaz várakozási idő nincs);
 - b) Kórházi ápolás betegség következtében – a fedezetet a kockázatviselés kezdő időpontját 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 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.
7. 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.
8. 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 BIZOSÍTÁSI 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 weboldalán bemutatott minta szerinti kitöltött 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 félnek 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 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 indokoltan 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 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 kezeléssel szembe fordított 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 szülő házassági anyakönyvi kivonata, (vii) örökbefogadás esetében a szülői felügyeleti jogot igazoló dokumentumok. Ha a kórházi kezelés oka baleset volt, az igénybejelentő az alábbi dokumentumok csatolására is köteles: (viii) 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.
 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 indokoltan látja.
- 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 Magyarországi 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) Szépségti 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 igénybevett kezelés, kivéve, ha ezek *baleset* során elszenvedett sérülés következményei;
 - o) Egészségvédő vagy ápolási intézményekben, szanatóriumokban, preventív 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) Vele született és születéssel összefüggő állapotok vagy rendellenességek, amelyekben *biztosított fél* már a *szerződés* kezdőnapja előtt is szenvedett;
 - r) Az illetékes magyarországi szervek által járválynak 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/v5/2015.09.25.

A BIZTOSÍTÓ FELELŐSSÉGÉNEK KIZÁRÁSA

11. §

1. A *biztosítási összeg* kifizetésére vonatkozó kötelezett ség 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, 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;



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