

„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 2013. november 25. napján fogadott el – a továbbiakban úgy is, mint ÁSZF –, az aznapotól 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 biztosításközvetítői és biztosítási szaktanácsadói nyilvántartásban;
- betegség** – a szervezetnek a kórokozókra való, működési zavarokhoz, a szervezetben a szövetek, szervek, illetve rendszerek elváltozásához vezető, az orvosi diagnózis alapján képező reagálása, amely a szerződés tartama alatt alakul ki és kezdődik; a jelen ÁSZF értelmezésében a terhesség, illetve a terhességből eredő kór nem számít *betegségnek*;
- előzetesen fennálló állapot** – a *biztosított* által a szerződés kezdő időpontja előtt elszünetelt, kórházi ápolást, orvosi szaktanácsot, kezelést vagy orvosi ellátást igénylő *betegség*, *betegségek* 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*;
- 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 gyakorlati orvos, aki gyakorlatát Magyarország törvényei szerint folytatja;
- baletet** – az egészségi állapoton kívül eső és a *biztosított fél* által nem befolyásolható olyan erősztakos és hirtelen 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 összeg, mely abban az esetben kerül kifizetésre, ha a *kórházi ápolás* *baletet* 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 CLIV. törvény 3. § a) pontjában meghatározott egészségügyi intézmény, az a jó állapotban levő, teljes munkaidőben szakképzett egészségügyi személyzetet alkalmazó, a Magyarország területén található *kórház*, létesítmény vagy egészségügyi szolgáltató, melybe azonban a gondozási és kezelési létesítmények, a gondozási létesítmények, a gyógyfürdők, a sanatóriumok, a hospice ellátást nyújtó létesítmények, a kezelési központok és gyógyfürdők, a fürdő, a hidroterápia, a kábítószer-élvezőket kezelő központok, a lábadozó betegek és idősok ápolási otthonai, a klinikák és az elmebetegségek kezelési központjai még akkor sem tartoznak bele, ha azok a magyar törvények értelmében *kórháznak* 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* általban mechanikai erő, vegyszer vagy hőmérséklet okozta olyan fizikai, *testi sérülése*, amely orvosi szaktanácsadást, 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 szerződésben meghatározott esemény bekövetkezésének napján *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;
- készpénz-visszafizetési bónusz** – a szerződés 5. évfordulóját követően, majd az után öt évente a 9. § 5. pont szerint a *biztosító* által visszafizetett összeg.

A SZERZŐDÉS TÁRGYA ÉS HATÁLYA

3. §

- A biztosítás tárgya a *biztosított fél kórházi ápolása*.
- A biztosítás a *biztosított félnek* a szerződés időtartama alatt *baletet* vagy *betegség* eredményeként bekövetkezett *kórházi ápolására* terjed ki a jelen ÁSZF feltételei szerint, azzal a kikötéssel, hogy a *baletet* következményeként szükségessé váló *kórházi ápolásra* a *baletet* 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 opció 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) életévét 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 elállni. Szerződő fél általi elállás esetén a *biztosító* köteles a szerződő fél részére minden biztosítási díjat visszafizetni, feltéve, hogy az elállást írásban közölte.
- A szerződés a kezdőnaptól számított 5 (öt) éves időtartamra jön létre az alábbi 6. és 7. §-nak megfelelően. Amennyiben a *biztosító* szerződő felet ettől eltérően nem tájékoztatja, ekkor a szerződés változatlan feltételekkel további 5 (öt) évre automatikusan meghosszabbodik.
- 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.
- 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. §

- Az alábbi 2. pontnak megfelelően a szerződés *biztosított fél* halálával, illetve azon a napon lejár, amikor *biztosított fél* a 80. (nyolcvanadik) életévét eléri.
- Ha a szerződés 1 fő és *házastársra* vonatkozó vagy a családi módozattal kerül megkötésre, a *házastárs* sak 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 esedékességük megfelelően megfizeti. Ilyen esetben az egy fő és *házastársra* vonatkozó szerződés változatlan napi *biztosítási összeg* mellett egyéni szerződéssé alakul át, míg a családi opció 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 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.
- 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* az eredeti esedékesség

- napijától számított 30 (harminc) napon belül nem fizet meg, biztosító kötelezettsége és a szerződés hatálya az utolsó megfizetett biztosítási díjjal lefedett időszak végén további értesítés nélkül megszűnik, hacsak a biztosított fél nem dönt akként, hogy belép a szerződésbe szerződő félként, és megfizeti a késedelmes biztosítási díjat ugyanazon 30 napon belül.
3. A biztosítási díjak fizetésében mutatkozó hátralék esetén az átutalt összegek elsődlegesen a hátralék összegére kerülnek elszámolásra.

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 *gyermeket* lehet belefoglalni, illetve az opciót és a *biztosítási kötvényben* meghatározott napi *biztosítási összeget* változtatni lehet.
2. A *biztosítási kötvény* említett módosításainak vizsgálásaként *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 *gyermek*ek 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 maximum 90 (kilencven) nap vehető figyelembe.
4. 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 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 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 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 *4Life Direct* -tel.
 3. A 10. §-ban meghatározott hiánytalan kifizetési kérelem benyújtása az igénybejelentő fél kötelezettsége, mely benyújtás egyben az igény elbírálásának előfeltétele.
 4. Igénybejelentő fél köteles *4Life Direct*-et 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 való képtelen, e képtelenség megszűnését követő 7 (hét) napon belül, de legkésőbb a *biztosítási összeg* kifizetését megalapozó esemény bekövetkeztét követő 1 éven belül.
 5. Igénybejelentő köteles minden információt a valószínűleg megfélemlően 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 okból 12 (tizenkettő) hónapon belül ismét kórházba kerül;
 - b) Olyan *sérülés*, mely bármilyen katonai, védelmi, rendőrségi szervnél, személyek és vagyon védelmének *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 (akár beszámítható, akár nem beszámítható állapotban követte el);
 - e) Hegymászás, víz alatti tevékenységek, barlangászat, ejtőernyőzés, sárkányrepülés, bungee jumping, téli-, vízi-, illetve motoros sportok, profi sporttevékenység;
 - f) 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;
 - g) Bármilyen jogszabályellenes magatartás;
 - h) Alkoholos befolyásoltság vagy gyógyszer Magyarország jogszabályai által előírt módon nyilvántartásba vett egészségügyi szakember által felírt módtól eltérő szedése miatt bekövetkezett *baleset*, *betegség* vagy *kórházi ápolás*;
 - i) Rutinszerű vagy egyéb opcionális vizsgálat céljából igénybe vett *kórházi ápolás*, amely nem *baleset* vagy *betegség* közvetlen következménye;
 - j) *Előzetesen fennálló állapot*;
 - k) Kábítószerrel való visszaélés, drogfüggőség, szenvedélybetegség, pszichológiai vagy pszichiátriai természetű *betegség* vagy rendellenesség kezelése;
 - l) Szépségeti jellegű illetve egészségügyi célú fogászati kezelés;
 - m) 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;
 - n) Egészségvédő vagy ápolási intézményekben, szanatóriumban, prevenciós és hospice intézményekben, gyógycentrumokban és gyógyfürdőkben való tartózkodás, hidroterápia vagy karanténban való tartózkodás;
 - o) Magyarország vonatkozó jogszabályai alapján nyilvántartásba vett orvos által nem javasolt *kórházi ápolás*;

- p) Veszélyes és születéssel összefüggő állapotok vagy rendellenességek, amelyekben biztosított fél már a *szerződés* kezdőnapja előtt is szenvedett;
 - q) Az illetékes magyarországi szervek által járványnak minősített megbetegedések;
 - r) Sugárzás, nukleáris reakció, radioaktív szennyezés, kémiai szennyezés, a mérgekkel, mérges gázokkal vagy gőzökkel való szennyeződést is beleértve;
 - s) Orvosi műhiba.
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 elektronikusan 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 *4Life Direct*-et az *ajánlatban* szereplő értesítési adatok minden változásáról tájékoztatni.

13. §

1. A biztosítási *szerződés* alapján kifizetett *biztosítási összegek*re a kifizetésük időpontjában hatályos adózási előírások az irányadók.
2. A jelen ÁSZF-ben nem szabályozott kérdésekben a magyar jogszabályok vonatkozó rendelkezései az irányadók.
3. A szerződő felek között felmerülő jogvita esetén felek az illetékes rendes magyar bíróságokhoz fordulhatnak.
4. A *biztosítási összegre* vonatkozó igény a *biztosítási összeg* kifizetését megalapozó esemény bekövetkezésének napjától számított 1 (egy) év elteltével elévül.

KB/ÁSZF/v1/2013.11.25.



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