

AZ ING BIZTOSÍTÓ ZRT. 909 JELŰ KÓRHÁZI HOTELSZOLGÁLTATÁST NYÚJTÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI

A jelen szerződési feltételek (továbbiakban: szabályzat) – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az ING Biztosító Zrt. (1068 Budapest, Dózsa György út 84/b, a továbbiakban: Biztosító) 909 jelű Kórházi hotelszolgáltatást nyújtó kiegészítő biztosításaira érvényesek. A jelen szabályzatban nem szabályozott kérdésekben a Biztosító Általános Életbiztosítási Szabályzata (a továbbiakban: ÁÉSZ) és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

1. A biztosítással kapcsolatos fogalmak meghatározása

- a) *Alapbiztosítás*: az a főbiztosítás, amelyhez a Szerződő kiegészítő biztosításokat köthet.
- b) *Kiegészítő biztosítás*: a biztosítási szerződés alapbiztosításának szolgáltatásai a kiegészítő biztosítás(ok) szolgáltatásaival egészíthetők ki, amelyekre külön szerződési feltételek vonatkoznak. Jelen biztosítási kiegészítő biztosításnak minősül.
- c) *Biztosított*: az a személy, aki az életbiztosítási kötvényben meghatározott biztosítási feltételeknek megfelel, és akinek az egészségi állapotával kapcsolatban a biztosítási esemény bekövetkezik.
- d) *Beteg*: az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő vagy abban részesülő Biztosított.
- e) *Biztosítási évforduló*: minden naptári évben a kockázatviselés kezdetének naptári napja, amennyiben az adott hónapban nincs ilyen nap, akkor a hónap utolsó napja.
- f) *Biztosítási év*: két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.
- g) *Egészségügyi szolgáltatás*: minden olyan tevékenység, amely az egyén megbetegedésének felismerésére, diagnosztizálására, gyógykezelésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagának feldolgozására irányul.
- h) *Egészségügyi (beteg) ellátás*: a beteg állapotához kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások összessége.
- i) *Kórházi ápolás*: a kórházi egészségügyi ellátás.
- j) *Egészségügyi szolgáltatást nyújtó személyzet*: az orvosok, az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek.
- k) *Vizsgálat*: az a tevékenység, amelynek célja a beteg egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása és a gyógykezelés eredményességének ellenőrzése.
- l) *Egészségügyi beavatkozás*: a káros betegségi vagy baleseti következmények elkerülésére vagy mérséklésére orvosilag szükségesnek tartott és szakorvos által végzett eljárás, illetve a betegség pontosabb okának megállapítása érdekében történő beavatkozás, amelyeket az orvosszakmai szabályok betartásával végeznek.
- m) *Baleset*: a Biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső hatás. Nem minősül balesetnek a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a napszúrás, a nap általi égés, a hóguta és az orvosi műhiba.
- n) *Sürgős szükség*: az egészségi állapot hirtelen megváltozása, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.
- o) *Sürgősségi ellátás*: a sürgős szükség fennállása esetén nyújtott egészségügyi ellátás.
- p) *Egészségügyi dokumentáció*: a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától.
- q) *Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP)*: a kormány irányítása alatt működő társadalombiztosítási költségvetési szerv, amely a vele szerződésben álló egészségügyi szolgáltató részére – a jogszabályban részletezett formában – az egészségügyi ellátások működési költségeit finanszírozza.
- r) *TAJ-szám*: a társadalombiztosítási rendszerben az egyének azonosítására, a biztosított jogviszonyukból származó adminisztráció biztosítására szolgáló szám.
- s) *TAJ-kártya*: a TAJ-számot igazoló okmány.
- t) *OEP-szerződött egészségügyi szolgáltató*: az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral finanszírozási szerződésben álló intézmény, amely biztosítási jogviszonnyal rendelkező személyek részére egészségügyi ellátást nyújt. A szolgáltatást az OEP finanszírozza.
- u) *Háziorvos*: a hozzá bejelentkezett személyek egészségügyi ellátását jogszabály alapján koordináló, illetve alapellátást nyújtó orvos.
- v) *Szakorvos*: valamely orvosi szaktárgyból szakvizsgabizottság előtt vizsgát tett orvos.
- w) *Zárójelentés*: a beteg kórházi kezelésének rövid, tömör összefoglalása, amely a kórtörténet alapján készül, és tartalmazza a további kezelésre, valamint az életmódra vonatkozó javaslatokat is.
- x) *Beutaló*: az első szakorvosi ellátást nyújtó orvos (háziorvos, szakorvos) által kiállított dokumentum, amely szükség esetén a beteget járóbeteg-szakellátásra vagy fekvőbeteggyógyintézetbe utalja. A beutaló – kórházi átirányítás esetén ideértve a zárójelentést is – egyértelműen tartalmazza a vizsgálatra vagy gyógykezelésre felkért intézmény pontos megjelölését, a beteg állapotának, eddigi kezelési eredményeinek rövid leírását és a feltételezett kórismét.
- y) *Vitalitás kártya*: a jelen kiegészítő biztosítással rendelkező Biztosított számára kibocsátott kártya, amely a szolgáltatások igénybevételekor a Biztosított azonosítását, ellenőrzését segíti. A kártya száma megegyezik a Biztosított biztosítási kötvényszámával.

- z) *Minőségi kórházi hotelszolgáltatás*: a szerződött kórház szervez részeként működő, a fekvőbetegek ellátását az átlagos kórházi hotelszolgáltatásnál magasabb színvonalon biztosító természetbeni szolgáltatás, amely kiterjed a beteg kórházi gyógykezelésének megszervezésére, valamint a minőségi ellátást nyújtó személyzet és ápolási környezet biztosítására.
- aa) *Vitalitás osztály*: a kórház azon osztálya, ahol a Biztosított a biztosítási szolgáltatást igénybe veheti.
- ab) *Anamnézis*: kórelőzmény.

2. A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a Biztosított – orvos-szakmai szempontból szükséges és indokolt, valamint a kórház által elfogadott – kórházi ápolása a Vitalitás osztályon. A biztosítás szempontjából nem minősülnek biztosítási eseménynek a jelen szabályzat 11. pontjában meghatározott feltételek fennállása, valamint az ott kizárt betegségek következtében szükségessé váló egészségügyi szolgáltatások.

3. A biztosítás szolgáltatása

- a) A Biztosító ezen kiegészítő biztosítás szabályzata alapján a Szerződő biztosítási szerződésben meghatározott díjfizetési kötelezettségének maradéktalan teljesítése ellenében természetbeni szolgáltatást nyújt a Biztosított kórházi ápolásának tartamára (a felvételtől az elbocsátásig tartó időszakra) a Biztosítóval szerződésben álló MH Honvédkórház (a továbbiakban: Kórház) 2. számú telephelyének (1062 Budapest, Podmaniczky utca 109-111.) Vitalitás osztályán.
- A természetbeni szolgáltatás minőségi kórházi hotelszolgáltatást jelent.
- A Biztosított a természetbeni szolgáltatást a kockázatviselés kezdetétől számított 180 nap eltelte után veheti igénybe, kivéve a balesetből eredő sürgősségi ellátás utáni, orvos-szakmai szempontból indokolt kórházi ápolás esetét
- b) A szolgáltatás tartalma:
- barátságos, otthonos környezetben kialakított, maximum 2 ágyas exkluzív berendezésű légkondicionált szoba, hozzá tartozó fürdőszobával (zuhanyozó, WC), korszerű betegágygal, hűtőszekrénnel, tévékészülékkel, telefon- és Internet-kapcsolattal (a telefon használat díját a szolgáltatás nem tartalmazza);
 - felszerelt teakonyha, igényesen kialakított étkező, társalgó és tárgyaló;
 - az ápolási környezet tisztán tartásának gondos megszervezése és biztosítása;
 - a beteg választásához és egészségi állapotához igazodó étrend, amely minőségi alapanyagok felhasználásával készül;
 - a beteg gyógyítási folyamatának (szakvizsgálatok, műtétek) megszervezése a Vitalitás osztály orvosainak irányításával;
 - az egészségügyi ellátást végző szakorvosok egyéni érdekeltségi rendszerének fenntartása s ezáltal a hálapénz kiváltása;
 - a fejlett országok egészségügyi ellátásában elfogadott arányú ápoló személyzet biztosítása, amely lehetővé

teszi, hogy a beteg a kórházi ápolás során több odafigyelésben, törődésben részesüljön;

- a Vitalitás osztályon szolgáltatást nyújtó személyzet (osztályos orvosok, nővérek és egyéb kiszolgáló személyzet) gondos kiválasztása, rendszeres továbbképzése.
- c) A szolgáltatás nem terjed ki a járóbeteg-szakrendeleseken igénybe vehető, továbbá az OEP által nem térített szolgáltatásokra.
- d) A Biztosító kizárólag a b) pontban meghatározott természetbeni szolgáltatások színvonalát garantálja. Az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó mindenkor hatályos jogszabályok betartásáért, valamint az egészségügyi szolgáltató tevékenység körében okozott kárért kizárólag a Kórház a felelős.
- e) A beteg orvosi és ápolási ellátásában részt vevő személyzet a Biztosítottól, illetve hozzátartozójától pénzbeli juttatást semmilyen formában nem fogadhat el.
- f) A Biztosító nem téríti meg az egészségügyi szolgáltatások költségeit. Az OEP által bármely okból nem térített vagy csak részben térített egészségügyi szolgáltatások költségeit a Biztosított viseli.

4. A biztosítás területi hatálya

A Biztosító 3. pontban meghatározott szolgáltatása kizárólag a Biztosítóval szerződésben álló Kórház Vitalitás osztályán vehető igénybe.

5. A biztosítási esemény bekövetkezése

A Biztosító a Biztosított részére az ellátást a Vitalitás osztályon kizárólag azon egészségügyi szolgáltatások esetén szavatolja, amelyekre a kórház az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral kötött finanszírozási szerződéssel rendelkezik.

A Vitalitás osztályra történő felvétel rendjét a fekvőbeteg ellátásra vonatkozó mindenkor hatályos jogszabályok határozzák meg. A Biztosítottat a Vitalitás osztályra a következőképpen lehet felvenni:

- A Biztosított első szakorvosi ellátását nyújtó orvos MH Honvédkórházba szóló beutalása alapján;
- Sürgős szükség esetén a Biztosított beszállítása alapján a sürgősségi ellátást követően, ha ezt a Biztosított egészségi állapota lehetővé teszi. A sürgősségi ellátást követően a beteg vagy hozzátartozója kérheti az elhelyezést a Vitalitás osztályon, ha a kórházi ápolás orvos-szakmai szempontból indokolt és szükséges. Amennyiben a beteg egészségi állapota intenzív ellátást vagy egyéb, orvos-szakmai szempontból különleges felszereltséget igénylő egészségügyi ellátást tesz szükségessé, akkor az ellátást az erre a célra kialakított osztályon kell elvégezni. Ennek a kezelési szakasznak a lezárulása után a beteg vagy hozzátartozója kérheti az áthelyezést a Vitalitás osztályra.
- Ha a Biztosított átszállítása egyéb egészségügyi intézményből a saját vagy hozzátartozójának kérése alapján történik. A Biztosított kórházi felvételének orvos-szakmai szempontjait a Kórház mérlegeli.

Amennyiben az egészségügyi ellátásra vonatkozó mindenkor hatályos jogszabályok alapján a kórházi (fekvőbeteg)

ellátásért külön térítést kell fizetni, úgy annak teljesítése alól jelen biztosítási szerződés nem mentesíti a Biztosítottat. A Vitalitás osztályra történő bejelentkezés módját jelen szerződés 1. számú melléklete tartalmazza.

6. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

- A Biztosító a szolgáltatás igénybevételének feltételeként a következőket határozza meg:
 - érvényes 909 jelű Kórházi hotelszolgáltatást nyújtó kiegészítő biztosítás,
 - háziorvosi vagy szakorvosi kórházi beutaló, illetve a kórházi átirányításról szóló dokumentum.
- A szolgáltatás tartalma nem terjed ki az egészségügyi ellátásra. Így a TAJ-kártyával nem rendelkező biztosítottak kötelesek a kórháznak megtéríteni az egészségügyi ellátás költségét.
- A Biztosított kórházi felvételének orvos-szakmai szempontjait a kórház mérlegeli, de a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság egyéb feltételeit a Biztosító ellenőrzi.
- Amennyiben a biztosítási szerződés megkötésekor a Szerződő vagy a Biztosított valamely lényeges körülményt elhallgatott vagy nem a valóságnak megfelelően közölt, a már igénybevett szolgáltatás ellenértékét a Biztosított köteles a Biztosítónak megtéríteni. A visszatérítés összegét a 2. számú melléklet határozza meg. A Biztosító jogosult az összeget évente felülvizsgálni.

7. A biztosítási szolgáltatás tartama

A Biztosított egy biztosítási évben maximum 60 napig veheti igénybe a jelen kiegészítő biztosítás 3. pontjában felsorolt szolgáltatásokat, azaz ennyi ideig tartózkodhat gyógykezelés céljából a Vitalitás osztályon.

A Biztosító a Vitalitás osztályon a Biztosított által adott biztosítási évben gyógykezelés céljából eltöltött napok számát a kórházi ápolást nyújtó egészségügyi intézmény által kiállított és megküldött zárójelentés alapján vizsgálja.

A beteg 60 napon túli elhelyezéséről és szükséges ellátásáról a Kórház rendelkezik.

8. A biztosítási esemény bejelentése

A Biztosítottnak nincs külön bejelentési kötelezettsége a biztosítási eseményre vonatkozóan, tekintettel arra, hogy a biztosítási szolgáltatás jellegéből adódóan a kórházi ápolást nyújtó egészségügyi intézmény küldi el a biztosítási eseményre vonatkozó jelentését a Biztosítónak a Biztosított egészségügyi nyilatkozaton megadott erre vonatkozó felhatalmazása alapján.

9. A közlési kötelezettség, és megsértésének következményei

A közlési kötelezettségre, illetve megsértésének következményeire az ÁESZ 4. §-a irányadó. A közlési kötelezettség megsértését a Biztosító a következőképpen vizsgálja:

A szerződés megkötését követő első, Vitalitás osztályra történő befekvés alkalmával egy anamnézis felvételére kerül sor, melyet a kezelőorvos megküld a Biztosítónak. A Biztosító az anamnézis alapján megvizsgálja, hogy az ajánlattételkor

kitöltött egészségi nyilatkozaton megadott válaszok megfeleltek-e a valóságnak, azaz, hogy közlési kötelezettség sértés nem történt-e. Amennyiben a közlési kötelezettség sértés gyanúja felmerül, a Biztosító további egészségügyi dokumentációt kérhet be a Biztosítottól.

Amennyiben a közlési kötelezettség megsértése bebizonyosodik, a Biztosító követelheti a már igénybevett szolgáltatás ellenértékét (ld. jelen szabályzat 6. d) pontja).

10. Férőhelyhiány, a szolgáltatás lehetetlenné válása

Jelen biztosítási szerződés esetében férőhelyhiányról akkor beszélünk, ha

- akut ellátási szükség esetén az orvosilag megengedhető felső határnápig, vagy
- orvosi beutalás esetén a szükséges előzetes orvosi vizsgálatokat követő 30 napon belül

a Biztosító nem tudja a Biztosítottat a Vitalitás osztályon elhelyezni, kivéve ha az elhelyezés a Biztosított bármely okból való távolmaradása miatt nem következett be.

A 3. pontban meghatározott biztosítási szolgáltatás ellehetetlenülése akkor áll fenn, ha a Vitalitás osztály a szolgáltatások teljesítésére felújítási, karbantartási munkák, illetve a Vitalitás osztály állagában bekövetkezett változás miatt alkalmatlan.

Amikor a 3. pontban meghatározott biztosítási szolgáltatás a fenti okok valamelyike miatt nem lehetséges, és ezért a Biztosított kórházi ellátására nem a Vitalitás osztályon kerül sor, a Biztosító a zárójelentésben megjelölt betegség normatív ápolási napja és jelen szerződés 3. számú mellékletében meghatározott napidíj alapul vételével pénzbeli szolgáltatást nyújt a Biztosítottnak.

A Biztosítottnak a pénzbeli szolgáltatás iránti igényét a Biztosítóhoz a zárójelentés dátumát követő 15 napon belül be kell jelentenie, és mellékelnie kell a Biztosítottat ellátó kórház zárójelentését.

11. Kizárások, mentesülés

- A kórházi ápolást a Vitalitás osztályon a Biztosító olyan megbetegedések esetén nyújtja, amelyek a Kórház 2. számú telephelyén megtalálható szakmai területek valamelyikéhez tartoznak, és orvosi-szakmai szempontok szerint a Biztosított egészségügyi ellátása a Vitalitás osztályon történő elhelyezés esetén biztosítható. Az orvos-szakmai kérdésekben kizárólag a kórház nyilatkozata az irányadó.

A Kórház működési körébe tartozó, a 2. számú telephelyen megtalálható szakmai területek felsorolását a Biztosító a honlapján teszi közzé (www.ing.hu).

- A Biztosító az a) pontban foglaltakon túl abban az esetben sem nyújt szolgáltatást, ha az egészségügyi ellátás (kórházi ápolás) olyan betegség miatt válik szükségessé, amely jelen biztosítás alapján kizárt betegségnek minősül.

A Biztosító által kizárt betegségek, egészségügyi ellátások a következők:

- szülés és a szüléssel összefüggő megbetegedések ellátása,

- terhességgel, valamint a terhesség megszakításával kapcsolatos ellátás,
 - sterilizáló műtét és következményei,
 - meddőség miatt végzett beavatkozás és következményei,
 - a nem megváltoztatása céljából végzett műtét és következményei,
 - elkülönítést igénylő fertőző betegségek ellátása,
 - pszichiátriai betegségek ellátása,
 - öngyilkossági kísérlet és az öngyilkossági kísérlet következményei miatt nyújtott orvosi ellátás,
 - alkoholizmus*, alkoholos befolyásoltság, kábítószer vagy egyéb vegyi anyag kábító- vagy bódítószerként való alkalmazása következtében kialakult megbetegedések ellátása,
 - kozmetikai céllal végzett plasztikai sebészet,
 - rehabilitációs gondozás,
 - mindazon megbetegedések ellátása, amelyek esetében az egészségügyi ellátást a Vitalitás osztály felszereltsége nem teszi lehetővé, illetve az egészségügyi ellátás egyéb, orvosszakmai szempontból különleges felszereltséget igényel (ilyenek különösen a dialízis, az intenzív terápiás ellátás, a súlyos fokú égési sérülések ellátása).
- c) A Biztosító jogosult a kizárások körét évente felülvizsgálni, és a feltételek módosulása esetén a szerződő félnek a biztosítási évfordulón az új feltételeket tartalmazó szerződést felajánlani. Amennyiben a Szerződő az új szerződési feltételeket nem fogadja el, a biztosítási szerződés megszűnik.

12. A biztosítás tartama, korhatárok

- a) A biztosítás tartama egy év. A biztosítási tartam minden következő biztosítási évre meghosszabbodik, amennyiben a Biztosító által meghatározott és felajánlott – a következő biztosítási évre érvényes – biztosítási díj esedékes részét a Szerződő megfizeti.
- A biztosítás tartamát az alaptbiztosítás díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb a Biztosított 70 éves koráig lehet meghosszabbítani.
- b) A kiegészítő biztosítás biztosítottja lehet minden, a kiegészítő biztosítás megkötésekor 18 és 55 év közötti személy, aki a Biztosítónál érvényben lévő olyan alaptbiztosítás biztosítottjaként szerepel, amelyhez a jelen kiegészítő biztosítást meg lehet kötni.

13. A biztosítás díja

- a) Jelen kiegészítő biztosítás díját az alaptbiztosítás díjával együtt a kiegészítő biztosítás lejáratáig vagy annak a biztosítási hónapnak a végéig kell fizetni, amelyben a Biztosított halála bekövetkezett.
- b) A kiegészítő biztosítás díja változó. A szerződés megkötésekor megállapított díj a biztosítás első évére érvényes.

* Alkoholizmus: a szesztartalmú italok rendszeres, tartós, mértéktelen fogyasztása következtében kialakuló jellegzetes szomatikus-pszichés, kóros elváltozások együttese, amikor a testi-lelki megbetegedés kóroki tényezőjeként az alkohol jelölhető meg.

- c) A kiegészítő biztosítás további egy-egy évre szóló díjainak meghatározásánál a Biztosított neme és aktuális életkora mellett a Biztosító a minőségi kórházi hotel-szolgáltatás költségeinek változását és a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változásait veszi figyelembe.
- d) Az új biztosítási díjról a biztosító legkésőbb 30 nappal a biztosítás évfordulója előtt értesíti a Szerződőt. Az új díj elfogadása az első részlet megfizetésével történik. Amennyiben a Szerződő az új biztosítási díjat írásban elutasítja, akkor a kiegészítő biztosítás a biztosítási évfordulón megszűnik.
- e) Az alaptbiztosítás díjfizetési gyakorisága, valamint a díjnagyság után járó díjkezdményben a kiegészítő biztosítás díja is részesedik.

14. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik

- az alaptbiztosítás díjfizetési tartamának lejáratakor,
- az alaptbiztosítás megszűnésével,
- a kiegészítő biztosítás következő biztosítási évére érvényes biztosítási díjának írásbeli elutasításával vagy meg nem fizetésével,
- a kiegészítő biztosítás jelen szabályzat 11. c) pontjában leírt megváltozott szerződéses feltételeinek írásbeli elutasítása esetén,
- ha a Kórházban az egészségügyi szolgáltatás szünetel, vagy az megszüntetésre kerül (ideértve azt az esetet is, ha a Kórház a tevékenységét más telephelyen folytatja tovább),
- ha a Biztosító a jelen kiegészítő biztosítás értékesítésének megszüntetése miatt nem ajánlja fel a biztosítás tartamának meghosszabbítását.

Amennyiben a szerződés nem az alaptbiztosítás díjfizetési tartamának lejáratára miatt szűnik meg, a megszűnést követő 5 éven belül a Biztosító a Biztosított javára újabb 909 jelű Kórházi hotelszolgáltatást nyújtó kiegészítő biztosításra szóló ajánlatot nem fogad el.

Az egészségügyi ellátás szünetelése, vagy megszüntetése esetén jelen kiegészítő biztosítás annak a biztosítási hónapnak a végén szűnik meg, amikor a szünetelés megkezdődött, illetve az ellátás megszűnt.

15. Maradékjogok

Jelen biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, ezért nem érvényesek rá az Általános Életbiztosítási Szabályzatnak a visszavásárlásra, díjmentesítésre és kölcsön felvételére vonatkozó rendelkezései.

Budapest, 2012. május 31.

MELLÉKLETEK

A mellékletek módosulásáról a Biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt.

1. számú melléklet

Bejelentkezés a Vitalitás osztályra

A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosított jogosult a biztosítási szolgáltatás igénybevételére, amennyiben rendelkezik érvényes 909 jelű Kórházi hotelszolgáltatást nyújtó kiegészítő biztosítással, háziorvosi vagy szakorvosi kórházi beutalóval, illetve a kórházi átirányításról szóló dokumentummal.

A szolgáltatás igénybevétele az egyeztetett időpontban kezdődik. Az egyeztetés a bejelentkezés során történik.

Bejelentkezés

A bejelentkezéskor a Vitalitás osztály munkatársa lehetőség szerint figyelembe veszi a Biztosítottnak a megjelenés időpontjára vonatkozó igényeit.

A bejelentkezésre telefonon kerülhet sor a következő telefonszámon: 06-1-374-4300.

a) Bejelentkezés az MH Honvédkórházba szóló beutalóval.

A bejelentkezés során a következő adatokat kell megadni:

- név,
- biztosítási kötvényszám,
- beutaló diagnózis,
- az igényelt értesítési mód és az elérhetőség.

b) Áthelyezés kérelmezése intenzív ellátás, sürgősségi ellátás, más intézményben folyó előzetes kezelés után.

A bejelentkezés során a következő adatokat kell megadni:

- név,
- biztosítási kötvényszám,
- az ellátás helye,
- diagnózis,
- az igényelt értesítési mód és az elérhetőség.

Időpont-egyeztetés

A bejelentkezést követően a Vitalitás osztály munkatársa egyeztet a Biztosítottal, és az igényelt értesítési módon tájékoztatja a következőkről:

- a megjelenés helye,
- a megjelenés időpontja,
- az érkezéshez szükséges tudnivalók.

A megjelenés a megadott időben a megadott helyen a Biztosított felelőssége. A Biztosított nem várt akadályoztatása, a nem megfelelő időpont, illetve egyéb probléma felmerülése esetén a Biztosított vagy hozzátartozója köteles értesíteni a Vitalitás osztályt.

2. számú melléklet

Visszatérítés

A visszatérítés összege napi 25.000 Ft + ÁFA.

3. számú melléklet

Pénzbeli szolgáltatás

A férőhelyhiány, illetve a természetbeni szolgáltatás lehetetlenné válása esetén nyújtott pénzbeli szolgáltatás alapja a beteg zárójelentésében megjelölt betegséghez tartozó, a mindenkor hatályos jogszabályban meghatározott – homogén betegcsoportokhoz rendelt – normatív ápolási nap.

Az egy napra jutó térítés összege 25 000 Ft.