

**SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ LAP A MAGYAR LABDARÚGÓ SZÖVETSÉG SZÁMÁRA**

Kötvényszám: \_\_\_\_\_

**1. Szerződő és biztosított adatai**

a. Szerződő neve: Magyar Labdarúgó Szövetség

b. Szerződő címe: 1112 Budapest, Kánai út 2/D

c. Biztosított neve: \_\_\_\_\_

d. Biztosított születési neve: \_\_\_\_\_

e. Biztosított születési helye, ideje: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.

f. Biztosított címe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ út, utca, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

g. Telefonszám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

h. E-mail: \_\_\_\_\_

**2. Igénybejelentő adatai**

a. Igénybejelentő neve: \_\_\_\_\_

b. Születési név: \_\_\_\_\_

c. Milyen minőségben teszi a bejelentést?  biztosított  biztosított törvényes képviselője\*  gyám  meghatalmazott

d. Születési hely, idő: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.

e. Lakcím: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ út, utca, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

f. Telefonszám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

g. E-mail: \_\_\_\_\_

\* Kiskorú esetén kötelező a törvényes képviselőnek azonosítási adatlapot kitöltenie személyesen, bármely ügyfélszolgálati irodánkban

**3. Szolgáltatási összeg kifizetésére vonatkozó adatok (az ügyfél tölti ki)**a.  Az összeg banki utalását kérem.

a/1. Számlatulajdonos neve: \_\_\_\_\_

a/2. Bank neve: \_\_\_\_\_

a/3. Számlaszám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

b.  Az összeg postai utalását kérem.

b/1. Név: \_\_\_\_\_

b/2. Cím: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ út, utca, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

#### 4. A szolgáltatási igény oka és körülményeinek részletei

a. Balesetre vonatkozó adatok:

a/1. A baleset időpontja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_ óra

a/2. A baleset pontos helye: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

a/3. Hogyan történt a baleset, és milyen sérülés érte? Az esemény részletes leírása: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b. A biztosítási esemény pontos időpontja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_ óra

c. A biztosítási eseménnyel kapcsolatos további adatok:

c/1. Kezelőorvos neve: \_\_\_\_\_

c/2. Egészségügyi intézmény neve: \_\_\_\_\_

c/3. Címe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ út, utca, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

#### 5. A szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján

- haláleset       baleseti halál       baleseti rokkantság       baleseti műtéti térítés (kicsi, közepes, nagy)  
 baleseti kórházi napi térítés       csonttörés, csontrepedés       részleges vagy teljes boka, illetve térd szalagszakadás

#### 6. A szolgáltatási igény elbírálásához mellékelte iratok

a. Baleseti alapidokumentumok

a/1. Mérkőzés/versenyen történt baleseti sérülés esetén

- versenyengedély  
 mérkőzési jegyzőkönyv sérültek névsorával vagy  
 edző, szakosztályvezetői nyilatkozat a baleset körülményeiről  
pecséttel, aláírással ellátva

a/2. Edzésen történt baleseti sérülés esetén

- versenyengedély  
 baleset helyszínén felvett baleseti jegyzőkönyv pecséttel,  
aláírással ellátva  
 edző, szakosztályvezetői nyilatkozat a baleset körülményeiről  
pecséttel, aláírással ellátva

a/3. 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  
 háziorvos vagy traumatológus általi igazolás a jelenleg sérült  
tesztrészre vonatkozóan, hogy korábban sérült-e vagy sem  
(amennyiben igen, azon sérülések benyújtása is szükséges)

b. Haláleset kapcsán szükséges iratok

- halottvizsgálati bizonyítvány  
 halotti anyakönyvi kivonat  
 halált okozó betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentumok  
 kedvezményezetti nyilatkozat vagy jogerős hagyatéki végzés  
 kedvezményezett személyazonosító okmánya, bankszámlaszáma

c. Baleseti rokkantság esetén a baleseti dokumentumokon túl

- szolgáltatás bejelentéséig keletkezett orvosi dokumentumok

d. Baleseti műtéti térítés esetén az alpbaleseti dokumentumokon túl

- kórházi zárójelentés  
 műtéti leírás a műtét WHO kódjának megjelölésével

e. 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)

f. 5 napot meghaladó baleseti kórházi napi térítés esetén  
alpbaleseti dokumentumokon túl

- kórházi zárójelentés

g. Csonttörés esetén az alpbaleseti dokumentumokon túl

- csonttörést, repedést igazoló lelet fénymásolata

h. Részleges vagy teljes boka, illetve térd 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)

i. 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!

## 7. Nyilatkozatok

**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 teljesek, **tudomásul veszem**, hogy valótlan ada-

tok közlése esetén a biztosító a szolgáltatás kifizetését megtagadhatja.

**A biztosított felhatalmazza a biztosítót**, hogy az egészségi állapotára vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszeresse és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit. 138-141.§-ában, valamint 149.§-ában meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal a biztosított felmenti az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket

(pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.

Biztosított:  hozzájárulok

**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](http://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](http://www.groupama.hu) honlapon is.