

„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. július 25. napján fogadott el – a továbbiakban úgy is, mint ÁSZF -, az aznapotl megkötött szerződésekre irányadó.

2. §

A jelen ÁSZF-ben használt fogalmak jelentése:

- 1. Life 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;
- 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; a jelen ÁSZF értelmezésében a terhesség, illetve a terhességből eredő kór nem számít **betegségnek**;
- 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 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 **gyermeke** akkor is, ha az nem minősül közös **gyermeknek** az együtt élő **házastársal**;
- 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 **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 egészségügyi intézmény, az a jó állapotban levő, teljes munkaidőben szakképzett egészségügyi személyzetet alkalmazó, a Magyarország területén található **kórház**, létesítmény vagy egészségügyi szolgálat, melybe azonban a gondozási és kezelési létesítmények, a gondozási létesítmények, a gyógyfürdők, a szanatóriumok, a hospice ellátást nyújtó létesítmények, a kezelési központok és gyógyfürdők, a fürdő, a hidrotérápia, a kábítószer-élvezőket kezelő központok, a lábadozó betegek és idősek ápolási otthonai, a klinikák és az elmebetegségek kezelési központjai még akkor sem tartoznak bele, --ha azok a magyar törvények értelmében **kórháznak** 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, Gibraltar;
- 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 ötvenente 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 szükségesse váló **kórházi ápolásra** a **balesetet** követő 30 (harminc) napon belül sor kerül.
- 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. §

- 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 gyermekként** 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 **szerződő fél** a biztosítási díjat megfizette;
 - f) 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 azonos-

ban, 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 az felmondást írásban közölte.
- A **szerződés** a kezdőnapotól 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.
- 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 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, 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 **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.
- 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.

5. A *biztosított félnek* nem minősülő *szereződő fél* halála esetén a *biztosított fél* jogosult a *szereződésbe szerződő félként* belépni. A belépéstől fogva a *szereződő fél* jogai és kötelezettségei a *biztosított felet* illetik.

BIZTOSÍTÁSI DÍJAK

7. §

1. A *biztosítási díjak* a *biztosítási kötvényben* meghatározott, *szereződő fél* választása szerinti összegben és rendszerességgel esedékesek.
2. Amennyiben a *biztosító* által közölt előzetes tájékoztatás ellenére a *szereződő 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 visszamenőlegesen hatállyal megszűnik.
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 *szereződő fél* felhívására, a *biztosított fél* hozzájárulásának kézhezvételét követően átadja azokat a feltételeket, amelyek alapján a *biztosítási kötvénybe* újabb *gyermeket* lehet belefoglalni, illetve az módokat és a *biztosítási kötvényben* meghatározott napi *biztosítási összeget* változtatni lehet.
2. A *biztosítási kötvény* említett módosításainak visszaigazolásként *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 feltételek 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 *betegsége* vagy *sérülése*re illetve az ezekkel kapcsolatos további *betegsége*, *testi sérülése*re vagy *balesetre* 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 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 ápolás*ok közötti időszak, amelyre *biztosítási összeg* került kifizetésre, a 12 (tizenkettő) hónapot meghaladja.
5. Minden egyes 5 (öt) éves évfordulón a *szereződés* 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 *szereződő félnek* megfizetni, ha a *szereződés* 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” *szereződésre* 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* 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 *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 *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 képtelen, e képtelenség megszüntetését követő 7 (hét) napon belül, de legkésőbb a *biztosítási összeg* kifizetését megalapozó esemény bekövetkezését 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 *biztosított* 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, munkabeszakadás (lock-out), zendülés, felkelés, forradalom, hatalom bitorlása, fegyveres – katonai vagy katonai jellegű – erők betevése;
 - 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), robbanószerrel 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 repülés 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, szennyezőbetegség, 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 igénybe vett kezelés, kivéve, ha ezek *baleset* során elszenvedett sérülés következményei;
 - o) Egészségvédő vagy ápolási intézményekben, sanatóriumban, 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 születéssel összefüggő állapotok vagy rendellenességek, amelyekben *biztosított fél* már a *szereződés* kezdőnapja előtt is szenvedett;
 - r) Az illetékes magyarországi szervek által járványának minősített megbetegedések;
 - s) Sugárzás, nukleáris reakció, radioaktív szennyezés, kémiai szennyezés, a mérgekkel, mérges gázokkal vagy gőzökkel való szennyeződést is beleértve;
 - t) 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 elektronikus kommunikációs csatornákon kell közölni, melyet a *biztosítónak* el kell fogadnia és elektronikus adathordozón kell rögzítenie.
2. A *szereződő 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 *szereződő fél* köteles a *biztosított* a *4Life Direct*-en keresztül az ajánlatban szereplő értesítési adatok minden változásáról tájékoztatni.

13. §

1. A *biztosítási szerződés* alapján kifizetett *biztosítási összegekre* 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/v2/2014.07.25.

E. O'Regan

Ügyvezető Igazgató
Red Sands Insurance Company (Europe) Limited