A „BALESETBIZTOSÍTÁS” ELNEVEZÉSŰ BIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEI

2022.12.01.

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. A „Balesetbiztosítás” elnevezésű biztosítás jelen általános szerződési feltételei, melyet a Quantum Leben AG ügyvezető testülete fogadott el, a továbbiakban: általános szerződési feltételek („ÁSZF”) -, a 2022. december 1. napjától megkötött szerződésekre irányadó.

2. FOGALMAK

A jelen ÁSZF-ben használt fogalmak jelentése (amennyiben azokra az ÁSZF a jelen pont szerinti tartalommal hivatkozik, dőlt betűvel kerül feltüntetésre):

1. **4Life Direct**– 4Life Direct Kft. (székhelye: 1138 Budapest, Madarász Viktor u. 47-49.), a biztosító biztosításközvetítője, mely 212092570558 azonosítószámon szerepel a Magyar Nemzeti Bank által vezetett biztosításközvetítői nyilvántartásban;
2. **Ajánlat**– a biztosító által készített, a szerződéssel kapcsolatos adatokat tartalmazó és a szerződésre vonatkozó dokumentumok átvételének igazolására szolgáló dokumentum, melyet a szerződő fél és a biztosított fél aláír;
3. **Baleset**– olyan egyszeri, erőszakos és hirtelen, a kockázatviselés időtartama alatt bekövetkező, a biztosított fél által nem befolyásolható és a már meglévő egészségügyi állapotával nem összefüggő kémiai és/vagy fizikai esemény, mely külső és független ok eredménye, és a biztosított fél testi sérüléséhez vezet;
4. **Beszédképtelenség** – a beszédképesség teljes, maradandó és visszafordíthatatlan elvesztése;
5. **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;
6. **Biztosítási díj**– a szerződés alapján fizetendő, a biztosítási kötvényben Magyarország hivatalos pénznemében meghatározott összeg, mely a szerződés megkötésének napján irányadó biztosítási díjszabás alapján került megállapításra;
7. **Biztosítási időszak**– 5 év, amely a kockázatviselés kezdőnapján kezdődik;
8. **Biztosítási kötvény**– a biztosító által kiállított dokumentum, ami a szerződés érvényes megkötését igazolja;
9. **Biztosítási összeg–** – a hatályos biztosítási kötvényben megjelölt, jelen ÁSZF rendelkezései szerint, a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító által fizetendő összeg;
10. **Biztosítási összegek táblázat** – a jelen ÁSZF 9. § 11. pontja szerinti táblázat;
11. **Biztosító**– a Quantum Leben AG (székhely: Städtle 189490 Vaduz Fürstentum, Liechtenstein);
12. **Biztosított fél**– a biztosítási kötvényben megjelölt természetes személy, akit az ÁSZF szerinti baleset ér;
13. **Előzetesen fennálló állapot** – a biztosított fél által a kockázatviselés első napja előtt elszenvedett, kórházi ápolást, vagy orvosi szaktanácsadást, orvosi kezelést vagy ellátás igénylő betegség(ek), baleset, testi sérülés, azzal, hogy ha a szerződés meghosszabbításra kerül, a szerződés lejárta előtti fennálló jelen pont szerinti állapot is előzetesen fennálló állapotnak minősül;

14. **Hallásvesztés**– a hallás teljes, maradandó és visszafordíthatatlan olyan mértékű elvesztése, vagy olyan maradandó és visszafordíthatatlan hallásveszteség, amely a hallásveszteség vizsgálata során a jobban funkcionáló fülben a tiszta hang audiogram használatával minden frekvencián nagyobb, mint 95 decibel;
15. **Házastárs**– a biztosítási kötvényben megjelölt személy, akivel a biztosított fél a szerződés megkötésekor házastársi kapcsolatban van, illetőleg akivel a biztosított fél ezen a napon élettársi kapcsolatban van és olyan közös háztartásban él, ahol egyik félnek sem áll fenn mással házassági életközössége, bejegyzett élettársi életközössége vagy élettársi kapcsolata;
16. **Igénybejelentő fél** – azon személy, aki a jelen ÁSZF 10. §-a szerinti dokumentumokat eljuttatja 4Life Direct-hez a biztosított fél nevében (beleértve a biztosítottat is);
17. **Kórház**– az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § ga) alpontjában meghatározott fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmény, amely teljes munkaidőben szakképzett egészségügyi dolgozókból álló személyzetet alkalmaz, az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedéllyel rendelkezik és Magyarország területén található. A kórház fogalmába az alábbiakban felsorolt intézmények, intézetek, központok még akkor sem tartoznak bele, ha azok a magyar jogszabályok alapján fekvőbeteg szakellátást nyújtó egészségügyi intézménynek (is) minősülnek:
    a. a szociális gondozási célú létesítmények, az ápolási létesítmények, idősek ápolási otthonai;
    b. a TBC elkülönítők;
    c. a hospice ellátást nyújtó létesítmények;
    d. a fürdők, a hidroterápia-szolgáltatók;
    e. az alkohol- és/vagy kábítószer-függőséget kezelő intézmények;
    f. a szanatóriumok;
    g. a 74/1999. (XII.25.) EüM rendelet 1. számú mellékletének I. pontjában rögzített intézmények (ideértve különösen, de nem kizárólagosan a gyógyfürdők, gyógyfürdőkórház, gyógy- és wellness központok, gyógyüdülők), és
    h. a pszichiátriai intézmények.
18. **Kockázatviselés kezdőnapja**– a biztosítási kötvényben megjelölt nap;
19. **Kórházi ápolás**– balesetből eredő, a biztosítási összegek táblázat A és B pontja szerinti testi sérülés következményeként felmerülő kórházi fekvőbeteg-szakellátás, amely a baleset időpontjától számított 30 (harminc) napon belül a biztosított fél egészségének helyreállítása vagy javításának elősegítése céljából megkezdődik, és legalább 14 (tizennégy) egymást követő napig tart, amely a felvétel napját is magába foglalja. Az ÁSZFértelmezésében a kórházi ápolás az elbocsátás napját nem foglalja magában. A rehabilitációs célú kórházi tartózkodás nem minősül kórházi ápolásnak.
20. **Látásvesztés**– a látás teljes, maradandó és visszafordíthatatlan olyan mértékű elvesztése, vagy olyan maradandó és visszafordíthatatlan látásveszteség, hogy még látásjavító segédeszközökkel vizsgálva is, a Snellen tábla használatával mért látás 3/60-as vagy rosszabb.
21. **Maradandó agykárosodás** – maradandó és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást eredményező agyszövet elhalás;
22. **Maradandó rokkantság** – baleset által okozott olyan egészségi állapot, amely a 2011. évi CXCI. törvény 3. § (2) bekezdés bc), vagy bd) alpontja (vagy ennek megfelelője) szerint minősül, tekintettel a komplex minősítésre vonatkozó részletes szabályokról szóló 7/2012. (II. 14.) NEFMI rendelet 3. § (2) bekezdés e) és f) pontjaira, legalább 70%-os egészségromlást vagy bármely foglalkozás ellátására irányuló képesség teljes és állandó elvesztését okozza az érintett személyre vonatkozó öregségi nyugdíjkorhatár elérése előtt, és amely az orvosszakértői állásfoglalás alapján az érintett személy teljes hátralévő életében fenn fog maradni. A maradandó rokkantságot az illetékes fővárosi vagy megyei kormányhivatal, vagy ezek jogelődje/jogutódja által kiadott határozattal kell igazolni;

23. **Maximum biztosítási összeg** – a hatályos biztosítási kötvényben megjelölt, biztosított felet megillető összeg, amelyre a szerződést kötik, és amely alapján a biztosítási összeg táblázatban feltüntetésre került arányok és a szerződési feltételek szerint kiszámításra kerül a biztosítási összeg;
24. **Orvos** – egészségügyi tevékenység végzésére jogosult, egészségügyi tevékenység folytatására jogosító megfelelő végzettséggel rendelkező, a 18/2007. (IV. 17.) EüM rendelet szerinti nyilvántartásba bejegyzett gyakorló orvos, aki gyakorlatát az irányadó magyar jogszabályok szerint folytatja;
25. **Paraplégia**– teljes, maradandó és visszafordíthatatlan altesti bénulás, a lábakat is beleértve;
26. **Szerződés** – a „Balesetbiztosítás" elnevezésű baleset biztosításra vonatkozó szerződés, mely jelen ÁSZF-fel összhangban került megkötésre;
27. **Szerződő fél**– a biztosítóval a szerződést kötő természetes személy
28. **Testi sérülés**– a biztosított fél szervezetének baleset eredményeként bekövetkező, orvosi szaktanácsadást, kezelést, ellátást vagy kórházi ápolást igénylő, a biztosítási összegek táblázatban felsorolt (rokkantság és törés) fizikai sérülése;
29. **Tetraplégia (mind a négy végtag bénulása)** – mind a négy végtag használatának teljes, maradandó és visszafordíthatatlan elvesztése;
30. **Törés** – a csontok folytonosságának baleset által bekövetkező, orvosi dokumentum által alátámasztott megszakadása. A jelen ÁSZF szerint nem minősül törésnek, ha a törést a csontokban lévő patológiás elváltozás vagy a csontszövet betegsége idézte elő. Ugyanannak a csontnak a többszörös törése egy csont törésének minősül. A jelen ÁSZF szerinti testrész kategóriák a következők:
    a. **Gerinc** – a gerinc csontjai, keresztcsont és farkcsont;
    b. **Kar**– kizárólag a felkarcsont, orsócsont és singcsont törése; ide nem értve különösen a kézközépcsontot és a kézujj csontjait;
    c. **Koponya**– fej csontjai: halántékcsont, homlokcsont, falcsont, tarkócsont, ékcsont, rostacsont, a járomcsont és az orr kivételével;
    d. **Kulcscsont** – a felkart a szegycsonttal összekötő csont;
    e. **Láb** – kizárólag a combcsont, sípcsont, szárkapocscsont és sarok törése; ide nem értve különösen a lábtőcsontot, a lábközépcsontot és a lábujjcsontokat;
    f. **Lapockacsont** – a felkarcsontot a kulcscsonttal összekötő csont;
    g. **Medencecsontok**– a keresztcsont és a farkcsont kivételével a csípő, az ülőcsont és szeméremcsont;
31. **Utas** – engedéllyel rendelkező tömegközlekedési szolgáltató által nyújtott tömegközlekedésen érvényes jeggyel utazó személy;
32. **Végtag(ok) használatának elvesztése** – az érintett végtag(ok) használatának teljes, maradandó és visszafordíthatatlan elvesztése (traumás amputáció) vagy a csukló, vagy boka ízület feletti fizikai elválasztással történő elvesztése. A végtagoknak a betegségek kezelésével és a betegségekből adódó komplikációkkal összefüggésben felmerülő amputációja nem tartozik a jelen ÁSZF szerinti traumás amputáció fogalmába.

3. A SZERZŐDÉS TÁRGYA ÉS ALKALMAZÁSI KÖRE

1. A szerződés tárgya a biztosított fél testi épsége.
2. A biztosítás a biztosított félnek a kockázatviselés időtartama alatt baleset eredményeként bekövetkező
    a. testi sérülésére, vagy
    b. testi sérülésére és ennek következtében történő kórházi ápolására terjed ki.
    c. A szerződés két lehetséges módozatban köthető meg:
3. kizárólag egy főre vonatkozó módozat:
    a. kizárólag egy főre vonatkozó módozat: egyetlen biztosított félre vonatkozóan; vagy
    b. egy fő és a házastárs módozat: a biztosított félre és a biztosított fél házastársára, mint második biztosított félre vonatkozóan.

4. A SZERZŐDÉS MEGKÖTÉSE

1. A szerződés távértékesítés útján az alábbi feltételek együttes teljesülése esetén köthető meg:
    a. a szerződő fél a biztosító részére magyarországi lakcímet szolgáltatott, mely a felek közti levelezés során értesítési címként funkcionál;
    b. a szerződés megkötésének napján mind a szerződő fél, mind pedig a biztosított fél betöltötte a 18. (tizennyolcadik) életévét és a biztosított fél még nem töltötte be a 71. (hetvenegyedik) életévét;
    c. a szerződő fél kérése a szerződés távértékesítés útján való megkötése.
2. Telefon útján történő távértékesítés esetén a szerződéskötés napja a telefonon történő szerződéskötés napja, míg direkt marketing útján történő távértékesítés esetén a szerződő fél által megküldött ajánlatnak a 4Life Direct részére történő kézbesítésének napja.
3. A biztosító fenntartja a jogot, hogy a szerződés megkötését elutasítsa, illetőleg, hogy a szerződés feltételeinek módosítására javaslatot tegyen.
4. A 4Life Direct a szerződés 4. § 1. pont szerinti megkötése esetén kiállítja a biztosítási kötvényt, és az ajánlattal, valamint a szerződéssel kapcsolatos dokumentációval együtt megküldi a szerződő fél részére.
5. A szerződő fél a 4. § 4. pontja szerinti dokumentumok kézhezvételét követően köteles arcképes igazolványa és lakcímkártyája lakcím oldalának másolatát és az aláírt ajánlatot a 4Life Direct részére megfelelően aláírva, eredeti példányban visszaküldeni. Amennyiben a szerződő fél fizetési módként a csoportos beszedési megbízást jelölte meg, köteles a felhatalmazásra irányuló nyilatkozatát a 4Life Direct részére megfelelően aláírva, eredeti példányban visszaküldeni.
6. Amennyiben a biztosított fél cselekvőképtelen vagy a vagyoni jognyilatkozatai tekintetében cselekvőképességében részlegesen korlátozott, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.
7. Egy biztosított fél után, külön szerződés alapján fizetendő biztosítási összeg felső határa az ajánlat benyújtásának napján irányadó biztosítási díjszabás alapján kerül megállapításra.
8. A távértékesítéssel összefüggő részletes szabályokat a 4Life Direct honlapján elérhető Távértékesítési tájékoztató tartalmazza.

5. A SZERZŐDÉS IDŐTARTAMA, MEGSZŰNÉSE

1. A szerződés annak jelen ÁSZF 4. § 1. pontja szerinti megkötésétől fogva hatályos.
2. A szerződés annak megkötése napjától számított 5 (öt) éves időtartamra jön létre. A szerződő fél a lejáratot követően 5 évre meghosszabbíthatja a szerződést. A biztosító 45 (negyvenöt) nappal azon időtartam vége előtt, amelyre a szerződés létrejött, értesíti a szerződő felet a meghosszabbítás lehetőségéről. Amennyiben a szerződő fél a biztosítási díjat ezt követően is megfizeti, ez a szerződő fél részéről az az újabb 5 (öt) éves időszakra történő szerződéshosszabbítás elfogadásának minősül.
3. A szerződő fél jogosult a szerződést felmondani.
    a. Ha a szerződő fél a biztosítási kötvény kézhezvételét követő 30 (harminc) napon belül mondja fel a szerződést, akkor a szerződés a felmondás 4Life Direct-hez való megérkezésének napjával megszűnik, feltéve, hogy a felmondást írásban (postai úton) közölték. A szerződő fél jelen [5. § 3. a)] pont szerinti felmondása esetén a biztosító köteles a szerződő fél részére a befizetett biztosítási díj teljes összegét visszafizetni.
    b. Az 5. § 3. a) pontban foglalt felmondáson túl a szerződő fél a szerződés megkötését követő 4. (negyedik) évtől jogosult a szerződést felmondani a biztosítási időszak végére, 30 napos felmondási idővel - feltéve, hogy a biztosítási időszakra az utolsó biztosítási díj megfizetésre került - és a felmondást köteles a 4Life Direct-tel írásban (postai úton) közölni. A szerződés megszűnésének napja, a biztosítási időszak vége. A szerződő fél jelen 5. § 3. b) pontja szerinti felmondása esetén a biztosító nem téríti vissza a biztosítási díjat.
4. A biztosító 45 (negyvenöt) nappal azon időtartam vége előtt, amelyre a szerződés létrejött, ajánlatot tehet a szerződés eltérő feltételekkel történő meghosszabbítására. Szerződő fél jogosult a szerződés javasolt módosítását elutasítani, amely esetben a szerződés nem hosszabbodik meg, hanem az arra vonatkozó utolsó megfizetett biztosítási díjjal fedezett időszak végén megszűnik.
5. Amennyiben a biztosított fél vagy a házastársa betölti a 80. (nyolcvanadik) életévét, a fedezet az ezen életkort meghaladó vonatkozó személy esetében azonnal megszűnik.
6. A szerződés megszűnik abban az időpontban, amelyik ezek közül a legkorábban bekövetkezik:
    a. a biztosított fél halálával;
    b. az 5. § 3. pont a) vagy b) alpontja szerinti felmondással az ott rögzítettek szerint;
    c. az 5. § 4. pontja szerinti meghosszabbítás hiányában, az ott rögzítettek szerint;
    d. az 5. § 5. pontjában foglaltak szerint a biztosított fél 80. (nyolcvanadik) életévének betöltésével;
    e. a 9. § szerint a hatályos szerződésben szereplő maximum biztosítási összeg biztosító általi kifizetésével, vagy
    f. a 7. § 2. pont alapján történő biztosítási díj fizetés elmulasztása esetén az ott foglaltak szerint;
    g. jelen ÁSZF-ben meghatározott egyéb esetben.
7. Amennyiben a szerződés 5 (öt) éves időtartama alatt a maximális biztosítási összeg nem kerül maradéktalanul kifizetésre, akkor a fentiek szerinti meghosszabbítás időszakára a fennmaradó maximális biztosítási összeg rész nem vihető tovább, és az az 5 (öt) éves időtartam végével nem kerül kifizetésre.
8. Amennyiben a szerződő fél és a biztosított fél nem ugyanaz a személy, a szerződő fél halála esetén a biztosított fél szerződő félként beléphet a szerződésbe. A belépés napjától a szerződő fél jogai és kötelezettségei a biztosított felet illetik és terhelik.

6. MÓDOZATOK

1. Amennyiben a szerződés az egy fő és a házastárs módozattal kerül megkötésre, úgy a házastársak egyikének halála esetén vagy ha az egyik házastárs a 80. (nyolcvanadik) életévét betölti, a szerződés nem szűnik meg. Ilyen esetben a másik házastárs a szerződést fenntarthatja, amennyiben a biztosítási díjakat esedékességének megfelelően megfizeti. Ilyen esetben az egy fő és a házastárs módozatú szerződés egy fő módozatú szerződéssé változik, az így folytatott szerződés a túlélő biztosított félre vonatkozó maximum biztosítási összeg megegyezik az eredeti szerződésben meghatározottal, valamint az eredeti egy fő és házastárs módozatra vonatkozó ajánlat benyújtásakor irányadó díjszabás alapján kiszámított csak egy fő módozatnak megfelelő biztosítási díjjal.
2. Ha a szerződés egy fő és házastárs módozattal kerül megkötésre, a 2. §-ban hivatkozott házasság vagy élettársi kapcsolat megszűnése esetén, a szerződő fél kérésére, ennek a biztosított fél általi elfogadása esetén a szerződés folytatható (i) egy fő és házastárs módozattal változatlan feltételekkel, vagy (ii) kizárólag a szerződő fél, mint biztosított vonatkozásában, vagy (iii) minden egyes biztosított fél vonatkozásában csak egy főre vonatkozó módozatként.

7. BIZTOSÍTÁSI DÍJAK

1. A biztosítási díjak havonta, a szerződő fél választása szerint meghatározott, a biztosítási kötvényben rögzített összegben fizetendők, és a szerződő fél által a 4Life Direct részére jelzett fizetési határidőben esedékesek.
2. Amennyiben a szerződő fél az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, és azt a biztosító által küldött fizetési felszólítás kézhezvételének napjától számított 30 (harminc) napon belül sem fizeti meg, a szerződés a biztosítási díj eredeti esedékességének napjára visszamenőleges hatállyal megszűnik.

8. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MÓDOSÍTÁSA

1. A szerződő fél a szerződés időtartama alatt bármikor kérheti a biztosítási kötvényben meghatározott biztosítási összeg módosítását vagy a biztosítási kötvény kiegészítő biztosítással való módosítását a 4Life Direct-tel való kapcsolatfelvétel útján. A biztosító jogosult eldönteni, hogy a szerződő félnek a biztosítási összeg módosítására vagy kiegészítő biztosítás hozzáadására irányuló kérését elfogadja-e. A szerződő fél módosításra, illetve kiegészítésre irányuló kérésének elutasítását a biztosító nem köteles indokolni. Ha a biztosító a kérést elfogadja, a biztosító és a szerződő fél távértékesítés útján a szerződés módosítást megkötik.
2. A biztosító a szerződés módosítás létrejöttének megerősítéseként a szerződő fél részére megküldi az új biztosítási kötvényt.
3. A szerződő fél a szerződés módosítást az új biztosítási kötvény kézhezvételétől számított 30 (harminc) napon belül írásban felmondhatja, amely felmondás esetén jogosult a megfizetett biztosítási díj különbözet visszatérítésére.
4. A biztosítási összeg emelését a szerződő fél addig kezdeményezheti, amíg a biztosított fél a 4. § 1. b) pontban foglalt 71. (hetvenegyedik) életévét be nem tölti (az egy fő és házastárs módozat esetében addig, amíg az idősebb házastárs a 71. (hetvenegyedik) életévét be nem tölti).

9. A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGEK

1. A biztosító biztosítási összeg kifizetésére vonatkozó kötelezettsége
    a. a biztosított fél testi sérülése esetén, vagy
    b. a biztosított fél testi sérülése és ennek következtében történő kórházi ápolása esetén keletkezik feltéve, hogy a biztosított fél legalább 14 (tizennégy) nappal túléli a baleset napját.
2. A testi sérülésért (9. § 1. pont a) alpont) fizetendő biztosítási összeg a választott, a biztosítási kötvényben megjelölt maximum biztosítási összegen alapul. A biztosítási összeg a biztosítási összegek táblázat szerint kerül megállapításra.
3. Az egyszeri kórházi ápolás esetén (9. § 1. pont b) alpont) fizetendő biztosítási összeg a biztosítási összegek táblázat szerint csak abban az esetben kerül kifizetésre, ha a testi sérüléssel járó baleset napjától számított 30 (harminc) napon belül megkezdődött a kórházi ápolás, és a biztosított fél legalább 14 (tizennégy) egymást követő napon át kórházi ápolásra szorul. Ugyanazon baleset következményeként bekövetkező testi sérülés miatti kórházi ápolás esetén csak egyszeri egyösszegű kifizetés történik.
4. Az 9. § 2. és 3. pontok szerint fizetendő biztosítási összeg megduplázódik olyan testi sérülés esetén, amely a jelen ÁSZF 2. § 31. pontjának meghatározása szerinti utasként történő utazás eredményeként következik be.
5. A maradandó rokkantságért, tetraplégiáért vagy paraplégiáért, maradandó agykárosodásért fizetendő biztosítási összeg kifizetése a baleset napját követően legfeljebb 12 (tizenkettő) hónapig késleltethető, amennyiben az igény érvényesítéséhez szükséges körülmények nem teljesülnek. Egyéb esetekben a biztosítási összeg a 10. § 6. pontja szerint fizetendő.
6. A maradandó rokkantság, tetrpalégia, paraplégia, maradandó agykárosodás és kórházi ápolás kivételével, nem fizetendő biztosítási összeg a baleset napja után több mint 12 (tizenkettő) hónappal bekövetkező testi sérülésekért.
7. A biztosító minden egyes testrész kategória, ugyanazon baleset eredményeként elszenvedett törése után fizet egyszeri biztosítási összeget (függetlenül attól, hogy melyik és mennyi csont tört el) a 8. pont szerinti feltételekkel.
8. A biztosítási összeg akkor fizetendő mindkét láb, kéz, lapockacsont vagy kulcscsont törése esetén, ha mindkét láb, kéz, lapockacsont és kulcscsont ugyanabban a balesetben törik el.
9. Biztosítási összeg nem kerül kifizetésre abban az esetben, ha a szerződés időtartama alatt olyan ismételt törés történik, amiért a biztosító korábban már kifizette a biztosítási összeget (ugyanannak a testrész kategóriának a törése), azzal, hogy gerinctörés esetén egyszeri biztosítási összeg kerül kifizetésre, a gerinc törött csontjaitól függetlenül.
10. A szerződés időtartama alatt kifizetendő maximális biztosítási összeg a biztosítottanként a maximális biztosítási összeg 100% ára korlátozott, a 9. § 4. pontja szerint fizetendő biztosítási összegen felül.

11. Biztosítási összegek táblázata

Testi sérülés:		Fizetett *biztosítási összeg* aránya
A. Rokkantság	1. Maradandó rokkantság	100%
	2. Látásvesztés mindkét szemen	100%
	3. Két vagy több végtag használatának elvesztése	100%
	4. Tetraplégia	100%
	5. Paraplégia	100%
	6. Maradandó agykárosodás	100%
	7. Látásvesztés egy szemen	50%
	8. Egy végtag használatának elvesztése	50%
	9. Beszédképtelenség	50%
	10. Hallásvesztés	50%
B. Törés	11.1 Medencecsontok	50%
	11.2 Láb, koponya, gerinc, lapockacsont, kulcscsont, kar	10%
C. Kórházi ápolás	12. Egyösszegű *biztosítási összeg* 14 napos folyamatos kórházi ápolás után, ami a *biztosítási összegek táblázat* A és B pontja szerinti testi sérülések következménye	5%

10. A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG KIFIZETÉSÉNEK

1. A biztosítási összeg kifizetésére vonatkozó kötelezettség a biztosított félnek a kockázatviselés időtartama alatt baleset eredményeképpen bekövetkező
   a. testi sérülése esetén vagy
   b. testi sérülése és ennek következtében történő kórházi ápolása esetén keletkezik.
2. A biztosítási összeg kifizetésére vonatkozó eljárás megkezdése érdekében a biztosított fél (vagy biztosított fél hiányában az igénybejelentő fél) köteles a biztosítót a 4Life Direct-en keresztül a biztosítási esemény bekövetkezéséről az elvárható és lehetséges legrövidebb időtartamon belül, de legkésőbb a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 1 (egy) éven belül értesíteni.
3. A biztosított fél (vagy biztosított fél hiányában az igénybejelentő fél) felelőssége a hiánytalan és aláírt szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány és jelen 10. §-ban meghatározott dokumentumok benyújtása, mely az igény elbírálásának előfeltétele. A dokumentumok a nyomtatványon meghatározott formátumban csatolandók, de a biztosító, amennyiben a biztosítási összeg kifizetésének jogossága vonatkozásában indokoltnak látja, a dokumentumok eredeti példányait is jogosult bekérni.
4. A biztosított fél (vagy biztosított fél hiányában az 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 a biztosított fél (vagy biztosított fél hiányában az igénybejelentő fél) az egészségi állapotából eredő, említett bejelentés megtételére képtelen, e képtelenség megszűnését követő 7 (hét) napon belül, de legkésőbb a biztosítási összeg kifizetését megalapozó esemény bekövetkeztét követő 1 éven belül.
5. Amennyiben világossá válik, hogy a biztosított fél kórházi ápolása ugyanabból az okból kifolyólag a 30 (harminc) napot túllépi, a biztosított fél (vagy biztosított fél hiányában az igénybejelentő fél) köteles erről a biztosítót a 4Life Directen keresztül értesíteni.

6. Valamennyi irányadó biztosítási összeg kifizetésének megkezdésére azt az időpontot követő 7 (hét) munkanapon belül kerül sor (mely határidőbe a vasárnapi, szombati napok és a munkaszüneti napok nem számítanak bele), hogy a 4Life Direct részére a biztosítási összeg kifizetésére irányuló, a 4Life Direct weboldalán elérhető minta szerinti hiánytalan szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány és az abban hivatkozott, valamint a 10. § szerinti iratok is hiánytalanul benyújtásra kerültek. A kifizetés tekintetében a biztosítót és a 4Life Direct-et nem terheli felelősség a fizetést teljesítő harmadik személyek ügyintézési határidejével összefüggésben.
7. A biztosított fél (vagy biztosított fél hiányában az igénybejelentő fél) köteles tényszerűen, teljeskörűen és a valóságnak megfelelően feltárni valamennyi, az igény elbírálásához szükséges adatot és információt. A biztosító és a 4Life Direct nem felelős az olyan károkért, amelyek abból erednek, hogy a biztosított fél (vagy biztosított fél hiányában az igénybejelentő fél) nem a jelen 10. § 7. pontnak megfelelően tárta fel az igény elbírálásához szükséges adatokat és információkat. Jogellenes, hamis nyilatkozatokon alapuló igény esetén a biztosító jogosult megtenni bármely jogszabály alapján rendelkezésre álló intézkedést az ilyen cselekmények megelőzése érdekében.
8. A biztosított fél (vagy biztosított fél hiányában az igénybejelentő fél) különösen az alábbi iratok csatolására vagy bemutatására köteles:
    a. a biztosítási összeget igénylő személy személyazonosságát igazoló iratok;
    b. 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;
    c. a kórházi kezelésről szóló orvosi jelentés;
    d. a kórházi kezelés okát igazoló egyéb orvosi dokumentumok;
    e. az illetékes fővárosi vagy megyei kormányhivatal, vagy ezek jogelődje/jogutódja igazolása a biztosított fél maradandó rokkantságáról, ha a biztosított fél a biztosítási összeget maradandó rokkantság miatt veszi igénybe, és
    f. az illetékes egészségügyi szolgáltató által kiállított igazolás arról, hogy a biztosított fél testi sérülése megfelel a 2. § megfelelő pontjának és a biztosítási összegek táblázatában részletezetteknek (pl. kórházi zárójelentés, egyéb orvosi igazolás mely megerősíti a diagnózist).

    A baleset bekövetkezését továbbá az alábbi dokumentumokkal kell igazolni: (vii) egészségügyi jelentés, ha készült a baleset után;
    g. rendőrségi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben készült;
    h. a munkáltató által készített baleseti jegyzőkönyv, amennyiben készült, és
    i. tanúvallomás a baleset körülményeiről teljes bizonyító erejű magánokirati formában, ha a (viii)-(ix) pontban foglaltak egyike sem készült.
9. A biztosító a fenti iratokon túl a szerződő fél balesete vagy testi sérülése vonatkozásában további iratokat is bekérhet, kifejezetten, de nem kizárólagosan ideértve az az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 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.
10. 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.

11. KIZÁRÁSOK

1. A biztosítási összeg kifizetésére vonatkozó kötelezettség nem áll be, ha az igény közvetlen vagy közvetett módon az alábbiak miatt merül fel:
   a. poszttraumás stressz;
   b. bármely olyan betegség, amely nem közvetlenül baleset következménye;
   c. terhesség;
   d. külső ellenség cselekményei, (akár hadüzenettel bejelentett, akár be nem jelentett) háború, polgárháború, lázadás, sztrájk, munkavégzés megtiltása (lock-out), zendülés, terrorcselekmény, felkelés, forradalom, hatalom bitorlása, fegyveres – katonai vagy katonai jellegű – erők bevetése;
   e. rutinszerű vagy egyéb opcionális vizsgálat céljából igénybe vett kórházi ápolás, amely nem baleset közvetlen következménye;
   f. előzetesen fennálló állapot;
   g. a biztosított fél jogellenes magatartása;
   h. törés, amit a csontokban lévő patológiás elváltozás vagy a csontszövet betegsége idézett elő;
   i. kozmetikai fogászati kezelés;
   j. karantén;
   k. az ugyanazon vagy bármilyen kapcsolódó okból bekövetkező ismételt kórházi ápolás;
   l. alkohol, kábítószer vagy a gondolkodást befolyásoló gyógyszer befolyása alatt állás, kivéve Magyarország jogszabályai által előírt módon nyilvántartásba vett egészségügyi szakember által felírt és az előírás szerint szedett gyógyszert;
   m. 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;
   n. sugárzás, nukleáris reakció, radioaktív szennyeződés, kémiai szennyezés, a mérgekkel, mérges gázokkal vagy gőzökkel való szennyeződést is beleértve;
   o. hegymászás, víz alatti tevékenységek, barlangászat, ejtőernyőzés, sárkányrepülés, bungee jumping, téli, vízi vagy motoros sportok, profi sporttevékenység;
   p. olyan testi 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;
   q. önmagának szándékosan okozott testi sérülés vagy öngyilkossági kísérlet;
   r. 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;
   s. kozmetikai vagy plasztikai sebészeti kezelés, terméketlenség, mesterséges megtermékenyítés, vagy a biztosított fél saját választása szerint igénybevett kezelés, kivéve, ha ezek baleset során elszenvedett sérülés következményei;
   t. a miokardiális infarktus, az agyi infarktus, az agyvérzés, valamint az emelgetésből, a túlzott, tartós vagy repetitív, fizikai erőkifejtésből származó egészségügyi következmények.
2. A biztosítónak nem keletkezik biztosítási összeg kifizetésére irányuló kötelezettsége, amennyiben a biztosított fél a baleset napjától számított 14 (tizennégy) napon belül meghal.

12. PANASZKEZELÉS

1. Minden a szerződéssel kapcsolatos panasz, sérelem és kérdés a biztosítónak a 4Life Direct 2. § 1. pontban megnevezett címén keresztül tehető meg. A panaszokkal és kérésekkel kapcsolatos levelezés írásban, szóban vagy elektronikus formában történik a felek között. A nyilatkozatot tevő fél minden esetben 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.

13. SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSE

1. A szerződéssel összefüggésben a szerződő fél, a biztosított fél és az igénybejelentő fél személyes adatainak kezelésére kerül sor. Az adatkezeléssel kapcsolatos részleteket a 4Life Direct honlapján elérhető Adatkezelési Tájékoztató tartalmazza.
2. A biztosító és a 4Life Direct a szerződő fél, biztosított fél és az igénybejelentő 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.
3. A szerződő fél, a biztosított fél és az igénybejelentő fél az Adatkezelési Tájékoztatóban meghatározottak szerint élhet érintetti jogaival a biztosító vagy a 4Life Direct felé.
4. Az Adatkezelési Tájékoztatóban foglaltaknak megfelelően kezelt személyes adatokat addig kezeljük, amíg az adatkezelés célja és a szerződés fennáll, illetve ezt követően, amíg a szerződéssel kapcsolatos igények érvényesíthetők. Mindezekre vonatkozó részletes tájékoztatót az Adatkezelési Tájékoztató tartalmaz.

14. VEGYES RENDELKEZÉSEK

1. A szerződő fél, a biztosított fél és igénybejelentő fél által jogszabály vagy az ÁSZF alapján írásban megteendő értesítést, illetve nyilatkozatot a 4Life Direct fenti 2. § 1. pontjában megadott címére kell küldeni, az e körbe nem tartozó értesítés, illetve nyilatkozat a 4Life Direct telefonszámán vagy e-mail címén keresztül is megtehető. Abban az esetben, amennyiben a biztosítási összegek kifizetésére vonatkozó dokumentumok magyar nyelvre történő fordítása szükséges, a hiteles magyar fordítások benyújtásának kötelezettsége a biztosított felet (biztosított fél hiányában igénybejelentő felet) terheli.
2. A biztosított fél és a szerződő fél köteles a biztosítót a 4Life Direct útján az ajánlatban szereplő értesítési adatok bármely változásáról haladéktalanul, de legkésőbb a változás bekövetkeztétől számított 2 (kettő) munkanapon belül tájékoztatni. A tájékoztatás késedelméből vagy elmulasztásából eredő kárért a mulasztó fél felelős.
3. Az ÁSZF a biztosítási kötvénnyel és az ajánlattal és a szerződésre alkalmazandó további dokumentumokkal (Távértékesítési tájékoztató, Adatkezelési Tájékoztató, Panaszkezelési szabályzat, Biztosítási termékismertető, Biztosítási szerződés fő rendelkezései) együtt alkotja a biztosító és a szerződő fél közötti teljes szerződést.
4. A biztosítási szerződés alapján kifizetett biztosítási összegekre a kifizetésük időpontjában hatályos adózási előírások az irányadók.
5. A biztosítási összegre vonatkozó igény a biztosítási összeg kifizetését megalapozó esemény bekövetkezésének napjától számított 1 (egy) év elteltével elévül.
6. A jelen ÁSZF-ben nem szabályozott kérdésekben a magyar jogszabályok vonatkozó rendelkezései az irányadók.
7. A szerződő felek között a szerződésből eredő jogvita esetén a felek az illetékes magyar bíróságokhoz fordulhatnak.

TI/ÁSZF/v1/2022.12.01

Chris Hurford-Green
Kockázatkezelési manager
Quantum Leben AG

Arjen van Dun
Kereskedelmi igazgató
Quantum Leben AG