



Biztosító

Az OTP Csoport partnere

Szolgáltatási igénybejelentő lap a Magyar Labdarúgó Szövetség számára

Kötvényszám:

Szerződő adatai:

Szerződő neve: Magyar Labdarúgó Szövetség

Címe: 1112 Budapest, Kánai út 2/D

Biztosított adatai:

Biztosított neve:

Születési név:

Születési helye, ideje:.....,..... év..... hó..... nap

Címe:

Telefon:

E-mail:

Igény bejelentőjének adatai:

Igénybejelentő neve:

Születési név:

Milyen minőségben teszi a bejelentést?

biztosított *biztosított törvényes képviselője gyám meghatalmazott

Születési helye, ideje:.....,..... év..... hó..... nap

Címe:

Telefon:

E-mail:

Szolgáltatási összeg kifizetésére vonatkozó adatok (az ügyfél tölti ki):

Az összeg banki utalását kérem:

Számlatulajdonos neve:

Bank neve:

Számlaszám: _____ - _____ - _____

Az összeg postai utalását kérem:

Név:

Cím:

Baleset esetén kitöltendő:

Baleset időpontja:.....év..... hó.....nap.....óra

A baleset pontos helye:

Hogyan történt a baleset és milyen sérülés érte? Az esemény **részletes leírása:**

Korábban sérült már ez a testrész (kérjük aláhúzni): igen / nem

Korábbi igénybejelentés ügyszáma:

Kérjük, részletezze a szolgáltatási igény okát és annak körülményeit!

A biztosítási esemény pontos időpontja:..... év..... hó..... nap..... óra

A biztosítási eseménnyel kapcsolatban álló kezelőorvos, egészségügyi intézmény neve, címe

A szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján (kérjük bejelölni):

Haláleset

Baleseti halál

Baleseti rokkantság

Baleseti műtéti térítés (kicsi, közepes, nagy)

Baleseti kórházi napi térítés

Csonttörés, csontrepedés

Részleges vagy teljes szalagszakadás

Baleseti költségtérítés

A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratokat mellékelem (kérjük bejelölni):

1.) Baleseti alapidokumentumok:

1/a. Mérkőzés/ versenyen történt baleseti sérülés esetén:

- Versenyengedély
- Mérkőzési jegyzőkönyv sérültek névsorával **vagy**
- Edző, szakosztályvezetői nyilatkozat a baleset körülményeiről pecséttel, aláírással ellátva

1/b. Edzésen történt baleseti sérülés esetén:

- Versenyengedély
- Baleset helyszínén felvett baleseti jegyzőkönyv pecséttel, aláírással ellátva vagy
- Edző, szakosztályvezetői nyilatkozat a baleset körülményeiről pecséttel, aláírással ellátva

2.) Haláleset:

- Halott-vizsgálati bizonyítvány
- Halotti anyakönyvi kivonat
- Halált okozó betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentumok
- Kedvezményezetti nyilatkozat, vagy jogerős hagyatéki végzés
- Kedvezményezett személyazonosító okmány, bankszámlaszám

3.) Baleseti rokkantságra a baleseti

dokumentumokon túl:

- a balesetet követő összes a szolgáltatási bejelentéséig keletkezett kontroll vizsgálati dokumentum
- kezelő orvos által kiállított friss állapotleírás

4.) Baleseti műtéti térítés esetén az alpbaleseti

dokumentumokon túl:

- Kórházi zárójelentés;
- Műtéti leírás a műtét WHO kódjának megjelölésével

8.) Részleges vagy teljes szalagszakadás esetén a baleseti dokumentumokon túl:

- Szalagszakadás tényét és mértékét megállapító orvosi dokumentumok a diagnózis konkrét megnevezésével és a hozzá tartozó BNO kód feltüntetésével (pl: MRI, UH vizsgálat eredménye)

9.) Baleseti költségtérítés esetén a baleseti dokumentumokon túl:

- Névre szóló számla

1/c. További baleseti dokumentumok:

- Ha készült: rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv
- Ha készült: véralkohol vizsgálati eredmény
- Gépjárművezetés közben bekövetkezett balesetkor jogosítvány és forgalmi engedély másolata
- Az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum, kórházi zárójelentések másolata
- Házi orvos vagy traumatológus általi igazolás a jelenleg sérült testrészre vonatkozóan, hogy korábban sérült-e vagy sem (amennyiben igen, azon sérülések benyújtása is szükséges)

5.) Baleseti halál, közlekedési baleseti halál,

erőszakos halál esetén:

- Halotti anyakönyvi kivonat másolata
- Halottvizsgálati bizonyítvány másolata vagy hiteles orvosi jelentés a halál okáról
- Boncjegyzőkönyv másolata
- Rendőrségi jegyzőkönyv másolata
- Jogosítvány, forgalmi engedély másolata
- Véralkohol vizsgálat, drogteszt (amennyiben készült)

6.) 5 napot meghaladó baleseti kórházi napi térítés

esetén alpbaleseti dokumentumokon túl:

- Kórházi zárójelentés

7.) Csonttörés esetén az alpbaleseti

dokumentumokon túl:

- Csonttörést, repedést igazoló lelet fénymásolata

10.) Egyéb:

Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben a szolgáltatási igény előterjesztője a szükséges dokumentumokat nem vagy hiányosan nyújtja be, a biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el!

Kötelezettséget vállalok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a biztosító rendelkezésére bocsátom.

Tudomásul veszem, hogy a felsorolt dokumentumok mellett a jogalap elbírálásához és a kártérítési összeg megállapításához a Biztosító további dokumentumokat is bekérhet, illetve a Biztosító orvosa további vizsgálatok elvégzését is kezdeményezheti. A Biztosító által kezdeményezett orvosi vizsgálatok költsége a biztosítót terheli.

Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek és teljeselek, tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése esetén a biztosító a szolgáltatás kifizetését megtagadhatja.

Tájékoztatjuk, hogy a kár, illetve szolgáltatási igény bejelentése, annak rendezése során megadott adatok kezelésének a célja a szolgáltatási igény elbírálása, a kárrendezési eljárás lefolytatása, a biztosító szolgáltatásának teljesítése. Az adatkezelésre vonatkozó részletes szabályokat a biztosító honlapján (www.groupama.hu), valamint ügyfélszolgálati irodáiban elérhető adatkezelési tájékoztató tartalmazza.

Alulírott kérem, hogy a fentebb megjelölt számú biztosítási szerződés szolgáltatási összegét a biztosítás feltételek szerint kifizetni szíveskedjenek.

Tudomásul veszem, hogy az igénybejelentés átvétele a Groupama Biztosító Zrt. részéről nem jelenti igényem elismerését.

Kelt:

.....
Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása

**Kérjük, hogy a kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt a mellékletekkel együtt a lakóhelyéhez legközelebb lévő Groupama Biztosító Zrt. ügyfélszolgálaton adja le vagy küldje el postai úton az alábbi címre:
Groupama Biztosító Zrt. Szolgáltatási Centrum – 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/c.**

A Biztosító országos fiókhálózatának mindenkori listája megtalálható a www.groupama.hu honlapon is.