

Produktbeschreibung der dienstleistungsfinanzierenden Gesundheitsversicherung der Semmelweis Universität



Generali Biztosító Zrt. (Generali Versicherungs-AG) · Adresse: 7602 Pécs, Pf. 888.
Kundenservice per Telefon: +36 1 452 3333
www.generali.hu

1. Hauptmerkmale der Gesundheitsversicherung

Das Produkt der Generali Biztosító Zrt. (Generali Versicherungs- geschl. AG) gewährt gesundheitlichen Versicherungsschutz mit Kostenerstattung für natürliche Personen mit **ausländischer Staatsbürgerschaft**, die **ihr 18. Lebensjahr vollendet haben**, und die sich als **Versicherte des zwischen der Semmelweis Universität (Sitz: H-1085 Budapest, Üllői út 26.), als Versicherungsnehmer und der Versicherungsgesellschaft abgeschlossenen Versicherungsvertrages „Versicherungsrahmenvertrag für die dienstleistungsfinanzierende Gesundheitsversicherung ausländischer Studierenden der Semmelweis Universität (Identifikationsnummer: 39589/GFI/BSZI//2017“)** anschließen.

Die Versicherung gewährt dem/der Versicherten Deckung für komplexe ärztliche Versorgung – sowohl für planbare als auch für akute und sofortige Versorgungsfälle –, für Behandlungen/Eingriffe innerhalb ambulanter und stationärer Versorgung bzw. für Kosten von Arzneimitteln und therapeutischen Hilfsmitteln sowie – in ärztlicher Sicht notwendigen Fällen – für Kosten des Krankentransports des/der Versicherten, wenn diese **beim bestimmten Gesundheitsdienstleister oder bei einem anderen Dienstleister, aber durch die Organisation/mit Kenntnis des bestimmten Gesundheitsdienstleisters in Anspruch genommen werden**.

Bitte, lesen Sie die vorliegenden Teile des Versicherungsvertrages *Produktbeschreibung, Kundeninformation und allgemeine Bedingungen des Versicherungsvertrages* aufmerksam durch, damit es auch für Sie eindeutig wird, für welche Versicherungsfälle das beanspruchte Versicherungsrechtsverhältnis des/der Versicherten Versicherungsschutz bietet.

Wir machen Sie insbesondere darauf aufmerksam, dass laut vorliegender Produktbeschreibung, in bestimmten Fällen die Versicherungsgesellschaft keine Haftung übernimmt bzw. ihre Leistung eingeschränkt oder von der Erfüllung der Leistung befreit werden kann.

2. Weitere wichtige Informationen über die Versicherung

Die Parteien des Versicherungsvertrages

- **Versicherungsgesellschaft: Generali Biztosító Zrt.** (Generali Versicherungs- geschl. AG) (Sitz: H-1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.).
- **Versicherungsnehmer: Semmelweis Universität** (Sitz: H-1085 Budapest, Üllői út 26.), **der den Versicherungsvertrag mit der Versicherungsgesellschaft abschließt und sich zur Zahlung der Versicherungsgebühr verpflichtet.**
- **Versicherte/r:** natürliche Person mit ausländischer Staatsbürgerschaft, die während der Laufzeit des Versicherungsvertrages an der Semmelweis Universität (Sitz: H-1085 Budapest, Üllői út 26.) im Rechtsverhältnis als Studierende/r sich befindet und zum Zeitpunkt des Versicherungsvertragsabschlusses ihr 18. Lebensjahr vollendet hat und für die im Zusammenhang mit deren Gesundheitszustand sich ereignenden Fälle der Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde.

Zur Erweiterung der Gültigkeit des Versicherungsvertrages (Gründung eines Versicherungsverhältnisses) ist die schriftliche Zustimmung des/der Versicherten notwendig, die der/die Versicherte durch Ausfüllen und Unterzeichnung der Erklärung des/der Versicherten erfüllt. Die Erklärung des/der Versicherten bildet einen Teil des Vertrages. Der/die Versicherte hat alle Erklärungen vollständig und der Wahrheit entsprechend zu leisten.

Gesundheitsversicherungskarte: die von der Versicherung ausgestellte, die wichtigsten Daten des Versicherungsverhältnisses des/der Versicherten enthaltende, **mit der Lfd. Nummer des Dokumentes „Erklärung des/der Versicherten“ versehene Karte**, die zur Bestätigung der Versicherungsberechtigung des/der Versicherten gegenüber dem Gesundheitsdienstleister dient. **WICHTIG!** Das Verlieren der Karte ist unverzüglich der Semmelweis Universität zu melden sowie das Ausfüllen einer neuen „Erklärung des/der Versicherten“ und somit einer neuen Gesundheitsversicherungskarte ist unbedingt erforderlich.

Mit der Nummer der verlorenen Karte kann keine Versorgung in Anspruch genommen werden!

Versicherungsverhältnis des/der Versicherten

Das Versicherungsverhältnis des/der Versicherten wird für den Zeitraum abgeschlossen, in dem der/die Studierende sich im aktiven Studentenstatus an der Semmelweis Universität befindet, vorausgesetzt, der Versicherungsgesellschaft wurde von der Semmelweis Universität als Versicherungsnehmer der Versicherungsanspruch gemeldet und die entsprechende Versicherungsgebühr für den jeweiligen Zeitraum entrichtet.

Der Versicherungszeitraum dauert vom **01. September des Berichtsjahres bis zum 31. August des nächsten Kalenderjahres**. Das Versicherungsverhältnis des/der Versicherten kann auch für den Zeitraum von einem Semester, d.h. für sechs Monate (ein Halbjahr) abgeschlossen werden.

Während des Versicherungszeitraumes für ein Jahr oder ein Halbjahr ist beim Vertragsabschluss zu einem bestimmten Zeitpunkt der volle Betrag der Jahres- oder Halbjahresgebühr zu entrichten.

Die Risikotragung der Versicherung beginnt um **0 Uhr am Tag nach der Unterzeichnung der Erklärung des Versicherten von dem Versicherten**, vorausgenommen, dass die in der Erklärung des Versicherten für den Versicherungszeitraum angegebene Versicherungsgebühr auf dem Konto der Versicherung restlos gutgeschrieben wird.

Die Risikohaftung der Versicherungsgesellschaft erstreckt sich auf das Gebiet von Ungarn, **auf die in Ungarn in Anspruch genommener medizinischer Versorgung, medizinischer Leistungen**.

Es gibt keine Risikobewertung! Es gibt keine Wartezeit!

Versicherungsfall

Ein Versicherungsfall ist **eine während des Versicherungszeitraumes, im Vergleich zum Beginn der Risikohaftung ohne Vorereignisse, unerwartet, akut eingetretene Erkrankung**, ein chronischer Zustand oder infolge eines Unfalls **notwendig gewordene, aus ärztlicher Sicht begründete medizinische Versorgung** des/der Versicherten, die bei dem, entsprechend der Vertragsbedingungen, in der Erklärung des/der Versicherten sowie auf der Gesundheitsversicherungskarte (Health insurance card) genannten **(bestimmten) Gesundheitsdienstleister, durch dessen Organisation oder mit dessen Kenntnis bzw. Zustimmung in Anspruch genommen wurde**.

Dienstleistung der Versicherungsgesellschaft

Die Leistungspflicht der Versicherungsgesellschaft erstreckt sich beim Eintreten eines Versicherungsereignisses **auf die Erstattung der Kosten der im Versicherungsvertrag festgelegten ärztlichen, medizinischen und sonstigen – in Ungarn in Anspruch genommenen – Leistungen**:

- die Versicherungsgesellschaft erstattet die Kosten der aus ärztlicher Sicht notwendigen medizinischen Versorgung des/der Versicherten in dem Fall, wenn von dem/der Versicherten deren begründete Inanspruchnahme entsprechend bestätigt wird;
- aufgrund der Leistungspflicht der Versicherungsgesellschaft werden unter Berücksichtigung der Befreiungen und Ausschlüsse, ohne Wartezeit – für den Zeitraum der Risikohaftung der Versicherungsgesellschaft – insgesamt maximal 2.000.000.- HUF, d.h. zwei Millionen Forint pro Versicherte/n erstattet, unter Berücksichtigung der Teillimits und Selbstbehalte wie in der folgenden Tabelle angeführt.

Die Kosten der für die medizinische Versorgung notwendigen Medikamente, des Verbandmaterials, der therapeutischen Hilfsmittel ist seitens des/der Versicherten vorzufinanzieren.

Als Medikament, Verbandsmaterial, therapeutische Hilfsmittel gelten nur diejenigen Mittel, Instrumente und solches Zubehör, die/das in Ungarn als Medikament, Verbandsmaterial, therapeutisches Hilfsmittel offiziell eingetragen und anerkannt sind. Mittel zur Sehkraftverbesserung (Brillen, Kontaktlinsen, Sehgäser usw.), Mittel zur Hörverbesserung sowie im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung verwendeten Materialien, Mittel (dritte Zähne, Prothesen, Füllungen, Implantate, Zahnsparren, Zahnaufhellungsmittel- und Instrumente usw.) gelten nicht als therapeutische Hilfsmittel. Verhütungstabletten, Verhütungsmittel, Notfallverhütungsmittel (die Pille danach), Kondome usw. gelten nicht als Medikamente.

Dienstleistung	Limit Jahreslimit	Limit Halbjahreslimit	Selbstbehalt
Ambulante Grundversorgung (englischsprachig, hausärztliche Versorgung)	nein*	nein*	nein*
Ambulante fachärztliche Versorgung	4 Fälle** / Jahr max. 60.000 HUF / Fall ab dem 5. Fall** max. 60.000 HUF / Jahr	2 Fälle** / Halbjahr max. 60.000 HUF / Fall ab dem 3. Fall** max. 30.000 HUF / Halbjahr	nein 50 %
Medizinische Versorgung im Notfall (Ambulante Versorgung)	10 Fälle / Jahr und 40.000 HUF / Fall	5 Fälle / Jahr und 40.000 HUF / Fall	50 %
Stationäre Versorgung (auch Notfall)	20 Tage oder das aktuelle Jahreslimit	10 Tage oder das aktuelle Halbjahreslimit	nein
Krankentransport	4 Fälle / Jahr und 20.000 HUF / Fall	2 Fälle / Halbjahr und 20.000 HUF / Fall	50 %
Arzneikosten, Kosten therapeutischer Hilfsmittel	100.000 HUF 100.000 HUF	50.000 HUF 50.000 HUF	50 % 50 %

*Die Inanspruchnahme verringert das Limit jedes Mal um 12.000 HUF.

**Unter einem Fall sind sämtliche, mit einem Problembereich verbundenen, in den Rahmen der „ambulanten Versorgung“ gehörenden medizinischen Versorgung, Laboruntersuchungen, diagnostische und Kontrolluntersuchungen zu verstehen.

In dem Fall, wenn die Rechtsgrundlage der Versicherungsleistung aufgrund des Versicherungsvertrages nicht oder nur teilweise besteht, und die Versicherungsgesellschaft aus diesem Grund zur Erfüllung der Versicherungsleistung teils oder gänzlich nicht verpflichtet ist, ist der/die Versicherte verpflichtet, den **durch die Versicherung nicht gedeckten Anteil der Kosten** der in Anspruch genommenen Gesundheitsdienstleistung **dem Gesundheitsdienstleister bzw. der rechnungsstellenden Partei zu erstatten.**

Im Rahmen einer ambulanten Versorgung werden ersetzt:

- a) Kosten der ärztlichen Grundversorgung,
- b) Kosten der ärztlichen Fachversorgung,

c) Kosten von extra Untersuchungen (z. B. Laboruntersuchung, Röntgendiagnostik, Ultraschalluntersuchung); die von der Versicherungsgesellschaft nur in dem Fall ersetzt werden, wenn die zur Feststellung oder Heilung der Erkrankung des/der Versicherten notwendig sind.

Im **Rahmen der stationären Versorgung** werden von der Versicherungsgesellschaft die Kosten des Krankenhausaufenthaltes und der Behandlungen des/der Versicherten ersetzt, insbesondere:

- a) Kosten der laut ärztlicher Anordnung erfolgter medizinischen Versorgung (inklusive notwendige Operationen);
- b) Kosten der Pflege;
- c) Kosten eines aus ärztlicher Sicht begründeten, aufgrund gesundheitlicher Indikation durchgeführten Schwangerschaftsabbruches.

Krankentransport: Bei Bewegungsunfähigkeit des/der Versicherten bzw. wenn der/die Versicherte nicht fähig ist, selber in die medizinische Versorgungsstelle zu gelangen, werden die Transportkosten innerhalb der Landesgrenze Ungarns von der Versicherungsgesellschaft in dem Fall ersetzt, wenn dies laut Vertrag als ein zur Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung begründetes Versicherungsereignis gilt.

Von der Versicherungsgesellschaft werden die Heimtransportkosten unter Berücksichtigung des Jahreslimits erstattet, wenn dies aufgrund des Gesundheitszustandes des/der Versicherten aus ärztlicher Sicht begründet ist (aufgrund eines schriftlichen Arztberichtes) und der bestimmte Gesundheitsdienstleister ebenfalls empfiehlt, die Therapie des/der Versicherten in dem Land, in dem er wohnhaft ist, durchzuführen.

Leistungen der Versicherungsgesellschaft

Die Kosten der, bei den bestimmten Gesundheitsdienstleistern in Anspruch genommenen oder durch die Organisation (mit Kenntnis oder Genehmigung) eines bestimmten Gesundheitsdienstleiters durchgeführten medizinischen Versorgung, die als Versicherungsereignis gilt, werden von der Versicherungsgesellschaft dem bestimmten Gesundheitsdienstleister direkt erstattet.

Im Fall eines Notfalles, in dem die Gesundheitsdienstleistung von keinem der bestimmten Gesundheitsdienstleister oder nicht durch deren Organisation in Anspruch genommen wurde, besteht für die/den Versicherte/n eine Vorfinanzierungspflicht.

Worauf erstreckt sich der Versicherungsschutz nicht? (Befreiung, Ausschlüsse):

Die Versicherungsgesellschaft ist von der Erfüllung der Leistungen befreit, wenn von der Versicherungsgesellschaft der Nachweis erbracht wird, dass das als Grundlage des Versicherungsfalles dienende Ereignis rechtswidrig, vorsätzlich oder gesetzwidrig und grob fahrlässig:

- a) vom/von der Versicherten; oder
- b) von einem/einer mit dem/der Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen verursacht wurde.

Der/die Versicherte geht besonders fahrlässig vor, wenn

- a) von ihm/ihr ein Kraftfahrzeug gefahren wurde, das über keinen gültigen Fahrzeugbrief verfügte oder zum Fahren des Kraftfahrzeuges über keinen gültigen Führerschein verfügte und diese Tatsache zum Eintreten des Versicherungsfalles beigetragen hat,
- b) das als Grundlage des Versicherungsfalles dienende Ereignis im kausalen Zusammenhang damit steht, dass vom/von der Versicherten zum Zeitpunkt des als Versicherungsfall dienenden Ereignisses mindestens gegen zwei verkehrspolizeiliche Vorschriften verstoßen wurde.

Der/die Versicherte ist verpflichtet, im Falle des Eintretens eines als Grundlage für einen Versicherungsfall dienenden Ereignisses, sich in der gegebenen Situation der allgemeinen Erwartung entsprechend zu verhalten und dementsprechend unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Versicherungsgesellschaft ist von der Leistungspflicht befreit, sofern der/die Versicherte dieser Verpflichtung nicht nachkam. Wenn der/die Versicherte jedoch einen ärztlichen Eingriff aufgrund seines/ihrer ihm/ihr gesetzlich zustehenden Selbstbestimmungsrechtes verweigert, bedeutet dies keinen Verstoß gegen seine/ihre Verpflichtung der Schadensminderung.

Die Risikohaftung der Versicherungsgesellschaft erstreckt sich nicht auf Gesundheitsdienstleistungen, die mit folgenden Gründen im kausalen Zusammenhang stehen:

- a) Krankheit oder krankhafter Zustand des/der Versicherten, die/der schon vor dem Beginn der Risikohaftung durch die Versicherungsgesellschaft erwiesenermaßen vorlag oder vor Beginn der Risikohaftung diagnostiziert wurde oder während dieser Zeit medizinische Behandlung/Therapie/Kontrolle erforderlich machte, des Weiteren vor Beginn der Risikohaftung der Versicherungsgesellschaft eine bleibende Gesundheitsbeschädigung des/der Versicherten festgestellt wurde;
- b) medizinische Versorgung der Schwangerschaftsverhütung, der Schwangerschaft und der Geburt, des Wochenbettes, damit verbundene Kosten;
- c) Schwangerschaftsabbruch, damit verbundene Kosten (ausgenommen Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer medizinischen Indikation, Schutz des Lebens der Mutter bzw. wenn ein Schwangerschaftsabbruch wegen eines Delikts notwendig ist);
- d) ausschließlich wegen Unfruchtbarkeit vorgenommene Operationen bzw. mit einer künstlichen Befruchtung verbundene medizinische Versorgung, damit verbundene Kosten;
- e) Sterilisierungsoperation und in Folge dieser vorgenommene medizinische Versorgung, damit verbundene Kosten,
- f) Geschlechtsumwandlungsoperation, damit verbundene Kosten,
- g) ästhetische (kosmetische) Behandlung und Folgen der chirurgischen Eingriffe, damit verbundene Kosten;
- h) Augenkorrektionsoperationen an der Hornhaut, damit verbundene Kosten;
- i) Dioptrie-Brille/Sonnenbrille, Kontaktlinsen und Zubehör, damit verbundene Kosten;
- j) Hörgeräte und Zubehör, damit verbundene Kosten;
- k) zahnärztliche Behandlung und Mundchirurgie, damit verbundene Kosten, ausgenommen Zahnextraktion, Wurzelbehandlung, Geschwürbehandlung;
- l) medizinische Versorgung wegen HIV-Infektion, damit verbundene Kosten;
- m) medizinische Versorgung, Entziehungskuren wegen Alkohol, Drogen oder Rauschmittel bzw. sonstige Suchtkrankheiten, damit verbundene Kosten;
- n) VIP-medizinische Versorgung (z. B. Einbettzimmer), damit verbundene Kosten,
- o) Akupunktur, Akupressur, asiatische Medizin, damit verbundene Kosten,
- p) Dienstleistungsansprüche verbunden mit psychischen Problemen, einschließlich psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen, damit verbundene Kosten;
- q) Besorgung von Schutzimpfungen, deren Kostenerstattung;
- r) Versorgung in einem Rehabilitationszentrum oder Pflegeheim,
- s) Transplantation, künstliche Nieren-Behandlung, onkologische Behandlung, Kontrolle von bösartiger Krebserkrankung, sonstige Versorgung verbunden mit Folgen von Krebserkrankung (z. B. Darmverschluss, Operationen von Knochenmetastase);
- t) Rehabilitation von chronischen Krankheiten, damit verbundene Kosten (insbesondere geriatrische Versorgung, Hospice, Heilpädagogie, Logopädie, Heilgymnastik, Physiotherapie, Badekur, Diät), ausgenommen Diagnostizierung von chronischen Krankheiten, erste Einstellung der Heilbehandlung, Vorbeugung der Verschlechterung des besonders akuten Zustandes;
- u) eine ärztliche Versorgung, die nicht die Feststellung der Erkrankung, die Verhinderung der Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die Verbesserung der Gesundheit des/der Versicherten erzielt, insbesondere eine check-up Untersuchung, die nicht im Zusammenhang mit der Versicherung angeordnet bzw. in Anspruch genommen wurde, arbeitsmedizinische oder andere Eignungsuntersuchungen, Aufenthalt in einem ärztliche Versorgung ausübenden Institut der Eltern wegen ihres Kindes, oder wegen der Pflege der Eltern des/der Versicherten,
- v) eine Behandlung, die von einer Person, die keinen medizinischen Abschluss hat oder über keine Zulassung verfügt, durchgeführt wird, sowie eine ärztliche oder eine andere Gesundheitsversorgung, die später wegen einer Versorgung von einer wie oben beschriebenen Person notwendig wird,

- w) **medizinische Forschungen an Menschen, Versorgung verbunden mit Diagnostizierung und Therapien in der Anfangsphase des Experimentes, Kosten;**
- x) **Dienstleistungsansprüche auf ansteckende Krankheiten (z. B. TBC, Tetanus, Hepatitis B, C, Diphtherie, tropische Krankheiten wie Malaria, Gelbfieber, Cholera, Dengue-Fieber, SARS, des Weiteren sexuell übertragbare Krankheiten).**

Die Risikohaftung der Versicherungsgesellschaft erstreckt sich nicht auf Fälle, die während des Zeitraumes der Risikohaftung der Versicherungsgesellschaft entstanden sind, wenn

- a) der Versicherungsfall im Zusammenhang mit regelmäßigem Alkoholkonsum, Rauschgiftkonsum oder Anwendung von rauscherzeugenden Stoffen bzw. Medikamenten sich ereignete – ausgenommen, wenn diese letzteren Mittel vom/von der behandelnden Arzt/Ärztin verschrieben und vorschriftsmäßig angewendet wurden.
- b) der Versicherte zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles bewiesenermaßen im alkoholisierten Zustand war oder unter dem Einfluss von Rauschgift oder rauscherzeugenden Stoffen stand und diese Tatsache zum Eintreten des Versicherungsfalles beigetragen hat. Wenn eine Blutalkoholuntersuchung durchgeführt wurde, ist eine Blutalkoholkonzentration über 1,5 ‰, beim Fahren eines Kraftfahrzeuges eine Blutalkoholkonzentration über 0,8 ‰ als alkoholisierten Zustand zu beurteilen.
- c) vom/von der Versicherten ein Kraftfahrzeug gefahren wurde, der keinen gültigen Fahrzeugbrief hatte oder zum Fahren des Kraftfahrzeuges der/die Versicherte keinen gültigen Führerschein hatte, und diese Tatsache zum Eintreten des Unfalles beigetragen hat.
- d) der Versicherungsfall im kausalen Zusammenhang damit erfolgte, dass sich der/die Versicherte zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles im alkoholisierten Zustand befand und zugleich gegen andere verkehrspolizeiliche Vorschriften verstoßen hat.

Die Risikohaftung der Versicherungsgesellschaft erstreckt sich nicht auf die Ereignisse, die mit einem Selbstmordversuch des/der Versicherten im Zusammenhang stehen, auch dann nicht, wenn vom/von der Versicherten der Selbstmordversuch in einem gestörten Bewusstseinszustand begangen wurde.

Die Risikohaftung der Versicherungsgesellschaft erstreckt sich nicht auf Fälle, die mit einer gefährlichen Sporttätigkeit des/der Versicherten im Zusammenhang stehen: Tauchen mit Unterwasseratemgerät unter 40 m, einhändiges Segeln, Segeln auf Hochsee, Wildwasser-Rafting, Hydrospeed, Canyoning, Surfing, Bergsteigen und Felsenklettern ab Stufe V, Alpin-Expedition, Höhlentour, Höhlenexpedition, Bungee Jumping, Auto- und Motorsport (z. B. Auto-Crash, Gokart, Motocross, Motorboot, Motorrad, Rally, Geschicklichkeitsrennen mit Kraftwagen), Quad, Privatflug, Sportflug, Flugsportarten (z. B. Flächenfallschirm, Luftschild, Gleitsegeln, Motorsegelflug, Gleitflug, Drachenflug und Ultraleicht-Flug, Heißluftballon, Fallschirmspringen, Segelflug, Kunstflug, Basisspringen).

Die Risikohaftung der Versicherungsgesellschaft erstreckt sich des Weiteren nicht auf die Fälle, die mit folgenden Tätigkeiten des/der Versicherten im Zusammenhang stehen: Kaskadeur, Zirkusartist, Akrobat, Testpilot, Flugbeobachter, Fallschirmspringer, Bodyguard, Crew in einem Düsenflugzeug, Kommandosoldat, Fremdenlegionär, UNO-Soldat, Agent, bewaffneter Wächter, Geldtransporter, eine Person, die im amtlichen oder militärischen Dienst eine gefährliche Tätigkeit ausübt (z.B. Pyrotechniker oder Taucher)

3. Wissenswertes über die Gesundheitsdienstleistungen

Sie werden gebeten, die Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen, bevor Ihre Beschwerden noch nicht besonders stark ausgeprägt sind! Wenn Sie das Gefühl haben, dass Sie mit Ihren Beschwerden einen Arzt aufsuchen müssen, rufen Sie bitte die Generali Assistance unter der Nummer +36 1 465 3784 an.

Haben Sie Ihre Gesundheitsversicherungskarte und Ihren Reisepass immer dabei, da die Karte nur mit Ihrem Reisepass (Identifizierungsdokument) gültig ist!

Befolgen Sie genau die Hinweise der Generali Assistance und des bestimmten Gesundheitsdienstleisters!

Die Versicherungsgesellschaft und der bestimmte Gesundheitsdienstleister übernehmen die Verantwortung, sofern die Vorlagen der Versicherungsgesellschaft, die Instruktionen, Hinweise der Generali Assistance und der Mitarbeiter des bestimmten Gesundheitsdienstleisters eingehalten werden.

Die Gesundheitsdienstleistungen, die man in Anspruch nehmen kann, werden von **einem ausgewählten Gesundheitsdienstleister – von der Semmelweis Egészségügyi Kft (Semmelweis Gesundheits-GmbH)** angeboten bzw. hinsichtlich der von der Semmelweis Gesundheits-GmbH nicht angebotenen Dienstleistungen werden die notwendigen und entsprechenden Gesundheitsdienstleistungen von dieser organisiert und dem/der Versicherten erreichbar gemacht.

Bei Bedarf für eine Gesundheitsdienstleistung, Erstversorgung, Diagnostik- oder Kontrolluntersuchungen ist in jedem Fall als erster Schritt ein Anruf bei der Europ Assistance unter der 7/24 zu tätigen:

**Telefonnummer + 36 1 465-3784 (Telefonnummer auf der „Generali Health Insurance Card“)
Die Kommunikation ist englischsprachig.**

Ablauf der Anmeldung für Arzttermin, Untersuchung etc.:

1. Generali Health Insurance Card und Reisepass zur Anmeldung vorbereiten.
2. Bestätigung der Berechtigung der Identifikation auf der Karte und der persönliche Angaben.
3. Vom/von der Mitarbeiter/in der Generali Assistance wird nach der Bestätigung eine Kontrolle der Versicherungsdeckung durchgeführt.
4. Vereinbarung über die anzubietende Gesundheitsdienstleistung aufgrund der Beschwerden und Ansprüche.
5. Die Grundversorgung-anbietenden Partner (Hausarzt/Hausärztin) des bestimmten Gesundheitsdienstleisters empfangen an jedem Arbeitstag Patienten. Generali Assistance informiert Sie – aufgrund einer vorherigen Terminvereinbarung – über den Ort und Termin der Untersuchung.
6. Man muss zum vereinbarten Termin beim Hausarzt/bei der Hausärztin in der Ordination erscheinen.
7. Bei Bedarf für fachärztliche Untersuchung oder für anderweitige Versorgung, ist vom/von der Versicherten die Generali Assistance erneut anzurufen und von ihr wird der Termin für die Versorgung vom bestimmten Dienstleister organisiert.
8. Vom bestimmten Dienstleister wird der/die Versicherte über Termin und Ort der Fachversorgung informiert. Der Dienstleister bittet den/die Versicherte um eine schriftliche Antwort, ob die von ihm gesendete Nachricht vom/von der Versicherten erhalten wurde und ob der/die Versicherte an den Untersuchungen teilnehmen kann.
9. Der bestimmte Dienstleister organisiert je nach Möglichkeit innerhalb von zwei, aber maximal fünf Arbeitstagen nach der Anmeldung eine Versorgung bei einem Facharzt oder für eine Diagnostik.
10. Wenn notwendig, stellt der bestimmte Gesundheitsdienstleister einen Englisch sprechende Begleitperson für die Wahrnehmung der Arzt-/Untersuchungsterminen zur Verfügung.
11. Wenn der vereinbarte Termin nicht eingehalten werden kann, hat der/die Versicherte den Termin beim bestimmten Dienstleister innerhalb von 24 Stunden vor dem Termin schriftlich abzusagen.
12. Die Überweisung für eine hausärztliche, fachärztliche oder diagnostische Untersuchung hat der/die Versicherte innerhalb von einem Monat nach der Überweisung zu nutzen, ansonsten verliert diese ihre Gültigkeit.

WICHTIG! Vom Versicherer werden außer Notfällen nur die Versorgungsleistungen ersetzt, die – durch Mitwirkung der Generali Assistance – bei dem bestimmten Gesundheitsdienstleister, oder mit seiner Organisation, bzw. Genehmigung in Anspruch genommen wurden.

Notversorgung

Als Notfall gilt, wenn das entstandene Problem eine sofortige ärztliche Versorgung benötigt und man mit der Behandlung nicht bis zur normalen Dienstzeit warten kann.

Ist wegen eines Unfalls oder einer Erkrankung eine Notversorgung notwendig, kann die Telefonnummer 112 (Rettungsdienst) angerufen werden, und persönlich kann man an dem von Generali Assistance angegebenen Ort einen Notdienst in Anspruch nehmen, da per Telefon keine Diagnose gestellt, keine ärztliche Indikation festgestellt, keine Behandlung durchgeführt werden kann. Ebenfalls kann keine entsprechende ärztliche Versorgung, können Medikamente, therapeutische Hilfsmittel verordnet werden.

Wenn der/die Versicherte von einem Krankenwagen-Begleitarzt versorgt wird oder mit einem Krankenwagen in das nächste diensthabende Krankenhaus transportiert wird oder das diensthabende Krankenhaus wegen Notversorgung persönlich aufgesucht wird – im gesamten Landesgebiet Ungarns möglich – hat der/die Versicherte die Telefonnummer der Generali Assistance (+ 36 1 465-3784) anzurufen, sobald dies sein/ihr Gesundheitszustand ermöglicht, aber spätestens am nächsten Arbeitstag, um über die weiteren Abläufe informiert zu werden.

Im Falle einer Notversorgung hat der/die Versicherte eine Vorfinanzierungsverpflichtung.

Wenn Sie wegen einer Notversorgung im Krankenhaus sind, werden Sie gebeten, sobald es Ihr Gesundheitszustand ermöglicht, aber möglichst innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme im Krankenhaus, die Generali Assistance zu benachrichtigen, um keinen größeren Versorgungsbetrag vorfinanzieren zu müssen. In diesem Fall – wenn es möglich ist – wird die Rechnung von der Versicherungsgesellschaft bezahlt und Sie brauchen keine Vorfinanzierung zu leisten.

4. Dokumentenvorlage und Rechnungsausgleich im Falle von Vorfinanzierung durch den/der Versicherten

Die Kosten der bei dem bestimmten Gesundheitsdienstleister oder in seiner Organisation beanspruchten Gesundheits- oder ärztlichen Dienstleistungen müssen vom/von der Versicherten nicht vorfinanziert werden, da in diesem Fall die Versicherungsgesellschaft und die die Versorgung anbietende Institution die Behandlungskosten des Versicherten direkt, bzw. durch den die Versorgung durchführenden Gesundheitsdienstleister verrechnet.

Folgende Dokumente sind für die Kostenerstattung der vom/von der Versicherten vorfinanzierten Gesundheitsdienstleistung bzw. Medikamente und therapeutische Hilfsmittel unter der Adresse Generali Biztosító Zrt. Debreceni Személybiztosítási Kompetencia Központ, 4025 Debrecen, Piac utca 49-51. vorzulegen:

- a) Eine Rechnung ist über die Leistung der Gesundheitsversorgung am letzten Tag der beanspruchten Versorgung, über die vom behandelnden Arzt verschriebenen und vom/von der Versicherten gekauften Medikamente, therapeutische Hilfsmittel auf den Namen des/der Versicherten in der Apotheke (mit der Angabe der Vertragsnummer) ausgestellt werden,
- b) Kopie aller mit dem Versicherungsfall verbundenen ärztlichen Dokumente,
- c) Erklärung des/der Versicherten bezüglich seines/ihrer Bankkontos (HUF) in Ungarn (mit Unterschrift und Datum versehen).

Die vom/von der Versicherten oder in seinem/ihrer Namen von einer anderen Person vorfinanzierte Versicherungsleistung werden von der Versicherungsgesellschaft – **im Falle des Bestehens der Rechtsgrundlage – innerhalb von 15 Tagen nach Vorlage aller Dokumente an die Versicherungsgesellschaft, in der gesetzlich festgelegten einheimischen Währung, per Überweisung auf das bei einem ungarischen Geldinstitut geführten, vom/von der Versicherten angegebene Bankkonto, unter Berücksichtigung der Rechnung, der Leistung und der Leistungsbegrenzung ausbezahlt.**