

Pénztári Csoportos Egészségbiztosítások eljárási rendje

Bevezető

A Pénztár a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.-vel (továbbiakban: Biztosító) PannonMed+ Csoportos Egészségbiztosítási Szerződést kötött Pénztártagjai részére, melyhez a Pénztártag önkéntesen csatlakozhat. A PannonMed+ Csoportos Egészségbiztosítás két biztosítási csomagja közül a PannonMed+ Extra biztosítási csomag járóbeteg-ellátásra, a PannonMed+ Top biztosítási csomag fekvőbeteg-ellátásra nyújt fedezetet.

Jelen szabályzat a nevezett PannonMed+ Csoportos Egészségbiztosítással (Extra és Top biztosítási csomaggal) kapcsolatos eljárások leírását tartalmazza.

1. Csatlakozás a biztosításhoz

A Pénztártag regisztrációval, a Pénztár és a Biztosító „A PannonMed+ Csoportos Egészségbiztosítás Csatlakozási Nyilatkozata” (továbbiakban: Csatlakozási nyilatkozat) nyomtatványával csatlakozhat a PannonMed+ Csoportos Egészségbiztosítási Szerződéshez az általa választott biztosítási csomag (PannonMed+ Extra biztosítási csomag járóbeteg-ellátásra / PannonMed+ Top biztosítási csomag fekvőbeteg-ellátásra) igénybevételével.

1.1. Regisztráció: Pénztártag általi nyilatkozat megtétele a biztosítás igényléséről, a csatlakozásról, a biztosítási jogviszonyt érintő feltételek, szabályok elfogadásáról, felhatalmazás adatkezelésre/adatátadásra, díjfizetési adatok átadására. A Csatlakozási nyilatkozatot két eredeti példányban (egyik a Biztosító példánya, másik a Pénztár példánya) szükséges a Pénztártagnak kitölteni. Az újra csatlakozás esetén is ezt a dokumentumot kell kitölteni. A Csatlakozási nyilatkozat mindkét biztosítási csomag (Extra és Top) vonatkozásában alkalmazható a megfelelő jelölések használatával.

Ellenőrzés: A regisztrációs eljárásban a Pénztár – a formai követelményeken túl - ellenőrzi a tagállapotot, státuszt, a csomaghoz meghatározott feltételt (életkor).

A regisztráció nyilvántartását a Pénztár és Biztosító külön-külön végzi a Csatlakozási nyilatkozatok Pénztárt és Biztosítót megillető példányai alapján.

1.2. Eljárás: a Csatlakozási nyilatkozatot két eredeti példányban két tanúval hitelesítve kell elkészíteni, és eredeti aláírással, vagy hiteles elektronikus aláírással ellátni (elektronikus aláírás esetén nem szükséges a két tanúval történő hitelesítés). Az elektronikus aláírással ellátott nyilatkozat beküldhető e-mailben illetve feltölthető a Tagi portálon, melyet a Pénztár kizárólag PDF formátumban tud befogadni. A nyilatkozatoknak az első biztosított (díjfizetéssel rendezett) hónap előtti hónap 15. napig be kell érkezniük a Pénztárba. Amennyiben a nyilatkozat a hónap 15. napját követő és utolsó napja között érkezik be, akkor a csatlakozás a beérkezés hónapját követő második hónap első napjától hatályos.

Csatlakozási szabályok:

- a Csatlakozási nyilatkozatot a Pénztártag két eredeti példányban juttatja el a Pénztárba,
- a Csatlakozási nyilatkozat a Pénztárba e-mailben is beküldhető (avdh@mbhep.hu) vagy a Tagi portálon feltölthető hiteles elektronikus aláírással ellátott PDF-ként,

- amennyiben a Csatlakozási nyilatkozatból egy eredeti példány érkezik be, vagy hibás (pl. adathiányos, olvashatatlan), úgy a regisztrálás nem történhet meg,
- hibásan, vagy hiányosan kitöltött dokumentumok esetén a Pénztár a Pénztártagot 3 munkanapon belül értesíti,
- amennyiben a hiánypótlás annak kézhezvételétől számított 5 napon belül nem történik meg a Pénztár a csatlakozási igényt lezárja, melyről nem küld értesítést a Pénztártag részére,
- a Biztosító visszamenőleg nem fogad biztosítási díjat, azaz visszamenőleg biztosított státuszba nem kerülhet senki,
- a Csatlakozási nyilatkozatnak a következő hónap biztosítási jogviszonyának létrehozása érdekében az adott (beküldési) hónap 15. napjáig hibátlanul és hiánytalanul be kell érkeznie nyilvántartásba vételre a Pénztárba, amennyiben a nyilatkozat a hónap 15. napját követő és utolsó napja között érkezik be, akkor a csatlakozás a beérkezés hónapját követő második hónap első napjától hatályos,
- újra csatlakozásra a biztosítási díj nem fizetése miatti, vagy a biztosításból történő kilépés (lemondás) miatti biztosítási jogviszony megszűnése esetén van lehetőség az ismételt csatlakozás szabályai szerint,
- a Pénztár küldi meg a Biztosítónak a Csatlakozási nyilatkozat Biztosítót illető példányát, melynek határideje a havi adatszolgáltatással megegyezik, azaz legkésőbb a tárgyható 22. napja

A Csatlakozási nyilatkozat tartalmazza a Biztosítónak és az Ellátásszervezőjének adott adatkezelési felhatalmazásokat az egészségügyi adatokkal összefüggésben is.

2. Kilépés, ismételt csatlakozás

A biztosított írásos bejelentéssel kiléphet a biztosításból. A kilépés a „Lemondó nyilatkozat”-kitöltésével és Pénztárhoz történő megküldésével kezdeményezhető. A Biztosító által meghirdetett PannonMed Általános Szolgáltatásfinanszírozó Egészségbiztosítási Feltételek és a „PannonMed+ Csoportos Egészségbiztosítás Különös Biztosítási Feltételei (továbbiakban: Biztosítási Feltételek) szerint a PannonMed+ Csoportos Egészségbiztosítás kapcsán létrejött biztosított jogviszony lemondását a biztosított csak a rá vonatkozó biztosítási évfordulóra (azaz a Pénztártagra vonatkozó kockázatviselés kezdetével megegyező napra) teheti meg. Amennyiben a biztosítottra vonatkozó biztosítási évfordulót megelőző hónap 15. napjáig a biztosított lemondó nyilatkozata a Pénztárba beérkezik, úgy a lemondással érintett PannonMed+ Extra járóbeteg-ellátási csomagra és / vagy a PannonMed+ Top fekvőbeteg-ellátási csomagra vonatkozó Csoportos Egészségbiztosításra a havi díjfizetési kötelezettség a beérkezés hónapját követő hónap első napjától szűnik meg, továbbá ezen időponttól a Biztosító nem visel kockázatot. A lemondás hatályáig fizetett biztosítási díj nem igényelhető vissza a Biztosítótól.

2.1. Lemondó nyilatkozat: két eredeti példányban vagy elektronikusan hiteles elektronikus aláírással ellátva kizárólag PDF formátumban legkésőbb az adott hónap 15. napig hiánytalanul be kell érkezni a Pénztárba a következő hónap első napjától hatályos lemondás érvényesítésére, melynek egy eredeti példányát a Pénztár megküldi a Biztosítónak.

A Pénztártag a Pénztárba a 2. pont szerinti adott hónap 15. napjáig beérkezett lemondó nyilatkozata alapján a következő hónaptól megszünteti a díjfizetést, a díj nem fizetésének időpontjától pedig a Biztosító kockázatviselése megszűnik. Amennyiben a nyilatkozat az adott hónap 15. és utolsó napja között érkezik be, akkor a díjfizetés megszüntetése a beérkezés hónapját követő második hónap első napjától következik be.

Lemondással összefüggő szabályok:

- a Lemondó nyilatkozatot a Pénztártag két eredeti példányban juttatja el a Pénztárba,
- a Lemondó nyilatkozat a Pénztárba e-mailben is beküldhető (avdh@mbhep.hu) vagy a Tagi portálon feltölthető hiteles elektronikus aláírással ellátott PDF-ként,
- hibásan, vagy hiányosan kitöltött dokumentumok esetén a Pénztár a Pénztártagot 3 munkanapon belül értesíti,
- a Pénztár küldi meg a Biztosítónak a Lemondó nyilatkozat Biztosítót illető példányát, melynek határideje a havi adatszolgáltatással megegyezik, azaz legkésőbb a tárgyható 22. napja

2.2. Ismételt csatlakozásra (Csatlakozási nyilatkozat benyújtásával) a következők szerint van lehetőség:

- Amennyiben a Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási évfordulójánál (egy biztosítási évnél) rövidebb időtartamon belül szűnt meg a Biztosító kockázatviselése, akkor a későbbiekben legfeljebb egy alkalommal van lehetősége a Biztosítottnak ismételt csatlakozni az adott biztosítási szerződéshez kizárólag a következő év január 1-vel, a tárgyév november 30-ig történő csatlakozási nyilatkozat beérkezése esetén.
- Amennyiben a Biztosítottra vonatkozó évfordulóval - tehát egy évet, mint biztosítási időszakot követően - szűnik meg a Biztosító kockázatviselése, akkor a Biztosított bármikor (év közben is) ismét csatlakozhat a biztosításhoz erre vonatkozó csatlakozási nyilatkozat alapján a csatlakozási szabályok szerint.

Ismételt csatlakozásra vonatkozó beküldési szabályok:

- a Csatlakozási nyilatkozatot (újra csatlakozás esetén is) a Pénztártag két eredeti példányban hiánytalanul juttatja el a Pénztárba,
- a Csatlakozási nyilatkozat a Pénztárba e-mailben is beküldhető (avdh@mkbep.hu) vagy a Tagi portálon feltölthető hiteles elektronikus aláírással ellátott PDF-ként,
- amennyiben egy példány érkezik be, vagy hibás (pl. adathiányos, olvashatatlan), és hiánypótlás keretében nem kerül határidőben pótlásra, javításra, úgy az ismételt regisztrálás nem történhet meg.

Újbóli csatlakozás esetén újra indul a kockázatviselés, így az előzménybetegség vizsgálata is az új kockázatviselési kezdethez képest történik.

3. Biztosítási díj megállapítása

A biztosítási díj összegét a Pénztár az adott biztosításra vonatkozó Pénztár Csoportos Egészségbiztosításokról szóló aktuális Ügyfélértékelőjében www.mbhep.hu oldalon teszi hivatalosan közzé. A biztosítási díj összegét a Biztosító módosíthatja, melyet a Pénztár legkésőbb 30 nappal a hatályba lépés előtt honlapján közzétesz.

A PannonMed+ Extra biztosítási csomag biztosítási díj összegéről a Pénztár külön értesítést nem küld a Pénztártagok részére.

A PannonMed+ Top biztosítási csomagban a biztosítási díj életkori sávhoz kötött. Az adott biztosításhoz tartozó belépési valamint maximális biztosított életkor meghatározását mindenkor a PannonMed+ Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés és a mellékletét képező Biztosítási Feltételek, illetve az Ügyfélértékelő tartalmazza. A díjsávhoz tartozás megállapítása a kockázatviselés kezdetének éve és a tag születési évének különbözeteként történik. A csatlakozás során az aktuális díjat a Pénztár megállapítja és közli a Pénztártaggal. Az életkor változása miatt bekövetkező díjváltozást a következő évre vonatkozóan a Pénztár az adott év december 20-áig meghatározza, és arról a Pénztártagot értesíti.

4. A biztosítási díj megfizetése

A Pénztár a biztosítási díjat a következő hónap kockázatviselésére a csoporthoz tartozó valamennyi biztosított után havonta előre fizeti meg a Biztosítónak. A biztosítási díj fedezetéről a Pénztártagnak kell gondoskodnia.

A díjfizetés forrása (fedezete) a Pénztártag egyéni egészség számlája (sorrendben második helyen), vagy a Támogató által nyújtott célzott támogatás esetén a Támogató célzott szolgáltatási számlája (sorrendben első helyen). Amennyiben a célzott számlán nincsen az adott időszakra pénzügyi fedezet, úgy a Pénztár automatikusan a tag egyéni számlájáról biztosítja (vonja le) a fedezetet.

A biztosítási díj mindenkori fedezetének vagy 100%-ban a rá vonatkozó célzott szolgáltatási számlán, vagy (célzott finanszírozás hiányában) 100%-ban a tag egyéni számláján kell rendelkezésre állnia. Részösszegek egyidejű levonására a célzott számláról és a Tag egyéni számlájáról – mint kettős finanszírozás - nincsen lehetőség.

A fizetendő biztosítási díj összegének minden hónap 21-én rendelkezésre kell állnia, mert a biztosítási díj megfizetéséhez a Pénztár adott hónap 22-én megállapítja a következő hónapra esedékes biztosítási díjak összegét és azokat a kifizetéshez elkülöníti.

Amennyiben a Tag részére a Támogatója a biztosítását célzott juttatással támogatja, úgy az így rendelkezésre álló összeget a Pénztár első helyen veszi figyelembe a kifizetéshez. A célzott szolgáltatási számlákon ugyanis a pénzügyi fedezet a támogatási szerződésben meghatározott biztosításra, illetve biztosítási csomagra vonatkozik, és másra nem fordíthatók (nem csoportosíthatók át) ezen összegek.

4.1. Biztosítási díjak megfizetési sorrendje:

1. Amennyiben a Pénztártag rendelkezik PannonMed Bázis Egészségbiztosítással, úgy havonta ennek fedezete, illetve az esetlegesen elmaradt havi díjak pótlására elegendő fedezet kerül legelőször elkülönítésre, majd utaláshoz előkészítve.
2. Ezt követően a PannonMed+ Extra (járóbeteg-ellátásra vonatkozó) biztosítási csomag havi (és esetleg elmaradt) díja kerül elkülönítésre és utaláshoz előkészítésre.
3. Sorrendben a következő a PannonMed+ Top (fekvőbeteg-ellátásra vonatkozó) biztosítási csomag havi (és esetleg elmaradt) díjának elkülönítése és utaláshoz előkészítése.

A Pénztár adott hónap 21-én a PannonMed Bázis Egészségbiztosítás biztosítási díjára, adott hónap 22-én pedig a PannonMed+ Extra és PannonMed+ Top biztosítási csomag biztosítási díjára elkülönített összegekről a Biztosító részére adatszolgáltatást nyújt.

4.1.1. Továbbtálásokkal kapcsolatos adatszolgáltatás

A Biztosító a káresemény miatti kifizetéseit kizárólag a Pénztáron keresztül teljesítheti. A Biztosító ellátásszervezője a továbbtalandó összeget a Pénztárba utalja, a Pénztár pedig továbbtálja a Biztosító rendelkezése szerint.

A Biztosító a továbbtalandó összegeket tételesen (egyenként) utalja át a Pénztárnak, melyhez külön adatszolgáltatást ad a Pénztárnak.

A Pénztár ellenőrzi a továbbtálások során az egészségügyi szolgáltató pénztári vagy NEAK szerződésének meglétét, valamint adószámát.

5. Díjhátralék

Amennyiben a Pénztártag által választott PannonMed+ Extra / PannonMed+ Top biztosítási csomag biztosítás díjának összege a hónap 22-én végrehajtásra kerülő fedezetelkülönítéshez nem áll rendelkezésre (sem a célzott számlán, sem az egyéni számlán), úgy a következő hónapra (a díjhátralékos hónapra) hátralékba kerül a biztosított. Legkésőbb a díjhátralékos hónap 21-éig rendezni kell az elmaradt díjat. A hátralék pénzügyi rendezésének időpontjáig (a díjhátralékos hónapban) biztosítási szolgáltatásra nem jogosult státuszban van a Pénztártag.

Támogató kizárólag díjhátralékkal nem rendelkező Pénztártag részére adhat célzott szolgáltatás finanszírozására juttatást.

A díjhátralékot az adott biztosítási csomagra vonatkozóan kell vizsgálni. A Pénztár tájékoztatja a Pénztártagot/Biztosítottat a díjelmaradás keletkezéséről és annak következményeiről.

Díjhátralék esetén kizárólag az egyéni számláról rendezhetők az esetleges fedezethiányok.

A fedezethiány miatt elmaradt díj kizárólag a következő hónapban pótolható, több hónap elmaradása nem következhet be. A díjhátralék rendezésének esetei:

- Amennyiben a biztosítás elmaradt havi és az esedékes havi díját a Pénztár fedezethiány miatt nem tudja megfizetni, úgy a biztosított vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése megszűnik a díjjal nem rendezett hónap első napjától a tárgyév hátralevő részére. Tárgyév értelmezése: az az év, amely a díjhátralékos hónap naptári éve.
- A tagok értesítésére fedezethiányos ciklusonként egyszer kerül sor, mégpedig az első díjhátralékos hónap tekintetében. Amennyiben rendezi a tartozását a díjhátralékos hónap 21-éig, és a fedezethiányos hónapot követő hónapra is rendelkezik a fedezettel, úgy a díjfedezettsége, a biztosítási szolgáltatásokra jogosultsága ismét hatályos a díjjal rendezett időszakokra, azonban a fedezethiányos hónap időszakára vonatkozóan a Pénztártag utólagos térítésre nem jogosult. Tehát a díjjal nem rendezett időszakban a Biztosított a szolgáltatást nem veheti igénybe akkor sem, ha a díjelmaradás utólag rendezésre kerül. Amennyiben később újra előfordul díjhátralék keletkezése, akkor újból kap értesítést a Pénztártag biztosított az újra jelentkezett első havi hiányról.

- Amennyiben a Pénztár 2. alkalommal (a díjhátralékos hónap 22-én) sem tudja levonni a biztosítás elmaradt és esedékes (összesen két havi) díját a Pénztártag számláján, akkor a biztosítottra vonatkozó fedezet és a biztosítási jogviszony megszűnik a díjhátralék keletkezésének napjától. A Pénztártag újra a biztosításhoz a csatlakozhat a 2.2. pontban foglalt „ismételt csatlakozás” szabályai szerint.
- Amennyiben a Pénztár 2. alkalommal (a díjhátralékos hónap 22-én) tud levonni díjat, de csak az elmaradt díjat és a következő havi esedékes díjat nem, akkor továbbra is biztosítási szolgáltatásra nem jogosult státuszban marad a (második) díjhátralékos hónapra a biztosított. Erről az eseményről nem küld értesítést a Pénztár a Tagnak. Amennyiben a második díjhátralékos hónap 22-én nem áll rendelkezésre az elmaradt és az aktuális (összesen két havi) díjra a fedezet, úgy díj nem fizetés miatt a tag biztosítási jogviszonya a díjjal nem rendezett hónap első napjától megszűnik, melyről a Pénztár értesítést küld a tagnak.

Amennyiben a biztosítási szolgáltatásra nem jogosult időszakban ellátásra szorul a biztosított Pénztártag, akkor az igénybe vett és a biztosított Pénztártag által kifizetett egészségügyi szolgáltatás számla ellenértékét utólagosan nem téríti a Biztosító a Pénztártagnak akkor sem, ha a díjhátralék utólagos rendezéssel megszűnt.

6. A biztosítási jogviszony, illetve a kockázatviselés megszűnése

A Biztosító kockázatviselése megszűnik a Biztosított Pénztártag tekintetében

- amennyiben a Pénztár-Biztosító közötti szerződés megszűnik - a szerződés megszűnése napjának 24. órájában;
- amennyiben adott Biztosítottnak a Pénztári tagsága megszűnik – az utolsó megfizetett hónap utolsó napjának 24. órájában;
- a maximális biztosított kor betöltésével - annak a naptári évnek az utolsó napjával (a nap 24. órájával), amelyben a Biztosított életkora eléri a 70. (PannonMed+ Extra biztosítási csomag), illetve a 60. (PannonMed+ Top biztosítási csomag) életévet;
- a Biztosított halálával – a halál időpontjával;
- A PannonMed+ Extra és a PannonMed+ Top biztosítási csomag esetében: amennyiben a Pénztár nem fizeti meg az adott Biztosítottra vonatkozó esedékes és előző havi elmaradt díjat – az utolsó megfizetett hónap utolsó napjának 24. órájában;
- A PannonMed+ Extra és a PannonMed+ Top biztosítási csomag esetében: amennyiben kilépési/lemondó nyilatkozatot tesz a 2. pontban foglaltak szerint - a Biztosítottra vonatkozó évforduló napjának 24. órájában.

7. Jogviszony igazolások

A biztosítási jogviszonyt a Biztosító igazolja. A biztosítási jogviszony az adott időszakra pénzügyileg rendezett díjfizetés esetén áll fenn.

A Pénztár igazolást ad(hat) a Pénztártagnak a biztosítási csoporttagságával kapcsolatos Pénztárnál nyilvántartott adatokról, így a biztosításhoz csatlakozás, megszűnés időpontjáról, a választott szolgáltatási csomagról, valamint szolgáltatási csomag módosítás időpontjáról, az utoljára befizetett díjról, a pénzügyileg fedezett biztosítási időszakról. A Pénztár igazolása nem minősül biztosítási jogviszony igazolásának.

A Pénztár biztosítási csoporttagsággal kapcsolatos igazolását a Pénztártag kérheti a Tagi portálon keresztül, vagy a Pénztár ügyfélszolgálatának küldött elektronikus vagy postai levélben, web üzenetben illetve az ügyfélszolgálati telefonszámon keresztül is. Az igazolást a Pénztár elektronikus aláírással hitelesítve a Tagi portálon megküldi a Pénztártagnak, vagy kérésre papíralapon Pénztárnál nyilvántartott levelezési címére. A webes csatornán keresztül történő igazoláskérés során a Pénztártag döntése szerint közvetlenül is megküldhető az Ellátásszervezőnek arra vonatkozó pénztártagi adatátadási felhatalmazás alapján. Adatátadási felhatalmazás hiányában a Pénztár az Ellátásszervezőnek a Pénztártagról, Biztosítottról információt nem adhat.

8. Díjrendezettség igazolása

- A Pénztártag adatkezelési/adatátadási nyilatkozat szerintifelhatalmazása alapján a Pénztár havonta ad a Biztosítónak személyenként, azonosított módon díjfizetési adatokat: a Biztosító a díjrendezettséget ebből és a tényleges pénzügyi teljesítésből megállapíthatja.
- A díjrendezettség igazolása történhet a Pénztártagnak (elektronikus úton vagy postán) eljuttatott igazolással is, melyet a Pénztár elektronikus megküldés esetén elektronikus aláírással lát el. Ez esetben a Pénztártag saját

maga juttatja el az igazolást az Ellátásszervezőnek. A díjrendezettség igazolást a Pénztár a biztosítási csoporttagság igazolásban adja meg.

- A webes csatornán lebonyolítható, az Ellátásszervezőnek történő az ellátásszervezés gyorsítása, egyszerűsítése érdekében megszervezett elektronikus adatátadásra felhatalmazást a Pénztártag a Csatlakozási nyilatkozatban vagy mellett vagy később is adhat a Pénztár részére. E felhatalmazás nem kötelező feltétele a csatlakozásnak. Adatátadási felhatalmazás hiányában a Pénztár az Ellátásszervezőnek a Pénztártagról, Biztosítottról, díjrendezettségéről információt nem adhat. Ez esetben a biztosítási szolgáltatás igénybevétele esetén a biztosított Pénztártag a konkrét adatigénylési folyamat során egyedi felhatalmazást ad a Pénztárnak a szükséges adatai Ellátásszervező részére történő átadására.

9. Biztosítási szolgáltatás (egészségügyiellátás) igénybevétele

A Biztosító a biztosítói szolgáltatási, egészségügyi szolgáltatásnyújtási kötelezettségét Ellátásszervező és egészségügyi szolgáltatók közreműködésével teljesíti.

Fontos: Kizárólag olyan egészségügyi szolgáltató nyújthat a biztosítás keretében egészségügyi ellátást a biztosítottnak, mellyel a Pénztár vagy a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, mint társadalombiztosítási szervezet (NEAK) szolgáltatási szerződésben áll.

A Biztosított a biztosítás keretében kizárólag orvosi, gyógyító szolgáltatást vehet igénybe, sem termék rendelkezésre bocsátása (gyógyszer, gyógyászati segédeszköz), sem pénzbeli térítés nem történhet részére.

A Biztosítási Feltételek, az Ügyféltájékoztatók tartalmazzák, hogy milyen feltételek teljesülésével és milyen eljárással lehet igénybe venni a biztosítás keretében egészségügyi szolgáltatást. Kizárólag a Biztosító Ellátásszervezője által megszervezett egészségügyi ellátást lehet az Ellátásszervező által – a biztosított taggal történt egyeztetés után – kijelölt szolgáltatónál igénybe venni. A biztosítási szolgáltatások igénybevétele érdekében a biztosítottnak első lépésként a Biztosító Ellátásszervezőjét, azaz betegirányító szervezetét kell megkeresni és nem közvetlenül az egészségügyi szolgáltatót. Az ügyintézés rendjéről, az eljárásokról a Biztosítási Feltételek, az Ügyféltájékoztatók és a Biztosító valamint a Pénztár honlapja ad részletes tájékoztatásokat. Az Ellátásszervezőről, az egészségügyi szolgáltatókról - a Pénztár közreműködésével - a Biztosító nyújt tájékoztatást a Biztosítottaknak.

10. Az egészségügyiszolgáltatás ellenértékének kifizetése

A Biztosított a Biztosító által engedélyezett, az Ellátásszervező szervezésében lebonyolított egészségügyi szolgáltatás a Biztosítási Feltételekben megjelölt limit mértéig történő igénybevételeért külön többlet szolgáltatási díjat (a biztosítási díj összegén felül) nem fizet. A Biztosítási Feltételekben megjelölt limit túllépése esetén az egészségügyi ellátás díja és a szolgáltatási keretösszegeből (limitből) rendelkezésre álló összeg különbözetének megfizetése a Biztosítottat terheli. A különbözetet a Biztosított köteles az egészségügyi szolgáltató részére megfizetni. A különbözet mértékéről, és a megfizetésének módjáról az Ellátásszervező nyújt tájékoztatást a Biztosítottaknak.

A Biztosító bármely pénzbeli kifizetést a Pénztáron keresztül köteles végrehajtani. Az eljárás a 4.1.1. pontban leírt továbbutalási adatszolgáltatással történik.

11. Tagi kommunikáció

A Biztosított és a Pénztár elsődlegesen elektronikus csatornán keresztül tartja a kapcsolatot. A csatlakozásra, újra csatlakozásra, lemondásra vonatkozó nyilatkozatot eredeti példányban, írásos formában vagy elektronikus úton hiteles elektronikus aláírással a Pénztárnak meg kell kapnia. Az elektronikus csatorna a Pénztár honlapján üzemeltetett Tagi portál (személyes tárhely), ill. amennyiben a Pénztártag nem igényelte az elektronikus ügyintézés, úgy az elektronikus levél (e-mail). A Pénztártag elektronikus levelezési címének (e-mail címének) hiányában az értesítéseket a Pénztár telefonon (sms) és/vagy postai levél útján küldi meg részére.

A Pénztártag a Pénztár Alapszabálya alapján köteles az adataiban bekövetkező változásokat a tudomásszerzéstől számított 5 munkanapon belül a Pénztárnak írásban bejelenteni. Ennek elmulasztásából eredő mindennemű hátrányos jogkövetkezmény, felelősség a Tagot terheli.

Az elektronikus ügyintézés, illetve a webes értesítések rendszere:

- Az e-ügyintézés kérés Pénztártagok számára a dokumentumokat/értesítéseket a Pénztár a Tagi portálon/személyes tárhelyen keresztül juttatja el.
- Az e-ügyintézés nem kérés Pénztártagok részére az értesítéseket a Pénztár e-mailen, annak hiányában telefonon (sms) és/vagy postai úton, a dokumentumokat papíralapú postai úton juttatja el a Pénztár.
- Jogviszonyt, kockázatviselést nem érintő, anyagi hátrányt nem okozó eseményekről e-mailt vagy telefoni értesítést is küldhet a Pénztár.

- A tag a regisztrációját, újra csatlakozását, kilépését, adatátadási felhatalmazását kizárólag írásban az előírt formai követelmények mellett eredeti aláírással ellátott papíralapú, vagy hiteles elektronikus aláírással ellátott, vagy AVDH hitelesített dokumentummal hajthatja végre.
- Minden más esetben elektronikus úton tett tagi közlést is elfogad a Pénztár (Tagi portál, e-mail).

A Pénztár értesítései a biztosított tagoknak:

- csatlakozás elfogadása, értesítés a fizetendő díjról,
- új díjról értesítés (PannonMed+ Extra csomag, PannonMed+ Top csomag),
- díjhátralék értesítés,
- csoporttagság megszűnéséről értesítés,
- egyéb értesítési kötelezettségek a Ptk. 6:442. § (2) bekezdése szerint, azaz értesítés a Biztosítótól a Pénztárhoz intézett nyilatkozatokról és a PannonMed+ Csoportos Egészségbiztosítási Szolgáltatási Szerződésben bekövetkezett változásokról.

A regisztráció, a díjhátralék, a csoporttagság megszűnési értesítések az adott eseménnyel egyidejűleg készülnek.

A PannonMed+ Top (fekvőbeteg-ellátási) biztosítási csomag esetében az életkori sávok alapján megváltozó új díjról, továbbá mindkét biztosítási csomag esetében a maximális biztosított kor betöltése miatti csoporttagság megszűnéséről az értesítés minden évben egyszer, december hónapban készül az érintettek részére a következő naptári év 01. 01-től induló biztosítási időszakra vonatkozóan.

12. Ügyintézés, panaszok

A Biztosítottak biztosítási szolgáltatással kapcsolatos jogai, kötelezettségei tekintetében a Biztosító, a biztosítási csoporthoz csatlakozás és díjfizetés tekintetében a Pénztár jár el. A biztosítási csoporttagsággal kapcsolatos jogviszony (csatlakozás, biztosítási csomagváltás, lemondás, csoporttagság megszűnés stb.) és a díjfizetéssel kapcsolatban a Biztosítottnak a Pénztárt kell keresnie. Betegség esetén, az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele érdekében a Biztosítottnak a Biztosítót, ill. az Ellátásszervezőt kell keresnie. Amennyiben a Biztosítottnak a biztosítási szolgáltatás nyújtásával (az egészségügyi szolgáltatás nyújtásával) kapcsolatban észrevétele, panasza van, vagy további ügyintézés, eljárást kezdeményez, úgy a Biztosítót, ill. az Ellátásszervezőt kell keresnie. 2023. 01. 01. naptól a csoportos biztosítási szolgáltatásokat a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. nyújtja, Ellátásszervezője a Teladoc Hungary Kft.

Az elérhetőségek a következők:

MBH Gondoskodás Egészség- és Önsegélyező Pénztár

Az egészségpénztár ügyfélszolgálat:
1138 Budapest, Váci út 23-27.
Telefon: +36 1 999 5050
e-mail: ugyfel@mbhep.hu
Levelezési cím: 1396 Budapest Pf.453

CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.

Központi ügyfélszolgálat elérhetősége
Népliget Center Business Center
1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület földszint
Telefonszám: +36 1 5 100 200
Fax szám: +36 1 247 2021
Email cím: ugyfelszolgalat@cig.eu

Teladoc Hungary Kft.

<https://teladoc.hu/>

Telefonos ellátásszervezés munkanapokon 08:00 és 20:00 között érhető el a +36 (1) 510 0348 telefonszámon.