

**A MEDICARE BIZTOSÍTÓ ZRT. CSOPORTOS SZOLGÁLTATÁSFINANSZÍROZÓ  
EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSEIRE VONATKOZÓ  
KÁRRENDEZÉSI TÁJÉKOZTATÓ**

**1. Szolgáltatási igény benyújtásának lehetséges módjai**

Biztosítási eseménynek csak az olyan egészségügyi szolgáltatás igénybevétele minősül, amelyet a Medcover Zrt.-nél, mint egészségügyi szolgáltatónál, vagy rajta, mint szolgáltatásszervezőn keresztül, szervezésében, tudtával, illetve jóváhagyásával vett igénybe a Biztosított.

**Időpontfoglalás és az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele közvetlenül a Medcover Egészségközpont Zrt.-n keresztül:**

1. Időpont-foglalás a Biztosító szolgáltatópartnerének, a Medcover Egészségközpont Zrt.-nek (a továbbiakban: Szolgáltató) a Call Center-en keresztül (munkanapokon 07:00 és 20:00 óra között), sürgősségi esetben (nem időpontfoglalás) egészségügyi tanácsadás céljából a 0-24 órás egészségügyi tanácsadóvonalon keresztül bármikor elérhető az egészségügyi szolgáltató.
2. Az ügyfél általi telefonos időpontfoglalással egyidejűleg történik a fedezetellenőrzés a Biztosító által, melynek során a Biztosító közvetlenül tájékoztatja a Szolgáltatót a biztosított MRN azonosítószáma és a személyes adatok alapján (személyazonosítót készítse elő), arról, hogy a biztosított által igénybe venni kívánt egészségügyi ellátás a Biztosító általi finanszírozással fedezett-e vagy sem.
3. Az egészségügyi szolgáltató a fedezetellenőrzés eredményéről tájékoztatja az ügyfelet. Amennyiben a Biztosítótól kapott fedezetvizsgálat eredményeként azt az információt kapja, hogy az ügyfél által igénybe venni szándékozott ellátás a biztosítás által fedezett szolgáltatás, időpontot foglal a biztosított részére a biztosított egészségi panaszai és egészségügyi szolgáltatási igényei alapján. Amennyiben az ügyfél által igénybe venni kívánt ellátás nem fedezett, az egészségügyi szolgáltató ennek tényéről tájékoztatja az ügyfelet, melyet a biztosító írásban megerősít a vonatkozó jogszabályi előírásoknak megfelelően.

Annak az egészségügyi szolgáltatásnak az igénybevételét, amely biztosítási eseménynek minősül és a Medcover Zrt.-nél vette igénybe a Biztosított, nem kell külön bejelenteni a Biztosítóknak.

**Biztosítási esemény utólagos bejelentése, utólagos kárrendezés:**

1. Ha a Biztosított vagy a nevében más - nem a Biztosító és nem is a Szolgáltatásszervező - az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségét megtérítette a Szolgáltatásszervezővel szerződött, szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatónak és így a biztosítási esemény bekövetkezése a Biztosító irányában utólagos költségtérítési igénnyel jár, továbbá, ha a Biztosító, illetve a Szolgáltatásszervező közvetlenül nem téríti meg az egészségügyi szolgáltatónak a költségeket, úgy a biztosítási esemény bekövetkezését az egészségügyi ellátás, illetve szolgáltatás igénybevételenek utolsó napját követő 15 napon belül írásban a Biztosító részére be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés, és a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését.
2. Amennyiben a Feltételekben foglaltak szerint a Biztosító a Biztosítási szerződés terhére bejelentett szolgáltatási igény iránti kérelem teljesítését az érintett Biztosított előfinanszírozásához kötötte és a Biztosítási szerződés az elmaradt díj teljesítésére tekintettel nem szűnt meg, úgy a Biztosító megtéríti a Biztosított költségeit a Biztosított által az érintett biztosítási időszakban benyújtott számla ellenében.

Utólagos kárrendezés esetén a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését köteles igazolni, és az azt alátámasztó dokumentumok eredeti példányát a biztosító Központi Ügyfélszolgálati Irodájába a 1134 Budapest, Váci út 29–31. szám alatti címre köteles beküldeni.

## **2. A szolgáltatás teljesítésének szabályai és a vonatkozó határidők**

### **Kárbejelentés határideje**

1. Annak az egészségügyi szolgáltatásnak az igénybevételét, amely biztosítási eseménynek minősül és a Medcover Zrt.-nél vette igénybe a Biztosított, nem kell külön bejelenteni a Biztosítónak.
2. Egyéb esetben a biztosított a biztosítási eseményt/káreseményt az egészségügyi ellátás, illetve szolgáltatás igénybevételének utolsó napját követő 15 napon belül írásban a Biztosító részére be kell jelenteni.
3. Amennyiben a sürgősségi ellátás és a mentőszolgálati költségek viselése a biztosítási fedezet alapján biztosítási eseménynek minősül, az igénybe vett egészségügyi szolgáltatást, mely a mentőszolgálat hívását és esetleg kórházba történő felvételt vagy sürgősségi osztály szolgáltatását követeli meg, külön be kell jelenteni a Biztosítónak biztosítási eseményként, ha költségét a Biztosított vagy nevében más, a Biztosítótól és a Medcover Zrt.-től, mint Szolgáltatásszervezőtől eltérő személy már megtérítette az egészségügyi szolgáltatást nyújtó félnek. Ebben az esetben az egészségügyi szolgáltatás költségtérítésére vonatkozó szolgáltatási igényt a Biztosított, vagy a szolgáltatási igény előterjesztője a Biztosított írásbeli hozzájárulásával, az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről kiállított számla keltét követően, de legkésőbb az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének utolsó napját követő 15 napon belül köteles írásban bejelenteni a Biztosítónak.
4. Ha a Biztosított kórházi vagy sürgősségi osztály ellátást vesz igénybe, a Biztosított vagy nevében más személy köteles jelezni a szolgáltatást teljesítőnek, hogy az vegye fel a kapcsolatot a Medcover Zrt. 24-órás telefonos egészségügyi tanácsadó vonalával még az egészségügyi ellátás Biztosított általi igénybevétele előtt – ha a Biztosított állapota, illetve a körülmények ezt lehetővé teszik –, de mindenképp a kórházba való felvételt követő 5 napon belül, ha több napra szóló kórházi ellátásban részesítik a Biztosítottat, mert az ellátás költségének Biztosítóra történő terhelését az egészségügyi szolgáltatás teljesítőjének a Medcover Zrt., mint Szolgáltatásszervező felé előre jelezni kell. A Biztosított köteles az egészségügyi szolgáltatás teljesítőjének jelezni, hogy biztosítotti jogviszonya fennáll a Biztosítóval, hogy a finanszírozás lehetővé tétele céljából a Biztosító a szükséges egyeztetéseket lefolytassa az egészségügyi szolgáltatóval. Ha a Medcover Zrt. 24-órás telefonos egészségügyi tanácsadó vonalán való bejelentés, a Biztosított kórházba kerülése esetén a kórházba történő felvételt követő 5 napon belüli bejelentés a Biztosított önhibájából felmerülő ok miatt elmarad, akkor ez – a Feltételekben meghatározottak szerint – mentesítheti a Biztosítót a szolgáltatási kötelezettség alól.

### **Kárbejelentéshez szükséges adatok/ Kárbejelentő lap adattartalma**

Az utólagos kárrendezés esetén a biztosított által igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségének biztosító általi megtérítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

1. Az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről kiállított eredeti számlát, melyet legkésőbb az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének utolsó napján kell igényelni a szolgáltatást teljesítőtől a Biztosított nevére
2. A biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi szolgáltatástól függő összes egészségügyi dokumentumot (különösen: ambulánslap, kórházi zárójelentés, vizsgálati lap, ápolási, illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, laborlap, diagnosztikai vizsgálatok során készült felvételek, vénymásolat, beutalómásolat), kezelési terv,

3. Az előző pontokban foglaltakon túl a Biztosító egyéb olyan dokumentumokat is követelhet a szolgáltatási igény elbírálásához, amelyek nélkül a szolgáltatási igény nem bírálható el, különösen baleseti jegyzőkönyvet, ha balesettel összefüggő a szolgáltatási igény és készült ilyen dokumentum.
4. Amennyiben a rendelkezésre álló iratok alapján a szolgáltatási igény nem bírálható el, a Biztosító elrendelheti a Biztosított személyes orvosi vizsgálatát (továbbiakban: szolgáltatás elbírálásához szükséges orvosi vizsgálat) is a Biztosító költségére.
5. Kitöltött és aláírt Kárbejelentő lap eredeti példánya.

A Kárbejelentő lapon fel kell tüntetni:

Kárigénylő neve, születési dátuma, e-mail címe

Medicare tagazonosító

Biztosítási csomag

Kötvényszám

Szerződő

Bankszámla tulajdonos neve, bankszámlaszáma

A mellékelt dokumentumokhoz kapcsolódó adatok, mint Biztosított neve, szolgáltatás dátuma és megnevezése, szolgáltatás összege, visszaigényelt összeg, számlák darabszáma, orvosi és egyéb dokumentumok

A Biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatónál (Medicover szolgáltatási pontok) igénybe vett és a Biztosítási szerződés alapján fedezett egészségügyi szolgáltatás költségét a Biztosító közvetlenül, illetve a Szolgáltatásszervező közreműködésével téríti meg a szolgáltatást nyújtó félnek, ha az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele a Medicover Zrt. szervezésében, tudtával és jóváhagyásával zajlott le, továbbá a szolgáltató számlát állít ki a Biztosító részére az ellátásról.

Az utólagos kárrendezés körébe tartozó eseteknél a Biztosító a költségtérítéssel járó biztosítási szolgáltatását – a jogalap fennállása esetén – az összes dokumentum benyújtásától számított 15 napon belül, pénzügyintézetnél vezetett bankszámlára való átutalással és törvényes belföldi fizetőeszközben, a számla és a szolgáltatások, szolgáltatási korlátok figyelembevételével teljesíti. Az esetleg felmerülő konverziós költségek a Biztosítottat terhelik.

### **3. Kárkifizetés és szolgáltatás lehetséges formái, ideértve az egyezségi kárrendezést is**

A Biztosító azon egészségügyi szolgáltatás költségét, amely biztosítási eseménynek minősül és a Medicover Zrt.-nél vette igénybe a Biztosított, közvetlenül az egészségügyi szolgáltatóval számolja el. Az utólagos kárrendezés keretében a biztosított által igénybe vett és bejelentett ellátás költségeit közvetlenül a Biztosítóval számolja el számla ellenében a 2. pontban meghatározottak szerint.

A Biztosító egyezségi alapon kivételes esetben, méltányossági szempontokat figyelembe véve teljesíthet kárkifizetést.

### **4. Értékcsökkenés alkalmazásának módszertana**

A Biztosító a kárrendezés, kárkifizetés során a szolgáltatás jellegéből adódóan nem alkalmaz értékcsökkenést.