

KÁRRENDEZÉSI TÁJÉKOZTATÓ ESÉLY DAGANATDIAGNOSZTIKAI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSHOZ

I. A HELYTÁLLÁSI KÖTELEZETTSÉG ÉS ANNAK MÉRTÉKE

1. A biztosító a jogalap fennállása esetén a biztosítási szerződés részét képező Daganatdiagnosztikai Egészségbiztosítási Feltételek 1. számú mellékletét képező Szolgáltatási Táblázatban meghatározott összegek keretein belül teljesíti a vállalt biztosítási szolgáltatásokat.

2. A biztosítási szolgáltatás szempontjából biztosítási esemény bármilyen daganatra specifikus diagnosztikus vizsgálat előírása, amely a biztosítottnál – a várakozási időre is tekintettel - a kockázatviselés tartama alatt, de annak kezdetéhez képest előzmény nélküli betegsége vagy kóros állapota miatt válik szükségessé. Előzmény nélküli betegségek, vagy kóros állapotnak az minősül, amely a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett, vagy kezelést igénylő betegséggel, kóros állapottal vagy megállapított maradandó egészségkárosodással nem áll okozati összefüggésben.

3. Daganatdiagnosztikai szolgáltatások

Daganattípustól függő gyors és komplex diagnosztika:

Az adott daganattípusra orvos szakmailag indokolt diagnosztikus vizsgálatok gyors és teljes körű megszervezése és elvégzése - a szerződő fél által választott szolgáltatási csomagnak megfelelően - amely az alapját képezi az adott daganat kezelésében jelentős tapasztalattal rendelkező szakértők (sebész, sugárterapeuta, klinikai onkológus) véleményének és kezelési javaslatának. A diagnosztika nemcsak az adott időpontban már törzskönyvezett terápiás lehetőségek szakmai véleményezését, hanem a biztosított állapotához, klinikai profiljához optimálisnak tekintendő, de az adott időpontban még csak klinikai kutatási program keretei között elérhető kezelési lehetőségek szakmai véleményezését is jelenti.

A kezelés hatásosságát értékelő és a további terápiás tervet segítő PET-CT:

A szolgáltató által javasolt kezelés(ek) befejezését követően a szakmai szempontok szerint optimális időpontban a biztosított jogosult egy alkalommal PET-CT vizsgálat igénybevételére a terápia hatásosságának a szakmai megítéléséhez és a további kezelési terv optimálissá tételéhez. A biztosított csak abban az esetben jogosult erre a szolgáltatásra, ha a szolgáltató megítélése szerint az adott daganattípusban a PET-CT vizsgálat elvégzése többlet információt nyújt, azaz szakmailag megalapozott.

Asszisztencia - beteg vezetés (beleértve az indokolt betegszállítást):

A biztosított a teljes diagnosztizálási folyamat alatt rendszeres és részletes tájékoztatást kap a biztosító szolgáltató partnerétől a szükséges vizsgálatokról és lehetőséget kap arra, hogy az adott terület sebész, sugárterapeuta és klinikai onkológus szakértőivel egy-egy 50 perces konzultáció keretein belül részletesen megbeszélhesse a betegségével kapcsolatos kérdéseit, valamint részletes tájékoztatást kapjon az állapotával és a rendelkezésre álló kezelési lehetőségekkel kapcsolatban.

Dietetikai tanácsadás:

A szükséges kezelés(ek) eredményességének javítása céljából a biztosított számára személyre szabott étrendi javaslat, és egy alkalommal 50 perces dietetikai konzultációs lehetőség.

Onkopszichológiai konzultáció:

A biztosított állapotától függően rendszeres és szakszerű pszichológiai támogatás kerül kialakításra onkopszichológiai szakértők bevonásával. A biztosított ezen támogató program keretén belül két (2) alkalommal vehet igénybe onkopszichológiai szakértői konzultációt. A biztosított jogosult továbbá arra is, hogy személyre szabott lelki támogatást, életvezetési tanácsokat és a kezelés mellékhatásainak megelőzésére, csökkentésére vonatkozó javaslatokat kapjon speciálisan képzett asszisztensektől kétheti rendszerességgel telefonos konzultáció formájában a kárbejelentéstől számított 12 hónapon keresztül, valamint ezen időtartam alatt telefonos segítségért, tájékoztatásért fordulhasson ugyanezen asszisztenshez.

Klinikai kutatási program a lehetőségek szerint:

A komplex diagnosztika eredményként az adott időpontban még csak klinikai kutatási fázisban elérhető kezelési lehetőségek szakmai véleményezése.

Ennek keretében a biztosított beleegyezése esetén a biztosító a szolgáltató közreműködésével megszervezi olyan klinikai kutatási programban való részvételt, amely a biztosított számára szakmai szempontból előnyös lehet.

A szolgáltatás tartalmazza:

- a) a szükséges klinikai dokumentáció összeállítását,
- b) az első orvosi vizit egyeztetését és megszervezését (csak és kizárólag az adott klinikai vizsgálati centrum befogadó kapacitása és feltételei által megszabott követelmények teljesülése esetén),
- c) a vizsgálatához szükséges tolmács/kísérő, illetve az utazás és szállás megszervezését az Európai Unió illetve az USA területén (a klinikai vizsgálatához igénybe vett tolmács/kísérő, utazás és szállás költségeinek a fedezésére a biztosított számára egyszeri térítés a szerződő fél által választott szolgáltatási csomagnak megfelelő összegben).

Amennyiben az adott időpontban nincs olyan klinikai vizsgálati program az Európai Unió illetve az USA területén, amely szakmai szempontból előnyös lehet a biztosított számára, abban az esetben a biztosító a szolgáltató közreműködésével a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított egy éven keresztül monitorozza az induló és elérhető klinikai vizsgálati programokat, melyekről a biztosított folyamatos tájékoztatást kap. Amennyiben a biztosító szolgáltató partnere ezen időszak alatt olyan klinikai vizsgálati programról szerez tudomást, amely előnyös a biztosított számára, és a biztosított vállalja a programban való részvételt, a Szolgáltató megszervezi azt.

A kivizsgálási folyamat csak akkor kezdődik, amikor a beteg állapota ezt lehetővé teszi, és a daganat gyanúját felvető vizsgálati eredmény(ek) birtokában a biztosított az egyeztetett időpontban megjelenik a biztosító által a szolgáltató partnere közreműködésével biztosított első orvosi konzultáción.

Amennyiben a biztosított egészségi állapota fekvőbeteg vagy sürgősségi ellátást tesz indokolttá, akkor a fekvőbeteg vagy sürgősségi ellátás időtartama alatt a biztosító daganat specifikus vizsgálati sor megszervezésére vonatkozó kötelezettsége nem áll fenn. Ebben az esetben a biztosító a vizsgálatokat a fekvőbeteg vagy sürgősségi ellátást követő időszakra szervezi meg.

Amennyiben a biztosított állapota nem teszi lehetővé egy-egy adott vizsgálat elvégzését, vagy a vizsgálati eredmény értékelését kétségessé teszi, a biztosító szolgáltató partnere, az Onkomplex Rákdiasztikai és Asszisztencia Kft. (1012 Budapest, Kuny Domokos u. 13-15.), abban az időpontban végzi el a kivizsgálást, amikor a biztosított alkalmassá válik az adott vizsgálat elvégzésére.

A fenti szolgáltatásokat a biztosító szolgáltató partnere nyújtja, aki megszervezi a biztosított részére a komplett diagnosztikai vizsgálatot. A szolgáltatások kizárólag a szolgáltató partner által megszervezett módon vehetők igénybe.

4. Műtéti támogatás

Amennyiben a biztosított biztosítási eseményhez vezető megbetegedése, vagy annak gyanúja kórházi műtét elvégzését teszi szükségessé, a biztosító a szerződő fél által választott csomagnak megfelelően, a Szolgáltatási Táblázatban meghatározott összeget téríti a biztosított részére.

Amennyiben nem Magyarországon történik a biztosított műtétje, minden külföldi gyógyító eljárás esetén – a gyógykezelést követően – kötelező a biztosított részére a biztosító orvosa által előírt kontroll vizsgálat elvégzése és – a külföldi dokumentációk fordítási költségének megtérítésével – a magyar nyelvű dokumentáció csatolása.

A biztosító a műtétek besorolását a Feltételek 2. számú mellékletét képező „Műtétek besorolása, kis-, közepes-, nagy műtétek táblázata” alapján állapítja meg.

A műtéti támogatásra szóló szolgáltatás egyidejűleg csak egy biztosítási eseményre vehető igénybe. Újabb biztosítási eseményre kórházi ápolási szolgáltatás teljesítését a biztosító csak az előző kórházi ápolás befejezését követően vállalja.

A szolgáltatást a biztosító egy biztosítási időszakban csak egy ízben nyújtja a biztosított részére.

5. Kórházi napi térítés

Amennyiben a biztosítási esemény miatt kórházi fekvőbeteg ápolás vált szükségessé, az ápolás 4. (negyedik) napjától – legfeljebb az ápolás 50. (ötvenedik) napjáig - napi térítés illeti meg a biztosítottat. A kórházi napi térítés szerződő fél által választott csomagnak megfelelő összegét a Szolgáltatási Táblázat tartalmazza.

A biztosító egy biztosítási esemény következtében szükségessé váló kórházi fekvő beteg ápolás esetén, egy biztosítási időszakban legfeljebb 47 napi térítés fizetését vállalja biztosított személyenként.

A kórházi napi térítés a kórházi ápolási napok után illeti meg a biztosítottat. A biztosító ebben az esetben is jogosult az ápolás, illetve gyógyulás tartamának felülvizsgálatára.

A biztosító nem nyújt kórházi napi térítést a szanatóriumban, gyógyüdülőben vagy gyógyfürdőben tartózkodás tartamára.

6. A biztosító a jogalap fennállása esetén a Szolgáltatási Táblázatban nevesített szolgáltatásokat biztosítási időszakonként egyszer teljesíti, kórházi napi térítés és műtéti támogatás esetén az ott meghatározott összegek keretein belül.

A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben, valamint a Szolgáltatási Táblázatban meghatározott daganat specifikus vizsgálati sornak a biztosító szolgáltató partnerének közreműködésével történő megszervezésére, és az általa szervezett vizsgálatok költségeire terjed ki.

7. Biztosítási csomagjaink szolgáltatásait és a térítési összeghatárokat az alábbi szolgáltatási táblázatban mutatjuk be.

Szolgáltatási Táblázat

Név	Alap	Bővített
Daganattípustól függő gyors és komplex diagnosztika:		
probléma feltáró konzultáció	✓	✓
daganat helye (típusa) alapján a diagnózishoz szükséges vizsgálati sor: képalkotó diagnosztika (CT, MRI, PET), szövettan, labor, stb.		
alap molekuláris diagnosztika*	✓	
kiterjesztett molekuláris diagnosztika**		✓
A kezelés hatásosságát értékelő és a további terápiás tervet segítő PET-CT	✓	✓
Asszisztencia - beteg vezetés (beleértve az indokolt betegszállítást)	✓	✓
Dietetikai tanácsadás	✓	✓
Onkopszichológiai konzultáció	✓	✓
Klinikai kutatási program a lehetőségek szerint		
Klinikai kutatási program szelekció, konzultáció	✓	✓
Klinikai kutatási program szervezés	✓	✓
Klinikai kutatási programhoz tolmács, utazás, szállás	100 000 Ft	200 000 Ft
Klinikai vizsgálat nyomon követése	✓	✓
Műtéti támogatás (nagy műtét)	200 000 Ft	300 000 Ft
Műtéti támogatás (közepes műtét)	150 000 Ft	200 000 Ft
Műtéti támogatás (kis műtét)	100 000 Ft	150 000 Ft
Kórházi napi térítés	10 000 Ft	15 000 Ft

* alap molekuláris diagnosztika: annak a vizsgálata, hogy a daganatban milyen genetikai elváltozások vannak jelen – (Ezen genetikai elváltozások kimutatása alapvetően befolyásolja az adott daganat kezelésére törzskönyvezett úgynevezett célzott, biológiai terápiák megfelelő kiválasztását.)

**kiterjesztett molekuláris diagnosztika: Azon genetikai elváltozások kiválasztása és kimutatása a daganatban, amelyekkel kapcsolatos célzott, biológiai terápiák az adott időpontban csak klinikai kutatási programok keretei között érhetőek el.

II. A SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTÉS HATÁRIDEJE ÉS MÓDJA

1. A daganatdiagnosztikára jogosító biztosítási esemény a biztosító +36 1 666 6200 telefonszámán vagy a kar@wabererbizosito.hu e-mail címen jelenthető be. A bejelentéskor közölni szükséges

- a) a biztosítási fedezetet igazoló dokumentum (biztosítási kötvény) számát
- b) a biztosított nevét és telefonos elérhetőségét.

2. A biztosítási eseményt a szerződő fél illetve a biztosított köteles legfeljebb 15 napon belül a biztosítónak írásban bejelenteni.

III. A SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTÉS FOGADÁSA

A bejelentés rögzítését követően:

- a) a bejelentett adatok alapján megállapításra kerül, hogy a bejelentett esemény nem szerepel-e a Daganatdiagnosztikai feltételek szerint kizárt esetek körében,
- b) amennyiben nem, a biztosító a daganatdiagnosztikai szolgáltatások teljesítése érdekében, kapcsolatfelvétel céljából a biztosítottal közli a Szolgáltató partner elérhetőségét, egyidejűleg a beérkezett igényt továbbítja a szolgáltató partner felé.

IV. A SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY ELBÍRÁLÁSÁHOZ RENDELKEZÉSRE BOCSÁTANDÓ DOKUMENTUMOK

1. Szolgáltatási igény bejelentésekor a biztosító a következő dokumentumok rendelkezésére bocsátását kérheti:

- a) A biztosítási fedezetet igazoló dokumentum (biztosítási kötvény) másolatát,
- b) A biztosítási eseménnyel kapcsolatos, annak bekövetkezésétől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum másolatát, amely tartalmazza a diagnózist, az orvosi kezelés részletes leírását, az elvégzett vizsgálatok leleteit, továbbá az ellátó intézmények, és kezelő orvosok pontos megjelölését,
- d) TAJ kártya másolatát,
- e) Személyi/személyi azonosító igazolványt, lakcímet igazoló hatósági igazolványt,
- f) Ha nem a Biztosított jár el személyesen a szolgáltatási igény érvényesítésekor, az eljáró személynek adott meghatalmazás eredeti példányát,
- g) A biztosított hozzájárulása alapján a biztosító biztosítási esemény miatt a biztosított kezelő orvosától és a TB nyilvántartásból lekérheti a biztosítottra vonatkozó kórelőzmények teljes körű adatait,
- h) Táppénzigazolást, és a kórházi fekvőbeteg ellátást igazoló magyarországi kórházi dokumentációt,
- j) Elsődleges orvosi leleteket, orvosi dokumentációt,
- k) Ambuláns lapo(ka)t,
- l) Zárójelentés(ek)e)t, műtéti zárójelentés(ek)e)t
- m) Kontroll vizsgálati dokumentációkat,
- o) Röntgen-, ultrahang-, ct-lelet(ek)et,
- p) Keresőképtelenséghez kiállított táppénzes dokumentum.

V. A SZOLGÁLTATÁS LEHETSÉGES FORMÁI, MÓDJA

1. A biztosító a bejelentett szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül teljesíti.

2. Amennyiben a szolgáltatási igény elbírálásához kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el, illetve a szolgáltatási igényt elutasíthatja.

3. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálása érdekében elrendelheti a biztosított személyes orvosi vizsgálatát, amelynek költségei a biztosítót, az orvosi vizsgálaton való megjelenés költségei a biztosítottat terhelik.

4. A biztosító köteles a kárrendezéshez nélkülözhetetlen dokumentumok beérkezésétől számított 15 napon belül, de ezek beérkezésének hiányában is legkésőbb a szolgáltatási igény benyújtásától számított egy hónapon belül a biztosítási szolgáltatásra jogosult személynek:

- a) kellően megindokolt javaslatot tenni a szolgáltatására azokban az esetekben, amelyekben a szolgáltatási kötelezettségének fennállását és a szolgáltatásának mértékét jogcímenként (beleértve a kamatra vonatkozó tájékoztatást) összecszerűen megállapította, vagy
- b) indokolással ellátott választ adni a szolgáltatási igényben foglalt egyes követelésekre azokban az esetekben, amikor a szolgáltatási kötelezettségét nem ismeri el, az nem egyértelmű vagy a teljes szolgáltatását összecszerűen nem állapította meg.

VI. EGYEZSÉGI KÁRRENDEZÉS

Tekintettel arra, hogy az Esély Daganatdiagnosztikai Egészségbiztosítási esemény esetén a szolgáltatási összeg – annak sajátosságaiból eredően - pontosan meghatározható, a szolgáltatási igény közös megegyezésén alapuló megállapodás (egyezség) keretében csak kivételes esetben esetleges további viták megelőzése érdekében rendezhető.

VII. A BIZTOÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS KIFIZETÉSE

1. A biztosító kifizetése (szolgáltatása) a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához illetve a szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges, a biztosítási feltételekben meghatározott okiratok és dokumentumok beérkezésétől számított 15 napon belül esedékes.

2. A biztosító a szolgáltatási összeget banki átutalással teljesíti.

3. A kifizetés a biztosítottnak, vagy szabályszerűen meghatalmazott képviselőjének teljesíthető.

VIII. A BIZTOSÍTÓ ELÉRHETŐSÉGEI

A Biztosító szolgáltató partnerének elérhetőségei:

Onkomplex Rákdiagnosztika és Asszisztencia Kft.

1012 Budapest, Kuny Domokos u. 13-15.

Telefon: 06 1 999 0494

www.onkomplex.hu

Wáberer Hungária Biztosító Zrt. Kárrendezési Igazgatóság elérhetőségei:

1211 Budapest, Szállító u. 4.

Nyitva tartás: Hétfő - Csütörtök: 8.00-16.00

Péntek: 8.00-14.00

Tel: 06 1 666 6200

Fax: 06 1 666 6403

E-mail: kar@wabererbiztosito.hu