

Gyakran ismételt kérdések (GYIK)

Üdvözlünk a MediHelp Akadémia kurzusán! Jelen kurzusunk keretében megismerheted ajelenlegi és jövőbeli Ügyfelektől kapott leggyakoribb kérdéseket, valamint az ezekre adandó válaszokat.



Amennyiben olyan kérdéssel találkozol munkád során, amelyeket gyakran kapsz termékeinkkel és szolgáltatásainkkal kapcsolatban jövőbeli vagy jelenlegi Ügyfeleidtől, és amelyeket itt nem találsz meg, kérünk, küldd el nekünk!

A biztosítás fedezetet nyújt a már meglévő betegségekre is?

Általánosságban elmondható, hogy a már meglévő betegségek nem tartoznak a biztosítási fedezet alá. Amikor a Biztosított kitölti az Biztosítási Ajánlatot, fontos, hogy minden olyan betegséget/tünetet megadjon, amely jelenleg vagy a múltban előfordult, és amely miatt orvosi kezelésben részesült.

Ezt követően három lehetőség van:

- Bármilyen korábbi vagy meglévő egészségügyi állapot kizárásra kerül,
- bármely korábbi vagy meglévő egészségügyi állapotra kiterjed a biztosítás,
- vagy egy külön díjat alkalmaznak, hogy Ön részesülhessen az egészségbiztosítási fedezetből.

Kockázatvállalás a meglévő betegségektől függetlenül (egészségi nyilatkozat nélkül) (MHD): olyankor alkalmazzuk, ha csoportos szerződés esetén a szerződő minimum 20 fő biztosított munkavállalóra köt egyidejűleg biztosítási szerződést, és a Szerződő a teljes biztosított létszámra MHD kockázatvállalási feltételeket választott. Ilyen esetben a biztosítási szerződés kiterjed a Biztosítottak meglévő betegségeiből adódó ellátásaira is.

Van várakozási idő a biztosítás hatályba lépése előtt?

A várakozási idő a következő ellátásokra vonatkozik:

- 12+9 egymást követő hónap a Terhességi kiegészítőre

- 6 egymást követő hónap a megelőző, rutinszerű és helyreállító kezelésekre, és 2 év a fogszabályozásra a Fogászati kiegészítő csomag esetében.

Az összes többi meghatározott ellátás a biztosítás hatályba lépését követően azonnal elérhetővé válik.

Mit kell tennem egészségügyi vészhelyzetben?

Egészségügyi vészhelyzetben, amikor nem volt lehetősége előre felvenni a kapcsolatot a MediHelpvel (például közlekedési baleset esetén), és kórházba kerül, kérjük, lépjen kapcsolatba velünk a lehető leghamarabb. Alternatív megoldásként győződjön meg arról, hogy a kórház tud MediHelp biztosítási fedezetéről, hogy ők vagy az Ön által kijelölt személy felvehesse velünk a kapcsolatot.

A MediHelp ezután kapcsolatba lép a kórházzal az Ön biztosítása által fedezett költségek rendezése érdekében. A kórház kérhet készpénzes előleget vagy hitelkártyájának lehúzását, amíg nem jön létre a kapcsolat a MediHelp és a kórház között.

Nyitvatartási időn kívül a következő számot lehet hívni vészhelyzetben, illetve kimenekítési és hazaszállítási kérések esetén:

+36 1 458 4478.

Ha a Biztosított személy 162 500 Ft-nál kevesebb költségű járóbeteg-ellátásban részesül, és a költségek nem igényelnek előzetes engedélyt, a költségek teljes egészében kifizethetők a kezelés igénybevételének időpontjában. Ezt követően a Biztosítottnak kérelmet kell benyújtania a felmerült költségek megtérítésére.

Bárhon igénybe vehetem az orvosi szolgáltatásokat, vagy csak a partnerhálózatban állnak rendelkezésre?

Mi történik, ha az orvosi szolgáltatás Magyarországon is elvégezhető (pl. sebészeti beavatkozás)?

Kötelező Magyarországon maradnom, vagy bárhová mehetek, ahová csak akarok?

A MediHelp által kínált nemzetközi egészségbiztosítási csomagok lehetőséget biztosítanak a Biztosított személynek, hogy a megadott ellátási területen bármely egészségügyi szolgáltatót válassza.

A választott szolgáltatótól függetlenül kifizetjük az igénybe vett szolgáltatást, ha a megkötött szerződés fedezi a kezelés költségeit. A biztosító nem korlátozza a kezeléseket egyetlen szolgáltatóra, az ügyfél pedig szabadon választhat klinikát vagy

kórházat a szükséges gyógykezeléshez. 162 500 Ft-ot meghaladó összegű szolgáltatási igényeket, ill. fekvőbeteg – vagy egynapos sebészeti ellátásokat a Biztosító által előzetesen engedélyeztetni szükséges. Egyéb esetben elegendő bejelenteni.

Az egészségügyi szolgáltatók listáját, akikkel közvetlen együttműködésben állunk, a tanfolyam egyik mellékletében találja.

Mi az önrész és hogyan alkalmazandó?

A Biztosított személy választhatja a biztosítási önrész alkalmazását, hogy csökkentse a biztosítási díj éves költségét.

Ha a Biztosított személy ezt követően igényt nyújt be, a MediHelp csak azt követőentéríti meg a költségeket, hogy a Biztosított személy kifizette a választott tervben meghatározott önrész összegét.

Az önrész minden biztosított tagra biztosítási évenként vonatkozik.

Milyen dokumentumok szükségesek a biztosítási kárigény benyújtásához? Mennyi időbe telik, amíg a költségeimet megtérítik?

A költségeket a Biztosított személy által a teljes dokumentáció elküldését követő 15 munkanapon belül térítjük meg, amelynek tartalmaznia kell a következőket:

- a kitöltött Igénybejelentő Lapot (Claim Form);
- ambuláns lapot/zárójelentést a biztosított nevére kiállítva;
- a részletes számlát a biztosított nevére kiállítva.

Jár kedvezmény, ha éves fizetést választok?

Milyen fizetési módok állnak rendelkezésre?

Fizethetek euróban is?

A biztosítási díj negyedévente, félévente vagy évente fizethető. NEM jár kedvezmény, ha éves fizetést választ.

A díjakat csak forintban, banki átutalással lehet fizetni.

Vannak családi csomagok?

Nem, családi csomagok nem állnak rendelkezésre, de a családtagok is biztosíthatók, és a díj egyéni.

Minimum 4 fő együttes igénylése esetén 10%-os családi kedvezményt alkalmazunk.

Milyen körülmények között utasítható el egy biztosítási kárigény?

A biztosítási igényt az alábbi helyzetek bármelyike esetén elutasíthatják vagy visszaküldhetik. A kárigényt visszaküldik a Biztosítottnak kiegészítésre vagy javításra, ha a benyújtott dokumentumok hiányosak vagy olvashatatlanok.

A kárigényt elutasítják, ha:

- a kért egészségügyi szolgáltatásokat a biztosítási kötvény nem fedezi,
- a biztosítási igényt a nyújtott egészségügyi szolgáltatás időpontjától számított 2 év elteltével küldik el hozzánk,
- az ellátási limitet elérték,
- a benyújtott biztosítási igény 162 500 forintnál magasabb költségekre vonatkozik, amelyeket nem engedélyeztek előzetesen,
- a tájékoztatási kötelezettség megsértése áll fenn, azaz az igény olyan szolgáltatásra vonatkozik, amelyet már meglévő betegség miatt vettek igénybe,
- további információkra van szükség. Ebben az esetben a biztosítási igényt újra megvizsgáljuk, miután Ön megadta a kért adatokat.

Mi az eljárás a költségek előzetes jóváhagyására?

Minden 162 500 forintot meghaladó költséghez előzetes engedély szükséges.

Az előzetes engedélyezés minden fekvőbeteg-ellátás esetén kötelező, éspartnereinknél járóbeteg-ellátás esetén is kérhető.

Tervezett orvosi kezelés esetén a MediHelpet legalább 3 nappal korábban értesíteni kell mind a járóbeteg-, mind a fekvőbeteg-ellátás esetében.

Amikor a Biztosított személy előzetes engedélyt kér, a következő információkat kell benyújtania:

- a tervezett szolgáltatás időpontja;
- az egészségügyi szolgáltató neve;
- a becsült költségek;
- az egészségügyi szolgáltatás típusa és szakterülete;
- orvosi dokumentumok.

Elérhető-e segítségnyújtás? Rendelkezésre áll-e telefonos ügyfélszolgálat?

A támogatás magyar nyelven a nap 24 órájában elérhető.

Hétfőtől péntekig 9 és 18 óra között a Biztosított személy teljes körű támogatást kap az ügyfélszolgálaton. A telefonszám: +36 1 226 1755, az e-mail cím pedig: office@medihelp.hu.

Munkaidőn kívül és ünnepnapokon a Biztosítottnak az alábbi telefonszámot kell hívnia: +36 1 458 4478.

Ki a biztosító? Ki téríti meg az orvosi költségeimet?

A MediHelp segít az orvosi esetek kezelésében, a biztosítási igények feldolgozásában, a biztosítási díjak beszedésében, míg az orvosi kockázatot a General viseli.

A járóbeteg-ellátás esetében is lehetséges a közvetlen elszámolás?

A közvetlen elszámolás járóbeteg-szakellátás esetén is lehetséges.

Mit fedez és mit nem fedez a biztosítás?

A fedezet csomagfüggő. Az ÁSZF-ben/TOB -ban tájékoztatást talál az egyes biztosítási csomagokban foglalt, illetve kizárt ellátásokról.

Köthetnek biztosítást csak a gyermekekre?

A 18 év alatti gyermek csak az egyik szülő biztosítási szerződésének eltartottjaként biztosítható, aki már részesül a MediHelp biztosítási programban.

Megvásárolhatok egy biztosítási csomagot magamnak és egy másik biztosítási csomagot a gyermekemnek?

A családon belül az egyes tagok különböző biztosítási csomagokkal rendelkezhetnek.

A biztosítási díjak minden évben emelkedni fognak? Mi történik, ha igénybe veszem a biztosítást?

A biztosítási díjakat évente felülvizsgálják, és a következő okok miatt emelkedhetnek:

- Más korcsoportba való átlépés;
- Az egészségügyi költségek inflációja.

A gépjármű-felelősségbiztosítással ellentétben az éves díja nem emelkedik, ha kárigényt nyújt be. Az egészségbiztosítási díjak bármilyen emelkedése az összes biztosítottra vonatkozik, nem pedig egyes személyekre.

Ha rendelkezem ezzel a biztosítással, kell-e külföldön való tartózkodásom idejére utasbiztosítást kötnöm?

A biztosítási kötvény azt a fedezetet nyújtja, amelyet a Biztosított személy a szerződés megkötésekor választott. A Biztosított személy sürgősségi orvosi helyzetekben is biztosított; abban az esetben, ha a Biztosított személy kórházba kerül.

Mindeközben az utasbiztosítás átfogó fedezetet nyújt az utazás egészére kiterjedő váratlan helyzetekre, nem csak az egészségügyi ellátásra. Mivel a két biztosítás egymást nem zárja ki, mindenképpen érdemes gondolni ezekre a helyzetekre is. (pl. járatkésés, poggyászvesztés, jogi asszisztencia stb.)