

Tájékoztató

a Tesco Csoportos Jövedelempótló Biztosítás alapján bejelentett szolgáltatási igények rendezésének menetéről

Tartalom

1.	A tájékoztató hatálya	1
2.	A tájékoztató közzététele	1
3.	A szolgáltatási igények bejelentése, elbírálása	1
3.1.	Az igény bejelentése, a bejelentés határideje.....	1
3.2.	A szolgáltatási igény elbírálásához szükséges dokumentumok benyújtása.....	1
3.3.	A biztosító szolgáltatásának lehetséges formái	3
3.4.	A szolgáltatás teljesítésének határideje és módja	5

1. A tájékoztató hatálya

Jelen kárrendezési tájékoztató (továbbiakban: tájékoztató) a Tesco áruházaiiban, honlapján kötött Csoportos Jövedelempótló Biztosításra bejelentett szolgáltatási igények rendezésére vonatkozik. A tájékoztató a kárrendezési eljárás általános alapelveit tartalmazza, nem érinti az egyes szerződésekre irányadó, a szabályzati feltételekben rögzített specifikus szabályokat. A szolgáltatási igények rendezése a tájékoztatóban foglaltak és a vonatkozó biztosítási szerződés rendelkezései mellett, minden esetben a hatályos jogszabályi előírások alapján történik.

A tájékoztató 2023. augusztus 1. napjától visszavonásig érvényes.

2. A tájékoztató közzététele

A biztosító a tájékoztatót a honlapján teszi közzé.

3. A szolgáltatási igények bejelentése, elbírálása

3.1. Az igény bejelentése, a bejelentés határideje

A biztosított vagy az általa meghatalmazott személy köteles a biztosítási eseményt haladéktalanul – de legkésőbb 2 éven belül – bejelenteni a biztosítónak az alábbi elérhetőségek valamelyikén:

postacím: Tesco Jövedelempótló Biztosítás Kárrendezés
1307 Budapest, Pf. 31.
telefon: (+36-1) 501-2361
e-mail: tescojovedelem@alfa.hu

3.2. A szolgáltatási igény elbírálásához szükséges dokumentumok benyújtása

Általános dokumentumok

A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító a következő dokumentumokat kérheti:

- a biztosítási szolgáltatást igénylő személy által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt,
- baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készült,
- ha a biztosítási esemény külföldön történt, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását,
- írásbeli csatlakozás esetén az aláírt biztosított nyilatkozatot, szóbeli csatlakozás esetén a visszaigazolás másolatát,
- a biztosítási szolgáltatás iránti igény alapját képező betegségekre nézve a csoportos biztosítási szerződéshez való csatlakozást megelőző évekre visszamenőlegesen a biztosítási esemény bekövetkezéséig minden kórházi zárójelentés, műtéti leírás, ambuláns lap, szakorvosi rendelői és/vagy gondozóintézeti orvosi dokumentum, diagnosztikus lelet, házi orvosi-gépi pacienskarton, egészségkárosodást megállapító orvosi bizottsági határozat eredeti dokumentuma vagy másolata.

Keresőképtelenségi kockázatra vonatkozó dokumentumok

A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító az általános dokumentumokon túl a következő dokumentumokat kérheti:

- az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
- az „Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
- valamint a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által kiállított olyan igazolás vagy egyéb dokumentum másolatát, amely tartalmazza a keresőképtelen állapotban tartás alapjául szolgáló betegség(ek) vagy állapot(ok) megnevezését és/vagy BNO kódját.

Az igazolást a biztosítottnak havonta kell megküldeni a biztosító részére. A jogosultság időpontjára vonatkozó igazolást a tárgy hó végén, de legkésőbb az azt követő hónap 15-ig kell eljuttatni, amelyben a biztosított keresőképtelen volt.

Ha a biztosított a keresőképtelenség fennállását nem igazolja, a biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha a biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a biztosító nem fizet.

Munkanélküliség kockázatra vonatkozó dokumentumok

A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító az általános dokumentumokon túl a következő dokumentumokat kérheti:

- a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresési járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
- az Országos Egészségbiztosítási Pénztár – a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló – igazolványának másolatát,
- a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről,
- a megszűnt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolatát,
- a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás vagy közös megegyezés) másolatát,
- a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását, hogy a biztosított mely időponttól mely időpontig nyilvántartott álláskereső,
- ha a munkaviszony megszüntetése miatt munkaügyi per indul, az ennek során keletkezett iratokat, amennyiben ez a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához szükséges.

A munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását a biztosítottnak havonta kell megküldeni a biztosító részére. Az adott hónapra vonatkozó igazolást a tárgy hó végén, de legkésőbb az azt követő hónap 15-ig kell eljuttatni, amelyben a biztosított álláskeresési járadékra vagy segélyre jogosult, illetve nyilvántartott álláskereső.

Ha a biztosított a szolgáltatásra való jogosultságát nem igazolja, a biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha a biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a biztosító nem fizet.

5 napot meghaladó, balesetből vagy betegségből eredő kórházi kezelés kockázatra vonatkozó dokumentumok

A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító az általános dokumentumokon túl a következő dokumentumokat kérheti:

- a kórházi zárójelentés másolatát, melyben szerepelnie kell a kórházi kezelésre okot adó betegség(ek) vagy állapot(ok) megnevezésének és/vagy BNO kódjának, valamint a kezelőorvos nevének és elérhetőségének,
- annak igazolására szolgáló dokumentumot, hogy az igénybejelentésben feltüntetett időtartam alatt a biztosított a kórházban fekvőbeteg ellátásban részesült.

3.3. A biztosító szolgáltatásának lehetséges formái

A biztosító szolgáltatása **keresőképtelenség kockázat** esetén

- A biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosító „Alap csomag” esetén havi 50.000,-Ft (2019.04.23. előtt létrejött biztosítások esetén havi 30.000,-Ft), „Prémium csomag” esetén havi 100.000,-Ft (2019.04.23. előtt létrejött biztosítások esetén havi 50.000,-Ft) szolgáltatási összeget fizet ki a biztosított részére.
- A biztosítási eseményt követő első szolgáltatás teljesítése során a biztosító egyszerre kéthavi szolgáltatást teljesít, azaz „Alap csomag” esetén 100.000,-Ft, (2019.04.23. előtt létrejött biztosítások esetén 60.000,-Ft) „Prémium csomag” esetén 200.000,-Ft (2019.04.23. előtt létrejött biztosítások esetén 100.000,-Ft) szolgáltatási összeget fizet ki biztosítási szolgáltatásként.
- A biztosító térítési kötelezettsége a továbbiakban abban az esetben áll fenn, ha a biztosított igazolja, hogy a soron következő jogosultsági időpontban¹ még keresőképtelen.
- Egy adott biztosítási esemény miatt a biztosító térítési kötelezettsége addig az időpontig áll fenn, amelyik az itt felsoroltak közül a leghamarabb bekövetkezik:
 - a biztosított keresőképtelenségének megszűnéséig,
 - vagy a kockázatviselés megszűnéséig,
 - de legfeljebb 5 egymást követő hónapig, azaz 6 havi szolgáltatási összeg megfizetéséig, figyelemmel arra, hogy az első kifizetés során a biztosító kéthavi szolgáltatást teljesít.
- Ha a biztosított a biztosítási szolgáltatás megszűnését követő 60 napon belül a korábbi biztosítási eseményt kiváltó ok vagy annak következménye miatt újból keresőképtelenné válik, akkor az ilyen keresőképtelenséget a biztosító az előző biztosítási esemény folytatásaként tekinti, és az újbóli keresőképtelenség bekövetkezése után azonnal szolgáltat. A 60 napon belül más okból keletkező, vagy a biztosítási szolgáltatás megszűnése után több mint 60 nappal bekövetkező keresőképtelenséget a biztosító új biztosítási eseménynek tekinti.

¹ **Jogosultsági időpont:** Az első alkalommal megegyezik a biztosítási esemény bekövetkezésének napjával. Az ezt követő jogosultsági időpontok (ha vannak) megegyeznek a soron következő naptári hónapok ugyanezen sorszámú napjaival. Ha egy adott hónapban nincs ilyen sorszámú nap, akkor az adott hónapban a jogosultsági időpont a hónap utolsó napja.

- A biztosított 12 havi szolgáltatásnak megfelelő biztosítási összegre jogosult az első biztosítási évtől számított minden 6 éves biztosítási periódus tekintetében, azaz a biztosítási limit 12 havi biztosítási összeg/6 év/biztosított.

A biztosító szolgáltatása **munkanélküliségi kockázat** esetén

- A biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosító „Alap csomag” esetén havi 50.000,-Ft (2019.04.23. előtt létrejött biztosítások esetén havi 30.000,-Ft), „Prémium csomag” esetén havi 100.000,-Ft (2019.04.23. előtt létrejött biztosítások esetén havi 50.000,-Ft) szolgáltatási összeget fizet ki a biztosított részére.
- A biztosítási eseményt követő első szolgáltatás teljesítése során a biztosító egyszerre kéthavi szolgáltatást teljesít, azaz „Alap csomag” esetén 100.000,-Ft, (2019.04.23. előtt létrejött biztosítások esetén 60.000,-Ft) „Prémium csomag” esetén 200.000,-Ft (2019.04.23. előtt létrejött biztosítások esetén 100.000,-Ft) szolgáltatási összeget fizet ki biztosítási szolgáltatásként.
- A biztosító térítési kötelezettsége a továbbiakban abban az esetben áll fenn, ha a biztosított igazolja, hogy a soron következő jogosultsági időpontban² még keresőképtelen.
- Egy adott biztosítási esemény miatt a biztosító térítési kötelezettsége addig az időpontig áll fenn, amelyik az itt felsoroltak közül a leghamarabb bekövetkezik:
 - a biztosított álláskeresőként történő nyilvántartásának megszűnéséig,
 - vagy a kockázatviselés megszűnéséig,
 - de legfeljebb 5 egymást követő hónapig, azaz 6 havi szolgáltatási összeg megfizetéséig, figyelemmel arra, hogy az első kifizetés során a biztosító kéthavi szolgáltatást teljesít.
- Ha a biztosító szolgáltatási kötelezettsége 6 havi szolgáltatás kifizetése miatt szűnt meg, akkor a biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik meg újra, ha
 - az érintett biztosított a szolgáltatási kötelezettség megszűnését követően ismételten – a szerződési feltételek szerinti – munkaviszonyt létesített, majd azt követően ismételten álláskereső lett, és
 - a biztosító szolgáltatásának említett okból történő megszűnése és az újbóli jogosulttá válás között 6 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.
- A biztosított 12 havi szolgáltatásnak megfelelő biztosítási összegre jogosult az első biztosítási évtől számított minden 6 éves biztosítási periódus tekintetében, azaz a biztosítási limit 12 havi biztosítási összeg/6 év/biztosított.

A biztosító szolgáltatása **5 napot meghaladó, balesetből vagy betegségből eredő kórházi kezelés kockázat** esetén

² **Jogosultsági időpont:** Az első alkalommal megegyezik a biztosítási esemény bekövetkezésének napjával. Az ezt követő jogosultsági időpontok (ha vannak) megegyeznek a soron következő naptári hónapok ugyanezen sorszámú napjaival. Ha egy adott hónapban nincs ilyen sorszámú nap, akkor az adott hónapban a jogosultsági időpont a hónap utolsó napja.

- A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a kórházban fekvőbetegként töltött időtartamot (a felvétel és az elbocsátás napja közötti különbség) csökkenti az 5 napos önrésszel és az így fennmaradó napok számának megfelelő számú, napi térítést („Alap csomag” esetén 10.000,- Ft/nap, „Prémium csomag” esetén 20.000,-Ft/nap) fizet a biztosítottnak.
- Ha a biztosított a kórházból való távozását követő 60 naptári napon belül ugyanazon baleset vagy betegség folyományaként ismét kórházba kerül, a biztosító ezen újabb kórházi kezelést az eredeti biztosítási esemény folytatásának tekinti, amennyiben a biztosított a kórházból való távozást követően az eredeti kórházi kezelést szükségessé tevő baleset vagy betegség következményeinek kezelése céljából rendszeres orvosi felülvizsgálat vagy gyógyszeres kezelés alatt állt. Ebben az esetben a biztosító az újabb kórházi kezelés(ek)tartamából nem von le önrészt.
- Egy biztosítási eseményből eredően (ideértve azt az esetet is, amikor több egymást követő kórházi kezelés egyetlen biztosítási eseménynek minősül) a biztosító szolgáltatási kötelezettség legfeljebb 20 napi szolgáltatás összegének megtérítésére korlátozódik akkor is, ha a kórházi tartózkodás időtartama (vagy az egyetlen biztosítási eseménynek minősülő két vagy több kórházi kezelés összesített tartama) az 5 napos önrész levonását követően is meghaladná a 20 napot.
- A biztosítás tartama alatt a biztosító legfeljebb 2 biztosítási esemény alapján nyújt szolgáltatást. Az ezt követően bekövetkező esetleges további biztosítási események alapján a biztosító abban az esetben sem nyújt szolgáltatást, ha a megelőző 2 biztosítási esemény alapján az eseményenkénti maximum összeg nem került kifizetésre.

3.4. A szolgáltatás teljesítésének határideje és módja

A biztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.

A biztosító az általa nyújtandó szolgáltatást a biztosított által megadott bankszámlára teljesíti.