„KÓRHÁZI BIZTONSÁG” ELNEVEZÉSŰ BIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEI 2018.11.15.

redsands

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. §

1. A jelen, „Kórházi Biztonság” elnevezésű biztosításra vonatkozó általános *szerződési* feltételek, melyeket a Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited ügyvezető testülete 2018. október 16. napján fogadott el – a továbbiakban úgy is, mint *ÁSZF* -, a 2018. november 15. napjától megkötött *szerződésekre* irányadó.

FOGALMAK

2. §

A jelen ÁSZF-ben használt fogalmak jelentése (amennyiben azokra az *ÁSZF* a jelen pont szerinti tartalommal hivatkozik, a szavakat dőlt betű jelzi):

1. ***4Life Direct*** – 4Life Direct Kft. (Budapesten bejegyzett székhelye: 1138 Budapest, Madarász Viktor u. 47-49), 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* kockázatviselésnek kezdőnapja előtt elszenvedett, *kórházi ápolást, orvosi* szaktanácsot, kezelést vagy *orvosi* ellátást igénylő *betegség, betegségek, baleset* 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*. *Gyermeknek* minősül a 3. § 3. c) pont szerinti családi módozat esetében a *házastársak* velük egy háztartatásban élő, a *biztosított fél* által eltartott természetes vagy örökbefogadott *gyermeke* akkor is, ha az nem minősül közös *gyermeknek* az együtt élő *házastárssal*;
5. ***kemoterápia*** – rendszeres módja a rák kezelésének rákellenes szererekkel, 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*;
6. ***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;
7. ***orvos*** – megfelelően képzett, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint bejegyzett és engedéllyel rendelkező gyakorló *orvos*, aki gyakorlatát Magyarország törvényei szerint folytatja;
8. ***baleset*** – az egészségi állapoton kívül eső és a *biztosított fél* által nem befolyásolható olyan erőszakos és hirtelen a *szerződés* kockázatviselésének kezdőnapját követően bekövetkező esemény, mely külső és független ok eredménye, s a *biztosított fél testi sérüléséhez* és *kórházi ápolásához vezet*;
9. ***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;
10. ***biztosítási kötvény*** – a *biztosító* nevében a *4Life Direct* által a *szerződés* megkötésének igazolásaként kiállított dokumentum;
11. ***sugárkezelés*** – rosszindulatú daganatok ionizáló sugárzással történő kezelése;
12. ***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;
13. ***kórház*** – az egészségügyről szóló 1997. évi 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 idősek ápolási otthonai és az elmebetegségek kezelési központjai még akkor sem tartoznak bele, ha azok a magyar törvények értelmében fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónak minősülnek;
14. ***biztosítási összeg*** – biztosítási esemény esetén a *biztosított félnek* járó összeg, melyet a *szerződés* feltételei szerint kell megfizetni;
15. ***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;
16. ***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;
17. ***szerződő fél*** – a *biztosítóval szerződést* kötő természetes személy;
18. ***biztosított fél*** – a *biztosítási kötvényben* megjelölt természetes személy, akinek a javára a *szerződést* kötötték;
19. ***biztosító*** – Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited, melynek címe: Level 3 Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltár; Amennyiben az Egyesült Királyság az Európai Unióból olyan kellően részletezett megállapodás nélkül lép ki (hard Brexit), amely lehetővé tenné a Biztosító számára a biztosítási tevékenység további nyújtását, erre az esetre

a Biztosító székhelyének az Európai Unión belüli országba történő áthelyezését tervezi, erről a Biztosító a *Szerződő felet* kellő időben értesíti.

20. ***szerződés*** – a Kórházi Biztonság biztosítási *szerződés*, mely az *ajánlat* alapján, az *ÁSZF*-fel összhangban került megkötésre;
21. ***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;
22. ***ajánlat*** – a *biztosító* által készített, *szerződés* megkötésére irányuló *ajánlat*, melyet a *szerződő fél* és a *biztosított fél* aláír;
23. ***házastárs*** – a *biztosítási kötvényen* 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;
24. ***készpénz-visszafizetési bónusz*** – a *szerződés* 5. évfordulóját követően, majd ez után ötévente a 9. § 5. pont szerint a *biztosító* által visszafizetett összeg.
25. ***igénybejelentő***- azon személy, aki jogosult a *biztosítási összegre.*

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 *biztosítási 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* megkötésének napján egyik szülő sem töltheti be még *a 60. (hatvanadik) életévét*;
d) szülői módozat, egy szülő és maximum 3 (három) *gyermekre*, mint a *biztosítási kötvényben* megjelölt kiegészítő *biztosított felekre* vonatkozóan. A szülői módozat keretében 3 (három)-nál több *gyermek* biztosítására akkor van lehetőség, ha az egyes további *gyermekek* után kiegészítő *biztosítási díj* kerül befizetésre. A *szerződés* megkötésének napján a szülő nem töltheti be még *a 60. (hatvanadik) életévét*.

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 gyermekként* szerepel a *biztosított fél*), valamint a *biztosított fél a 76. (hetvenhatodik) életévét* illetve családi és szülői módozat esetében a 60. (hatvanadik) 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.
4. Egy *gyermekre, mint biztosítottra* vonatkozóan a különböző Kórházi Biztonság *szerződések* alapján elérhető maximális *napi biztosítási összeg* az *ajánlat* benyújtásakor irányadó díjszabásban meghatározottak szerint alakul.

A SZERZŐDÉS IDŐTARTAMA

5. §

1. A *szerződés* a *biztosítási kötvényben* meghatározott kezdőnapon lép hatályba, ez lesz a biztosítás kockázatviselésnek kezdete;
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 kockázatviselés 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;
4. Amennyiben *szerződő fél a biztosítási díjat a biztosító* által javasolt módosítások érvényesítése után is megfizeti, ez *szerződő fél* részéről a *szerződéshosszabbítás* elfogadásának minősül. S*zerződő 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. S*zerződő 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.

MÓDOZATOK

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 1 főre vonatkozó módozatú *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.

BIZTOSÍTÁSI DÍJAK

7. §

1. A *biztosítási díjak* a *szerződő fél* választása szerinti a *biztosítási kötvényben* meghatározott összegben és a *szerződő fél* által a *szerződéskötéskor* választott fizetési határidőben havonta 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 mutatkozó hátralék esetén az átutalt összegek elsődlegesen a hátralék összegére kerülnek elszámolásra.

A BIZTOSÍTÁSI 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.
5. A *napi biztosítási összeg* emelését a *szerződő fél* addig kezdeményezheti, amíg a *biztosított fél* a 4.§ 1. c) pontban foglalt 76. (hetvenhatodik) életévét be nem tölti.

BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

9. §

1. *Biztosító* a *biztosítási összeget* abban az esetben fizeti ki, ha *biztosított fél baleset* vagy *betegség* eredményeként legalább 3 egymást követő éjszakán át *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 *betegségre, 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. § rendekezéseit.
5. A következő esetekben „várakozási időt” kell figyelembe venni:

a) *Kórházi ápolás baleset* következtében – a fedezetet a kockázatviselés kezdőnapjától azonnal biztosítjuk (azaz várakozási idő nincs);

b) *Kórházi ápolás betegség* következtében – a fedezetet a kockázatviselés kezdőnapját 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, és 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 hónapra„ amikor a 10. §. 1. pont alapján a *biztosítási összeg* kifizetésére alapot adó *kórházi ápolás* következtében a *kórházból* elbocsátásra kerül a *biztosított fél*.
8. Abban az esetben, ha azon hónapra, amelyben *biztosítási összeg* került kifizetésre, 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 kockázatviselés kezdőnapját követően bekövetkezett *kórházi ápolása* esetén keletkezik. A *biztosítási összeg* kifizetésére 7 (hét) munkanapon belül kerül sor azt az időpontot követően, hogy a *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. 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 félnél* 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 a *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 indokoltnak 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 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 kórelőzményi adatairól, (iii) a *kórházi* kezelésről szóló *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 szülők 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, (ix) a munkáltató által készített *baleseti* jegyzőkönyv, amennyiben készült, (x) tanúvallomás a *baleset* körülményeiről teljes bizonyító erejű magánokirati formában, ha a (viii)-(ix) 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 képviseletében 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. § 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, terrorcselekmény, sztrájk, munkavégzés megtiltása (*lock-out*), zendülés, felkelés, forradalom, hatalom bitorlása, fegyveres – katonai vagy katonai jellegű – erők bevetése;

d) A *biztosított fél* által önmagának szándékosan okozott *sérülés*, öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet;
e) veszélyes munkakör ellátása, mint pl. kifejezetten, de nem kizárólag 40 (negyven) méteres föld- vagy vízfelszín alatti mélységben vagy e szint alatt végzett munka, 20 (húsz) méteres felszín feletti magasságban, vagy ennél magasabban végzett munka (kivéve a normál irodai környezetet), robbanószerekkel végzett munka;
f) Hegymászás, víz alatti tevékenységek, barlangászat, ejtőernyőzés, sárkányrepülés, bungee jumping, téli, vízi-, illetve motoros sportok, profi sporttevékenység;
g) Légi utazás, a repülés díját megfizető olyan utast kivéve, aki szabályos 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, terméketlenség, mesterséges megtermékenyítés, fogamzásgátlás, terhességmegszakítás, elhízás vagy a *biztosított fél* saját választása szerint igénybevett kezelés, kivéve, ha ezek *baleset* során elszenvedett *sérülés* következményei;
o) Egészségvédő vagy ápolási intézményekben, szanatóriumban, prevenciós 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) Veleszületett és születéssel összefüggő állapotok vagy rendellenességek, amelyekben *biztosított fél* már a *szerződés kockázatviselésének* 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*.

PANASZKEZELÉS

12. §

1. Minden a *szerződéssel* kapcsolatos panasz, sérelem és kérdés a *biztosítónak* a *4Life Direct* 2. § 1. pontban megnevezett címén keresztül teendő meg. A panaszok és kérésekkel kapcsolatos levelezés írásban, szóban, vagy elektronikus formában történik a felek között. Minden esetben a nyilatkozatot tevő fél köteles feltüntetni a kötvényszámot, vagy egyéb olyan adatot, amely a nyilatkozattal érintett *szerződést* azonosítja. A panaszkezelés részletes szabályait a *4Life Direct* weboldalán elérhető panaszkezelési szabályzat tartalmazza.

ADATKEZELÉSI RENDELKEZÉSEK

13. §

1. Jelen paragrafus a *szerződő fél* és a *biztosított fél* személyes adatainak *szerződéssel* összefüggő kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalókat tartalmaz. Annak teljes, tömör és áttekinthető leírását, hogy a *szerződő fél*, a *biztosított fél* és az ügyfelek személyes adatait a *biztosító* és a *4Life Direct* hogyan kezeli, a *4Life Direct* honlapján a www.4lifedirect.hu oldalon elérhető Adatvédelmi Szabályzat tartalmazza.
2. A *biztosító* és a *4Life Direct* a *szerződő fél* és a *biztosított fél* személyes adatait az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (2016. április 27.) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről („GDPR”) és az egyéb, alkalmazandó magyar jogszabályok alapján kezeli. A *szerződő fél* és a *biztosított fél* személyes adatait, ideértve vezetéknevüket, keresztnevüket, lakcímüket, születési idejüket, születési helyüket (kerület), azonosító okmányuk típusát és számát, kapcsolattartásra szolgáló telefonszámukat és e-mail címüket a *biztosító* és a *4Life Direct* a szerződés teljesítése, valamint a *biztosító* és a *4Life Direct* biztosítás- és pénzügyi közvetítésre vonatkozó jogszabályoknak való megfelelése céljából (a *szerződő fél* és a *biztosított fél* azonosítása és azonosságának ellenőrzése, a biztosító és a *4Life Direct szerződés* szerinti jogainak teljesítése, védelme és érvényesítése, stb.) kezeli.
3. A *szerződő fél* és a *biztosított fél* írásban kérhetik a biztosítótól vagy a *4Life Direct*-től, hogy (a) nyilatkozzanak, hogy személyes adataikat kezelik-e vagy sem, (b) tájékoztassák személyes adataik kezelésének állásáról a nyilvántartó rendszerben, (c) pontosan tájékoztassák, hogy a kezelt személyes adataikhoz honnan jutottak hozzá, (d) sorolják fel kezelt személyes adataikat, (e) helytelen, hiányos vagy nem időszerű személyes adataikat helyesbítsék, illetve töröljék, (f) személyes adataikat töröljék, ha kezelésük célja megvalósult; (g) jogsértés esetén személyes adataikat töröljék, (h) személyes adataikat más adatkezelő részére történő továbbítsák, (i) korlátozzák vagy szüntessék meg személyes adataik kezelését, (j) ne terjedjen ki rájuk kizárólag automatizált adatkezelésen alapuló döntés (azaz a *szerződő fél* és a *biztosított fél* kérheti, hogy ügyükről való döntésben ember is vegyen részt, ne csak gépek). Ezeken a jogokon túl, ha azt gyanítják, hogy személyes adataikat jogsértően kezelik, a *szerződő fél* és a *biztosított fél* kérheti a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságot, hogy indítson adatvédelmi hatósági eljárást. A *szerződő fél* és a *biztosított fél* valamennyi, adatvédelemhez való jogát részletesen a GDPR III. fejezete tartalmazza.
4. Az itt említett személyes adatokat addig kezeljük, amíg az adatkezelés célja és a *szerződés* fennáll, illetve ezt követően, amíg a *szerződéssel* kapcsolatos igények érvényesíthetők.

VEGYES RENDELKEZÉSEK

14. §

1. A *szerződő felek* valamennyi értesítését és nyilatkozatát a másik féllel a feladó költségén írásban vagy elektronikus kommunikációs csatornákon kell közölni, melyet a *biztosító*nak 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.
4. Az ÁSZF a biztosítási kötvénnyel és az *ajánlattal* együtt alkotja a *szerződést* és egy dokumentumként kell őket értelmezni.
5. A biztosítási *szerződés* alapján kifizetett *biztosítási összegekre* a kifizetésük időpontjában hatályos adózási előírások az irányadók.
6. A jelen *ÁSZF-ben* nem szabályozott kérdésekben a magyar jogszabályok vonatkozó rendelkezései az irányadók.
7. A *szerződő felek* között felmerülő jogvita esetén felek az illetékes rendes magyar bíróságokhoz fordulhatnak, vagy a *szerződő fél* vagy a *biztosított fél* vagy biztosítási *szerződés* birtokosa lakóhelye szerinti rendes bíróságokhoz.

KB/ÁSZF/v9/2018.11.15

James Clayton-Wright
Kockázatkezelési manager
Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited