

Tájékoztató az MLSZ részére – Csoportos Élet-, és Balesetbiztosítás Kárbejelentése-, kárügyintézése tekintetében

A biztosítási esemény bekövetkezését követően nyolc naptári napon belül kell bejelenteni a Biztosító részére a káreseményt.

A Szerződő a bejelentésben igazolja (játékengedély szám alapján), hogy a károsult a biztosítási esemény bekövetkeztekor biztosított volt.

A kárigényt a biztosított, illetve közvetlen hozzátartozója nyújthatja be a Szerződőhöz, ill. a kárigényt a biztosított, illetve közvetlen hozzátartozója közvetlenül a Biztosítónak is benyújthatja.

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok beszerzése a biztosított, illetve közvetlen hozzátartozójának kötelessége.

Szolgáltatáshoz szükséges iratok

Bármely eredetű halál esetén:

- biztosító által kiadott (a kezelő orvos által kitöltött és aláírt) szolgáltatási igénybejelentő
- esedékesség szerinti utolsó díjfizetést igazoló irat
- a szerződő igazolása a biztosított jogviszonyról
- szolgáltatást igénylő személy biztosított csoporthoz tartozást igazoló dokumentumok
- a biztosító által kért, a biztosítási eseménnyel és annak következményeivel kapcsolatos vizsgálati eredményeket, orvosi igazolásokat, zárójelentéseket
- halotti anyakönyvi kivonat
- halottvizsgálati bizonyítvány
- boncolási jegyzőkönyv
- a kedvezményezett személyazonosságát, illetve a kedvezményezetti minőségét igazoló okirat (személyazonossági igazolvány, öröklési bizonyítvány, vagy jogerős hagyatéki végzés)
- a fentiekén kívül a biztosító jogosult az igény elbírálásához szükséges további iratokat, igazolásokat, nyilatkozatokat bekérni, illetve beszerezni

Baleseti eredetű halál esetén:

- biztosító által kiadott (a kezelő orvos által kitöltött és aláírt) szolgáltatási igénybejelentő
- esedékesség szerinti utolsó díjfizetést igazoló irat
- a szerződő igazolása a biztosított jogviszonyról
- szolgáltatást igénylő személy biztosított csoporthoz tartozást igazoló dokumentumok
- halotti anyakönyvi kivonat
- halott vizsgálati bizonyítvány
- boncolási jegyzőkönyv
- balesetet igazoló hivatalos okmány (pl: baleseti halált igazoló orvosi dokumentáció)
- hatósági eljárás esetén határozat (pl: rendőrségi jegyzőkönyv)
- a kedvezményezett személyazonosságát, illetve a kedvezményezetti minőségét igazoló okirat (személyazonossági igazolvány, öröklési bizonyítvány, vagy jogerős hagyatéki végzés)
- a fentiekén kívül a biztosító jogosult az igény elbírálásához szükséges további iratokat, igazolásokat, nyilatkozatokat bekérni, illetve beszerezni

Baleseti eredetű teljes (100%) rokkantság esetén:

- biztosító által kiadott (a kezelő orvos által kitöltött és aláírt) szolgáltatási igénybejelentő
- esedékesség szerinti utolsó díjfizetést igazoló irat
- a szerződő igazolása a biztosított jogviszonyról
- szolgáltatást igénylő személy biztosított csoporthoz tartozást igazoló dokumentumok
- a biztosító által kért, a biztosítási eseménnyel és annak következményeivel kapcsolatos vizsgálati eredményeket, orvosi igazolásokat, zárójelentéseket
- TB rokkantság esetén az illetékes társadalombiztosítási szerv jogerős határozatát az I. vagy II. fokú rokkantság tényéről;ORSZI határozat
- valamint a biztosító által igényelt, a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges egyéb iratokat.

Kórházi ápolás esetén:

- fentiekén kívül, kórházi zárójelentés

Csonttörés, csontrepedés esetén:

- fentiekén kívül, röntgen lelet szövege

Szalagszakadás esetén:

- fentiekén kívül, orvosi szakvélemény, lelet

Utásbiztosítás

A GB664-es Nemzetközi Utásbiztosítási Keretszerződésnél Baleset/betegség bejelentése esetén a következő dokumentumokra van szükség:

- Betegségi/Baleseti kárbejelentőlap
- Utáslista (károsult valóban szerepel e az előzetesen leadott utáslistán)
- Orvosi Diagnózissal ellátott igazolás
- Eredeti orvosi, gyógyszer, stb. számlák

Az alábbi esetekben a következő dokumentumok szükségesek még:

Idő előtti hazautazás:

A hazautazás számlával igazolt többletköltségei

Tartózkodás meghosszabbítása esetén:

Szállásköltség

Beteglátogatás:

Utazási költség

Szállásköltség

Telefonköltség:

Részletes telefonszámla az Eurocrossal (segélyszolgálat) folytatott beszélgetésekről.

Szolgáltatások:

Bármely halál

A biztosított tartamon belül bekövetkező halála esetén az Életbiztosítási Általános Feltételek szerint a bármely halálra meghatározott biztosítási összeget fizeti a biztosító kedvezményezett részére.

Baleseti halál

A biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű halála esetén a baleseti halálra meghatározott biztosítási összeget fizeti a biztosító kedvezményezett részére.

Baleseti rokkantság

A biztosító a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti rokkantsága esetén a baleseti rokkantságra szóló biztosítási összegből a rokkantság fokának megfelelő hányadot fizeti. A térítés a szerződésben meghatározott rokkantsági foktól (ez lehet 1%, 10%, 31%, 51% vagy 76%) kezdődően 100%-ig arányos. Az arányos térítés alsó határa alatt választható fix összegű térítés. A fix összegű térítés nem lehet több a 100%-os rokkantságra szóló összeg 5%-ánál.

A rokkantsági fok megállapítása a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 1. számú mellékletében található tábla alapján történik.

A szerződés tartama alatt bekövetkező balesetkből eredő maradandó baleseti sérülések mértékei (rokkantsági fokok) összegződnek. Amennyiben az összegzett rokkantsági fok eléri a 100%-ot, a biztosítási védelem az adott biztosított tekintetében megszűnik.

A biztosító az adott biztosítási év során bekövetkező, különböző balesetkből eredő, de következményeiket tekintve egymásra ható rokkantságot előidéző sérülések esetén, a legsúlyosabb következményekkel járó sérülésre teljesít szolgáltatást úgy, hogy a kifizetendő összeget a könnyebb sérülésekre már teljesített szolgáltatással csökkenti.

Baleseti kórházi napi térítés

A biztosított megszakítások nélküli vagy megszakításos baleseti eredetű kórházi ápolása esetén, ha a kórházi ápolás tartama meghaladja a választott önrészt, a biztosító a baleseti kórházi napi térítésre szóló napi térítési összeget fizeti.

A szerződő 0 és 35 nap között választhat önrészt, ekkor a térítés csak az önrészt meghaladó ápolások esetén vehető igénybe. Az önrész lehet levonásos, vagy meghaladásos. Meghaladásos önrész esetén a térítés az önrész meghaladása esetén visszamenőleg, az ápolás 1. napjától jár, levonásos önrész esetén csak az önrészt meghaladó 1. naptól kezdődően.

A szerződő 90 és 365 nap között választhat térítési maximumot, ekkor a biztosító egy biztosítási év során adott biztosított vonatkozásában legfeljebb a maximumként meghatározott számú baleseti kórházi ápolási napot vesz figyelembe a szolgáltatás meghatározásához.

A szolgáltatást a biztosító az ápolás befejezte után teljesíti, de hosszú kórházi ápolás esetén a biztosított 30 naponként kérhet rész-szolgáltatást.

Baleseti műtéti térítés

A biztosító a baleset következményeként a biztosítotton végrehajtott műtét esetén a műtét súlyossági (kis-, közepes- vagy nagyműtét) kategóriájának megfelelő, választott biztosítási összeget fizeti.

A műtétek besorolását a Groupama Garancia Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeinek 2-4. számú mellékletei tartalmazzák.

Csonttörés, csontrepedés

A biztosító a biztosított csonttörése vagy csontrepedése esetén a választott összeget fizeti.

Szalagszakadás