

Generali Company Care egészségbiztosítás szolgáltatásfinanszírozásra vonatkozó különös feltételei (GCC-SZOF/2019)



Generali Biztosító Zrt. • Levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888 • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • generali.hu

Jelen különös feltételek a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Generali Company Care egészségbiztosítási szerződéseinek szolgáltatásfinanszírozásra vonatkozó biztosítási kockázatára** érvényesek feltéve, hogy a szerződést jelen különös feltételekre hivatkozással kötötték.

A különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekben a Generali Company Care egészségbiztosítás általános szerződési feltételek (GCC-ÁSZF/2019)** (a továbbiakban: általános feltételek) az **írányadók**.

I. Biztosítási esemény

1.1. Biztosítási esemény az olyan egészségügyi szolgáltatás igénybevétele, mely a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartam alatt, de annak kezdetéhez képest előzmény nélküli betegség, kóros állapot vagy balesete miatt válik szükségessé. Jelen pont szempontjából előzmény nélküli betegségnak, balesetnek vagy kóros állapotnak minősül az a betegség, baleset vagy kóros állapot, amely a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett vagy kezelést igénylő betegséggel vagy balesettel vagy kóros állapottal vagy megállapított maradandó egészségkárosodással okozati összefüggésben nem áll.

A biztosító szolgáltatása az akut és a tervezhető egészségügyi ellátási esetekre terjed ki, valamint azon azonnali ellátási esetekre, melyek a társadalombiztosítási rendszer által nem finanszírozottak, illetve nem finanszírozandók.

1.2. Ha a szerződés adott biztosítottra való kiterjesztése előtt egészségi kockázatbírálás történt, és ennek során a biztosított tájékoztatta a biztosítót a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett vagy kezelést igénylő betegségéről, vagy balesetéről vagy kóros állapotáról vagy megállapított maradandó egészségkárosodásáról és a biztosító nem zárta ki kockázatviselési köréből az ezekkel összefüggésben szükségessé váló egészségügyi szolgáltatásokat, akkor ezek biztosítási eseménynek minősülnek.

1.3. **Biztosítási eseménynek csak az olyan egészségügyi szolgáltatás igénybevétele minősül, amelyet**

- a biztosító vagy a biztosító által megbízott szolgáltatásszervező szervezésében, tudtával, illetve jóváhagyásával vett igénybe a biztosított, és
- az általános és jelen különös feltételek szabályainak eleget tevő egészségügyi szolgáltató nyújtott.

1.4. A biztosítási esemény időpontja az egészségügyi ellátás igénybevételének első napja. Egy biztosítási eseménynek az azonos sérülési, egészségkárosodási, megbetegedési okra, okokra illetve egészségi problémára visszavezethető egészségügyi szolgáltatások minősülnek, ha egy napon vagy egy egészségügyi ellátás keretében történtek, és ugyanahhoz a szolgáltatásfajtaához tartoznak.

II. A biztosító szolgáltatása

II.1. **A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a biztosítási szerződés általános feltételeinek 1. számú mellékletében szereplő szolgáltatási csomagokban meghatározott és e pontban részletezett orvosi, egészségügyi és egyéb szolgáltatások költségeinek megtérítésére terjed ki az általános és különös feltételekben foglalt szabályok szerint. A biztosítottak a biztosítási szerződés szerint rájuk vonatkozó szolgáltatási csomag által fedezett egészségügyi szolgáltatásokat a Generali Medi24-en (telefonvonalon) keresztül, telefonos ellátásszervezés útján vehetik igénybe.**

II.2. Generali Medi24

II.2.1. A Generali Medi24 egészségügyi tanácsadással áll a biztosítottak rendelkezésére 24 órán keresztül, továbbá szervezi az egészség-

ügyi ellátásokat. Az elhangzott beszélgetéseket a hatályos magyar jogszabályok betartásával a szolgáltatásszervező rögzíti és tárolja.

II.2.2. **Generali Medi24-en keresztül, telefonos egészségügyi tanácsadás keretében a szolgáltatásszervező a következő témákban ad tájékoztatást és az alábbiakat szolgáltatja:**

- ellátásszervezés a szerződésben meghatározott esetekben, és az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató elérhetőségei,
- sürgősségi, orvosi, fogorvosi, gyógyszerterápiai ügyeletek elérhetőségei és ügyeleti ideje,
- prevenció, egészségmegőrzés és egészséges életmód,
- általános orvosi tanácsadás telefonon keresztül, orvos által, az alábbi témakörökben:
 - információ egészségi állapotról,
 - orvosi szak kifejezések, kórházi zárójelentések magyarázata,
 - laboratóriumi eredmények és ezekből eredő összefüggések magyarázata,
 - orvosi eljárások magyarázata.

II.2.3. A telefonos egészségi tanácsadás semmilyen módon nem helyettesíti az orvossal személyesen folytatott konzultációt, az orvosi vizsgálatot, illetve más egészségügyi szolgáltatást sem.

II.2.4. A szolgáltatásszervező kizárólag a telefonos egészségi tanácsadás során általa adott információkért vállal felelősséget, azok felhasználása az információt kapó, illetve információt felhasználó fél felelőssége, így sem a biztosító, sem a szolgáltatásszervező ezzel kapcsolatban nem vállal felelősséget.

II.3. Éves preventív szűrővizsgálat

A szűrővizsgálat igénybevétele nem kötelező, de ajánlott. A szűrővizsgálat során és azok eredményeként feltárt egészségügyi ellátást igénylő kórképek további vizsgálata az egészségügyi ellátások keretében történik. A preventív szűrővizsgálat biztosítási időszakonként egy alkalommal vehető igénybe, tartalma biztosítási csomagok szerint eltérő, csomagonként az alább meghatározott elemeket tartalmazza.

II.3.1. Start csomag

Nem tartalmaz szűrővizsgálatot.

II.3.2. Normál csomag

- belgyógyászati szakorvosi vizsgálat (anamnézis felvétel, fizikális vizsgálat, vérnyomásmérés, testsúly-, testmagasságmérés);
- 12 elvezetési nyugalmi EKG;
- vérvizsgálat: teljes vérkép, süllyedés, kreatinin, vércukor, koleszterin (LDL, HDL), triglicerid, GOT, GGT, GPT;
- legalább 40 éves korban: uraknak PSA;
- teljes vizeletvizsgálat + üledék;
- legalább 50 éves korban széklet immun-vérteszt.

II.3.3. Prémium csomag

- belgyógyászati szakorvosi vizsgálat (anamnézis felvétel, fizikális vizsgálat, vérnyomásmérés, testsúly-, testmagasságmérés);
- 12 elvezetési nyugalmi EKG;
- vérvizsgálat: teljes vérkép, süllyedés, kreatinin, vércukor, koleszterin (LDL, HDL), triglicerid, GOT, GGT, GPT;
- legalább 40 éves korban: uraknak PSA;
- teljes vizeletvizsgálat + üledék;
- legalább 50 éves korban széklet immun-vérteszt;
- szemészeti vizsgálat;
- mellkas röntgen;
- hölgyeknek: nőgyógyászati vizsgálat (citológia, hüvelyi ultrahang, emlővizsgálat);
- uraknak: urológia.

II.3.4. Exkluzív csomag

- belgyógyászati szakorvosi vizsgálat (anamnézis felvétel, fizikális vizsgálat, vérnyomásmérés, testsúly-, testmagasság-mérés);
- 12 elvezetéses nyugalmi EKG;
- vérvizsgálat: teljes vérkép, süllyedés, kreatinin, vércukor, koleszterin (LDL, HDL), triglicerid, GOT, GGT, GPT, HbA1c, C reaktív protein);
- legalább 40 éves korban: uraknak PSA;
- teljes vizeletvizsgálat + üledék;
- legalább 50 éves korban széklet immun-vérteszt;
- szemészeti vizsgálat;
- mellkas röntgen;
- hölgyeknek: nőgyógyászati vizsgálat (citológia, hüvelyi ultrahang, emlővizsgálat);
- uraknak: urológia;
- hasi és kismencedei ultrahang;
- legalább 40 éves korban kardiológiai szakvizsgálat szív ultrahanggal.

II.4. Alap ellátás szolgáltatásai

Alap járóbeteg-ellátás: ellátások, vizsgálatok, kezelések az alábbi szakterületeken: belgyógyászat, fül-, orr-, gégegyógyászat, szemészet, nőgyógyászat, urológia, bőrgyógyászat, radiológia (az ide tartozó Alap diagnosztika körébe tartozó eszközhasználat Alap szakterületeken).

Alap labor: vérvizsgálat, vizeletvizsgálat, székletvizsgálat, széklet bakteriológiai vizsgálata, standard laborvizsgálatok, véralvadás-vizsgálat, vörösvérsejt-süllyedés (We) vizsgálata, pajzsmirigyzsugárkutatás közül TSH, FT3, FT4, prosztatarák kiszűrése (PSA), különféle fertőzésekhez kapcsolódó szűrővizsgálatok (kivéve a szexuális úton terjedő betegségek/STD-teszt), terhesség megállapítása, nőgyógyászati citológiai vizsgálat.

Alap diagnosztika: EKG (nyugalmi, terheléses, ABPM, 24-órás Holter), ultrahang hasi, szív és emlő stb. (UH), röntgen (enterográfia is), mammográfia, szűrő audiometria (hallásvizsgálat), arteriográfia (érfestéses vizsgálat), dermatoszkópia (anyajegyvizsgálat, bőrelváltozások nagyító eszközös vizsgálata), Doppler (erek ultrahangos vizsgálata), centrális csontsűrűség-vizsgálat, kontrasztanyag- röntgenvizsgálat (nyelészvizsgálat röntgennel), látótérvizsgálat, allergiatesztek (Epicutan-teszt, életkortól függően: bőrpróbával (Prick-teszt) vagy vérvétellel allergiateszt).

II.5. Bővített ellátás szolgáltatásai

Normál, Prémium és Exkluzív szolgáltatási csomag esetén az Alap ellátás szolgáltatásai kiegészülnek az OEP által befogadott és finanszírozott, a magyarországi egészségügyi szolgáltatóknál általánosan alkalmazott, orvosszakmai protokollok által támogatott ellátásokkal, például:

Bővített járóbeteg-ellátás: kardiológia, angiológia, neurológia, ortopédia, reumatológia (elektorterápiával, gyógytornával), pulmonológia (tüdőgyógyászat), allergológia, onkológia, gasztroenterológia, endokrinológia, diabetológia, diétetika, proktológia, infektológia, radiológia (az ide tartozó alap- illetve bővített diagnosztika eszközhasználatával).

Bővített labor: alap labor a következő laborvizsgálatokkal kiegészítve: hematológia, szerológia - immunológiai vizsgálat, PCR, hormonvizsgálat, daganatos betegségek kiszűrése (tumor és rákmarkerek), HIV-teszt, STD-teszt nemi úton terjedő betegségek kiszűrésére, mérgezők vizsgálata (toxikológia) és genetikai vizsgálatok.

Bővített diagnosztika: aspirációs citológia, biopszia, allergének kimutatása vérvizsgálattal, endoszkópos-tükrözéses vizsgálatok (benne: anoszkópia-rectoszkópia, gasztroszkópia, colonoszkópia), cysztoszkópia, MRI, CT, Cardio-CT, PET CT, az agy és izmok, illetve idegek elektromos aktivitásának vizsgálata (EEG, ENG, EMG), angiográfia, enterográfia (kontrasztanyagot bélvizsgálat), scintigráfia (izotópos képalkotó vizsgálat), ízületi punkció, spirometria (légzésfunkció vizsgálat).

II.6. Szabadon választott járóbeteg-szakorvosi ellátás árának megtérítése

Normál, Prémium és Exkluzív szolgáltatási csomag esetén biztosítási időszakonként egy alkalommal igényelhető, a biztosított által szabadon megválasztott és saját maga által megszervezett – Alap járóbeteg-ellátási körbe tartozó – egy szakorvosi ellátás, illetve az annak során elvégzett kiegészítő vizsgálat (pl. cytologia) költsége legfeljebb 16.000 Ft összegig. Az ellátás árának megtérítése a biztosított által előfinanszírozott ellátások díjának visszatérítésével megegyező módon történik (ld. III.4. pont).

A biztosító térítésének feltétele, hogy a biztosított a szakorvosi vizsgálat igénybevételét megelőzően a Generali Medi24-en keresztül tájékoztassa a biztosítót a tervezett ellátás várható idejéről és szakterületéről.

II.7. Influenza elleni védőoltás beadása és az oltóanyag árának megtérítése

Biztosítási időszakonként egy alkalommal igényelhető a biztosított által kiváltott és előfinanszírozott oltóanyag beadása és árának utólagos megtérítése.

II.8. Gyógytorna

Orvosszakmailag indokolt akut esetben biztosítási időszakonként legfeljebb a szolgáltatási csomagban megjelölt alkalommal vehető igénybe.

II.9. Házivizit

Orvosszakmailag indokolt akut esetben otthoni, felnőtt alap orvosi ellátás. A biztosító a Generali Medi24-en keresztül ad információt arról, hogy a biztosítás terhére aktuálisan mely településeken vehető igénybe a házivizit.

II.10. Betegszállítás

Ha a biztosított mozgásképtelenné válik (pl. thrombosis miatt fekvés szükséges, rendkívül elesett fizikai állapotban van), a Generali Medi24 megszervezi a betegszállítást. A betegszállítás nem jelent azonnali rendelkezésre állást, a Generali Medi24 munkatársa a szolgáltatást az igénybevétel szükségessé válásáról való tudomás-szerzéstől számított 24 órás határidővel megszervezi, figyelemmel pl. a szükséges vizsgálat időpontjára. A biztosító a betegszállítás költségét abban az esetben téríti meg, ha az a szolgáltatásszervező által szervezett és az általános és különös feltételek szerint biztosítási eseménynek minősülő egészségügyi ellátások igénybevételéhez szükséges.

II.11. Ambuláns műtét

Az általános feltételek VII. fejezet 5. pontjában található Értelmező rendelkezések szerint.

II.12. Egnapos sebészet

Az általános feltételek VII. fejezet 5. pontjában található Értelmező rendelkezések szerint.

II.13. Kórházi fekvőbeteg-ellátás V.I.P./emelt szinten

Benne akut és tervezhető kórházi ellátások (vizsgálatok, beavatkozások, műtétek és kezelések), melyeket nem esztétikai, nem megelőző, nem rehabilitációs céllal, kórházként elismert intézményben és osztályon végeznek, és nem tartoznak a krónikus ellátás körébe. **A biztosító egy biztosított vonatkozásában egy biztosítási időszakban legfeljebb 4 000 000 Ft összegű fekvőbeteg ellátást (vizsgálatok, beavatkozások, műtétek, kezelések, emelt szintű ellátás) finanszíroz a biztosítás terhére.**

Baleset miatti sürgősségi, valamint azonnali ellátási esetekben a biztosító kizárólag a hotelszolgáltatás díját, továbbá azon egészségügyi ellátások költségeit téríti, amelyek a társadalombiztosítási rendszer által nem finanszírozottak.

A szolgáltatósszervező jogosult meghatározni, hogy a szükséges ellátás egészségügyi szakmai szempontok figyelembevételével, mely fekvőbeteg-ellátó intézményben vehető igénybe. Az ellátóhely adottságaitól függően az elhelyezés lehet V.I.P./emelt szintű, egy-, illetve kétágyas szobában.

Emelt szintű/V.I.P. kórházi- és hotelszolgáltatás leírása

- külön e célra kialakított, mátrix jellegű, igényesen berendezett, légkondicionált, egyágyas vagy kétágyas szoba fürdőszobával,
- diszkrét, igényes gyógyítás és ápolás, kifogástalan higiénia,
- a nővér, illetve orvos általi betegkíséret a felvételtől az elhelyezésig, illetve az időpontra egyeztetett kórházon belüli vizsgálatokra (labor, röntgen stb.),
- a la carte étkezés, igény esetén diétás is,
- nővérhívó rendszer,
- hűtőszekrény, tv.

Az akut és tervezhető ellátást a biztosítási fedezet terhére kizárólag a szolgáltatósszervező szervezésében lehet igénybe venni, azt előre engedélyeztetni kell, mert az igénybevételhez az ellátás jogalapjának megállapításán túl a megfelelő ellátóhely kiválasztása is szükséges. A szolgáltatósszervező az engedélyezést - általa megszervezett - előzetes szakvizsgálathoz kötheti. Az ellátás szervezése az engedélyezést követően történik.

III. Biztosítási szolgáltatások igénybevétele

III.1. Általános szabályok

III.1.1. A biztosítás által fedezett egészségügyi szolgáltatásokat szolgáltatósszervezőn keresztül, a Generali Medi24 telefonvonalon kell igényelni.

III.1.2. **Annak az egészségügyi szolgáltatásnak az igénybevételét, amelyet a biztosított a szolgáltatósszervező szervezésében vett igénybe, nem kell külön bejelenteni a biztosítónak, ennek költségét a biztosító közvetlenül téríti meg a szolgáltatást nyújtó félnek.**

III.1.3. **Kizárólag a szolgáltatósszervező és a biztosító rendelkezik mérlegelési joggal a szolgáltatások szervezésével és azok költségének megtérítésével kapcsolatban.**

III.1.4. A biztosító a következő feltételek együttes fennállása esetén teljesít szolgáltatást, illetve szervez ellátást:

- a) a biztosított által igénybe veendő egészségügyi szolgáltatás orvosszakmai szempontból indokolt és megalapozott, a biztosított egészségének helyreállításához vagy megőrzéséhez, betegségből való gyógygyululásához, egészségkárosodás bekövetkezésének elkerüléséhez legyen szükséges,
- b) a hatályos magyar jogszabályok és orvosi protokollok szerinti esetekben, az azokban meghatározott módon és indikáció alapján a javaslat megtételére jogosult fél által javasolt legyen az egészségügyi szolgáltatás,
- c) az egészségügyi szolgáltatást a biztosított a szolgáltatósszervező tudtával és szervezésében vagy a szolgáltatósszervező jóváhagyásával vegye igénybe,
- d) az általános és jelen különös feltételek alapján a szolgáltatási igényre a biztosítási fedezet terjedjen ki.

III.2. Az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének módja

III.2.1. **Egészségügyi szolgáltatás igénybevétele céljából a biztosított az alábbi lépések szerint köteles eljárni:**

- a) A biztosított szolgáltatósszervezőhöz a 24 órás Generali Medi24-en keresztül, telefonon jelentkezhet be. A bejelentkezést azonnali ellátási esetben is a III.2.2. és III.2.3. pontban foglaltakra figyelemmel haladéktalanul meg kell tenni.
- b) A személyes adatok alapján a szolgáltatásra való jogosultságot (biztosítási fedezetet) a szolgáltatósszervező ellenőrzi.
- c) A panaszok, igények alapján a szolgáltatósszervező javaslatot tesz a nyújtandó egészségügyi szolgáltatásra, annak időpontjára és helyszínére. Egyes esetekben a szolgáltatósszervező visszahívás során pontosítja az ellátás időpontját és helyszínét. **A szolgáltatósszervező akut esetben 48 órán belüli, tervezhető esetben 14 napon belüli időpontra szervezi meg a szükséges ellátást.**

d) Az egyeztetett időpontban megjelenés a szolgáltatósszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatónál.

Amennyiben a biztosított nem tud megjelenni az előre egyeztetett időpontban a megjelölt egészségügyi szolgáltatónál, akkor a lemondást legkésőbb 24 órával az egyeztetett időpont előtt a Generali Medi24-en keresztül jeleznie kell a szolgáltatósszervezőnek. Ennek elmulasztása esetén a biztosító a megszervezett, de le nem mondott ellátás/szűrővizsgálati elem(ek) költségének megtérítését kérheti a biztosítottól.

e) Személyazonosításra alkalmas fényképes dokumentum bemutatása az egészségügyi ellátást nyújtó intézményben a biztosított beazonosítása céljából a szolgáltatás igénybevétele előtt.

A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy ha a biztosított személye nem azonosítható, akkor az egészségügyi szolgáltató megtagadhatja az egészségügyi szolgáltatást, kivéve, ha a biztosított élete veszélyben forog, illetve a sürgős szükség esetét.

III.2.2. Magyarországon az azonnali ellátást igénylő esetekben a 104-es telefonszámon mentőt kell hívni vagy azonnal el kell menni a sürgősségi ügyeletre ugyanis telefonon keresztül diagnózis nem állapítható meg, orvosi indikáció nem adható, kezelés nem végezhető, mint ahogy nem lehetséges megfelelő orvosi vizsgálat, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz orvosi elrendelése sem.

Ha a szolgáltatósszervező a telefonon közölt tünetek, panaszok alapján azt javasolja, akkor haladéktalanul mentőt kell hívni vagy azonnal el kell menni a sürgősségi ügyeletre.

III.2.3. **Azonnali ellátást igénylő esetet** (beleértve a balesetek miatti azonnali ellátási esetet is) a biztosított vagy nevében más személy által be kell jelenteni a szolgáltatósszervezőnek a Generali Medi24-en keresztül még az egészségügyi ellátás biztosított általi igénybevétele előtt, amennyiben a biztosított egészségi állapota, illetve a körülmények ezt lehetővé teszik, de – kórházba való felvétel esetén – legkésőbb a felvételt követő 48 órán belül.

A biztosítási eseménynek minősülő ellátás költségét, ha abba a szolgáltatást teljesítő is beleegyezik, a biztosító közvetlenül vagy a szolgáltatósszervező közreműködésével téríti meg az egészségügyi szolgáltatónak, ami a biztosítottat így – a biztosítási fedezettől függően részben vagy egészben – megkíméli az előfinanszírozási kötelezettsége és a szolgáltatási igény bejelentésének terhe alól.

III.3. A szolgáltatások korlátozásának esetei

III.3.1. **A szolgáltatósszervező elutasítja a szolgáltatás megszervezését, amennyiben a szolgáltatási igényre a biztosítási fedezet nem terjed ki.**

III.3.2. **Abban az esetben, ha a biztosítási szolgáltatás jogalapja a biztosítási szerződés alapján nem vagy csak részben áll fenn, és emiatt a biztosító részben vagy egészben nem kötelezett a biztosítási szolgáltatás teljesítésére, akkor a biztosított az általa igénybevett egészségügyi ellátás költségének biztosítással nem fedezett ellenértékét köteles megtéríteni az egészségügyi szolgáltatást nyújtó, illetve arról számlát kiállító félnek.**

III.3.3. A biztosító nem felelős a biztosított által igénybevett egészségügyi szolgáltatások szakmai minőségéért és a biztosítottnak az egészségügyi szolgáltatás teljesítése során okozott károkért és a sérelemdíjért, azokért az egészségügyi szolgáltató tartozik felelősséggel.

III.4. Biztosított által előfinanszírozott ellátások

III.4.1. **Azon azonnali ellátási esetekben, melyek a társadalombiztosítási rendszer által nem finanszírozottak, illetve nem finanszírozandók, ha az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele a szolgáltatósszervező szervezésében vagy tudtával és jóváhagyásával, de a vele nem szerződött egészségügyi szolgáltatónál történt, az egészségügyi szolgáltatás költségét a biztosított köteles előfinanszírozni a szolgáltató félnek, kivéve, ha ettől a szolgáltatást nyújtó fél és a biztosító együttesen eltekintenek.**

Ha a biztosított a szolgáltatást előfinanszírozta, akkor a biztosító ezt a költséget utólag csak abban az esetben téríti meg a biztosított részére, ha a költségek elszámolása céljából a jelen különös feltételek III.4.2. és III.4.3. pontjában leírtak szerint szolgáltatási igényt terjesztenek elő a biztosítónál, és a biztosító szolgáltatási kötelezettsége a biztosítási szerződés alapján fennáll.

III.4.2. Azonnali ellátási esetekben, ha az egészségügyi szolgáltatás költségének megtérítése a biztosított vagy nevében eljáró más személy (de nem a szolgáltatásszervező) által történt, a szolgáltatási igény biztosító felé történő bejelentésekor az alábbiak szerint kell eljárni:

A szolgáltatási igényt az egészségügyi ellátás illetve szolgáltatás igénybevételének utolsó napját követő 15 napon belül a biztosító részére be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni. A keletkezett egészségügyi dokumentumokat csatolni kell és lehetővé kell tenni a bejelentés, valamint a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését.

III.4.3. Az előfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás költségének megtérítéséhez benyújtandó dokumentumok

- a) a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,

- b) az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről kiállított **eredeti számla**, melyet legkésőbb az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének utolsó napján kell igényelni a szolgáltatást teljesítőtől a **biztosított nevére**,
- c) a biztosítási eseménnyel összefüggő valamennyi egészségügyi dokumentum másolata (pl.: ambuláns lap, kórházi zárójelentés, vizsgálati lap, ápolási illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, laborlap, diagnosztikai vizsgálatok során készült felvételek, vény, beutaló, stb.), beleértve a vele kapcsolatos korábbi összes egészségügyi dokumentumot és az első egészségügyi ellátás dokumentumát is.

IV. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól, a kockázatviselésből kizárt események

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek V. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a biztosító kockázatviselése.