

My Global Health

Asigurarea de sănătate cu acoperire internațională

Termeni și condiții generale de asigurare

Îți mulțumim pentru că ai ales asigurarea de sănătate cu acoperire internațională My Global Health. Te rugăm să verifici corectitudinea datelor din polița de asigurare. În cazul în care sunt necesare modificări, trebuie să ne informezi în cel mai scurt timp.

Acest document oferă detalii despre:

- riscurile asigurate și acoperiri (atât beneficiile, cât și limitările)
- modul în care funcționează și este administrată polița de asigurare
- modul de utilizare a poliței, inclusiv accesarea beneficiilor și primirea tratamentelor
- politica de reclamații
- termenii de asigurare

Contractul de asigurare conține următoarele documente:

- formularul de aplicare/ cererea de asigurare și declarațiile, completate de persoana asigurată sau de angajator (în cazul în care contractantul este persoană juridică)
- oferta de asigurare
- polița de asigurare cu detaliile pachetului ales
- notificarea de plată, în care este specificată prima de asigurare și frecvența plăților
- termeni și condiții generale de asigurare care conține toate detaliile poliței
- cardul electronic de asigurat

Cuprins

- 1. Obiectivele contractului – 2**
 - 1.1. Condiții de eligibilitate și subscriere – 3
- 2. Persoane asigurate, beneficii și servicii – 5**
 - 2.1. Persoane asigurate – 5
 - 2.2. Modificarea nivelului planului – 7
 - 2.3. Tabel de beneficii – 7
- 3. Condiții generale – 21**
 - 3.1. Contractul de asigurare – 21
 - 3.2. Forma și dovada încheierii contractului – 22
 - 3.3. Obiectul asigurării – 22
 - 3.4. Perioada de reflecție – 22
 - 3.5. Obligațiile persoanei asigurate – 22
 - 3.6. Modificări – 23
 - 3.7. Subrogarea – 23
 - 3.8. Informații - Reclamații - Mediere – 23
 - 3.9. Protecția datelor – 24
 - 3.10. Informații privind reglementarea și legea aplicabilă – 24
 - 3.11. Limitarea sancțiunilor și clauza de excludere – 25
 - 3.12. Altă asigurare – 26

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229
 client@medihelp.ro

1 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară, sub numărul RBK-366/11.10.2006

Cod condiții CGH25

- 3.13. Data intrării în vigoare a acoperirii – 26
- 3.14. Aniversarea poliței – 27
- 3.15. Încetarea sau suspendarea acoperirii – 27
- 4. **Excluderi – 28**
 - 4.1. Riscuri și beneficii excluse – 28
- 5. **Gestionarea și administrarea cererilor de despăgubire - 32**
 - 5.1. Administratorul de plan – 32
 - 5.2. Procese generale – 32
 - 5.3. Proceduri privind cererile de despăgubire – 32
 - 5.4. Decontarea directă, pre-autorizarea și cardul de plată – 33
- 6. **Prime de asigurare – 35**
 - 6.1. Tarife, baza de calcul și plata primei de asigurare – 35
- 7. **Definiții – 35**
 - Anexa 1 – Tabelul de beneficii – 43

1. Obiectivele contractului

Părțile, în cadrul acestui contract, sunt:

- a. **Asigurător** – Allianz-Tiriac Asigurări S.A., companie de asigurări înregistrată în Registrul societăților de asigurare, administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară sub numărul RA-017, care preia riscurile specificate în polița de asigurare
- b. **Administrator al poliței** – MediHelp Internațional Broker de Asigurare S.R.L., societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de brokeraj, administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară sub numărul RBK-366/11.10.2006, care a intermediat încheierea contractului de asigurare și gestionează polița, în numele asigurătorului
- c. **Contractant** – persoană fizică cu rol de asigurat titular sau persoană juridică: societatea/ compania care încheie contractul de asigurare și plătește primele de asigurare (de ex. angajatorul, în cazul contractelor de asigurare de grup)
- d. **Persoană asigurată** – persoana acoperită prin contractul de asigurare (asiguratul titular și dependenții săi, după caz)
- e. **Intermediar** - reprezentant de vânzări, persoană fizică sau juridică, autorizat să desfășoare activitatea de intermediere de asigurări conform reglementărilor legale în vigoare, care, în baza unui contract de mandat/ distribuție cu asigurătorul, poate încheia contractul de asigurare

Contractul de asigurare se supune legislației române.

În schimbul plății primei de asigurare, Allianz-Tiriac asigură beneficiile descrise în polița de asigurare pentru tratamentul medical, conform condițiilor de asigurare.

Termenii și condițiile generale de asigurare descriu toate beneficiile incluse în cele cinci planuri de asigurare, iar acoperirea este în conformitate cu planul ales, așa cum este specificat în polița de asigurare și în [tabelul de beneficii](#).

Asigurătorul va plăti costurile rezonabile și uzuale pentru tratamentul convențional, corespunzător, pre-autorizat, destinat afecțiunilor medicale acoperite, în perioada de valabilitate a poliței de asigurare.

Pachetul ales îți oferă acoperire până la limita maximă anuală, menționată pentru fiecare dintre cele cinci planuri de asigurare, în timp ce anumite beneficii au propriile limite separate, așa cum sunt specificate în [tabelul de beneficii](#).

Limita maximă anuală:

- 1. [BLUE Plan](#) → 500.000 de euro
- 2. [AZURE Plan](#) → 1.200.000 de euro
- 3. [COBALT Plan](#) → 1.500.000 de euro
- 4. [ADMIRAL Plan](#) → 2.000.000 de euro
- 5. [ROYAL Plan](#) → 3.000.000 de euro

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229

 client@medihelp.ro

2 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară, sub numărul RBK-366/11.10.2006

1.1. Condiții de eligibilitate și subscriere

Asigurarea de sănătate cu acoperire internațională My Global Health este destinată persoanelor fizice și juridice (societăți/companii, pentru angajații și dependenții acestora).

Orice persoană care dorește să fie asigurată este potențial eligibilă, cu condiția să transmită cererea de asigurare relevantă și să aibă mai puțin de 70 de ani la data solicitării.

Sub rezerva derogării de la prevederile Legii nr. 287/2009 privind Codul civil, conform Legii nr. 200/2022, supraviețuitorilor de cancer li se aplică următoarele:

- pentru persoanele adulte, declararea istoricului relevant de cancer la încheierea contractului de asigurare pentru evaluarea riscului nu este necesară dacă a trecut o perioadă de minimum 7 ani de la data încheierii protocolului oncologic al persoanei, există recuperare totală, remisie completă, fără tulburări legate de această afecțiune
- pentru persoanele diagnosticate înainte de vârsta de 18 ani, declararea istoricului pentru evaluarea riscului nu este necesară dacă a trecut o perioadă de minimum 5 ani de la data încheierii protocolului oncologic al persoanei, există recuperare totală, remisie completă, fără tulburări legate de această afecțiune

Acoperirea este anuală și va continua până la solicitarea ta de încetare a contractului (în cazul polițelor pentru persoane fizice) sau până la solicitarea angajatorului tău (în cazul în care faci parte dintr-o asigurare de grup, plătită de către societate/angajator). La încheierea asigurării, contractantul are obligația de a transmite lista cu membrii eligibili, care să conțină: prenumele și numele, codul numeric personal (CNP), țara de reședință și data de aderare la grup.

Asigurătorul are dreptul de a refuza sau de a accepta o cerere trimisă de către tine sau de către un dependent, de a solicita documente care atestă vârsta, starea de sănătate (inclusiv fișe medicale) și statutul profesional, în orice moment.

Toate persoanele fizice care au mai puțin de 70 de ani sunt eligibile, dacă au reședința în România, cu condiția să respecte reglementările locale în domeniul asigurărilor. În cazul în care locuiesc sau călătoresc într-o țară care nu este situată în zona de aplicare a acoperirii, asigurarea va avea o acoperire limitată pentru tratament în regim de spitalizare de urgență. Detalii suplimentare sunt disponibile la [secțiunea 2.3.2.](#) - „Decontarea în afara ariei geografice de acoperire a poliței”.

Acestea dobândesc statutul de persoane asigurate după ce sunt înscrise în contractul de asigurare, dacă achită prima de asigurare.

Adăugarea persoanelor dependente

Asiguratul titular poate solicita includerea unui dependent eligibil, oricând pe durata contractului de asigurare, dacă achită prima de asigurare.

În cazul subscrierii medicale integrale sau în cazul continuității excluderilor medicale personale, contractantul trebuie să completeze și să transmită o cerere individuală și o declarație privind starea de sănătate, dacă este cazul. În cadrul asigurării de grup, cererea individuală și declarația privind starea de sănătate trebuie să fie completate de către persoana asigurată. Contractantul poliței sau angajatorul trebuie să ne informeze cu privire la toate faptele relevante și materiale. Acoperirea persoanelor dependente va corespunde acoperirii oferite persoanelor fizice sau membrilor existenți:

- adăugarea unui soț/partener civil este posibilă, cu condiția ca cererea să fie formulată în termen de maximum 30 de zile de la data căsătoriei/parteneriatului civil
- un copil nou-născut poate fi adăugat de la data nașterii, cu condiția ca cererea să fie formulată în termen de maximum 30 de zile de la naștere. Dacă această perioadă este depășită, copilul va fi adăugat de la data la care se face o notificare scrisă. Adăugarea este condiționată de respectarea următoarelor condiții cumulative:
 - a. părintele a beneficiat de acoperire, în temeiul poliței, înainte de data de naștere a copilului și
 - b. copilul nu s-a născut ca urmare a reproducerii sau procreării asistate, a tratamentului de

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229
 client@medihelp.ro

3 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară, sub numărul RBK-366/11.10.2006

Cod condiții CGH25

- fertilizare urmat de oricare dintre părinți, nu a fost adoptat sau nu a fost purtat de o mamă surrogat și
- c. a fost externat definitiv din spital și
 - d. nu este prematur (nașterea a avut loc înainte de săptămâna 37 de sarcină)

Dacă nu sunt îndeplinite criteriile de mai sus, copilul poate fi adăugat prin depunerea formularului de aplicare și a declarației privind starea de sănătate, din ziua 91 de viață.

Polița acoperă tratamentul convențional al noilor afecțiuni medicale care apar după ce tu și persoanele dependente aderăți la contractul de asigurare, în calitate de asigurați.

Condițiile preluării în asigurare sunt supuse unor tipuri diferite de subscriere medicală, iar acest aspect este explicat în secțiunea următoare.

Ne bazăm pe informațiile pe care le-ai furnizat în momentul transmiterii formularului de aplicare, pentru a stabili dacă vom accepta, sau nu, cererea și dacă vom aplica termeni speciali pentru acoperirea ta, cum ar fi excluderi medicale personale sau extra-primă pentru acoperirea excluderilor medicale personal. În cazul în care se dovedește că informațiile pe care le-ai furnizat au fost incomplete, înșelătoare sau false, ne rezervăm dreptul de a rezilia polița de la data începerii acesteia, fără rambursarea primelor plătite, și de a îți solicita rambursarea oricăror despăgubiri plătite.

În cazul în care apar modificări în informațiile furnizate (de ex. starea de sănătate a persoanei asigurate, inclusiv a dependenților, ocupația sau adresa de reședință etc.), este necesar să informezi în scris asiguratorul, cât mai curând posibil. Dacă acest lucru nu se întâmplă, Allianz-Tiriac își rezervă dreptul de a revizui termenii asigurării sau de a rezilia polița.

1.1.1. Planurile individuale

Subscrierea medicală integrală

Este necesar să completezi o cerere de asigurare și declarația privind starea de sănătate, precizând istoricul medical al persoanei asigurate/tuturor persoanelor asigurate, care va fi evaluat de către echipa de subscriere a asiguratorului. Toate afecțiunile de care au suferit sau tratamentele pre-existente pe care persoanele asigurate le-au primit, orice semne sau simptome existente înainte de data de început a asigurării, nu vor fi acoperite. Excepție fac cazurile în care persoanele asigurate le-au declarat în formularul de aplicare și în declarațiile privind starea de sănătate, iar asiguratorul a acceptat în scris să ofere acoperire cu/fără aplicarea unui cost suplimentar. Polița de asigurare va conține toate excluderile și/sau limitările medicale.

Trecerea la un plan de acoperire superior se va face cu evaluare medicală, în urma căreia vom decide dacă acceptăm modificarea.

Continuitatea excluderilor medicale personale

În cazul în care deții o poliță de asigurare privată de sănătate cu acoperire internațională, poți beneficia de continuitatea excluderilor medicale personale, pentru a transfera acoperirea asigurării medicale private către asigurator Allianz-Tiriac, în aceleași condiții de subscriere individuală care erau aplicate de către asiguratorul anterior, cu condiția menținerii acoperirii continue. În cazul în care orice excluderi sau restricții medicale au fost impuse acoperirii asigurării private de către asiguratorul anterior, acestea vor continua să producă efecte și în cadrul asigurării de sănătate cu acoperire internațională My Global Health.

1.1.2. Planurile de grup

Contractul de asigurare se încheie între angajator, în calitate de contractant, și asigurator, iar angajații vor dobândi calitatea de persoane asigurate și vor face obiectul acestei asigurări. Fiecare contractant primește polița de asigurare. Aceasta depinde de acceptarea formularului de aplicare pentru grup/formularului de aplicare a membrului individual din grup și a declarațiilor privind starea de sănătate, în cazul în care condițiile subscrierii sunt de tip subscriere medicală integrală sau continuitatea excluderilor medicale. Subscrierea medicală integrală sau continuitatea excluderilor medicale se aplică grupurilor cu minimum 3 angajați.

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229
 client@medihelp.ro

4 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară, sub numărul RBK-366/11.10.2006

Cod condiții CGH25

În cazul în care condițiile de subscriere se bazează pe nedeclararea istoricului medical, vom solicita un formular de cerere pentru grup și lista membrilor grupului. Această metodă de subscriere se aplică în cazul în care persoana asigurată a aderat la planul de asigurare în calitate de membru al unui grup cu minimum 10 angajați și are maximum 64 de ani la data aplicării, iar grupul a selectat condițiile de subscriere menționate. Nicio afecțiune pre-existentă nu va fi exclusă în planul de asigurare, atunci când a fost acceptată de către asigurător. Planul de asigurare va fi supus termenilor și condițiilor generale de asigurare, inclusiv excluderilor și limitărilor. În cazul oricărui solicitant care are mai mult de 64 de ani la data cererii sale, vom cere solicitantului să prezinte un formular de aplicare individual și declarația privind starea de sănătate, în vederea evaluării posibilității de preluare a riscului în asigurare.

2. Persoane asigurate, beneficii și servicii

2.1. Persoane asigurate

Pot fi incluse în contractul de asigurare următoarele persoane:

2.1.1. Persoană asigurată

Vârsta minimă a asiguratului principal este de 18 ani.

Eligibilitatea persoanei asigurate depinde de acceptul primit din partea noastră, în baza formularului de aplicare și a declarației de sănătate, în funcție de tipul de subscriere medicală aplicat și țara principală de reședință a acesteia. Persoana va fi informată dacă poate primi acoperire în acea țară. Dacă acceptăm cererea și, în timpul perioadei de acoperire sau la aniversarea poliței, țara principală de reședință se schimbă, este necesar ca persoana să contacteze imediat asigurătorul, pentru a afla dacă beneficiază în continuare de acoperire. Acest lucru poate duce la ajustarea primei sau la încetarea acoperirii.

Adulții nu pot avea mai mult de 69 de ani la data intrării în asigurare. Când metoda de subscriere este de tip nedeclararea istoricului medical (preluarea condițiilor medicale pre-existente), persoana asigurată nu poate avea mai mult de 64 de ani, în caz contrar, asigurătorul va solicita completarea unui formular de aplicare individual și declarația de sănătate, aceasta fiind supusă subscrierii medicale integrale.

În temeiul termenilor și condițiilor generale de asigurare, contractantul și asigurătorul, respectiv administratorul poliței, au dreptul legal de a-și trimite notificări în legătură cu contractul de asigurare (de exemplu: notificări de plată a primelor de asigurare, notificări de reziliere, solicitări de includere/excludere persoane în/din poliță).

2.1.1.1. Contractantul poliței și persoane dependente desemnate în continuare

În cazul în care contractantul poliței solicită asigurarea și în calitate de persoană asigurată, acesta trebuie să ceară mai întâi acoperirea în calitate de persoană asigurată principală și va fi menționat în polița de asigurare în calitate de asigurat titular.

La momentul formulării cererii de către contractantul poliței (în calitate de asigurat titular), acesta poate solicita acoperirea pentru persoanele dependente, care pot fi:

- soțul, partenerul civil sau orice persoană care se află permanent într-o relație similară (uniune consensuală) cu persoana asigurată, indiferent de gen, și/sau
- copilul (biologic, vitreg sau adoptat în mod legal), în cazul în care acesta nu a împlinit 18 ani și nu este căsătorit; copiii aflați în întreținere, cu vârsta între 18-25 de ani, trebuie să urmeze o formă de învățământ.

Doar un singur soț/partener civil poate fi considerat persoană dependentă.

Drepturi la decesul asiguratului titular

În cazul decesului asiguratului titular al poliței, soțul sau partenerul civil (în vârstă de cel puțin 18 ani), care este persoană dependentă supraviețuitoare acoperită în baza poliței, va deveni în mod automat membrul principal, adică asiguratul titular al poliței. Acoperirea oferită în baza poliței existente va înceta atunci când nicio persoană dependentă supraviețuitoare nu mai este eligibilă în temeiul prezentei polițe sau pentru care a fost emisă o poliță individuală, distinctă.

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229

 client@medihelp.ro

5 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de
brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară,
sub numărul RBK-366/11.10.2006

Cod condiții CGH25

2.1.1.2. Planul de grup

Această secțiune se aplică doar în cazul în care polița a fost emisă în baza unui contract de asigurare de grup, iar angajatorul a fost de acord să plătească primele de asigurare pentru persoana asigurată și persoanele dependente, dacă acestea sunt eligibile pentru acoperire în temeiul termenilor și condițiilor generale de asigurare.

Polița și planul de asigurare sunt furnizate în temeiul unui contract cu angajatorul tău, care selectează beneficiile și planurile incluse, stabilește cine poate face obiectul acoperirii, când începe să își producă efectele, modul de aniversare a poliței și modul de plată a primelor. Doar angajatorul este contractantul poliței și deține drepturi legale în temeiul contractului de asigurare. Contractantul poliței trebuie să se asigure că planul de asigurare este pus la dispoziția tuturor persoanelor asigurate.

În cazul în care ai încheiat această poliță ca parte a unui grup angajator-angajat sau a unei activități corporative:

- poți avea dreptul la concesiile sau indemnizații, suplimentare celor înscrise în termenii și condițiile generale de asigurare, dacă s-a convenit în acest sens în poliță, sau
- poți beneficia de termeni și condiții care sunt derogări de la termenii și condițiile generale de asigurare, ce vor fi specificate în poliță

În acest caz, detaliile privind acele concesiile și/sau beneficii și/sau derogări ale termenilor vor fi înregistrate în modificarea descrierii generale a poliței sau în documentul de aniversare a poliței (oricare dintre acestea este ultimul). În cazul în care există un conflict între concesiile sau beneficiile înregistrate în modificarea descrierii generale a poliței tale sau în documentul de aniversare a poliței (oricare dintre acestea este ultimul) și cele înregistrate în termenii și condițiile generale de asigurare, atunci va prevala derogarea poliței tale sau documentul de aniversare a poliței (oricare dintre acestea este ultimul).

Pentru ca orice persoană asigurată să fie eligibilă pentru acoperire, în temeiul termenilor și condițiilor generale de asigurare și cu excepția cazului în care acceptăm altfel, în scris, iar acest lucru modifică descrierea generală a poliței sau documentul de aniversare a poliței (oricare dintre acestea este ultimul), un membru trebuie să fie:

- angajat/colaborator cu vârsta între 18 și sub 70 de ani, cu excepția cazului în care se acceptă altfel de către asigurător în scris, iar acesta trebuie să fie activ la locul de muncă la data eligibilității sale. În cazul în care un angajat/colaborator nu este activ la locul de muncă la data eligibilității sale, acesta va deveni eligibil în vederea acordării acoperirii de îndată ce acesta devine activ la locul de muncă
- persoană dependentă, cu vârsta cuprinsă între 1 zi și 69 de ani, cu excepția cazului în care s-a convenit altfel de către asigurător în scris și cu condiția ca angajatul/colaboratorul să facă obiectul acoperirii. Copiii eligibili în temeiul prezentei polițe nu pot rămâne în cadrul poliței după aniversarea acesteia care urmează împlinirii vârstei de 18 ani. Cu toate acestea, acoperirea sa poate fi reînnoită până la vârsta de 25 de ani, cu condiția ca acesta să fie necăsătorit, șomer sau încă student în cadrul unei forme de învățământ la zi

În cazul în care angajatorul/societatea încetează contractul de asigurare de sănătate, acoperirea va înceta.

2.2. Modificarea nivelului planului

Poți solicita modificarea nivelului acoperirii anual, la data aniversării poliței, prin informarea asigurătorului înainte de data de aniversare. Toți membrii de familie din cadrul planului individual sau de grup trebuie să fie asigurați în cadrul aceluiași plan de asigurare ca și membrul principal/angajatul.

2.3. Tabelul de beneficii

Beneficiile constau în acoperirea costurilor medicale suportate de către persoana asigurată și sunt prezentate comparativ în [tabelul de beneficii](#). Anumite limite ale poliței se aplică fiecărei perioade de asigurare. Odată ce a fost atinsă limita, beneficiul nu va mai fi disponibil decât după aniversarea poliței de asigurare. Altele se aplică pe întreaga perioadă de asigurare, inclusiv perioada de aniversare, ceea ce

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229

 client@medihelp.ro

Înseamnă că, odată ce a fost atinsă limita menționată în [tabelul de beneficii](#) (pe întreaga durată de viață a poliței), nu vei mai beneficia de decontare, indiferent de aniversarea planului tău de sănătate.

Serviciile medicale trebuie să fie recunoscute de către autoritățile medicale locale ale țării în care sunt accesate și furnizate de profesioniști autorizați, în conformitate cu legile și reglementările referitoare la practicarea profesiei în țara respectivă.

Beneficiile se vor limita la costurile și cheltuielile rezonabile și uzuale, suportate efectiv de către persoanele asigurate. În cazul tuturor beneficiilor specificate în planul tău de asigurare, protecția oferită de asigurare acoperă exclusiv beneficiile care sunt necesare din punct de vedere medical.

Costurile medicale trebuie să fi fost suportate în zona geografică de aplicare a acoperirii selectate, în cursul perioadei de asigurare, minus orice coplată și/sau franșiză convenită în temeiul clauzelor poliței.

2.3.1. Limita de acoperire maximă anuală

Vom plăti până la limita maximă anuală de acoperire prezentată în [tabelul de beneficii](#), aferentă fiecărei perioade de asigurare, per persoană asigurată, cu excepția cazului în care s-a prevăzut altfel în descrierea generală a poliței sau în certificatul de asigurare/membru. Acoperirea fiecărei persoane asigurate este limitată la aria geografică de acoperire menționată în planul de asigurare.

2.3.2. Decontarea în afara ariei geografice de acoperire a poliței

Vom plăti în limitele și/sau în perioada prevăzută în [tabelul de beneficii](#), în cazul tratamentului de urgență în regim de spitalizare care apare în mod neașteptat, în timp ce persoana asigurată se află în afara zonei geografice standard de acoperire.

Împreună cu medicul curant, vom stabili ce reprezintă tratament de urgență în regim de spitalizare. Acest beneficiu nu oferă acoperire pentru tratamentul vreunei afecțiuni, în cazul în care persoana asigurată a călătorit în afara ariei geografice standard de acoperire a poliței pentru a primi tratament. Acest beneficiu nu va fi acoperit, în niciun caz, în legătură cu orice aspect legat de sarcină sau naștere.

Odată ce a stabilit, împreună cu medicul curant, că afecțiunea medicală eligibilă este stabilizată sau starea de sănătate a persoanei asigurate îi permite să se întoarcă în zona geografică standard de aplicare a acoperirii, asigurătorul va înceta plata tratamentului de urgență în regim de spitalizare.

Nu vom plăti niciun cost pentru tratamentul de urgență în regim de spitalizare care rezultă dintr-o afecțiune pre-existentă, cu excepția cazului în care afecțiunea a fost declarată și acceptată la încheierea poliței.

Decontarea în afara ariei geografice de acoperire a poliței se supune termenilor, condițiilor, limitărilor și excluderilor poliței, la fel ca în cazul tuturor celorlalte beneficii.

Informații suplimentare sunt disponibile la [secțiunea 2.3.6.3](#) - „Evacuarea medicală de urgență internațională”.

2.3.3. Spitalizare, inclusiv spitalizare de zi

Vom stabili și plăti costurile rezonabile și uzuale, aferente serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare sau spitalizare de zi a persoanei asigurate. Vor fi acoperite cheltuieli și servicii necesare din punct de vedere medical, în limitele prezentate în [tabelul de beneficii](#), ca urmare a unui eveniment asigurat și atunci când este necesar ca rezultat al unei afecțiuni, boli sau vătămări eligibile.

În cazul unei spitalizări, ai obligația să o pre-autorizezi înainte de data internării.

2.3.3.1. Costuri de spitalizare

Cazarea în spital, camera și masa

În cazul în care spitalizarea constituie o necesitate medicală pentru persoana asigurată, tratamentul este acordat și administrat de un medic specialist, iar durata spitalizării persoanei asigurate este corespunzătoare din punct de vedere medical, vom plăti costurile de cazare într-o cameră de spital standard, mesele standard și îngrijirea medicală generală. Dacă o persoană asigurată alege o cameră privată (de ex. cameră de spital

de lux, apartamente executive etc.) pentru tratamentul în spitalizare de zi sau de noapte și dacă costul tratamentului este legat de aceste camere private non-standard, persoana asigurată va trebui să contribuie la costurile de tratament și de cazare.

Cazarea părinților în spital

Vom plăti costurile de cazare și de hrană în spital, pentru un părinte, care este însoțitorul copilului său asigurat în vârstă de până la 16 ani, pe perioada spitalizării, copilul primind tratament eligibil urmare a unui eveniment asigurat.

Costuri aferente blocului operator

Vom achita costurile legate de utilizarea sălii de operație, de instrumentele chirurgicale utilizate în cursul operației, de sala și îngrijirea de recuperare post-operatorie, medicamente prescrise, produse medicamentoase și consumabile medicale utilizate în sala de operație în cursul spitalizării persoanei asigurate.

Unitatea de terapie intensivă/reanimare și dependență ridicată/terapie coronariană

Vom plăti în cazul în care persoana asigurată este tratată într-o unitate de terapie intensivă, reanimare și dependență ridicată sau de terapie coronariană dacă:

- unitatea este locul cel mai adecvat pentru tratamentul persoanei asigurate
- îngrijirea furnizată în acea unitate este o parte esențială a tratamentului persoanei asigurate și
- îngrijirea furnizată de acea unitate este necesară pacienților care suferă de același tip de boală sau vătămare sau care primesc același tip de tratament

Onorariile medicilor specialiști

Vom achita onorariile medicilor specialiști, medicului chirurg și medicului anestezist, care sunt necesare în cursul tratamentului, operației, imediat, înainte și/sau după operație. De asemenea, vom achita vizitele și consultațiile periodice acordate de un medic specialist în cursul șederii persoanei asigurate în spital sau în regim de spitalizare de zi, atât timp cât este necesar din punct de vedere medical.

Investigațiile de laborator, razele X și alte teste de diagnosticare

Vom achita costurile aferente testelor pentru a diagnostica, evalua afecțiunea medicală a persoanei asigurate sau pentru a găsi cauza simptomului/simptomelor, atunci când sunt recomandate de către medicul specialist. Acestea includ analizele patologice, de laborator (de exemplu, analize de sânge și de urină), investigațiile radiologice și imagistice (de ex. raze X, ultrasunete) și alte teste de diagnosticare (de ex. EKG).

Medicamente prescrise, produse medicamentoase și consumabile

Vom achita produsele medicamentoase, medicamentele și consumabilele, prescrise de medicul specialist persoanei asigurate pe perioada în care aceasta primește tratament în regim de spitalizare de zi sau de noapte.

Fizioterapie / Logopedia

Vom achita tratamentul furnizat de fizioterapeut și/sau logoped, dacă acesta este necesar și recomandat de medicul specialist ca parte a șederii persoanei asigurate în spital, în regim de spitalizare de zi sau de noapte, dacă acesta nu reprezintă unicul motiv și nu este tratamentul principal în cazul șederii în spital a persoanei asigurate.

2.3.3.2. Criza acută în cazul afecțiunilor cronice

Vom achita, în cadrul limitei beneficiului individual, așa cum este menționat în [tabelul de beneficii](#), costurile tratamentului în regim de spitalizare destinat stabilizării unei crize acute a afecțiunii cronice a persoanei asigurate și revenirii la starea de sănătate în care se afla înainte de criza acută. Odată ce afecțiunea cronică a fost stabilizată și este din nou monitorizată sau controlată în mod periodic, nu va mai fi acordată acoperire pentru afecțiunea cronică în temeiul acestui beneficiu. Aceasta va fi furnizată conform [secțiunii 2.3.4.7.](#) -

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229
 client@medihelp.ro

8 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de
brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară,
sub numărul RBK-366/11.10.2006

Cod condiții CGH25

„Afecțiunea cronică”, în cazul în care acest beneficiu este disponibil în planul persoanei asigurate.

2.3.3.3. Recuperarea pacienților spitalizați

Vom plăti, în limita și/sau conform numărului de zile specificate în [tabelul de beneficii](#), pentru o combinație a acestor terapii, cum ar fi terapia fizică, ergoterapie și logoterapie, destinate recuperării efectuate în cursul șederii într-un spital sau într-un centru de recuperare, în primele 30 de zile după externarea din spital a persoanei asigurate, în urma unui eveniment asigurat, dacă planul ales include această acoperire.

Allianz-Tiriac va plăti recuperarea efectuată în spital, atât timp cât:

- are loc într-un spital sau unitate specializată în reabilitare și
- urmează unei leziuni cerebrale acute, cum ar fi un atac cerebral și
- face parte din tratamentul care este acoperit de poliță și
- un medic de recuperare supraveghează tratamentul persoanei asigurate și
- costurile au fost convenite înainte ca persoana asigurată să înceapă recuperarea și
- tratamentul nu putea fi efectuat în regim ambulatoriu

Nu vom plăti pentru recuperarea desfășurată în spital mai mult de 30 de zile, cu excepția unor cazuri precum vătămarea gravă a sistemului nervos central, cauzată de o traumă externă. În aceste cazuri, vom plăti pentru recuperarea desfășurată în spital pentru maximum 180 de zile.

Acest beneficiu poate fi plătit doar dacă a fost pre-autorizat.

Observație: Nu reprezintă un risc acoperit tratamentul acordat pentru tulburări ale sănătății mintale, tulburări psihiatrice sau psihologice.

2.3.3.4. Proteze (implanturi protetice)/implanturi medicale

Acest beneficiu va fi plătit în limitele generale ale poliței, sub rezerva verificării că astfel de proteze/implanturi medicale interne eligibile sunt o parte eficientă a tratamentului medical necesar persoanei asigurate, utilizat în timpul intervenției chirurgicale și în procedurile de înlocuire aprobate de medicul specialist. Implanturile protetice/implanturile medicale eligibile trebuie să fie utilizate exclusiv în scopurile propuse și nu pot fi de natură experimentală, de pionierat și nici nu fac obiectul unor studii, evaluări sau cercetări. Aceste implanturi trebuie să fie aprobate de către departamentul guvernamental de sănătate sau de către organismul medical oficial din țara în care persoana asigurată urmează tratament.

2.3.3.5. Echipamente medicale durabile, materiale auxiliare, dispozitive medicale și proteze externe

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile suportate pentru echipamente medicale durabile, ajutoare medicale, aparate și proteze externe prescrise de medicul specialist ca fiind eligibile și necesare din punct de vedere medical pentru sprijinul și ajutorul persoanei asigurate și care sunt parte din procedura chirurgicală sau parte integrantă a tratamentului unei afecțiuni acoperite de poliță. Pentru echipamente medicale durabile, ajutoare medicale, aparate, acestea se limitează la: liant abdominal, sutiene pentru mastectomie post-chirurgicală, ciorapi de compresie, aparate auditive, aparate de vorbire (laringele electronic), scaune cu roți, cârje, atele corectoare, cizme de aer, brațe ortopedice, suporturi, suporturi spinale, genunchiere și bocanci pneumatici de mers.

Pentru a fi eligibil pentru închirierea de echipamente medicale durabile, ajutoare medicale și aparate, acest beneficiu trebuie să fie accesat în perioada de asigurare. Echipamentul medical, ajutoarele și aparatele medicale ar trebui să îndeplinească următoarele condiții:

- nu sunt de unică folosință și pot fi folosite de mai multe ori
- sunt folosite pentru a servi unui scop medical
- sunt potrivite pentru utilizare la domiciliu
- sunt utilizate de către o persoană asigurată care suferă de efectul unei boli sau răniri eligibile

Pentru proteza externă (membrul protetic), toate cererile trebuie făcute în termen de 12 luni de la amputarea sau îndepărtarea părții corpului, atât timp cât persoana asigurată a avut o acoperire continuă a poliței înainte de producerea accidentului sau a intervenției chirurgicale care a condus la necesitatea protezei.

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229

 client@medihelp.ro

Repararea membrului protetic este acoperită numai atunci când modificarea anatomică/funcțională sau uzura rezonabilă fac ca obiectul să nu mai fie funcțional, iar reparația va face echipamentul utilizabil. Înlocuirea membrului protetic este acoperită numai atunci când modificarea anatomică/funcțională sau uzura rezonabilă fac obiectul nefuncțional și nereparabil. Pentru repararea sau înlocuirea membrului protetic este necesară pre-autorizarea asigurătorului.

2.3.3.6. Îngrijire paliativă

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile suportate în legătură cu îngrijirea paliativă. Aceasta presupune că persoana asigurată este internată într-un centru specializat de îngrijiri paliative, într-un azil sau la domiciliu, ca urmare a unei confirmări scrise a diagnosticului (inclusiv dovezi medicale) din partea medicului generalist sau specialist, în sensul că suferă de o afecțiune medicală eligibilă, în stadiu terminal, și nu mai poate beneficia de tratament care va conduce la însănătoșire.

Costurile aferente îngrijirii paliative și oricărui tratament aferent unei afecțiuni medicale în stadiu terminal eligibile, precum și afecțiunilor asociate acestora, vor fi suportate din acest beneficiu și nu pot fi revendicate din niciun alt beneficiu în temeiul planului de asigurare al persoanei asigurate. Costurile includ cazarea în spital sau azil, îngrijirea medicală, medicamentele prescrise, îngrijirile fizice și psihologice.

Persoana asigurată trebuie să mențină același nivel al acoperirii pe durata internării în azil sau pentru îngrijiri paliative. În cazul în care perioada de acordare a îngrijirilor paliative sau de internare în azil se suprapune cu următoarea perioadă de asigurare, persoana asigurată trebuie să plătească prima aferentă anului viitor sau beneficiul va înceta la data de aniversare anuală a poliței.

Acest beneficiu poate fi plătit doar dacă a fost pre-autorizat.

2.3.3.7. Îngrijire la domiciliu

Vom plăti, în limitele prevăzute în [tabelul de beneficii](#), costurile suportate în legătură cu îngrijirea la domiciliu, doar atunci când sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

- începe imediat după externarea din spital, iar persoana asigurată a fost supravegheată și tratată, în regim de spitalizare, ca urmare a unui eveniment asigurat
- este prescrisă de medicul specialist curant, în vederea continuării tratamentului aferent unei afecțiuni medicale eligibile, pentru care persoana asigurată a fost spitalizată
- este prestată de un asistent medical calificat, la domiciliul persoanei asigurate
- afecțiunile medicale, care necesită îngrijire la domiciliu, nu au legătură cu bolile mintale, tulburările psihiatrice sau psihologice
- asistența medicală este esențială și nu a fost solicitată pentru comoditatea/confortul persoanei asigurate sau din motive domestice

Acest beneficiu poate fi plătit doar dacă a fost pre-autorizat.

Dacă îngrijirea medicală este inclusă în [tabelul de beneficii](#), cea ca urmare a unei afecțiuni medicale în stadiu terminal se plătește în temeiul [secțiunii 2.3.3.6.](#) - „Îngrijire paliativă”.

2.3.3.8. Indemnizația de spitalizare

Vom plăti indemnizația de spitalizare, pentru fiecare noapte petrecută în spital, în limita numărului maxim de nopți și a celorlalte limite, menționate în [tabelul de beneficii](#), atunci când persoana asigurată primește:

- tratament în regim de spitalizare eligibil în zona geografică standard de aplicare a acoperirii și nu a suportat niciun cost pentru tratament sau în cazul în care persoana asigurată este internată într-un spital public din zona geografică standard de aplicare a acoperirii și în cazul în care
- ar fi acoperit acel tratament în regim de spitalizare în temeiul poliței

Internarea minimă în spital este de o noapte. În cazul în care polița include o franșiză, nu va fi dedusă din indemnizația de spitalizare aferentă internării. Acest beneficiu nu este disponibil în cazul în care costul tratamentului a fost acoperit de altă parte, cum ar fi alt asigurător, sau dacă tratamentul a constat în îngrijiri legate de maternitate.

2.3.3.9. Afecțiuni congenitale și ereditare

(Beneficiu aplicabil doar în cazul tratamentului în regim de spitalizare de zi sau de noapte)

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile suportate în legătură cu tratamentul afecțiunilor congenitale și ereditare, atunci când se manifestă și sunt tratate în primele 90 de zile de viață ale nou-născutului, cu următoarele condiții:

- copilul să fie adăugat ca persoană asigurată dependentă, acoperită în baza poliței, în termen de maximum 30 de zile de la naștere
- să existe o cerere de despăgubire, aferentă unei nașteri acoperite de planul de asigurare, formulată de către părintele asigurat

Din ziua 91 de viață, copilul va face obiectul evaluării medicale și nu va mai fi aprobată nicio acoperire pentru afecțiunile congenitale și ereditare după acest moment.

Acest beneficiu poate fi plătit doar dacă a fost pre-autorizat și este disponibil pentru planurile de asigurare Cobalt, Admiral și Royal.

2.3.4. Acoperire pentru tratament ambulatoriu

2.3.4.1. Chirurgie în regim ambulatoriu

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costul procedurilor chirurgicale efectuate în regim ambulatoriu, sub anestezie locală, care nu necesită tratament în regim de spitalizare de zi sau de noapte.

2.3.4.2. Onorariile medicilor generaliști și specialiști

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile suportate pentru consultații oferite de către medicul de familie sau de către medicul specialist, în regim ambulatoriu, în vederea diagnosticării și tratării unei afecțiuni, maladii sau vătămări eligibile, și pentru orice tratament medical, inclusiv tratamentul de monitorizare care a fost deja efectuat.

Acest beneficiu include și telemedicină, caz în care persoana asigurată accesează online servicii de consultanță pentru îngrijiri primare în limita a 1 consultație pe zi, în cadrul unui furnizor aprobat. În cazul oricăror prescripții, recomandate prin intermediul unei consultații în regim de telemedicină, acestea sunt decontate din beneficiul medicamente prescrise, produse medicamentoase și consumabile medicale, în regim ambulatoriu, dacă acest beneficiu este inclus în planul de asigurare ales.

2.3.4.3. Medicamente prescrise, produse medicamentoase și consumabile medicale

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile suportate în regim ambulatoriu pentru medicamentele prescrise, produsele medicamentoase, suplimentele alimentare și consumabilele medicale recomandate de medicul generalist/specialist, cu condiția ca acestea să fie asociate unei afecțiuni, maladii sau vătămări diagnosticate, eligibilă.

Acest beneficiu include și medicamentele recomandate pentru o afecțiune eligibilă, în cadrul unei consultații în regim de telemedicină, așa cum este menționat în [secțiunea 2.3.4.2.](#) - „Onorariile medicilor generaliști și specialiști”.

2.3.4.4. Analize de laborator, radiografii și alte teste de diagnosticare

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile suportate în regim ambulatoriu pentru testele prescrise de medicul generalist/specialist, necesare pentru a diagnostica sau pentru a descoperi cauza simptomului/simptomelor persoanei asigurate. Testele includ analize patologice, de laborator (de ex. analize de sânge și de urină), investigații radiologice și imagistice (de ex. radiografii, ecografii) și alte teste de diagnosticare (de ex. EKG). În acest beneficiu nu sunt incluse examinările RMN, CT sau PET.

2.3.4.5. Fizioterapie

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile pentru consultații în ambulatoriu și proceduri de fizioterapie eficiente și dovedite, necesare din punct de vedere medical, dacă sunt efectuate de

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229
 client@medihelp.ro

11 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de
brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară,
sub numărul RBK-366/11.10.2006

Cod condiții CGH25

un fizioterapeut autorizat, cu scopul de a restabili funcția fizică normală a persoanei asigurate, pentru un diagnostic acoperit și în urma unui eveniment asigurat. Fizioterapeutul trebuie să menționeze necesitatea formei specifice de fizioterapie, diagnosticul, un plan de tratament clar, cu o dată de început și o dată de final, precum și rezultatul așteptat. Limitele de acoperire pentru acest beneficiu sunt supuse unei coplăți de 10% pe care persoana asigurată trebuie să o plătească pentru fiecare tratament eligibil.

Tratamentul trebuie să fie efectuat de fizioterapeuți calificați, care dețin licența corespunzătoare și sunt înregistrați să profeseze în țara în care efectuează tratamentul. După a 12-a ședință/vizită, în cazul în care sunt necesare mai multe ședințe/vizite, persoana asigurată trebuie să depună un raport medical suplimentar și intermediar, pentru reevaluarea stării medicale.

Costul talonetelor este inclus în acest beneficiu, atât timp cât este recomandat de medicul specialist/fizioterapeut.

Sesiunile/vizitele suplimentare necesită pre-autorizare.

2.3.4.6. Terapeuți complementari: Terapeut ocupațional / Chiropractor / Osteopat / Homeopat / Acupuncturist / Nutriționist/ Dietetician

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile pentru consultațiile în regim ambulatoriu și tratamentul medical necesar, furnizat de un ergoterapeut, chiropractician, osteopat, homeopat, acupuncturist, nutriționist sau dietetician, atunci când este necesar ca urmare a unei afecțiuni, maladii sau vătămări diagnosticate acoperite, rezultată dintr-un eveniment asigurat.

Terapia complementară sau alternativă se limitează doar la tratamentul furnizat de terapeuți acreditați.

2.3.4.7. Afecțiunea cronică

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile pentru consultațiile, testele periodice și pentru medicamentele prescrise, necesare pentru monitorizarea și menținerea stabilității unei afecțiuni cronice. Acest beneficiu se limitează la acest tratament și nu include alt tratament medical (de exemplu fizioterapie care să vizeze menținerea stabilității).

Nu este acoperită situația în care afecțiunea cronică este pre-existentă sau este o afecțiune asociată, cu excepția cazului în care acest aspect a fost declarat în formularul de aplicare și a fost acceptat în scris de către asigurător.

Cererile de despăgubire referitoare la afecțiuni canceroase, congenitale și ereditare, afecțiuni psihiatrice, care sunt cronice, nu vor fi eligibile pentru plata din acest beneficiu.

În cazul planurilor de asigurare [Blue](#) și [Azure](#), limitele prezentate în [tabelul de beneficii](#) sunt limite combinate pentru tratamentul în regim de spitalizare și în regim ambulatoriu, atât pentru episoade de criză acută ale unei condiții cronice, cât și pentru gestionarea afecțiunii cronice, astfel încât orice despăgubire plătită în cazul acestor beneficii se rezumă la limita agregată de acoperire de 1.000 de euro/an.

2.3.4.8. Logoterapia / terapia vorbirii

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile pentru logoterapia necesară recuperării funcției de vorbire fără deficiențe, după diagnosticarea unei maladii sau vătămări acute acoperite, atunci când:

- a. este necesară imediat după tratamentul acoperit în temeiul poliței, urmare a unui eveniment asigurat (de exemplu ca parte a îngrijirii de recuperare a persoanei asigurate, după ce aceasta a suferit un atac cerebral sau un accident) și
- b. un medic specialist confirmă că este necesară din punct de vedere medical

Logoterapia nu este acoperită în situațiile în care este în legătură cu tratamentul referitor la dezvoltarea neurologică, cognitivă, tulburările de învățare, vorbirea întârziată, problemele educaționale, comportamentale, etapele esențiale de dezvoltare, dezvoltare fizică sau psihologică, inclusiv evaluarea sau clasificarea acestor probleme.

Aceasta include, dar nu se limitează la probleme precum dislexia, apraxia, tulburarea de spectru autist, tulburarea hiperactivă cu deficit de atenție (ADHD) și problemele de vorbire sau limbaj (cum ar fi bâlbâiala).

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229

 client@medihelp.ro

2.3.4.9. Tratament psihiatric

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile pentru:

- a. tratamentul psihiatric, în regim de spitalizare de zi sau de noapte, primit în cadrul unei unități psihiatrice înregistrate a unui spital, care oferă supraveghere medicală permanentă și tratament, bazat pe dovezi, pentru tulburări ale sănătății mintale. Acest beneficiu include cazare, mese în cadrul spitalului, medicamente prescrise și tratamentul necesar din punct de vedere medical, destinat afecțiunii, sub supravegherea medicală a unui psihiatru. Tratamentul psihiatric este acoperit doar după ce persoana asigurată a fost diagnosticată inițial de un psihiatru și trimisă la un psiholog clinician pentru tratament suplimentar în regim de spitalizare de zi sau de noapte

Acest beneficiu poate fi plătit doar dacă a fost pre-autorizat.

- b. tratamentul psihiatric în regim ambulatoriu, se referă la consultații și costuri asociate cu psihiatria, psihologia sau psihoterapia, cu condiția ca planul de tratament să se afle sub supravegherea unui psihiatru/psiholog cu drept de practică. Toate consultațiile trebuie să se desfășoare în cabinetul psihiatrului/psihologului. Sunt acoperite doar medicamentele prescrise de psihiatru, aferente afecțiunii medicale, administrate în regim ambulatoriu

2.3.4.10. Tratament de urgență în regim ambulatoriu

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile legate de tratamentul de urgență în regim ambulatoriu. Acest beneficiu include serviciile și tratamentul medical primite în camera de gardă a unui spital sau a unei clinici, în termen de 48 de ore de la accidentul suferit de persoana asigurată sau de la debutul maladiei urgente, care nu necesită internare în regim de spitalizare de zi sau de noapte.

2.3.5. Alte beneficii

2.3.5.1. Tratamentul cancerului

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile pentru tratamentul cancerului, în regim de spitalizare de zi sau de noapte, sau în regim ambulatoriu, dacă considerăm că acesta este necesar din punct de vedere medical pentru tratamentul activ al cancerului și este bazat pe dovezi. Acesta include chimioterapia, radioterapia, oncologia, testele/imagistica de diagnosticare, consultațiile, medicamentele prescrise, monitorizarea și recuperarea în cadrul unui spital sau unități specializate în domeniul cancerului, ca parte a unui tratament al cancerului eligibil, în regim de spitalizare de zi sau de noapte și/sau în regim ambulatoriu, în baza planului de asigurare ales.

Internarea în regim de spitalizare este limitată la 120 de zile.

Perucile, necesare ca urmare a tratamentului activ al cancerului acoperit de planul de asigurare, sunt acoperite în limita a 200 de euro/an de asigurare, fără a intra sub incidența franșizei, chiar dacă aceasta este inclusă în planul ales.

Acest beneficiu mai include tratamentul măduvei osoase, utilizat în chimioterapia cu doze ridicate în vederea tratării și în cazul în care acesta face parte din tratamentul activ al cancerului. De asemenea, include plata costurilor medicale rezonabile către un donator (doar dintr-o sursă verificată și legitimată) de măduvă osoasă, în viață, dacă această procedură este efectuată într-o unitate medicală specializată și autorizată, atunci când donarea nu conduce la pierderea vieții donatorului, iar celula donată este eliminată (extrasă) în aceeași unitate medicală în care se efectuează tratamentul.

Suma maximă pe care asigurătorul o va plăti, în legătură cu donatorul, este de maximum 20.000 de euro și este calculată ca parte a limitei acestui beneficiu. Costurile medicale, asociate cu donatorul către care va fi efectuată plata, vor fi reduse cu suma care i se datorează, în legătură cu acele costuri, în baza oricărei alte polițe de asigurare sau din orice altă sursă.

Nu este acoperit niciun alt cost de administrare cum ar fi, dar fără a ne limita la: costurile de transport, găsirii unui donator sau orice alte costuri care nu au legătură cu tratamentul în sine. De asemenea, nu sunt acoperite eventualele complicații apărute donatorului.

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229
 client@medihelp.ro

13 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară, sub numărul RBK-366/11.10.2006

Cod condiții CGH25

Nu este acoperit tratamentul măduvei osoase, în cadrul beneficiului Servicii de transplant, dacă transplanturile fac parte din tratamentul cancerului.

Pentru tratamentul activ al cancerului, asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita persoanei asigurate să obțină orice medicamente de specialitate, medicamente și articole de farmacie prescrise, eligibile, de la un furnizor medical agreat, dacă este disponibil. Orice medicamente administrate în regim ambulatoriu sau alte medicamente pe care un medic generalist le poate prescrie, trebuie să facă obiectul acoperirii ca parte a medicamentelor și pansamentelor în regim ambulatoriu, dacă această opțiune este inclusă în planul de asigurare ales.

În situația în care este neclară că testele de diagnosticare sunt cheltuieli medicale aferente cancerului, aceste costuri vor fi plătite conform [secțiunii 2.3.4.](#) - "Acoperire pentru tratament ambulatoriu", dacă acesta este inclus în planul de asigurare ales.

Sunt acoperite doar tratamentele, prescrise și neexperimentale, pentru cancerul confirmat, la costuri uzuale și rezonabile. Pentru orice procedură chirurgicală nouă, este necesară pre-autorizare.

Acest beneficiu nu include:

- teste de diagnosticare sau tratamente care nu sunt considerate corespunzătoare sau necesare, din punct de vedere clinic
- teste de diagnosticare recomandate de orice persoană, în afară de medicul specialist oncolog al persoanei asigurate
- complicații apărute în urma oricărui tratament fără indicație aprobată, în urma medicamentelor experimentale sau a procedurilor chirurgicale experimentale, chiar dacă procedura în sine a fost acoperită
- tratament preventiv, cum ar fi screening-ul, în cazul în care persoana asigurată nu prezintă simptome de cancer. De exemplu, în cazul în care a fost efectuat un screening care a evidențiat risc genetic de cancer la sân, nu va fi acoperit screening-ul sau orice tratament destinat reducerii șanselor de a suferi de cancer la sân în viitor (de ex. mastectomie)
- medicație care trebuie să fie administrată după ce persoana asigurată a fost externată din spital ca urmare a unui transplant de măduvă osoasă, cum ar fi imunosupresoare, antibiotice și steroizi, în vederea prevenirii complicațiilor
- îngrijire paliativă – mai multe detalii se regăsesc în [secțiunea 2.3.3.6.](#) - „Îngrijire paliativă”

Acest beneficiu poate fi plătit doar dacă a fost pre-autorizat.

2.3.5.2. Servicii de transplant

Vom plăti costurile medicale și de specialitate, suportate în timp ce persoana asigurată (care este beneficiarul organului) este spitalizată, inclusiv medicamentele anti-rejecție (imunoterapie) și tratamentul ambulatoriu aferent, necesar înainte și după transplant (dacă indemnizațiile aferente tratamentului ambulatoriu sunt incluse în planul de asigurare ales), în limitele prevăzute în [tabelul de beneficii](#) în legătură cu transplantul de organe umane care mențin viața (rinichi, pancreas, ficat, inimă, plămân, măduvă osoasă, cornee sau inimă și plămânul), iar organul uman provine de la o rudă sau dintr-o sursă de donație certificată și verificată.

Acest beneficiu necesită pre-autorizare, iar transplantul:

- a. trebuie să fie necesar din punct de vedere medical și supus tratamentului convențional
- b. va fi efectuat în instituții acreditate la nivel internațional de către chirurghi acreditați, procurarea organului, țesutului sau al celulelor respectă liniile directe ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), iar tipul și durata tratamentului vor fi stabilite în funcție de tipul transplantului și al afecțiunii medicale de bază

Sunt acoperite costurile medicale asociate donatorului, în calitate de pacient, în regim de spitalizare de zi sau de noapte, dacă serviciile medicale sunt efectuate într-o unitate medicală specializată, autorizată și atunci când donarea nu conduce la pierderea vieții donatorului, iar organul, țesutul sau celula donată sunt extrase în aceeași unitate medicală în care se efectuează tratamentul. Suma maximă pe care o vom plăti, în legătură cu donatorul, este 20.000 de euro pentru fiecare organ transplantat și este calculată ca parte a

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229

 client@medihelp.ro

limitei maxime a indemnizației aferente transplantului. Costurile medicale, asociate cu donatorul către care va fi efectuată plata, vor fi reduse cu suma care i se datorează în legătură cu acele costuri, în baza oricărei alte polițe de asigurare sau din orice altă sursă.

Nu este acoperită niciuna dintre situațiile următoare:

- plata costurilor asociate cu transportul, căutarea donatorului, procurarea organului, țesutului sau celulei și orice alte costuri de administrare
- donatorul suferă complicații
- transplantul este necesar pentru tratarea unei afecțiuni congenitale sau ereditare, conform [secțiunii 2.3.3.9](#) - „Afecțiuni congenitale și ereditare”

Acest beneficiu poate fi plătit doar dacă a fost pre-autorizat.

2.3.5.3. Imagistica avansată (RMN, CT și PET)

Sunt acoperite costurile, în cadrul limitei totale a planului de asigurare ales, aferente tomografiei computerizate (CT), imagisticii prin rezonanță magnetică nucleară (RMN) sau tomografiei prin emisie de pozitroni (PET), dacă sunt recomandate de către medicul generalist/specialist al persoanei asigurate, pentru diagnosticarea sau evaluarea afecțiunii/afecțiunilor.

2.3.5.4. Maternitate (aplicabilă doar planurilor Cobalt, Admiral, Royal)

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile pentru îngrijirea de rutină din timpul sarcinii și a maternității (sarcina și nașterea copilului), detaliată în lista de mai jos.

Beneficiul poate fi accesat de către o persoană asigurată, de gen feminin, dacă îndeplinește următoarele condiții cumulative: are cel puțin 18 ani și este asigurată, în temeiul acestui beneficiu, pentru o perioadă continuă de cel puțin 12 luni de la data intrării inițiale în asigurare.

În legătură cu îngrijirea de rutină din timpul fiecărei sarcini și nașteri, indiferent de numărul copiilor născuți, sunt acoperite costurile pentru serviciile de mai jos, în limita maximă de acoperire pentru acest beneficiu, într-un an de asigurare, pentru o persoană asigurată:

- cazare în cameră de spital privată standard, cu un singur pat
- examinări pre-natale, efectuate de către un medic
- costuri aferente unei nașteri normale (onorariile obstetricianului și moașei)
- examinări post-natale, efectuate de către un medic imediat după naștere
- îngrijirea de rutină a noului-născut, timp de maximum 7 zile
- naștere prin cezariană electivă
- nașterea la domiciliu – în acest caz, este exclusă utilizarea oricăror dispozitive sau echipamente cum ar fi, dar fără a se limita la: aparate TENS, piscină pentru naștere etc

În cazul în care perioada sarcinii se întinde pe doi ani de asigurare, persoana asigurată are dreptul la beneficiul de maternitate corespunzător unui singur an de asigurare și cu condiția reînnoirii poliței.

Nu sunt acoperite costuri pentru îngrijire și tratament aferent maternității, în legătură cu reproducerea umană asistată prin intermediul unei mame surrogat.

Nu este acoperită întreruperea sarcinii printr-un alt mod decât pierderea sarcinii, sarcina ectopică și a nașterii de copii morți.

2.3.5.5. Indemnizația de maternitate (doar planurile Cobalt, Admiral și Royal)

Vom plăti indemnizația, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), pentru fiecare noapte de internare în spital, atunci când nașterea are loc la un spital public, cu condiția ca niciun cost al sarcinii și nașterii să fie revendicat în temeiul planului de asigurare. Persoana asigurată eligibilă trebuie să fie de gen feminin, în vârstă de peste 18 ani și să fi fost asigurată cel puțin 12 luni consecutive de la data activării acestui beneficiu.

În cazul în care asigurătorul plătește beneficiul de maternitate, nu va mai fi plătită nicio indemnizație de spitalizare.

2.3.5.6. Complicațiile sarcinii (doar planurile Cobalt, Admiral și Royal)

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile pentru complicațiile sarcinii. Persoana asigurată eligibilă trebuie să fie de gen feminin, în vârstă de peste 18 ani și să fi fost asigurată cel puțin 12 luni consecutive de la data activării acestui beneficiu.

Nu este acoperită nașterea la domiciliu și nicio complicație ce poate decurge din aceasta.

De asemenea, nu este acoperit niciun cost în legătură cu mama surrogat, reproducerea asistată sau orice complicații ce pot decurge din acestea.

2.3.5.7. Îngrijirea noului-născut

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile pentru îngrijirea noului-născut. Acestea vor fi deduse din limita maximă generală a planului selectat, inclus în polița unuia dintre părinții asigurați.

Acest beneficiu acoperă examinările esențiale necesare pentru a evalua integritatea și funcția de bază a organelor și structurilor osoase ale copilului, efectuate imediat după naștere, precum și tratamentul necesar în primele 30 de zile de la naștere, în locul oricăror alte beneficii, dacă cel puțin un părinte a fost asigurat înainte de nașterea copilului.

Nu este acoperită nicio procedură de diagnosticare preventivă a nou-născutului, cum ar fi exsudate/teste de rutină, de laborator sau de auz, tratament preventiv sau tratament ambulatoriu.

2.3.5.8. Accidente dentare

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile pentru tratamentul stomatologic de restaurare, necesar pentru a trata sau înlocui dințele naturale, deteriorate sau pierdute ca urmare a unei leziuni fizice accidentale la nivelul gurii. Tratamentul trebuie să fie oferit de un stomatolog și acordat în termen de maximum 7 zile de la producerea evenimentului.

Nu sunt acoperite:

- vătămrile, la nivelul gurii sau dinților, cauzate de mâncat
- daunele produse coroanelor, protezelor dentare, punților sau dinților falși existenți
- leziunile cauzate de accidente sau evenimente care nu sunt acoperite de prezenta poliță
- costurile pentru un tratament care nu a fost încă acordat, chiar dacă este furnizat ca parte a unui pachet de tratamente
- leziunile cauzate de uzura normală
- leziunile cauzate de practicarea boxului sau rugby-ului, cu excepția rugby-ului școlar și a cazurilor în care persoana asigurată a purtat o formă de protecție la nivelul gurii
- vătămrile cauzate de pierderea dinților sau de orice altă procedură de igienă orală
- vătămrile care nu sunt vizibile în termen de maximum 7 zile de la evenimentul care a cauzat leziunea
- leziunile produse înainte de intrarea în valabilitate a asigurării

2.3.5.9. Virusul imunodeficienței umane (HIV)/Sindromul imunodeficienței dobândite (AIDS)

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), tratamentul afecțiunilor medicale care rezultă din infecția cu HIV, precum și tratamentul antiretroviral (ARV).

2.3.5.10. A doua opinie medicală

În situația în care persoana asigurată este diagnosticată cu o afecțiune medicală serioasă și complexă, dar nu este convinsă în privința celor transmise de medicul curant, asigurătorul poate organiza accesul la o rețea de experți renumiți, din întreaga lume, pentru o a doua opinie medicală.

2.3.6. Servicii de asistență

2.3.6.1. Servicii de ambulanță locală

Vom plăti, în limita anuală maximă a planului ales, transportul persoanei asigurate la cel mai apropiat spital adecvat și/sau transportul de urgență către sau între spitale, atunci când medicul consideră necesar transferul, iar persoana asigurată are nevoie de supraveghere medicală în timpul transportului.

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229
 client@medihelp.ro

16 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară, sub numărul RBK-366/11.10.2006

Cod condiții CGH25

Este acoperit transportul cu ambulanța terestră sau aeriană (dacă este cazul).

Pentru serviciul de ambulanță aeriană este necesară pre-autorizare.

2.3.6.2. Repatrierea rămășițelor pământești

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile aferente tuturor aranjamentelor necesare pentru repatrierea persoanei asigurate, conform reglementărilor internaționale, în cazul decesului în afara țării de reședință.

Este acoperit costul transportului corpului neînsuflăit către un port sau aeroport din:

- țara în care persoana asigurată locuia în mod obișnuit (țara principală de reședință) sau
- țara din care persoana asigurată a obținut pașaportul (țara de origine)

Excluderile relevante, din [secțiunea 2.3.6.3.](#) - „Evacuarea medicală de urgență internațională”, se aplică și repatrierii ulterioare decesului.

Pentru repatriere este necesară pre-autorizare.

2.3.6.3. Evacuarea medicală de urgență internațională

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile aferente.

Serviciul este acoperit dacă persoana asigurată este rănită sau se îmbolnăvește brusc, necesită tratament imediat în regim de spitalizare și doar în următoarele circumstanțe:

- este internată într-un spital din afara țării principale de reședință (țara în care locuiește în mod obișnuit), iar medicul curant decide că infrastructura medicală nu este corespunzătoare sau adecvată, atunci are dreptul la evacuare sau repatriere
- este internată într-un spital din țara principală de reședință (țara în care locuiește în mod obișnuit), iar medicul curant decide că infrastructura medicală nu este corespunzătoare sau adecvată, atunci are dreptul să fie transportată către cel mai apropiat loc unde sunt disponibile servicii medicale corespunzătoare

Persoana asigurată are dreptul să fie repatriată cu un avion cu program regulat, exceptând cazul în care asigurătorul este de acord că alt mijloc de transport este necesar pentru a ajunge către țara principală de reședință (țara în care locuiește în mod obișnuit).

Definiții specifice:

- medic desemnat: medic ales de asigurător în vederea consilierii cu privire la afecțiunea medicală de care suferă persoana asigurată, necesitatea serviciului și caracterul corespunzător și adecvat al infrastructurii medicale din țara unde persoana asigurată este internată
- serviciu: transportul persoanei asigurate către un alt spital care deține infrastructura medicală necesară, în țara în care este internată, într-o țară vecină (evacuare) sau în țara principală de reședință

Evacuarea de urgență este acoperită dacă:

- persoana asigurată este sau trebuie să fie internată de urgență, iar
- atât medicul curant, cât și medicul desemnat, consideră că infrastructura medicală actuală sau cea mai apropiată de locul unde se află persoana asigurată, nu este adecvată să ofere tratamentul necesar

Sunt acoperite costurile repatrierii dacă a fost acoperită și evacuarea de urgență a persoanei asigurate.

Nu sunt acoperite costurile evacuării sau repatrierii, în cazul în care persoana asigurată decide să meargă într-un alt loc pentru tratament, iar asigurătorul consideră că infrastructura medicală cea mai apropiată este adecvată pentru tratament. Este inclusă și situația în care persoana asigurată decide să se întoarcă în țara principală de reședință pentru a se trata.

Modul de funcționare al serviciului de repatriere și evacuare de urgență

În cazul în care persoana asigurată este internată de urgență din cauza unei maladii sau leziuni, iar aceasta sau medicul curant consideră că infrastructura medicală locală nu este adecvată pentru tratarea respectivei

simptomatologii, este necesar să fim contactați de către spital sau de către un membru al familiei. Vom desemna un medic care să evalueze facilitățile și, dacă va aprecia că nu sunt adecvate, va dispune evacuarea sau repatrierea, prezentate în detaliu la începutul acestei secțiuni.

Costurile acoperite

În cazul în care medicul desemnat decide că infrastructura nu este adecvată pentru tratarea acelei simptomatologii, vor fi acoperite costurile rezonabile pentru:

- evacuarea persoanei asigurate către o unitate medicală adecvată pentru tratament, în țara în care se află la acel moment sau
- evacuarea persoanei asigurate către o unitate medicală adecvată pentru tratament, într-o altă țară.

La externarea din unitatea medicală unde persoana asigurată a fost evacuată, vor fi acoperite costurile repatrierii acesteia, către:

- țara principală de reședință (țara în care locuiește în mod obișnuit)
- țara din care a obținut pașaportul (țara de origine)

Acoperirea costurilor este condiționată de convenirea asupra metodei de transport ce urmează a fi utilizată, precum și data și ora evacuării sau repatrierii, înainte ca aceasta să aibă loc.

De asemenea, va fi acoperit și costul oricărui tratament necesar pe timpul transportului.

În situația în care persoana asigurată, sau un membru al familiei, alege să fie transportată în țara de origine, costurile transportului ulterior în țara principală de reședință (țara în care locuiește în mod obișnuit) nu vor fi acoperite.

Însoțitori

În cazul în care persoana asigurată are mai puțin de 18 ani, vor fi acoperite costurile rezonabile necesare, de cazare și transport, pentru un însoțitor major. Dacă persoana asigurată este majoră, costurile pentru însoțitor vor fi acoperite doar în cazul în care asigurătorul consideră că este adecvat din punct de vedere medical.

De la momentul în care persoana asigurată ajunge la destinația sa de evacuare, nu vor mai fi acoperite costurile pentru însoțitor.

Situația în care persoana asigurată este împreună cu un membru al familiei, de asemenea persoană asigurată, care trebuie să fie evacuat sau repatriat

Costurile de însoțire a membrului de familie vor fi preluate doar dacă asigurătorul apreciază că este adecvat, din punct de vedere medical, ca persoana asigurată să călătorească împreună cu acesta.

În cazul în care ambele persoane asigurate se află în țara principală de reședință, iar membrul de familie asigurat trebuie să fie evacuat sau repatriat din acea locație, vor fi acoperite costurile pentru însoțitorul asigurat, necesare și rezonabile, care rezultă din evacuare sau repatriere. Nu vor fi acoperite costurile de cazare.

Biletul de călătorie

Orice parte neutilizată din biletul de călătorie (de exemplu biletul de avion tur/retur), aparținând persoanei asigurate sau oricărei persoane ce va fi evacuată împreună cu persoana asigurată, va intra în proprietatea asigurătorului. Este necesar ca acestea să fie transmise în cel mai scurt timp.

Opțiunea de a călători într-o anumită țară pentru tratament

În situația în care persoana asigurată decide să efectueze tratamentul într-o altă țară din zona geografică de aplicare a acoperirii decât țara în care se află la momentul respectiv, nu vom acoperi costul deplasării. După ce a ajuns în respectiva țară, dispozițiile poliției se aplică în mod normal.

Nu va fi acoperită evacuarea sau repatrierea, în următoarele cazuri:

- afecțiunea medicală nu necesită tratament, în regim de spitalizare de urgență, imediat
- afecțiunea medicală nu împiedică persoana asigurată să călătorească sau să lucreze
- afecțiunea medicală este cauzată, direct sau indirect, de o leziune auto-provocată intenționat, de

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229
 client@medihelp.ro

18 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară, sub numărul RBK-366/11.10.2006

Cod condiții CGH25

sinucidere sau de o tentativă de sinucidere

- afecțiunea medicală este în legătură cu consumul de alcool, consumul de droguri sau consumul de substanțe interzise
- afecțiunea medicală este rezultatul practicării oricărui sport, inclusiv antrenamentelor, pentru care persoana asigurată primește un salariu sau o remunerație monetară, inclusiv burse sau sponsorizări (cu excepția situației în care primește doar costurile de deplasare)
- afecțiunea medicală este rezultatul BASE jumping, săriturilor în apa de pe stânci, zborului într-un avion neautorizat sau ca elev, artelor marțiale, escaladării libere, alpinismului cu sau fără corzi, scufundărilor la o adâncime de mai mult de 10 metri, drumețiilor montane la o altitudine de peste 2500 de metri, bungee jumping, explorării unui canion, deltaplanorismului, zborului cu parapanta sau aviației ultra ușoare, parașutismului, potholing-ului (mers și escaladă în peșteri subterane), schiatului în afara pistei sau a oricăror alte sporturi de iarnă derulate în afara pistei
- evacuarea ar implica deplasarea persoanei asigurate de pe un vas, platformă petrolieră sau o locație off-shore similară
- evacuarea sau repatrierea nu a fost pre-autorizată
- asigurătorul nu a fost informat, în termen de maximum 30 de zile din momentul în care persoana asigurată a aflat despre faptul că afecțiunea a devenit o urgență (cu excepția cazului în care acest lucru nu a fost rezonabil posibil)
- afecțiunea medicală este rezultatul contaminării nucleare, biologice sau chimice, războiului (declarat sau nu), acțiunii inamicului străin, invaziei, războiului civil, revoltei, rebeliunii, insurecției, revoluției, răsturnării unui guvern constituit în mod legal, exploziilor armelor de război sau a oricărui eveniment similar unuia dintre cele enumerate
- urgența se produce atunci când persoana asigurată se află într-o călătorie de agrement la o destinație în legătură cu care guvernul, sau orice departament de reglementare din țara principală de reședință, nu recomandă niciun fel de călătorie în scop de vacanță sau activități ne-esențiale

Asigurătorul nu este răspunzător pentru:

- lipsa sau întârzierea evacuării sau repatrierii de urgență
- leziuni sau decesul, produse în timpul deplasării persoanei

Aceste limite nu se aplică în cazul în care lipsa sau întârzierea sunt cauzate de neglijența asigurătorului sau de neglijența unei persoane pe care acesta a desemnat-o să acționeze pentru el.

Datele de contact pentru evacuare și repatriere sunt menționate în [secțiunea 5](#) - „Gestionarea și administrarea cererilor de despăgubire”.

Condiții specifice aplicate [secțiunii 2.3.6.3](#) - „Evacuarea medicală de urgență internațională”

- decizia asigurătorului este definitivă și are dreptul să refuze orice cerere care este incompatibilă cu afecțiunea medicală și siguranța persoanei asigurate
- asigurătorul va stabili echipa și resursele medicale ce urmează a fi utilizate cum și când este necesar pentru a oferi siguranță persoanei asigurate, în cursul transferului sau evacuării medicale de urgență
- în cazul în care persoana asigurată nu acceptă procedurile de asistență propuse de asigurător, acesta va fi exonerat de obligațiile ce îi revin în temeiul acestei secțiuni
- în cazul în care persoana asigurată, sau membrul familiei sale, face propriile aranjamente, costurile nu vor fi acoperite. Dreptul la serviciu nu înseamnă că tratamentul acordat persoanei asigurate, după evacuare sau repatriere, va fi eligibil pentru acoperire. Orice astfel de tratament va fi supus termenilor și condițiilor planului de asigurare ales

2.3.7. Tratament medical de rutină

2.3.7.1. Verificarea anuală de rutină

Vom plăti, după o perioadă de așteptare ulterioară aderării persoanei asigurate la acest plan, în limitele combinate prezentate pentru indemnizațiile aferente verificării de rutină a stării de sănătate a copilului sau a adultului, detaliate mai jos. Cheltuielile plătite în temeiul oricăreia dintre aceste indemnizații, reduc limita indemnizației rămase pentru celălalt beneficiu.

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229
 client@medihelp.ro

19 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară, sub numărul RBK-366/11.10.2006

Cod condiții CGH25

a. Verificarea de rutină a copilului

În cazul unui copil aflat în întreținerea persoanei asigurate, care are mai puțin de 2 ani, vor fi acoperite cheltuielile suportate în legătura cu îngrijirea preventivă, oferită sau supervizată de un medic, ale cărui servicii sunt limitate la 4 consultații pentru evaluări ale sănătății și la vaccinări de rutină. Nu se aplică perioadă de așteptare.

În cazul unui copil aflat în întreținerea persoanei asigurate, care are între 2 ani și 10 ani neîmpliniți, după o perioadă de așteptare de 10 luni de la data aderării copilului aflat în întreținere la acest plan, vor fi acoperite cheltuielile suportate în legătură cu îngrijirea preventivă oferită sau supervizată de un medic, ale cărui servicii se limitează la o evaluare anuală a sănătății și la vaccinări de rutină.

În cazul unui copil aflat în întreținerea persoanei asigurate, care are între 10 și 18 ani, după o perioadă de așteptare de 10 luni de la data aderării copilului aflat în întreținere la acest plan, vor fi acoperite cheltuielile suportate în legătură cu îngrijirea preventivă oferită sau supervizată de un medic, ale cărui servicii se limitează la o evaluare anuală a sănătății.

b. Verificarea de rutină a adultului

În cazul unei persoane asigurate, cu vârsta de cel puțin 19 ani, după o perioadă de așteptare de 10 luni de la data aderării la acest plan, vor fi acoperite cheltuielile suportate în legătură cu îngrijirea preventivă oferită sau supervizată de un medic, ale cărui servicii se limitează la o evaluare anuală a sănătății, constând în oricare dintre următoarele:

- Panou de sănătate general:
 - Panou metabolic complet
 - Hemoleucogramă completă
 - Profil lipidic
- Panou tiroidian
- Urină la mijlocul fluxului
- Test de piele pentru tuberculoză, conform recomandării
- Mamografie, pentru femeile de peste 40 de ani
- Examen rectal digital
- Investigații:
 - Test de debit expirator de vârf
 - Test EKG de stres
 - Hs Proteina reactivă C
- Imagistică radiografie torace
- Frotiu Papanicolau, pentru femeile de cel puțin 21 de ani
- Test pentru antigenul specific prostatei, pentru bărbații de peste 40 de ani
- Testul densității osoase pentru persoanele de peste 50 de ani, odată la fiecare 5 ani
- Colonoscopie pentru persoanele de peste 50 de ani, odată la fiecare 5 ani
- Ecografie abdominală superioară și inferioară (abdomen și pelvis)

2.3.7.2. Vaccinări

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile pentru vaccinări (inclusiv vaccinările în caz de călătorie, cum ar fi: anti tetanos, hepatita A, B, meningită, turbare, holeră, febră japoneză, encefalită japoneză, rapel de poliomielită, febră tifoidă, malarie – sub forma de tabletă, zilnic sau săptămânal) și imunizări. Acest beneficiu poate fi accesat de persoana asigurată de la vârsta de 10 ani.

2.3.8. Planuri opționale**2.3.8.1. Tratament dentar**

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile pentru serviciile stomatologice enumerate, după o perioadă de așteptare ulterioară aderării la acest plan. Costurile pentru anumite tratamente dentare sunt supuse unei coplăți, așa cum este indicat mai jos, iar răspunderea maximă a asiguratorului nu va depăși limita maximă a beneficiului, plătită pentru fiecare persoana asigurată, pentru serviciile medicale necesare, furnizate de un stomatolog.

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229
 client@medihelp.ro

20 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară, sub numărul RBK-366/11.10.2006

Cheltuielile stomatologice acoperite includ:

- a. Tratament preventiv - perioadă de așteptare 6 luni și coplată 20%
 - Control
 - Raze X
 - Detartraj și periaj
 - Gutieră
- b. Tratament de rutină și de restaurare - perioadă de așteptare 6 luni și coplată 20%
 - Obturații
 - Tratament de canal
 - Coroane/Punți
 - Implant
 - Anestezie
- c. Tratament ortodontic - perioadă de așteptare 2 ani și coplată 50% până la vârsta de 18 ani
 - Aparat dentar
 - Aparat de retenție (retainer)

2.3.8.2. Optică (disponibilă doar împreună cu opțiunea Tratament dentar)

Vom plăti, în limitele menționate în [tabelul de beneficii](#), costurile pentru un test vizual sau ocular/an de asigurare și al ochelarilor/lentilelor de contact, după o perioadă de așteptare de 6 luni, ulterioară aderării la acest plan. Ochelarii/lentilele de contact trebuie să fie prescrise de către un oftalmolog. Ochelarii de soare nu sunt acoperiți.

3. Condiții generale

3.1. Contractul de asigurare

Contractul de asigurare este reglementat de termenii și condițiile generale de asigurare, formularul privind analiza nevoilor clientului (DNT), documentul privind informațiile esențiale ale produsului (PID), formularul de aplicare/cerere de asigurare, oferta de asigurare, polița/certificatul de asigurare și anexe, documente declarative/suplimentare (dacă este cazul), corespondența între asigurător și contractantul poliței și alte documente solicitate de asigurător, inclusiv, dar fără a se limita la: date cu privire la starea de sănătate, ocupația și hobby-urile.

Contractul de asigurare se încheie între asigurător (Allianz-Tiriac Asigurări S.A.) și contractantul poliței. Contractantul poliței are obligația să informeze persoanele asigurate cu privire la termenii și condițiile generale de asigurare și ale poliței, inclusiv să comunice Notificarea privind prelucrarea datelor. Contractul de asigurare se încheie nominal pentru toate persoanele asigurate eligibile și/sau membrii grupului, cu actualizarea listelor cu personalul și cu includerea noilor membri în poliță sau în grup, cu respectarea acoperirii legale, fiind valabil doar în raport cu persoanele nominalizate.

3.2. Forma și dovada încheierii contractului

Contractul și documentele de asigurare trebuie să fie încheiate în formă scrisă și transmise prin mijloace electronice. În cazul în care documentele de asigurare au fost pierdute sau distruse din cauza forței majore sau a cazului fortuit și nu este posibilă obținerea unui duplicat, existența și conținutul documentelor de asigurare pot fi dovedite cu orice mijloc de probă.

Prevederile de mai sus se aplică tuturor modificărilor contractului de asigurare. Încheierea contractului de asigurare se stabilește în baza ofertei de asigurare acceptată de către contractant, prin intermediul termenilor și condițiilor poliței, documentelor suplimentare/declarative (dacă este cazul) și prin plata, de către contractant, a primei de asigurare.

Documentele care atestă încheierea asigurării pot fi semnate prin mijloace electronice.

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229
 client@medihelp.ro

21 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară, sub numărul RBK-366/11.10.2006

3.3. Obiectul asigurării

Asigurarea de sănătate cu acoperire internațională My Global Health este compusă din pachete de asigurare care oferă acoperire pentru beneficiile prezentate în [tabelul de beneficii](#), în conformitate cu opțiunea selectată de contractantul poliței la momentul solicitării asigurării.

Acestea nu reprezintă compensații și nu au valoare de răscumpărare.

3.4. Perioada de reflecție

Dacă, la momentul citirii poliței, contractantul decide că aceasta nu îndeplinește cerințele sale, ne poate informa în termen de 30 de zile de la data de începere/aniversare a poliței. Va fi rambursată orice primă plătită, cu condiția să nu fi fost formulată nicio cerere de despăgubire și să nu fie formulată una ulterior. Contractul de asigurare va fi anulat.

3.5. Obligațiile persoanei asigurate

3.5.1. Persoana asigurată se angajează să transmită asigurătorului, prin intermediul MediHelp, următoarele documente:

- a. formularul de aplicare, semnat de persoana asigurată, în care să precizeze opțiunea privind planul de asigurare dorit, franșiza și frecvența de plată a primei de asigurare
- b. declarația privind starea de sănătate
 - persoana asigurată este de acord să justifice declarația/declarațiile date asigurătorului, în orice moment
 - dacă se dovedește rea-credință (declarații false ori reticența intenționată din partea asiguratului/contractantului), contractul de asigurare este nul ab initio, fiind considerat ca niciodată încheiat. Asigurătorul păstrează primele plătite, conform Codului Civil
 - dacă nu se poate stabili rea-credință (omisiune/neglijență fără intenție): contractul rămâne valabil, însă asigurătorul are dreptul fie să mențină contractul în condițiile de la data începerii, fie cu ajustarea primei sau a condițiilor, fie să rezilieze contractul cu un preaviz de 10 zile, cu restituirea părții din prima aferentă perioadei neacoperite
 - în plus, dacă omisiunea este descoperită după producerea evenimentului asigurat, despăgubirea va fi redusă proporțional cu diferența de primă care ar fi fost datorată sau poate fi refuzată numai în cazul în care, cunoscând adevărul, asigurătorul nu ar fi încheiat deloc polița

Asigurarea intră în vigoare odată ce prima de asigurare este achitată iar asigurătorul confirmă înregistrarea plății.

3.5.2. În cazul planului de grup, obligațiile angajatorului/contractantului și/sau angajatului/persoanei asigurate sunt:

- a. contractantul poliței va desemna o persoană în vederea administrării poliței de asigurare în conformitate cu termenii acesteia și cu orice document emis de asigurător. Responsabilul de contract trebuie să informeze în scris asigurătorul cu privire la orice schimbare a persoanei desemnate. Responsabilul de contract trebuie să informeze toți angajații cât mai curând posibil în cazul în care, din orice motiv, prezenta poliță de asigurare este reziliată sau nu mai este reînnoită sau prezenta poliță de asigurare trebuie să fie reziliată în conformitate cu prevederile [secțiunii 3.15](#) - „Încetarea sau suspendarea acoperirii”, astfel încât acești angajați să știe că acoperirea a încetat și că beneficiile nu se mai plătesc pentru costurile legate de tratament, suportate după data încetării valabilității poliței
- b. contractantul poliței și/sau angajatul/membrul asigurat trebuie să se asigure că toate datele și informațiile furnizate asigurătorului sunt corecte, exacte și complete

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229
 client@medihelp.ro

22 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de
brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară,
sub numărul RBK-366/11.10.2006

Cod condiții CGH25

- c. contractantul poliței și/sau angajatul/membrul asigurat trebuie să informeze în scris asigurătorul cu privire la orice modificare a adresei sau a datelor de contact sau a altor date cu caracter personal
- d. contractantul poliței și/sau angajatul/membrul asigurat trebuie să informeze asigurătorul cu privire la orice schimbare a țării principale de reședință
- e. contractantul poliței și/sau angajatul/membrul asigurat rămân responsabili pentru obligațiile care le revin în temeiul prezentei polițe de asigurare, chiar dacă aceștia au delegat toate sau o parte din acele obligații unui intermediar sau unui agent care va fi considerat agentul contractantului poliței și al angajatului/membrului asigurat
- f. contractantul poliței și/sau angajatul/membrul asigurat despăgubesc asigurătorul de și pentru orice costuri, pierderi și cheltuieli suportate de asigurător ca urmare a neîndeplinirii de către contractantul poliței și/sau angajatul/membrul asigurat, din orice motiv, a obligațiilor care îi revin în temeiul prezentei polițe de asigurare

3.6. Modificări

Putem modifica primele de asigurare, beneficiile, termenii și condițiile poliței. Aceste modificări nu se vor aplica până la data de aniversare a poliței.

Condițiile de asigurare iau în considerare prevederile legislative și reglementările în vigoare la data aniversării poliței. În cazul în care acestea sunt modificate în cursul perioadei contractuale, asigurătorul își rezervă posibilitatea de a revizui contractul, cel mai devreme de la data intrării în vigoare a noilor prevederi.

3.7. Subrogarea

Putem întreprinde demersurile necesare și exercita drepturile de subrogare. Acest lucru înseamnă că, în cazul în care persoana asigurată a suferit o vătămare sau pierdere care a avut ca urmare o cerere de despăgubire formulată în baza poliței, asigurătorul poate prelua dreptul acesteia de a obține despăgubiri de la partea care a cauzat vătămarea sau pierderea. Persoana asigurată trebuie să ofere asistență asigurătorului pentru exercitarea acțiunii în despăgubire împotriva persoanelor fizice responsabile pentru pierdere, prin furnizarea de informații și documente necesare.

3.8. Informații – Reclamații – Mediere

Pentru a formula o reclamație referitoare la standardul serviciului primit în baza poliței, trebuie să informezi Allianz-Tiriatic, prin intermediul MediHelp:

Str. Dr. Constantin Caracăș nr. 24, 011155 București, Romania

Telefon: (+40) 371 521 229; e-mail: client@medihelp.ro

În cazul în care nu ai primit o rezoluție definitivă în termen de 4 săptămâni de la data primirii reclamației, Allianz-Tiriatic va explica motivul întârzierii și va oferi un termen aproximativ de răspuns.

Rezoluția este definitivă și se întemeiază în baza dovezilor prezentate. În cazul în care consideri că există probe noi sau informații care pot modifica decizia, ai dreptul de a formula apel.

SOLUȚIONAREA DISPUTELOR

Orice neînțelegere decurgând din sau în legătură cu prezentul contract de asigurare se va soluționa pe cale amiabilă, iar în caz de nesoluționare amiabilă, litigiul se va deferi spre soluționare instanțelor competente de drept comun.

De asemenea, ai dreptul de a apela la entitatea de soluționare alternativă a litigiilor din domeniul financiar nebanca – SAL-Fin www.salfin.ro, în vederea concilierii, conform Normei ASF 22/2019, înainte de inițierea procedurii arbitrale. Utilizarea SAL-Fin este opțională și nu îngrădește dreptul părților de a recurge la arbitrajul menționat anterior sau la alte cai legale.

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229

 client@medihelp.ro

23 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracăș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară, sub numărul RBK-366/11.10.2006

Cod condiții CGH25

3.9. Protecția datelor

În scopul prestării serviciilor de asigurare, Allianz-Tiriac Asigurări S.A. și MediHelp prelucrează date cu caracter personal, în conformitate cu prevederile legale în materie de prelucrare a datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, precum Regulamentul (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor) și legislația locală aplicabilă.

Allianz-Tiriac Asigurări S.A. și MediHelp se angajează să mențină integritatea și confidențialitatea datelor cu caracter personal și să ia măsuri tehnice și organizatorice care să asigure securitatea datelor cu caracter personal transferate și prelucrate, astfel încât să fie asigurat nivelul corespunzător de securitate împotriva riscurilor potențiale. În acest sens Allianz-Tiriac Asigurări S.A. și MediHelp au încheiat un acord de prelucrare date care reglementează prelucrarea datelor de către cele două părți în ceea ce privește administrarea contractului de asigurare.

Informații detaliate privind protecția datelor și drepturile pe care le ai, modalitatea de exercitare a acestor drepturi, precum și datele de contact unde pot fi transmise solicitări referitoare la prelucrarea datelor cu caracter personal pot fi găsite la:

- Allianz-Tiriac: [Notificare privind prelucrarea datelor](#) din secțiunea “Aspecte Legale”, de pe site-ul www.allianztiriac.ro
- MediHelp: [Protectia datelor si confidentialitate | MediHelp International](#)

3.10. Informații privind reglementarea și legea aplicabilă

Asigurarea de sănătate cu acoperire internațională My Global Health este subscrisă de Allianz-Tiriac Asigurări S.A., cu sediul social în București, str. Buzești, nr. 82-94, etajele 3, 4, 12 și spațiul magazinului Concept, sector 1, înregistrată în Registrul societăților de asigurare administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară sub numărul RA-017.

Polița a fost emisă în conformitate cu și este reglementată de legislația română, incluzând, dar fără a se limita la, prevederile Codului civil, legile relevante privind asigurările și re-asigurările, regulamentul privind schimbul valutar și reglementările menționate în prezentele condiții de asigurare.

Adresa asigurătorului, unde vor putea fi transmise toate solicitările în cazul oricărui litigiu, soluționat de instanțele din România, care rezultă din sau în legătură cu contractul de asigurare, este a sediului social/sediului central, menționată mai sus.

Toate cheltuielile, impozitele aferente acestei asigurări sunt plătite în conformitate cu prevederile legale.

Prevederile acestor termeni și condiții generale de asigurare sunt completate de prevederile legale în domeniu, inclusiv legislația fiscală (Codul fiscal și orice act normativ adoptat în aplicarea acestuia).

Deduceri fiscale: în conformitate cu legislația fiscală, asigurarea voluntară de sănătate este deductibilă din punct de vedere fiscal în limita a 400 de euro/persoană/an, atât pentru angajator, cât și pentru angajat. Aceste specificații fiscale sunt valabile sub rezerva modificărilor Codului fiscal (Codul fiscal și orice act normativ adoptat în aplicarea acestuia).

Asigurătorul are sediul în România, este autorizat în conformitate cu legislația română și este reglementat de Autoritatea de Supraveghere Financiară. Prin urmare, persoanele asigurate, beneficiarii asigurării pot fi indemnizați/ despăgubiți în baza prezentului contract de asigurare. Despăgubirea este realizată de către Fondul de garantare a asiguraților, persoană juridică de drept public, în condițiile prevăzute de Legea 213/2015 privind Fondul de garantare a asiguraților, în caz de constatare a insolabilității asigurătorului.

Allianz-Tiriac, prin intermediul MediHelp, va încerca să soluționeze pe cale amiabilă orice litigiu referitor la contractul de asigurare și interpretarea acoperirii poliței. În acest scop, orice reclamație scrisă depusă de către persoana asigurată va fi analizată cu atenție și va fi finalizată prin prezentarea unui răspuns motivat,

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229
 client@medihelp.ro

24 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară, sub numărul RBK-366/11.10.2006

imediat și în formă scrisă, adresat persoanei care formulează calea de atac în termen de 30 de zile de la data primirii. În cazul în care litigiul nu poate fi soluționat pe cale amiabilă, persoana vizată se poate adresa Autorității de Supraveghere Financiară, Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorului, Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor SALFIN sau poate înainta chestiunea instanțelor competente și în conformitate cu legea română.

În cazul în care există modificări în ceea ce privește țara principală de reședință a persoanei asigurate, nu putem continua în mod legal să ne îndeplinim obligațiile care ne revin în baza poliței. În aceste împrejurări, putem rezilia polița persoanei asigurate, de la data la care s-a schimbat țara principală de reședință (unde locuiește în mod obișnuit) sau la o dată specificată, așa cum cele două părți au convenit, iar persoana asigurată are dreptul la o rambursare pro rată a primei necuvenite din prima plătită.

3.11. Limitarea sancțiunilor și clauza de excludere

Asigurătorul nu este obligat să ofere acoperire și nu răspunde pentru plata oricărei cereri de despăgubire sau pentru furnizarea oricărui beneficiu conform prezentului document, în măsura în care furnizarea acelei acoperiri, plata acelei cereri de despăgubire sau acordarea acelui beneficiu ar expune asigurătorul oricărei sancțiuni, interdicții sau restricții în temeiul rezoluțiilor Națiunilor Unite sau sancțiunilor economice sau comerciale, legilor sau reglementarilor Uniunii Europene, Regatului Unit, Statelor Unite ale Americii sau oricărei alte legi sau reglementari aplicabile.

În cazul în care persoana asigurată sau un membru al familiei sunt, direct sau indirect, supuși unor sancțiuni economice, inclusiv sancțiuni aplicate împotriva țării în care locuiesc în mod obișnuit, ne rezervăm dreptul de a întreprinde una din următoarele:

- încetarea imediată a acoperirii (chiar dacă persoana asigurată are permisiunea unei autorități relevante de a continua acoperirea sau de a plăti primele)
- încetarea plății cererilor de despăgubire aferente poliței (chiar dacă persoana asigurată are permisiunea unei autorități relevante de a continua acoperirea sau de a plăti primele)
- anularea poliței sau eliminarea imediată a unui membru de familie, fără nicio notificare

Te vom informa, în cazul în care vom întreprinde aceste demersuri.

În cazul în care persoana asigurată știe că ea sau un membru al familiei (sau angajații, în cazul unui plan de grup) se află pe o listă de sancțiuni sau sunt supuși unei restricții similare, trebuie să ne informeze în termen de 7 zile de la data la care au luat cunoștință de aceasta.

3.12. Altă asigurare

În cazul în care există o altă asigurare privată care asigură oricare dintre beneficiile furnizate în baza acestei polițe, în legătura cu care se formulează o cerere de despăgubire, trebuie să informezi asigurătorul, la momentul prezentării cererii de despăgubire. Acesta va fi obligat să plătească sau să contribuie cu proporția evaluată ca fiind corespunzătoare.

În cazul în care ai fost despăgubit pentru toate sau unele dintre costurile aferente daunei din altă sursă sau asigurare, asigurătorul acestei polițe are dreptul să recupereze/ramburseze compensațiile plătite.

Asigurătorul acestei polițe își rezervă dreptul să deducă rambursarea din decontările în curs sau viitoare, ale cererilor de despăgubire ale persoanei asigurate sau de a rezilia polița acesteia de la data încheierii, fără rambursarea primei.

3.13. Data intrării în vigoare a acoperirii

Acoperirea în baza asigurării de sănătate cu acoperire internațională My Global Health începe după ce este confirmată plata primei de asigurare, menționată în polița de asigurare. Polița este reînnoită anual, după un an de contract de asigurare, cu excepția cazului în care asigurătorul și persoana asigurată/angajatorul convin altfel.

Odată ce contractul a intrat în vigoare, acoperirea începe să-și producă efectele la următoarele date:

- dacă persoana asigurată s-a înscris la data intrării în vigoare a poliței individuale: la data de început menționată în poliță
- dacă persoana asigurată s-a înscris după data intrării în vigoare a poliței individuale: la data plății primei, dată menționată în poliță

Acoperirea pentru persoanele dependente, așa cum este definită în [secțiunea 2](#) – „Persoane asigurate, beneficii și servicii”, își produce efectele la același moment ca și acoperirea pentru membrul principal sau imediat ce persoanele vizate îndeplinesc cerințele acoperirii.

În ceea ce privește planul de grup, înscrierea își produce efectele doar atunci când contractantul poliței oferă asigurătorului lista nominală a membrilor și categoriile de personal care urmează a fi acoperite, precizând angajații și persoanele dependente care trebuie să fie acoperite. Asigurătorul are dreptul să refuze înscrierea sau furnizarea acoperirii în cazul în care criteriile prevăzute în termenii și condițiile generale nu sunt îndeplinite sau ca urmare a unei decizii de subscriere. De asemenea, asigurătorul poate solicita orice alte informații care ar putea fi considerate necesare și care trebuie furnizate înainte ca asigurarea să își producă efectele.

Acoperirea își produce efectele pentru fiecare membru al categoriei acoperite, la data la care asigurătorul a primit lista nominală menționată mai sus. Acoperirea își produce efectele în raport cu persoanele dependente la aceeași dată ca și în cazul membrului principal care îi aduce în asigurare sau atunci când aceștia îndeplinesc cerințele privind acoperirea, oricare dintre acestea este mai recentă.

Polița poate fi emisă doar în condițiile în care persoanele asigurate au fost nominalizate în contract, iar prima de asigurare a fost plătită. Persoanele nominalizate devin eligibile în vederea acoperirii, de la data înscrierii în contractul de asigurare.

Asigurătorul își rezervă dreptul de a anula sau de a modifica termenii prezentei polițe în cazul în care descoperim că oricare dintre angajați/colaboratori nu lucrează în mod activ la momentul la care era înscris în vederea acoperirii în asigurare. Acoperirea pentru persoanele dependente eligibile trebuie să fie făcută pe același plan ca și cel al angajatului, sub rezerva cerințelor de eligibilitate convenite.

În cazul în care un angajat nu lucrează în mod activ la data la care acesta ar fi altfel eligibil pentru înscriere, atunci data înscrierii se amână până la prima sa zi de muncă activă în cadrul contractantului poliței. În cazul în care o persoană dependentă este în incapacitate sau internată în spital la data la care aceasta este eligibilă pentru acoperire în temeiul termenilor și condițiilor generale, data intrării în asigurare se amână până la data la care persoana dependentă s-a recuperat și a fost externată din spital.

În cazul în care o nouă persoană dorește să intre în asigurare, când aceasta este eligibilă sau când o persoană asigurată este eliminată din cadrul acoperirii pentru că nu mai este eligibilă, contractantul poliței este obligat să ne informeze în scris, în termen de 30 de zile de la data eligibilității acelei persoane, și de a solicita acoperirea sau de la data când aceasta nu mai este considerată angajat/colaborator sau persoană dependentă. În cazul în care se aprobă cererea privind o nouă persoană care intră în asigurare, vom actualiza lista asiguraților și vom modifica polița în mod corespunzător.

Doar contractantul poliței și asigurătorul dețin drepturi legale în temeiul prezentei polițe. Nicio clauză/niciun termen al acestei polițe nu va fi pus în aplicare de vreo altă persoană sau de alte părți.

3.14. Aniversarea poliței

Atât polița de asigurare individuală, cât și cea de grup, au aniversare anuală.

Înainte de sfârșitul fiecărui an de asigurare, vom informa contractantul poliței cu privire la noii termeni și noile condiții ale poliței. Polița va fi reînnoită conform noilor termeni și prime de asigurare, cu excepția cazului în care contractantul/titularul poliței solicită modificări sau rezilierea poliței.

Prima de asigurare va fi plătită prin aceeași metodă utilizată în anul anterior.

Tarifele de asigurare nu sunt garantate, iar prima care trebuie plătită la reînnoirea poliței se stabilește anual,

la fiecare dată aniversară a poliței, în funcție de: vârsta împlinită a fiecărei persoane asigurate, primele de asigurare în vigoare la acel moment și orice alți factori care pot afecta în mod semnificativ riscurile asigurate.

Pentru planurile de grup: angajatorul/compania trebuie să plătească prima la data scadentă menționată în notificare și în polița de asigurare. Orice notificare privind reînnoirea transmisă persoanei asigurate sau angajatorului are scop informativ și nu aduce atingere răspunderii contractantului de a plăti prima de reînnoire la data sau înainte de data aniversară a poliței. Vom stabili cuantumul primei la începutul fiecărui an. Angajatorul poate plăti prin modalitatea și la data agreeate în contractul de asigurare.

În conformitate cu termenii acestui contract, este necesar să comunici țara principală de reședință în momentul depunerii cererii de asigurare și te vom informa dacă oferim acoperire în țara respectivă. Dacă acceptăm cererea și, în timpul perioadei de acoperire sau la reînnoire, țara principală de reședință se schimbă, trebuie să comunici această informație și te vom informa dacă oferim acoperire în continuare. Acest lucru poate duce la modificarea primei.

Asigurarea nu include acoperire în S.U.A. și în alte câteva țări. Dacă îți vei stabili reședința într-una dintre aceste țări, acoperirea va înceta.

My Global Health este o asigurare de sănătate facultativă și nu substituie o asigurare de sănătate obligatorie. Este responsabilitatea fiecărei persoane de a fi asigurată în sistemul de asigurări sociale de sănătate al țării în care locuiește în mod obișnuit.

În cazul în care asigurătorul nu e informat cu privire la schimbarea țării principale de reședință, poate refuza plata solicitărilor de despăgubire.

3.15. Încetarea sau suspendarea acoperirii

Cu excepția ascunderii de informații cunoscute, omisiuni sau declarații false, nu poți fi exclus din asigurare, împotriva voinței tale.

Acoperirea încetează imediat, în momentul în care se produce oricare dintre următoarele evenimente:

- neplata primelor de asigurare, în conformitate cu termenii și condițiile de asigurare. Vom decide dacă repunem în vigoare polița, în cazul în care primele scadente sunt plătite și ne rezervăm dreptul de a modifica acoperirile furnizate inițial
- declarații false
- la inițiativa persoanei asigurate, în cazul unei cereri de reziliere la reînnoirea poliței sale
- decesul persoanei asigurate
- în cazul procedurilor de lichidare care îl privesc pe asigurător
- pensionarea persoanei asigurate, în situația în care face parte dintr-o poliță de grup
- persoana asigurată nu mai este angajată, în situația în care face parte dintr-o poliță de grup
- schimbarea țării principale de reședință, cu excepția cazului în care persoana asigurată/titularul poliței sau societatea (planul de grup) solicită acceptarea modificării de către asigurător, iar cererea este aprobată. Aceasta prevedere este supusă respectării legislației locale din țara principală de reședință
- S.U.A. devine țara principală de reședință a persoanei asigurate
- denunțare unilaterală de către contractant, cu preaviz scris de 20 de zile. Prima de asigurare se restituie în conformitate cu prevederile legale și cu aplicabilitatea condițiilor poliței, pentru perioada ulterioară denunțării unilaterale, respectiv pro rata temporis, cu excepția cazurilor în care s-a prevăzut altfel
- retragerea autorizației asigurătorului de către Autoritatea de Supraveghere Financiară
- datele de identificare personală ale titularului poliței/persoanei asigurate/persoanelor dependente se află pe listele oficiale ale persoanelor fizice și juridice suspectate de finanțarea actelor de terorism sau pe lista persoanelor supuse sancțiunilor internaționale. Datele de identificare personală sunt cele prevăzute de Ordinul CSA (acum ASF) nr.24/2008, cu modificarea ulterioară (Ordinul 5/2011), cu privire la implementarea Normelor referitoare la prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării terorismului prin intermediul pieței de asigurări. În aceste împrejurări, asigurătorul are dreptul să denunțe unilateral polița/certificatul de asigurare prin intermediul unei scrisori înregistrate, adresate contractantului/titularului poliței. Polița își încetează valabilitatea la ora 00:00 a zilei calendaristice

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229

 client@medihelp.ro

27 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de
brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară,
sub numărul RBK-366/11.10.2006

Cod condiții CGH25

imediat următoare datei de trimitere a scrisorii asiguratului, prin care informează titularul poliței cu privire la rezilierea poliței

- titularul poliței/persoana asigurată/persoanele dependente refuză să ofere informații sau documente privind identificarea acestora în conformitate cu reglementările SCR (Standardul Comun de Raportare) sau cu orice altă reglementare legală valabilă
- împlinirea vârstei maxime care poate fi permisă în temeiul acestui contract
- forță majoră, în conformitate cu legile în vigoare

Acoperirea pentru dependenți, așa cum sunt definiți în [secțiunea 2](#) – „Persoane asigurate, beneficii și servicii”, este reziliată (sau suspendată) în același moment cu acoperirea membrului principal sau a membrului grupului (angajatului care îi aduce în asigurare).

Rezilierea acoperirii conduce la anularea dreptului la acoperire pentru toate îngrijirile medicale furnizate după data rezilierii, chiar dacă acestea au început sau au fost prescrise înainte de această dată, atât pentru persoana asigurată sau angajat, în temeiul planului de grup, cât și pentru persoanele aflate în întreținerea acesteia/acestui.

4. Excluderi

4.1. Riscuri și beneficii excluse

Asiguratul nu plătește niciun beneficiu, niciunei persoane asigurate, care rezultă din sau este cauzat de sau asociat, direct sau indirect, cu una dintre următoarele:

1. Cheltuielile pentru tratamentul sau procedurile medicale ori stomatologice, pentru care nu se specifică în mod expres în poliță că sunt acoperite
2. Sumele care depășesc limitele poliței
3. Franșa sau coplata, specificate în polița de asigurare
4. Cererile de despăgubire care implică fraudă, declarațiile false, tăinuirea sau consecințele acestora
5. Cererile de despăgubire care derivă din:
 - a. vătămare auto-provocată (inclusiv sinuciderea sau tentativa de sinucidere), ca urmare a unor acte comise cu intenție sau a neglijenței grave
 - b. auto-expunerea inutilă la un pericol (cu excepția unei tentative de a salva o viață umană), ca urmare a unor acte comise cu intenție sau a neglijenței grave
 - c. călătoria efectuată cu nerespectarea sfatului medical
6. Tratamentele, consultațiile, investigațiile sau costurile legate de pierderea părului și orice înlocuire a părului, cu excepția cazului în care pierderea părului este cauzată de un tratament împotriva cancerului. Costul perucilor, necesare în cursul tratamentului cancerului, se despăgubesc în limita a 200 de euro
7. Protezele și dispozitivele externe, materialele auxiliare fizice, dispozitivele, cu excepția cazului în care beneficiul este inclus în planul de asigurare ales
8. Costurile aferente tratamentului paliativ, cu excepția cazului în care beneficiul este inclus în planul de asigurare ales
9. Tratamentul, consultațiile, investigațiile sau costurile legate de consumul de droguri și substanțe (inclusiv alcool), orice dependență sau alte condiții de dependență și/sau orice afecțiuni care decurg din acestea sau ca urmare a acestora
10. Tratamentul, consultațiile, investigațiile sau costurile care decurg din, sau sunt legate de: contracepție, sterilizare, fertilizare, vasectomie, boli venerice, infecții cu transmitere sexuală, orice procedură chirurgicală de schimbare a sexului, consiliere și psihoterapie, terapie sexuală, disfuncții sexuale; orice tratament, consultații sau investigații legate de infertilitate sau orice formă de reproducere asistată, inclusiv stabilirea sarcinii și orice complicații ulterioare. Infecția cu HPV (Virusul Papiloma Uman) este acoperită doar pentru teste de diagnostic și monitorizare. Tratamentul pentru HPV nu este acoperit
11. Tratamentul, consultațiile, investigațiile sau costurile efectuate exclusiv pentru ameliorarea simptomelor asociate în mod obișnuit cu schimbările corporale, care apar din orice cauză fiziologică sau naturală,

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229
 client@medihelp.ro

28 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară, sub numărul RBK-366/11.10.2006

cum ar fi îmbătrânirea, menopauza sau pubertatea, și care nu se datorează unei boli, afecțiuni sau leziuni de bază

12. Călătoria în afara zonei geografice standard de acoperire, indicată pe certificatul de asigurare, pentru un număr de zile mai mare decât cel menționat în [tabelul de beneficii](#), în cursul unui an de asigurare
13. Cererile de despăgubire care rezultă din leziunile sau defectele la naștere, din afecțiuni congenitale și ereditare la mai mult de 90 de zile de la naștere, în conformitate cu planul de asigurare ales, sau afecțiuni congenitale și ereditare, în cazul copiilor rezultați din orice tratament de fertilizare sau din orice metodă de reproducere sau procreare asistată, adopție sau rezultați din reproducere umană asistată prin intermediul unei mame surrogat
14. Implantul de inimă artificială
15. Costurile rezultate după expirarea perioadei actuale de asigurare, cu excepția cazului în care polița a fost reînnoită pentru 12 luni ulterioare
16. Costurile care depășesc 50.000 de euro pe durata vieții fiecărei persoane asigurate, pentru îngrijirea sau tratamentul medical care rezultă din maladia virusului imunodeficienței umane, inclusiv sindromul imunodeficienței dobândite (SIDA) sau complexul de demență SIDA (ADC) și orice infecții, maladii, leziuni sau afecțiuni medicale similare care decurg din aceste afecțiuni, indiferent de modul în care sunt cauzate
17. Medicamentele și alte produse medicamentoase procurate fără rețetă din partea medicului, medicamentele, vaccinările și controalele de rutină sau preventive, cu excepția cazului în care sunt incluse în planul de asigurare ales
18. Tratamentul, consultațiile, investigațiile sau costurile legate de un tratament cosmetic sau estetic pentru îmbunătățirea aspectului oricărei părți a corpului, indiferent dacă este sau nu în scopuri medicale sau psihologice, precum și orice costuri de tratament asociate, care decurg dintr-un astfel de tratament; orice tratament, consultații sau investigații care au legătură cu, sau sunt necesare din cauza unui tratament cosmetic anterior sau a unei intervenții chirurgicale de reconstrucție
19. Chirurgia reconstructivă, cu excepția cazului în care aprobăm în scris, în prealabil, costul tratamentului, iar prima intervenție chirurgicală reconstructivă a persoanei asigurate este rezultatul unui accident sau cu excepția cazului unei intervenții chirurgicale pentru o afecțiune care a fost acoperită de această poliță și cu condiția ca asiguratul să fi fost acoperit în mod continuu pe poliță înainte de producerea accidentului sau a intervenției chirurgicale
20. Tratamentul, consultațiile, investigațiile sau costurile legate de îndepărtarea grăsimii sau a altor țesuturi corporale excedentare și orice consecințe ale unui astfel de tratament medical, obezitate sau care este necesar din cauza obezității, pierderea în greutate, monitorizarea sau controlul greutății (cum ar fi cursurile de slăbire, suplimentele și medicamentele), chirurgia bariatrică sau complicațiile care rezultă din chirurgia bariatrică, montarea unei benzi gastrice, crearea unui manșon gastric sau alt tratament, tulburări alimentare de orice fel
21. Chirurgia, procedurile, tratamentul, consultațiile, investigațiile sau costurile pentru corectarea miopiei sau a oricărui alt defect de vedere sau de refracție (cum ar fi miopie, hipermetropie, astigmatism), cu excepția cazului în care a fost consecința unui accident produs în perioada de asigurare; tratamentul de corectare a astigmatismului este acoperit doar în cazul în care acesta a fost cauzat de înlocuirea chirurgicală a lentilelor oculare, rezultată dintr-un eveniment asigurat. Această excludere nu se aplică pentru defectele de vedere care decurg din keratoconus
22. Tratamentul, consultațiile, investigațiile sau costurile referitoare la tulburări de somn, apnee, insomnie, sforăit sau alte probleme de respirație legate de somn
23. Tratamentul, consultațiile, investigațiile sau costurile legate de testele genetice, inginerie genetică sau de screening genetic, pentru a verifica dacă:
 - persoana asigurată suferă de o afecțiune medicală, dar nu prezintă niciun simptom; sau
 - persoana asigurată are un risc genetic de a dezvolta o afecțiune medicală în viitor; sau
 - există un risc genetic ca persoana asigurată să transmită o afecțiune medicală
24. Consultațiile, investigațiile sau tratamentul medical, acordate de către un medic sau consultant/terapeut în terapii complementare, dacă respectivul medic este asociat persoanei asigurate, cu excepția cazului în care a fost aprobat anterior de noi. Prin asociat, înțelegem membrul de familie,

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229
 client@medihelp.ro

29 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de
brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară,
sub numărul RBK-366/11.10.2006

apropiat al persoanei asigurate, asociații în afaceri, partenerii de afaceri, angajatorul sau angajatul acesteia

25. Tratamentul, consultațiile sau costurile pentru crioconservarea, recoltarea sau stocarea de celule stem, spermă, ovule sau cordonul ombilical, pentru utilizare viitoare; orice tratament, transfer sau transplant de celule stem, inclusiv orice complicații aferente cauzate de astfel de proceduri; implantarea sau reimplantarea de celule vii sau țesuturi vii, fie autologe sau furnizate de un donator, altele decât cele pentru transplanturi de țesuturi, așa cum sunt definite în [tabelul de beneficii](#). Costurile de îndepărtare a celulelor sau țesuturilor vii de la persoana asigurată, pentru a le implanta sau reimplanta, și orice complicație cauzată de o astfel de procedură
26. Cererile de despăgubire, în legătură cu participarea persoanei asigurate la sporturi profesionale, rezultate din antrenamentul sau participarea la orice sport pentru care persoana asigurată este plătită, primește bursă, sponsorizare, sau în cazul în care concurează pentru un premiu în bani; orice sport periculos/extrem sau activitate periculoasă/extremă, cum ar fi: sporturi cu motor, sporturi aeriene, scufundări mai jos de 30 de metri în cazul în care persoana asigurată nu deține un certificat PADI (Asociația Internațională a Instructorilor de Scufundare), orice activitate care implică animale, competițiile de viteză, cățărarea liberă sau alpinismul (cu sau fără corzi), drumeția montană la peste 2.500 de metri altitudine, bungee jumping, parașutism, BASE jumping, săriturile în apă de pe stânci, arte marțiale, box, lupte de corp, K1, schiatul în afara pistei sau cursele de orice formă (în afară de maraton). În cazul în care un sport/o activitate periculoasă nu este menționată în listă, persoana asigurată trebuie să ne contacteze, pentru a stabili dacă este acceptabilă din punct de vedere al asigurării, înainte de aplicarea acoperirii
27. Cererile de despăgubire care rezultă din situația în care persoana asigurată se află sub autoritate militară, este angajată în activități care implică utilizarea armelor de foc, lupta fizică sau într-o zonă de conflict militar
28. Cheltuielile aferente operațiunilor de căutare și salvare, destinate găsirii persoanei asigurate, în munți, la mare, în deșert, în junglă sau locații îndepărtate similare, inclusiv costurile aferente salvării pe mare/în aer, în vederea evacuării către țărm, de pe un vas sau de pe mare
29. Cazarea, tratamentele, consultațiile, investigațiile sau costurile într-un azil de bătrâni, hidro, spa, clinică naturistă, refugiu de sănătate și altele asemenea sau un spital, în cazul în care unitatea în cauză a devenit efectiv domiciliul sau reședința permanentă a persoanei asigurate și/sau internarea este organizată în totalitate sau parțial din motive domestice sau pentru confortul persoanei asigurate
30. Recuperarea, cu excepția cazului în care face parte integrantă din tratamentul medical primit în calitate de pacient spitalizat, se efectuează sub controlul sau supravegherea medicală a unui medic specialist și este efectuat într-o unitate de recuperare recunoscută
31. Evaluarea medicală, gradarea oricărui tratament, consultațiile, investigațiile sau costurile legate de dezvoltarea neurologică, dezvoltarea cognitivă, dificultățile de învățare, întârzieri de vorbire, problemele educaționale, etapele de dezvoltare, dezvoltarea fizică, dezvoltarea psihologică, hiperactivitatea, tulburările de deficit de atenție, autismul, dislexia, problemele de comportament sau dezvoltarea copilului
32. Tratamentul, consultațiile, investigațiile sau costurile pentru tulburări mentale sau nervoase, tratamentul psihiatric și costurile unui psihoterapeut, psiholog, terapeut de familie sau consilier comportamental, dacă nu sunt incluse în planul de asigurare ales
33. Cererile de despăgubire cauzate de, sau la care contribuie în orice mod, utilizarea sau eliberarea oricărei arme, dispozitiv nuclear, agent chimic, biologic sau amenințarea cu acestea
34. Cererile de despăgubire care rezultă din război, invazie, act al inamicului străin, ostilități (indiferent dacă războiul este declarat sau nu), acte de terorism, război civil, revoltă, revoluție, insurecție, putere militară sau uzurpată ori participarea la tulburări sau rebeliune civilă de orice tip
35. Cheltuielile care, la momentul producerii, sunt sau ar fi acoperite, dacă nu ar exista această poliță, de orice altă poliță de asigurare privată existentă. În cazul în care există orice altă acoperire în vigoare, care poate plăti în ceea ce privește evenimentul pentru care persoana asigurată solicită despăgubire, respectiva persoană trebuie să ne informeze la momentul la care ne contactează pentru prima dată

36. Excluderea specifică de la [secțiunea 2.3.5.2](#) – „Servicii de transplant”: costurile asociate cu localizarea unui organ sau țesut de înlocuire (așa cum este definit) sau orice costuri suportate în legătură cu prelevarea organului sau țesutului de la donator, costurile de transport ale organului sau țesutului și toate costurile de administrare asociate, toate costurile asociate cu organul sau țesutul, nespecificate în sensul explicațiilor beneficiului pentru transplantul de organe sau a transplantului de țesut
37. Indemnizația pentru sarcină sau maternitate, în cazul în care nu este inclusă în planul de asigurare ales. Excluderea specifică de la [secțiunea 2.3.5.5](#) – „Indemnizația de maternitate”:
- întreruperile de sarcină, altele decât pierderea sarcinii, sarcină ectopică și nașterea de copii morți
 - cursuri prenatale sau costurile cu moșitul, atunci când nu sunt direct asociate cu nașterea
 - complicațiile care pot apărea în cursul sau ca urmare a unei nașteri la domiciliu, planificată
 - transferul unei femei însărcinate la spital pentru o naștere de rutină, cu excepția cazului în care este necesar din punct de vedere medical și din cauza complicațiilor medicale
 - costul tratamentului care nu a avut loc (de exemplu, ca parte a pachetului de tratamente)
38. Excluderea specifică de la [secțiunea 2.3.6.3](#) – „Evacuarea medicală de urgență internațională”:
- orice costuri de transfer subsecvente, care rezultă din același eveniment asigurat, după ce am adus persoana asigurată la locul de reședință
39. Menținerea artificială a vieții pentru mai mult de 60 de zile continue, în cazul în care persoana asigurată se afla într-o stare vegetativă persistentă și este ținută în viață doar de intervenția medicală, cum ar fi ventilația mecanică
40. Afecțiunile pre-existente și orice afecțiuni medicale aferente, asociate sau consecutive, care nu au fost dezvoltate asigurătorului înainte de perioada de asigurare și cu privire la care nu a fost transmis acordul scris, în temeiul prezentei polițe
41. Tratamentele sau medicamentele care nu au fost stabilite ca fiind eficiente sau care sunt experimentale și orice medicamente neetichetate sau tehnici medicale, chirurgicale de pionierat și/sau dispozitive medicale neaprobatе de autoritățile relevante sau consiliile guvernamentale de reglementare medicală
42. Chirurgia robotică, cu excepția prostatectomiei, nefrectomiei parțiale sau pieloplastiei, prin utilizarea robotului Da Vinci. Pentru orice intervenții chirurgicale asistate robotic, altele decât cele trei menționate ca fiind acoperite în termenii poliței, plata poate fi luată în considerare doar până la costurile convenționale ale intervenției chirurgicale respective. Diferența va fi suportată de către persoana asigurată
43. Taxele aferente emiterii raportului medical, taxele de administrare aplicate de furnizorul medical sau de medic sau orice costuri care nu sunt direct legate de tratamentul necesar din punct de vedere medical, cum ar fi, dar fără a se limita la, completarea sau furnizarea informațiilor solicitate în formularele de cereri de despăgubire
44. CTGTP (produse de terapie celulară, tisulară și genică) și ATMP (produse medicamentoase pentru terapie avansată), sau RMAT (terapie avansată de medicină regenerativă, inclusiv orice spital asociat, proceduri, teste sau costuri ale specialiștilor
45. Costurile, în cazul în care persoanei asigurate i se cere să stea în carantină, dar nu are nevoie de tratament sau îngrijire medicală, ca pacient internat. Aceasta include carantina impusă de stat, chiar dacă are loc într-un spital
46. Tratamentul, consultațiile, investigațiile sau costurile legate de produse sau indicații legate de canabisul medical, chiar și din motive medicale, atunci când acesta este considerat ilegal în jurisdicția în care se obține tratamentul și/sau în absența unei aprobări de reglementare demonstrabile a medicamentului de către Agenția de Reglementare a Medicamentelor și a Produselor de Sănătate (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency - MHRA), în cazul în care tratamentul urmează să fie furnizat în Regatul Unit; sau de către Agenția Europeană pentru Medicamente (European Medicines Agency - EMA), în cazul în care tratamentul urmează să fie furnizat în Europa, dar în afara Regatului Unit; sau de către Administrația SUA pentru Alimente și Medicamente (Food and Drug Administration - FDA), în cazul în care tratamentul urmează să fie furnizat în afara Europei

5. Gestionarea și administrarea cererilor de despăgubire

5.1. Administratorul de plan

Allianz-Țiriac Asigurări S.A. a desemnat MediHelp Customer Care S.R.L., entitate ce face parte din grupul MediHelp, să acționeze drept prestator al următoarelor servicii: gestionarea pre-autorizărilor, a cererilor de despăgubire și servicii de comunicare cu clienții („Serviciile”), în cazul planurilor de asigurare de sănătate cu acoperire internațională My Global Health și subscrise de către asigurător.

5.2. Procese generale

Pentru solicitări despre cereri de despăgubire, întrebări despre poliță, cereri de pre-autorizare, evacuare și repatriere*, ne poți contacta la (+40) 371 521 229, sau poți trimite un e-mail la client@medihelp.ro

*Consultă [secțiunea 2.3.6.](#) - „Servicii de asistență” pentru detalii referitoare la serviciile disponibile.

5.3. Proceduri privind cererile de despăgubire

5.3.1. Ratele de schimb

În cazul în care, pentru plata unei despăgubiri către persoana asigurată, este necesară efectuarea unei conversii valutare, vom folosi cursul de schimb istoric, listat de Banca Națională a României, aplicabil în ziua tratamentului ambulatoriu sau cu spitalizare de zi și în ziua internării pentru tratamentul în regim de spitalizare.

Nu acoperim pierderile ce pot fi suferite din cauza fluctuațiilor cursului de schimb valutar.

5.3.2. Ce se întâmplă în cazul efectuării unei plăți eronate către persoana asigurată

Dacă transferăm în mod accidental o sumă în plus, este necesar să o returnezi în cel mai scurt timp.

Dacă identifici o o plată în plus, este necesar să anunți imediat, astfel încât să dispunem returnarea banilor.

Vor fi rambursate toate costurile medicale rezonabile și uzuale, conform planului de asigurare ales și al [tabelului de beneficii](#). În vederea rambursării cheltuielilor medicale, sunt necesare următoarele:

- toate documentele aferente afecțiunii, emise de către medicul curant - raportul medical complet și/sau scrisoarea de trimitere
- factura detaliată, pentru serviciile medicale efectuate
- dovada plății
- cererea de despăgubire, completată integral

Termenul de depunere a unei cereri de despăgubire este de până la 6 luni de la data accesării serviciului medical.

În cazul în care sunt necesare documente suplimentare, te obligi:

- să ne transmiți documentele suplimentare în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la recepționarea solicitării. În caz contrar, cererea de despăgubire va fi suspendată automat până la furnizarea detaliilor suplimentare solicitate, dar nu mai târziu de 2 ani de la data evenimentului, termen după care cererea de despăgubire va fi respinsă prin prescriere
- să facilitezi eventualele investigații referitoare la circumstanțele producerii riscului asigurat

În caz de nerespectare a termenului de avizare a evenimentului și a obligațiilor anterior menționate, ne rezervăm dreptul de a refuza îndeplinirea obligațiilor asumate prin contractul de asigurare, dacă din acest motiv nu am putut determina cauza și circumstanțele producerii riscului asigurat.

Dreptul la acțiune, întemeiat pe un raport de asigurare sau reasigurare, se prescrie în termen de 2 ani. Termenul începe să curgă de la data producerii riscului asigurat. Persoana asigurată este răspunzătoare să depună cererea de despăgubire în interiorul termenului de prescripție.

Orice copii, fotocopii sau duplicate ale facturilor aferente tratamentului ambulatoriu, care depășesc 500 de euro per factură, vor fi acceptate în vederea rambursării costurilor. Documentele originale trebuie păstrate pe toată perioada instrumentării dosarului, pentru a le pune la dispoziția asigurătorului în situația unei solicitări exprese din partea acestuia. În situația în care vei fi în imposibilitatea transmiterii documentelor originale, dacă au fost solicitate, avem dreptul de a refuza integral cererea de despăgubire.

În cazurile în care există ghiduri standard ale industriei de asigurări, le putem consulta la momentul evaluării și plății cererilor de despăgubire. Nu pot fi plătite costurile care depășesc limitele stabilite în ghidurile standard publicate ale industriei sau care depășesc costurile rezonabile și uzuale.

Nu vom plăti pentru tratamentul care este necorespunzător în baza practicii medicale și clinice consacrate și avem dreptul să analizăm tratamentul persoanei asigurate, atunci când este just pentru a acționa în acest sens.

Vom folosi ghiduri publicate de un departament de sănătate guvernamental sau de un organism medical oficial din țara în care este urmat tratamentul sau vom utiliza un serviciu pentru a decide dacă tarifele se încadrează în limitele obișnuite. De asemenea, putem folosi date anonimizate privind daunele sau datele de la partenerii locali ca punct de referință atunci când evaluăm daunele.

5.4. Decontarea directă, pre-autorizarea și cardul de plată

5.4.1. Pre-autorizarea în cazul tratamentului în regim de spitalizare

Trebuie să contactezi MediHelp Customer Care cu minimum 5 zile lucrătoare înainte, pentru tratamentul planificat în regim de spitalizare de zi sau de noapte pentru pre-autorizare. În caz contrar, este posibil ca cererea de despăgubire să nu fie platită.

Pentru a putea verifica eligibilitatea solicitării de pre-autorizare, întotdeauna trebuie să comunici: data de debut și simptomele, costul estimat, furnizorul ales, serviciul medical solicitat și specializarea, precum și alte informații și note medicale.

În situația autorizării în prealabil a unui tratament care se dovedește, în cele din urmă, că a fost în legătură cu o afecțiune exclusă de poliță, de exemplu, un tratament pentru o afecțiune pre-existentă nedeclarată și neacceptată, vei fi responsabil pentru toate costurile, inclusiv cele decontate de noi. În astfel de cazuri, trebuie să rambursezi toate costurile plătite.

Pentru tratamentul în regim de spitalizare de zi sau de noapte, la un spital partener, cu decontare directă:

- lista partenerilor medicali poate fi consultată pe www.allianztiriac.ro sau
- pot fi solicitate informații la telefon: (+40) 371 521 229 sau
- poate fi transmisă o solicitare la adresa e-mail: client@medihelp.ro

Pentru tratamentul în regim de spitalizare de zi sau de noapte în alte spitale, unele nu sunt acceptate pentru decontare directă. Acest lucru poate fi cauzat de faptul că nu îndeplinesc criteriile noastre pentru facturare directă. Este necesar ca persoana asigurată să verifice dacă între unitatea sau spitalul respectiv și asigurător există posibilitatea de decontare directă. În cazul în care optezi pentru efectuarea tratamentului fără pre-autorizare, beneficiul eligibil nu poate fi plătit în cuantum mai mare de 80% din costurile uzuale și rezonabile, după scăderea oricărei franșize sau coplăți.

Important: Nu trebuie să recunoști nicio răspundere sau să faci o ofertă, promisiune sau plată fără acordul nostru prealabil.

În cazul urgențelor

Dacă ești în imposibilitatea fizică de a ne contacta imediat, o persoană desemnată de tine trebuie să ne contacteze cât mai curând posibil, în numele tău. Alternativ, este necesar să se asigure că spitalul are cunoștință despre faptul că pacientul are o asigurare valabilă cu noi. Ulterior, vom lua legătura cu

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229
 client@medihelp.ro

33 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară, sub numărul RBK-366/11.10.2006

Cod condiții CGH25

reprezentanții spitalului pentru a încerca organizarea procedurii de decontare directă. În aceste cazuri, nu este neobișnuit ca spitalul să solicite un depozit în numerar sau să blocheze suma respectivă din cardul de credit al persoanei asigurate, până la realizarea unei conexiuni între noi și spital. În cazul în care tratamentul planificat este eligibil, putem confirma furnizorului medical nivelul cheltuielilor acoperite pentru tratament și putem autoriza tratamentul, sub rezerva termenilor și condițiilor poliței. Această prevedere este condiționată de acceptarea decontării directe de către furnizorul medical.

În afara programului de lucru menționat anterior, următorul număr de telefon trebuie să fie folosit în caz de urgențe, cereri de evacuare și repatriere: (+40) 371 521 229.

5.4.2. Pre-autorizare în cazul în care persoana asigurată deține un plan de asigurare cu acoperire geografică globală, inclusiv Statele Unite ale Americii:

Înainte de efectuarea oricărui tratament în S.U.A., trebuie să ne contactezi în vederea pre-autorizării acestor tratamente și servicii. Vom confirma dreptul persoanei asigurate la acoperirea costurilor aferente tratamentului propus, vom ajuta la identificarea unui furnizor adecvat și vom iniția legătura directă cu furnizorul medical pentru a stabili detaliile de decontare a costurilor.

În cazul în care optezi pentru efectuarea tratamentului în S.U.A. fără pre-autorizare, beneficiul eligibil nu poate fi plătit în cuantum mai mare de 50% din costurile uzuale și rezonabile, după scăderea oricărei franșize sau coplăți.

În cazul unui accident grav, care necesită tratament în regim de spitalizare de urgență imediat, tu sau un membru al familiei, trebuie să ne contactezi în termen de maximum 72 de ore de la acest accident. Beneficiul pentru tratamentul eligibil este plătit la costurile rezonabile și uzuale.

5.4.3. Carduri de plată

Cardurile de plată pot fi utilizate pentru prestarea serviciilor medicale în valoare de maximum 1.000 de euro/zi. Dacă planul de asigurare ales include o franșiză, cardul de plată este valabil după achitarea acesteia. De exemplu, dacă franșiza este 500 de euro, trebuie să plătești mai întâi franșiza, iar după franșiză, soldul cererii de despăgubire va fi eligibil.

Vei primi, de la MediHelp, un card de debit (card de plată) la data de începere a poliței, care trebuie să fie activat imediat ce este primit. Neefectuarea acestui demers poate reduce posibilitatea de a utiliza cardul atunci când este necesar.

Pentru planurile [Blue](#) și [Azure](#), nu vom emite carduri de plată, dacă ai optat pentru o franșiză mai mare de 500 de euro.

Cardurile de plată permit plata costurilor serviciilor medicale direct către furnizorul medical ales. Titularul cardului trebuie să informeze MediHelp telefonic, la (+40) 371 521 229, sau prin e-mail, la client@medihelp.ro, cu 48 de ore lucrătoare înainte de programarea medicală, furnizând următoarele informații: data apariției și simptomele, costul estimat, furnizorul ales, serviciul medical necesar și specialitatea.

În termen de 48 de ore de la data primirii tratamentului, ai obligația să transmiți către MediHelp toate documentele relevante (raportul medical, factura detaliată, etc).

6. Prime de asigurare

6.1. Tarife, baza de calcul și plata primei de asigurare

Contractantul este responsabil pentru plata primelor datorate în baza poliței. În cazul în care primele nu sunt plătite la data scadență, polița poate fi reziliată, iar plata cererilor de despăgubire poate fi refuzată.

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229
 client@medihelp.ro

Prima plată trebuie să fie efectuată în termen de maximum 7 zile calendaristice, de la data de intrare în asigurare pe care ai menționat-o în formularul de aplicare, care va fi data de început a poliței. În cazul în care prima plată nu este efectuată la timp, polița va fi anulată automat, cu efect imediat.

Data de începere a poliței trebuie să se încadreze în termenul de maximum 1 lună de la data la care a fost semnat formularul de aplicare. Dacă, în această perioadă, apar modificări ale oricărei informații din formularul de aplicare, trebuie să ne contactezi imediat, în vederea reevaluării acoperirii, în baza noilor informații.

Primele devin exigibile la data menționată în notificarea de plată. În cazul în care prima nu se plătește la data scadenței, se va aplica o perioadă de grație de 30 de zile, iar polița rămâne activă. În cazul în care plata nu este efectuată până la sfârșitul perioadei de grație, polița va fi suspendată și va rămâne așa pentru o perioadă suplimentară de 30 de zile. În cazul în care prima nu este plătită, polița va fi reziliată automat de la data scadenței primei neachitate. În cursul perioadei de suspendare nu este emisă nicio pre-autorizare, iar această prevedere se aplică și serviciilor medicale deja pre-autorizate și nu va fi plătită nicio cerere de despăgubire. După plata primelor și reactivarea poliței, vor fi luate în considerare cererile de despăgubire. Odată ce polița a fost reziliată, contractantul asigurării va trebui să solicite din nou acoperire și va trebui să completeze un nou formular de aplicare, care va fi supus subscrierii.

Prima poate fi plătită anual, semi-anual sau trimestrial, în conformitate cu opțiunea bifată pe formularul de aplicare. Primele sunt în euro și pot fi plătite prin transfer bancar sau platformă de plăți online, în contul indicat în notificarea de plată.

Prima de asigurare se calculează în baza evaluării riscului, iar valoarea depinde de vârsta persoanei asigurate, tariful corespunzător zonei din care face parte țara în care locuiește majoritatea anului, precum și de planul de asigurare ales, inclusiv acoperiri opționale, franșiza și aria geografică de acoperire. Quantumul primelor de asigurare este stabilit în certificatul de asigurare.

Primele pot fi revizuite anual, în conformitate cu prevederile contractului și ținând cont de rezultatele analizei tehnice a întregului portofoliu. Cu toate acestea, revizuirea primelor își produce efectele la data de aniversare anuală a poliței.

7. Definiții

Următoarele definiții se aplică beneficiilor incluse în planul de asigurare și unor alți termeni utilizați în mod obișnuit. Beneficiile sunt enumerate în [tabelul de beneficii](#). Ori de câte ori următoarele cuvinte/fraze apar în documentele contractuale, acestea vor fi definite, întotdeauna, după cum urmează:

Accident: leziune corporală neprevăzută și bruscă, cauzată de mijloace violente și externe.

Afecțiune cronică: afecțiune medicală care are cel puțin una dintre următoarele caracteristici:

- este expresia unor modificări fiziopatologice și/sau anatomopatologice ireversibile
- manifestările clinice și/sau paraclinice au debutat de mai mult de 90 de zile
- este incurabilă, deși manifestările clinice și/sau paraclinice pot fi absente pe perioade variabile
- evoluția este progresivă cu sau fără tratament
- evoluția este regresivă, dar există potențial permanent de recădere/recidivă/agravare/complicații
- necesită supraveghere medicală și/sau intervenție terapeutică constantă.

Afecțiune congenitală sau ereditară: afecțiune medicală, anormalitate, diformitate, boală, maladie, care a fost prezentă la momentul nașterii, a fost moștenită, transmisă de-a lungul generațiilor familiei persoanei asigurate, sau orice diformitate care apare în etapele prenatale ale sarcinii sau care este produsă la momentul nașterii. Acoperirea pentru afecțiunile congenitale și ereditare se aplică atât tratamentului în regim de spitalizare, cât și tratamentului în ambulatoriu, așa cum este specificat în [tabelul de beneficii](#).

Afecțiune preexistentă: orice boală, afecțiune sau traumatism survenit înainte de data începerii acoperirii asigurării (data intrării în vigoare a poliței), precum și orice consecință a acestora:

- orice afecțiuni pentru care asiguratul a beneficiat de investigații, tratament, consiliere ori medicație, anterior începerii prezentei asigurări
- orice semne sau simptome manifestate înainte de începerea asigurării, indiferent dacă au fost, sau nu, diagnosticate la momentul respectiv. Afecțiunile preexistente nu sunt acoperite de prezenta asigurare, exceptând situația în care au fost declarate expres în formularul de aplicare și acceptate în scris de asigurător, fiind înscrise în poliță ca afecțiuni acoperite

Definiția condiției pre-existente de mai sus, nu se aplică atunci când se referă la:

- asigurații adulți, în cazul cărora a trecut o perioadă de minimum 7 ani de la data încheierii protocolului oncologic, a avut loc recuperarea completă și se află în remisie completă, fără alte tulburări legate de cancer
- asiguratul al cărui diagnostic de cancer a fost pus înainte de vârsta de 18 ani, pentru afecțiunile oncologice pediatrice și pentru care a trecut o perioadă de minimum 5 ani de la data încheierii protocolului oncologic, a avut loc recuperarea completă și se află în remisie completă, fără alte tulburări legate de cancer.

Ambulatoriu: tratamentul medical oferit sau recomandat de un medic, care nu presupune, din punct de vedere medical, ca persoana asigurată să fie internată în spital sau în orice altă unitate medicală, în regim de spitalizare de zi sau de noapte, pentru a primi îngrijire.

An de asigurare: 12 luni de la data de începere a poliței sau ultima dată de aniversare a acesteia.

Aniversarea poliței: încheierea/reînnoirea poliței pentru a doua și următoarele perioade de asigurare, precum și acordarea protecției în baza asigurării, pentru următoarele perioade de asigurare.

Asigurător: societatea de asigurări care preia riscurile asigurate în temeiul prezentelor condiții de asigurare - Allianz-Tiriac Asigurări S.A.

Cancer: tumoră, țesuturi sau celule maligne, caracterizate prin creșterea și răspândirea necontrolată a celulelor maligne și de invazia țesutului.

Cheltuieli medicale: cheltuielile suportate, în legătură cu tratamentul acordat în urma unui accident sau îmbolnăviri, rezultate dintr-un eveniment asigurat.

Complicații ale sarcinii: afecțiunile medicale aferente sarcinii și nașterii și acoperă: sindromul antifosfolipidic, incompetența cervicală, sarcina ectopică, diabet gestațional (dacă persoana asigurată posedă excluderi din cauza istoricului medical anterior referitor la diabet, atunci acesta nu este acoperit, deoarece este exclus în mod specific), mola hidatiformă – sarcina molară, Hyperemesis gravidarum, colestaza obstetrică, pre-eclampsie/eclampsie, factorul (RH) Rhesus, pierderea sarcinii care necesită intervenție chirurgicală imediată, hemoragie post-partum, membrana placentară reținută.

Consultant medical: medicul generalist/specialist ales să ne consilieze pe tema cererilor de despăgubire formulate în temeiul poliței persoanei asigurate.

Consultații ale terapeuților și medicină complementară: consultațiile acordate de un osteopat, chiropractician, acupuncturist sau homeopat, înregistrat și aprobat în țara în care se primește tratamentul, ca urmare a recomandării unui medic generalist sau specialist. Acestea nu includ chiropodia sau podiatria.

Contractant: persoană fizică sau juridică, ce încheie contractul de asigurare cu asigurătorul și, în această calitate, are drepturile și obligațiile specificate în condițiile de asigurare.

Coplată: procentul neacoperit al costului, pe care persoana asigurată trebuie să îl plătească din costul unei cereri de despăgubire eligibile. Asigurătorul este responsabil pentru plata costului rămas după achitarea coplății.

Criza acută: deteriorare bruscă și neașteptată a unei boli cronice care nu face parte din evoluția normală a unei afecțiuni cronice.

Data de început a răspunderii asigurătorului: data la care protecția oferită de polița de asigurare începe să își producă efectele, așa cum se specifică în polița/certificatul de asigurare, dar nu mai devreme de data plății primei de asigurare.

Data eligibilității: data la care persoana asigurată devine eligibilă pentru acoperire, în temeiul poliței de asigurare și este prevăzută în certificatul de asigurare/membru.

Data aniversară: data de reînnoire, când sunt revizuite primele de asigurare. Prima dată aniversară va fi la 12 luni de la data de începere a planului de asigurare și, ulterior, după fiecare perioadă de 12 luni. În scopul interpretării poliței, toate trimiterele la expirarea poliței vor fi definite ca însemnând data aniversară.

Diagnostic: stabilirea bolii sau afecțiunii, de către un medic calificat, care explică simptomele sau semnele de boală ale persoanei asigurate.

Dietetician/Nutriționist: practician, instruit complet, calificat din punct de vedere legal și autorizat de autoritățile relevante, cu drept de practică în țara în care este primit tratamentul.

Durată de viață: perioada în care persoana asigurată este în viață sau până la vârsta maximă de reînnoire permisă conform poliței/planului, în ordinea apariției uneia dintre limitele ante menționate. Aceasta nu se referă la durata poliței/planului.

Evacuare sau transfer medical de urgență: transport de urgență și asistență medicală în vederea deplasării unei persoane asigurate, care suferă de o afecțiune medicală critică, spre cel mai apropiat spital adecvat, unde sunt disponibile îngrijiri medicale și infrastructură adecvate, care nu se află neapărat în țara de reședință a persoanei asigurate.

Eveniment asigurat: accident sau îmbolnăvire, sarcină și naștere (dacă este cazul) care se produce în cursul perioadei de asigurare, în cadrul zonei geografice de aplicare a acoperirii, care permite persoanei asigurate să primească decontare în baza poliței; se consideră că un eveniment asigurat include accidentul sau îmbolnăvirea care se produce în afara zonei geografice standard de acoperire doar în scopul tratamentului în regim de spitalizare de urgență, în limitele aplicabile planului de asigurare ales.

Formular de aplicare: cererea de asigurare, completată și semnată pe propria răspundere de către contractantul poliței, care conține informațiile necesare și consimțământul pentru încheierea poliței de asigurare. Întrebările și răspunsurile trebuie să fie citite cu atenție înainte de a fi semnate.

Fizioterapie: tratament recomandat de către un medic/fizioterapeut, din motive medicale, ca urmare a unui eveniment asigurat, și acordat de un fizioterapeut autorizat.

Fizioterapeut: practician, instruit complet, calificat din punct de vedere legal și autorizat de autoritățile relevante, cu drept de practică în țara în care este primit tratamentul.

Franșiză: suma anuală, pe care fiecare persoană asigurată trebuie să o plătească pentru fiecare perioadă de asigurare, înainte ca asigurătorul să înceapă să plătească anumite beneficii în cadrul planurilor de asigurare. Sumele, reprezentând franșiza, sunt stabilite în certificatul de asigurare. În cadrul planurilor de asigurare [Cobalt](#), [Admiral](#) și [Royal](#), franșiza se aplică doar beneficiilor în regim de spitalizare. În cadrul planurilor de asigurare [Blue](#) și [Azure](#), franșiza se aplică tuturor beneficiilor.

Indemnizația de spitalizare/maternitate: indemnizație zilnică, plătită de asigurător, în cazul în care persoana asigurată a primit tratament într-un spital public cu internare pe timp de noapte, iar spitalul nu a perceput niciun cost.

Imunizări și rapeluri: vaccinări, prin una sau mai multe doze, care reprezintă o cerință de reglementare în țara de reședință.

Îmbolnăvire: orice boală, afecțiune, tulburare sau alterare a stării medicale a persoanei asigurate, marcată printr-o abatere patologică de la starea de sănătate normală, diagnosticată de un medic.

În regim de spitalizare: tratamentul acordat într-un spital în care persoana asigurată este internată din necesitate medicală și ocupă un pat pentru una sau mai multe nopți, dar nu mai mult de 12 luni, în total, în legătură cu orice eveniment asigurat.

Îngrijirea nou-născutului: costurile tratamentului unei afecțiuni medicale acoperite pentru un nou-născut până la maximum 30 de zile de la data nașterii, cu condiția ca nou-născutul să fie adăugat pe planul părintelui în termen de maximum 30 de zile de la naștere și să fie plătită prima aferentă, dacă cel puțin un părinte a fost acoperit de poliță înainte de nașterea copilului. Beneficiile trebuie să fie accesate în timpul perioadei de asigurare până la limita indicată pentru beneficiul de îngrijire a nou-născutului și contabilizate în limita maximă globală pentru planul selectat pentru unul dintre părinții asigurați.

Îngrijirea de rutină a nou-născutului: examinările standard și uzuale ale unui nou-născut, necesare pentru a evalua integritatea și funcția de bază a organelor și a structurilor scheletale ale copilului.

Leziune: dauna sau vătămarea fizică produsă corpului ca urmare a unui accident.

Limita maximă de asigurare: valoarea maximă pe care o vom plăti pentru toate beneficiile în total, per persoana asigurată, per an de asigurare (contractual).

Limitele poliței: limitele financiare ale obligațiilor noastre față de persoanele asigurate pentru beneficiile specifice aplicabile per eveniment asigurat, per an de asigurare sau pe durata vieții, indicate în [tabelul de beneficii](#). Durata vieții se referă la limita cumulată maximă pentru întreaga durată a calității de membru a persoanei asigurate în cadrul poliței.

Locuință: locuința principală și/sau secundară din țara sau țările de reședință, așa cum a fost declarat în formularul de aplicare/cererea de asigurare și menționat în certificatul de asigurare.

Logoped: practician, instruit complet, calificat din punct de vedere legal și autorizat de autoritățile relevante, cu drept de practică în țara în care este primit tratamentul.

Medic: persoană autorizată în mod legal, recunoscută de legea țării în care este acordat tratamentul în baza poliței și care, prin acordarea acestui tratament, își exercită profesia în limitele domeniului de aplicare al autorizației și instruirii acestuia.

MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L. (MediHelp): societate de brokeraj, înregistrată în Registrul companiilor de brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară sub numărul RBK-366/11.10.2006, care gestionează contractul de asigurare și relația dintre asigurator și contractant.

MediHelp Customer Care S.R.L.: entitatea, din cadrul grupului MediHelp, responsabilă cu gestionarea pre-autorizărilor și a cererilor de despăgubire în temeiul poliței.

Membrul principal: persoană care dobândește calitatea de asigurat principal, pe care am fost de acord să o acoperim în temeiul poliței.

Naștere prematură/copil născut prematur: naștere înainte de începerea săptămânii 37 de sarcină.

Naștere la domiciliu: naștere la domiciliul persoanei asigurate, într-un context non-clinic, prin utilizarea de metode naturale de naștere, la care ia parte o moașă cu experiență în domeniul nașterilor la domiciliu.

Necesar din punct de vedere medical: furnizarea corespunzătoare de diagnostice sau tratament, în vederea diagnosticării și/sau tratării unei maladii, leziuni, afecțiuni, boli care își păstrează semnele și simptomele și care îndeplinește standardele de medicină acceptate pentru o perioadă corespunzătoare din punct de vedere medical.

Paliativ: tratamentul în cazul în care afecțiunea diagnosticată a unei persoane asigurate are prognoza de maladie în stadiu terminal sau nu este vindecabilă. Scopul principal al acestui tratament este ameliorarea simptomelor, mai degrabă decât vindecarea maladii sau a vătămării care produce simptomele. Acest beneficiu necesită pre-autorizare în baza confirmării scrise a medicului, în sensul că afecțiunea medicală a ajuns într-un stadiu terminal și nu mai poate beneficia de tratament care va conduce la însănătoșirea persoanei asigurate. Îngrijirea paliativă în spital și centrele speciale include cazarea în spital sau centrul special și îngrijirea medicală acordată de o asistentă calificată și exclude costurile de transport sau orice consumabile sau servicii care nu sunt acoperite de poliță.

Perioadă de asigurare: perioada specificată în poliță/certificatul de asigurare pentru care a fost plătită prima de asigurare corespunzătoare, iar persoanele beneficiază de protecție prin asigurare.

Perioadă de așteptare: perioadă de timp care începe la data de activare a poliței sau data la care o persoană asigurată este inclusă în asigurare, și în cursul căreia persoana asigurată nu are dreptul la beneficiul specific căruia i se aplică.

Perioadă de limitare: perioadă de timp după care drepturile unei părți nu mai pot fi invocate.

Persoană asigurată: membrul principal (asigurat principal) sau persoanele aflate în întreținerea acestuia (asigurați dependenți), iar în cazul planului de grup se referă la angajații/colaboratorii contractantului și la dependenții acestora, așa cum se menționează în polița/certificatul de asigurare, a căror stare de sănătate reprezintă obiectul poliței de asigurare de sănătate cu acoperire internațională My Global Health, încheiată cu scopul obținerii de protecție prin asigurare pentru sine și persoanele dependente și cărora li se acordă acces la beneficiile incluse în planul de asigurare ales.

Persoană dependentă: așa cum este specificat în cererea de asigurare sau în certificatul de asigurare, soțul/soția persoanei asigurate (membru principal) sau partenerul civil care nu este separat în mod legal de acesta și/sau copiii persoanei asigurate (membru principal), inclusiv copilul ilegitim (copil vitreg, copilul în plasament sau copilul adoptat în mod legal) cu vârsta mai mică de 19 ani la data la care persoanei asigurate (membrului principal) i s-a oferit protecție sub formă de asigurare, în baza asigurării de sănătate cu acoperire internațională My Global Health, pentru prima dată sau la orice aniversare ulterioară a poliței sau până la împlinirea vârstei de 25 de ani, dacă se dovedește că acest copil se află într-o formă de învățământ la zi, este necăsătorit, șomer sau care depinde, din punct de vedere financiar, de persoana asigurată (membrul principal).

Plan de asigurare: pachetul de beneficii incluse în asigurare, inclusiv nivelul și tipul beneficiilor, așa cum este detaliat în poliță/certificatul de asigurare.

Poliță de asigurare: documentul care precizează condițiile acoperirii și este parte integrantă din contractul de asigurare, menționează numele persoanelor asigurate, zona geografică de aplicare a acoperirii, perioada de asigurare, planul ales, orice extinderi opționale selectate și orice prevederi speciale care se aplică poliței.

Prevederile integrale ale poliței de asigurare sunt prevăzute în ultimele versiuni ale:

- oricărui formular de aplicare pe care asigurătorul îl solicită completat de persoana asigurată și a poliței/certificatului de asigurare
- prezentelor condiții de asigurare
- cardului electronic de membru

Pre-autorizare: confirmarea, necesară din partea noastră înainte de a primi tratament, pentru beneficiile selectate. În situația în care persoana asigurată nu reușește să obțină pre-autorizare pentru oricare dintre tratamentele cu o valoare mai mare de 1.000 € sau pentru beneficiile care necesită pre-autorizare înainte de începerea tratamentului, ne rezervăm dreptul de a nu plăti aceste costuri, deoarece cererea de despăgubire nu a fost pre-autorizată.

Produse medicamentoase, medicamente și consumabile prescrise: medicamente și pansamente a căror vânzare și utilizare este restricționată în mod legal, fiind supuse comenzii și prescrierii de către un medic generalist/medic specialist, care sunt utilizate pentru tratamentul afecțiunii/îmbolnăvirii/accidentului pentru care persoana asigurată este acoperită.

Proteză: substitut sau înlocuitor artificial al unei părți a corpului, inclusiv, dar fără a ne limita la: valve artificiale ale inimii, ochi, articulații și membre, necesară ca parte a unei proceduri chirurgicale sau parte integrantă a tratamentului unei afecțiuni pentru care persoana asigurată este acoperită. În cazul protezei, este necesar ca persoana asigurată să aibă acest beneficiu inclus (echipamente medicale durabile, dispozitive protetice) înainte de accidentul sau operația care a condus la necesitatea protezei și toate cererile de despăgubire și cheltuielile trebuie să fie formulate și efectuate în termen de maximum 12 luni de la amputarea sau înlăturarea părții corpului.

Reabilitare: tratamentul destinat facilitării recuperării în urma unui accident, îmbolnăviri sau afecțiuni (cu excluderea unei maladii sau tulburări mintale), astfel încât să fie recâștigată auto-suficiența, forma și funcția maximă într-un mod cât mai aproape de normal posibil.

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229

 client@medihelp.ro

39 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de
brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară,
sub numărul RBK-366/11.10.2006

Cod condiții CGH25

Remisia completă și încheierea protocolului oncologic: finalizarea tuturor planurilor de tratament (chirurgie, radioterapie, chimioterapie etc), fără alte recomandări de tratament, teste, consultații, recidive, complicații sau tulburări legate de cancer, furnizate de medicul oncolog, pentru acel tip de cancer.

Pentru a putea verifica recuperarea integrală și data finalizării protocolului oncologic, persoana asigurată are obligația de a furniza un raport medical, eliberat de medicul oncolog, care să precizeze data exactă de încheiere a tuturor planurilor de tratament pentru acel tip de cancer.

Rezonabil și uzual: taxele/costurile sau cheltuielile necesare din punct de vedere medical, efectuate pentru tratament, îngrijire medicală, servicii și/sau provizioane pe care un spital, o unitate medicală, un medic, un medic complementar, un fizioterapeut sau un alt profesionist medical le-ar percepe de obicei și în mod obișnuit pentru acel tratament sau serviciu, care vor fi considerate de către noi, sau de către consilierii noștri medicali, drept rezonabile și uzuale, în măsura în care nu depășesc nivelul obișnuit al costurilor pentru tratament, îngrijire medicală, servicii și/sau consumabile similare în țara în care acestea au fost suportate și includ costuri care nu ar fi fost suportate dacă nu ar fi existat nicio asigurare.

În mod normal, apreciem dacă este rezonabil și uzual în baza costului practicat în general în țara sau zona în care este primit tratamentul. În calculul costurilor acceptate ne bazăm pe o combinație a experienței noastre globale, întemeiată pe informații statistice și pe informații colectate din partea specialiștilor medicali independenți și a chirurgilor care practică în țara sau zona în care este primit tratamentul.

Pentru a evita orice dubiu, la comparația tratamentelor sunt luate în considerare inclusiv complexitatea procedurii și standardul unității medicale în care se primește tratamentul. Dacă tratamentul necesită prezența a mai mult de un specialist, chirurg sau anestezist la aceeași sedință operatorie (chirurgicală), vom analiza necesitatea medicală în gestionarea unei astfel de probleme chirurgicale sau afecțiuni medicale, în ceea ce privește complexitatea serviciilor oferite ca o confirmare pentru a acoperi totalul serviciilor. În cazul asistențelor de chirurgie, nu se plătește niciun onorariu sau cost suplimentar. În cazul oricăror diferențe între opiniile consultanților medicali sau medicilor noștri și ale medicului persoanei asigurate, va prevala opinia consultanților persoanei asigurate.

Servicii de ambulanță: transportul medical necesar către spital sau între spitalele adecvate cele mai apropiate.

Simptom: orice manifestare, senzație sau modificare în funcționarea corpului, fizică sau psihologică, care este declarat de persoana asigurată sau poate fi identificat în documentele medicale, care poate fi corelat din punct de vedere medical cu o stare patologică sau cu un proces de îmbolnăvire.

Soț/soție: persoană căsătorită cu contractantul poliței/asiguratul titular sau cu angajatul/membrul asigurat principal (în cazul contractului de grup), care nu este separată sau divorțată în conformitate cu o hotărâre judecătorească cu autoritate de lucru judecat. Căsătoria este o uniune înregistrată în mod legal între două persoane de același gen sau de gen diferit. În cadrul prezentei polițe, un partener civil este considerat ca un soț/o soție.

Specialist: chirurg, anestezist sau medic, care este calificat din punct de vedere legal să practice medicina sau chirurgia în urma frecventării unei școli de medicină recunoscute, este recunoscut de autoritățile relevante din țara în care este primit tratamentul, ca deținând calificarea de specialitate în domeniul sau competența în tratamentul bolii, maladiei sau leziunii tratate.

Spital: orice instituție autorizată ca spital medical sau de chirurgie, în țara în care funcționează și unde pacientul este supravegheat permanent de către un medic. Următoarele instituții nu sunt considerate spitale: case de odihnă și de îngrijire, spa-uri, centre de îngrijire și stațiunile balneare.

Spitalizare de zi: tratamentul furnizat într-un spital în care este internată persoana asigurată, dar fără a fi necesar, din punct de vedere medical, ca aceasta să rămână pentru una sau mai multe nopți.

Subrogare: dreptul asigurătorului de a acționa în locul persoanei asigurate, pentru a exercita orice drepturi pe care persoana asigurată le deține împotriva unui terț care răspunde pentru o cerere de despăgubire plătită de noi în temeiul poliței.

Tabel de beneficii: documentul anexat la poliță/certificatul de asigurare care, împreună cu termeni și condiții generale de asigurare, constituie parte integrantă din contractul de asigurare. Tabelul de beneficii menționează, printre altele, beneficiile furnizate în temeiul planurilor respective și limitele financiare ale acestora.

Terapie cu fascicule de protoni: tratamentul necesar din punct de vedere medical, pre-autorizat, limitat la următoarele tipuri de cancer eligibile:

- cancere solide maligne, la membrii cu vârsta de maximum 21 de ani
- cancerul sistemului nervos central (creier și măduva spinării)
- cordoame sau condrosarcoame (tipuri de cancer ale coloanei vertebrale) la baza craniului sau la coloana cervicală (oasele gâtului), care nu s-au răspândit (metastaze)
- tumori înalte naso-etmoidale, frontale și sfenoidale cu afectarea bazei craniului
- carcinom adenoid chistic cu invazie perineurală
- esthesioneuroblastom
- cancerul irisului, al corpului ciliar sau al părților coroide ale ochiului (melanom uveal) care nu s-a răspândit (metastazat)
- melanom conjunctivalhemangiom coroidian

Terapii avansate: set complex de terapii avansate, inclusiv terapii genetice și tratamente CAR-T pentru cancer. Acestea sunt cunoscute sub diferite denumiri în întreaga lume, de exemplu: produse medicamentoase pentru terapie avansată (ATMP), produse de terapie celulară și genică (CGTP) sau terapie avansată de medicină regenerativă (RMAT). Nu este acoperit niciun ATMP/CGTP/RMAT, inclusiv costurile de spitalizare sau de specialitate asociate, deoarece acestea se află pe lista de excluderi.

Termeni și condiții generale de asigurare: prezentul document.

Teste de diagnosticare: investigațiile, cum ar fi razele X sau analizele de sânge, destinate să identifice sau să ajute la identificarea cauzei simptomelor și la stabilirea diagnosticului persoanei asigurate.

Tratament: orice servicii medicale (inclusiv testele de diagnosticare), stomatologice sau chirurgicale, necesare pentru a diagnostica, ameliora sau vindeca o afecțiune medicală, îmbolnăvire sau accident, sub îndrumarea unui specialist autorizat în domeniul medical.

Tratament cancer: tratamentul necesar din punct de vedere medical aferent diagnosticării cancerului sau destinat reducerii, stabilizării sau încetării răspândirii cancerului, primit în regim de spitalizare de zi sau de noapte, sau ambulatoriu inclusiv, dar fără a ne limita la: radioterapie, chimioterapie sau terapie țintită. Acest beneficiu acoperă cheltuielile eligibile de la momentul diagnosticării la cel al pre și post spitalizării, planificării, efectuării tratamentului cancerului, așa cum a fost prescris de un oncolog, care include testări, scanări, imagistică, consultații, produse medicamentoase prescrise, monitorizarea și controlul în cadrul unui spital sau al unei unități specializate în domeniul cancerului.

Odată ce tratamentul cancerului necesar din punct de vedere medical a fost finalizat, iar persoana asigurată se afla în remisie completă, orice consultație, medicamente, monitorizare sau controale vor fi plătite conform beneficiului în regim ambulatoriu, atât timp cât membrul rămâne o persoană asigurată în baza prezentei polițe și cu condiția ca planul de asigurare să includă acest beneficiu.

Tratament convențional: tratamentul care:

- este stabilit ca fiind cea mai bună practică medicală în țara în care are loc tratamentul; și
- este adecvat din punct de vedere clinic, din punct de vedere al necesității, tipului, frecvenței, amplitudinii, duratei, precum și în ceea ce privește unitatea în care este furnizat tratamentul; și
- s-a dovedit a fi eficient și sigur pentru tratamentul afecțiunii medicale a persoanei asigurate, prin intermediul unor studii clinice de înaltă calitate și al unor dovezi clinice substanțiale evaluate de către colegi în reviste medicale publicate.

Tratamentul convențional nu costă mai mult decât un tratament echivalent care oferă rezultate terapeutice sau diagnostice similare. Acesta nu trebuie să fie furnizat, sau utilizat, în primul rând, pentru comoditatea sau avantajul financiar al persoanei asigurate sau al medicului acesteia sau al unui profesionist din domeniul

sănătății. În cazul în care tratamentul este un medicament, trebuie să se fi stabilit că acel medicament este eficient și trebuie să fie autorizat pentru utilizare de către instituțiile abilitate.

Tratamentul convențional se aplică și utilizării echipamentelor și consumabilelor medicale aferente.

Tratament experimental: tipul de tratament sau medicația a căru/cărei eficiență și siguranță nu au fost stabilite încă și care este lipsit(ă) de studii clinice bazate pe dovezi fiabile. De asemenea, există tipuri de tratament și medicamente care nu sunt general acceptate de comunitatea medicală. Astfel, eficiența acestora nu a fost dovedită sau recunoscută de organizațiile medicale profesionale, în sensul că respectă practica medicală acceptată. De asemenea, această definiție include echipamentele utilizate în alte scopuri decât cele definite în temeiul autorizației acestora sau pe cele care fac obiectul studiului, cercetării sau testării.

Tratament preventiv: examinare de rutină și include o analiză a istoricului medical complet a pacientului (anamneză), o verificare a tuturor sistemelor corpului (examen clinic) și o analiză/discuție a rezultatelor examinării cu pacientul; examinările copilului includ o analiza a istoricului medical complet al acestuia, o verificare a tuturor sistemelor corpului în conformitate cu creșterea și dezvoltarea normală și oferă imunizări/vaccinări de rutină până la vârsta de 10 ani.

Tratament psihiatric: maladie psihiatrică, psihologică sau mintală sau orice altă afecțiune, tratată în mod normal de un psihiatru sau de un psiholog ca urmare a trimeriei unui medic. În sensul acestei polițe, o boală psihiatrică sau mintală este o tulburare mintală, nervoasă sau de alimentație, asociată cu suferință prezentă sau cu o deficiență semnificativă a capacității de a funcționa în arii de activitate de mare importanță, cum ar fi locul de muncă. Maladia trebuie să fie semnificativă din punct de vedere clinic și nu ca o reacție așteptată la un eveniment specific din viață, cum ar fi doliul, probleme legate de relații sau studii sau aculturația. În sensul prezentei polițe, o tulburare de alimentație este o tulburare psihologică, cum ar fi anorexia nervoasă sau bulimia. Tratamentul psihiatric, în regim de spitalizare, trebuie să se desfășoare în cadrul unei unități psihiatrice înregistrate a unui furnizor medical, care oferă tratament bazat pe dovezi pentru boala psihiatrică, cu supraveghere medicală de 24 de ore din 24.

Tratament stomatologic accidental: tratament stomatologic necesar ca urmare a unui accident cauzat de un impact extra bucal, primit în termen de maximum 7 zile de la data și ora accidentului, pentru alinarea durerii cauzate de pierderea sau deteriorarea dintelui natural.

Tulburări sau boli ale sănătății mintale: orice tulburare sau maladie asociată cu suferință sau deficiență semnificativă, cu impact asupra capacității persoanei asigurate de a funcționa în arii importante ale activității, cum ar fi locul de muncă. Aceste tulburări trebuie să îndeplinească criteriile internaționale de clasificare.

Țară principală de reședință: țara în care persoana asigurată locuiește și are locuința principală și/sau secundară pentru cel puțin 6 luni pe an, așa cum este menționat în formularul de aplicare și în certificatul de asigurare.

Vaccinări de rutină: vaccinări furnizate până la vârsta de 10 ani și pot include difterie, hepatita A și B, pojar, oreion, tuse convulsivă, poliomielită, rubeolă, tetanos, varicelă, gripa Haemophilus B, rotavirus, meningococ și conjugat pneumococic.

Zonă geografică de aplicare a acoperirii: una dintre următoarele zone: Europa, Europa plus Israel, Global fără S.U.A. sau Global.

Acoperirea se limitează la zona geografică standard de acoperire menționată în certificatul de asigurare/membru.

Europa: Albania, Andorra, Armenia, Azerbaidjan, Austria, Belarus, Belgia, Bosnia-Herțegovina, Bulgaria, Cipru, Croația, Danemarca, Elveția, Estonia, Finlanda, Franța, Georgia, Germania, Gibraltar, Grecia, Groenlanda, Islanda, Irlanda, toate insulele din Marea Mediterană, Insula Man, Insulele Canalului, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburg, Marea Britanie, Macedonia, Madeira, Malta, Moldova, Monaco, Muntenegru, Norvegia, Olanda, Polonia, Portugalia, Republica Cehă, România, Rusia, San Marino, Serbia, Slovacia, Slovenia, Spania, Suedia, Statul Vatican, Turcia, Ucraina, Ungaria.

S.U.A.: S.U.A. continentală, Alaska, Hawaii, Puerto Rico, Insulele Mariene de Nord, Guam, Samoa Americană și Insulele Virgine ale Statelor Unite.

Definiții suplimentare, aplicate planurilor de grup:

Angajat (angajați): persoană fizică angajată de angajator/societate și/ sau grupul de societăți sau orice altă categorie de membri alternativi, care este activ la locul de muncă la data la care acesta este eligibil în vederea acoperirii în baza prezentei polițe și acceptat ca membru asigurat de către asigurator, așa cum se stabilește în lista membrilor actuali ai grupului (așa cum este modificată în cursul anului).

Angajator: persoană juridică într-o relație de muncă cu angajatul și care este contractantul și partea responsabilă pentru plata primelor în temeiul contractului de asigurare.

Limitele se aplică per an de asigurare, cu excepția cazului în care se menționează altfel în termenii și condițiile de asigurare.

Anexa 1 – Tabelul de beneficii

Observație: NA înseamnă „indisponibil”

Este necesar să consultați termenii și condițiile care se aplică acestor beneficii.

Toate limitele sunt supuse limitei maxime anuale sau a beneficiilor, inclusiv acele beneficii unde se menționează „integral”.

Toate limitele care trebuie să fie plătite sunt destinate unei afecțiuni medicale eligibile și sunt supuse costurilor rezonabile și uzuale 100%.

¹Pre-autorizare, în cazul în care deții acoperire S.U.A. (Statele Unite ale Americii):

- Înaintea efectuării oricărui tratament în S.U.A., trebuie să ne contactezi în vederea pre-autorizării acestor tratamente și servicii. Vom confirma dreptul la beneficiul aferent tratamentului propus, vom ajuta la identificarea unui furnizor adecvat și vom iniția legătura directă cu furnizorul medical pentru a stabili detaliile de decontare a costurilor
- în cazul în care optezi pentru efectuarea tratamentului în S.U.A. fără pre-autorizare, beneficiul eligibil nu poate fi plătit în cuantum mai mare de 50% din costurile uzuale rezonabile, după scăderea oricărei franșize sau coplăți
- în cazul unui accident grav, care necesită tratament în regim de spitalizare de urgență imediat, tu sau un membru al familiei, trebuie să ne contactezi/ contacteze în termen de maximum 72 de ore de la accident
- beneficiul pentru tratamentul eligibil este plătit la costurile rezonabile și uzuale

PLAN DE ASIGURARE	BLUE	AZURE	COBALT	ADMIRAL	ROYAL	Mențiuni
Limita anuală maximă a planului	500.000 €	1.200.000 €	1.500.000 €	2.000.000 €	3.000.000 €	
Aria de acoperire	Europa / Europa + Israel		Global cu excepția S.U.A. / Global ¹			
Franșiză	Se aplică tuturor beneficiilor 0 € / 75 € / 150 € / 250 € / 500 € / 1.000 € / 2.500 € / 4.500 €		Se aplică doar beneficiilor de spitalizare 0 € / 150 € / 300 € / 625 € / 1.250 € / 2.500 € / 6.250 €			
SPITALIZARE (DE ZI SAU DE NOAPTE)						
Spitalizare, inclusiv cazare (sub rezerva aprobării noastre)	Integral	Integral	Integral	Integral	Integral	Consultă secțiunea 2.3.3. din condițiile de asigurare pentru detalii

Contactează-ne

 (+40) 374 521 229

 client@medihelp.ro

43 MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.
Str. Dr. Constantin Caracș, nr. 24, 011155, București, România
Societate de brokeraj înregistrată în Registrul companiilor de brokeraj administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară, sub numărul RBK-366/11.10.2006

Cod condiții CGH25

Cazare pentru părinți	Integral	Integral	Integral	Integral	Integral	
Bloc operator	Integral	Integral	Integral	Integral	Integral	
ATI (anestezie și terapie intensivă/ reanimare/ terapie coronariană)	Integral	Integral	Integral	Integral	Integral	
Medici specialiști	Integral	Integral	Integral	Integral	Integral	
Patologie, radiografii și teste de diagnosticare	Integral	Integral	Integral	Integral	Integral	
Fizioterapie/ Terapia vorbirii	Integral	Integral	Integral	Integral	Integral	
Afecțiuni cronice (criza acută)	1.000 €	1.000 €	Integral	Integral	Integral	
Reabilitare (sub rezerva aprobării noastre)	NA	2.000 €	Integral (până la 30 de zile/ fiecare condiție)	Integral (până la 30 de zile/fiecare condiție)	Integral (până la 30 de zile/fiecare condiție)	
Psihiatrie (sub rezerva aprobării noastre)	NA	NA	NA	Integral (până la 30 de zile)	Integral (până la 30 de zile)	
Implanturi protetice	Integral	Integral	Integral	Integral	Integral	
Echipamente medicale durabile, dispozitive protetice (sub rezerva aprobării noastre)	NA	NA	2.500 €	2.500 €	2.500 €	
Îngrijire paliativă (sub rezerva aprobării noastre)	NA	NA	5.000 €	10.000 €	20.000 €	
Îngrijire la domiciliu (sub rezerva aprobării noastre)	1.000 €	5.000 €	Integral (până la 30 de zile după spitalizare)	Integral (până la 30 de zile după spitalizare)	Integral (până la 30 de zile după spitalizare)	
Indemnizație de spitalizare (se aplică doar atunci când nu există niciun cost pentru spitalizarea într-un spital public)	100 € pe noapte până la 10 nopți	100 € pe noapte până la 10 nopți	100 € pe noapte	120 € pe noapte	150 € pe noapte	
Condiții congenitale și ereditare (doar cu pre-autorizare)	NA	NA	Integral (până la 90 de zile după naștere)	Integral (până la 90 de zile după naștere)	Integral (până la 90 de zile după naștere)	
Asigurare în afara ariei geografice standard de acoperire pentru Spitalizare de urgență	30.000 € până la 30 zile	30.000 € până la 30 zile	50.000 €	50.000 €	50.000 €	Consultă secțiunea 2.3.2. din condițiile de asigurare

AMBULATORIU		Limită anuală 12.000 €					
Chirurgie în regim ambulatoriu	NA	Integral	Integral	Integral	Integral	Consultă secțiunea 2.3.4. din condițiile de asigurare pentru detalii	
Medici generaliști și specialiști	NA	1.000 €	NA	5.000 € Exceptând următoarele beneficii ce se supun unor sub-limite:	Integral Următoarele beneficii sunt supuse unor sub-limite:		
Medicamente și consumabile medicale	NA		NA				
Patologie, raze X și teste de diagnosticare	NA	NA					
Fizioterapie (pre-autorizare după cea de a 12-a sesiune/vizită)	NA	1.000 € 10% coplată/ cerere de despăgubire	NA	• Medicamente prescrise, medicamente și pansamente: până la 1.000 €/an de asigurare • Fizioterapie: până la 1.500 €/an de asigurare și 10% coplată/ cerere de despăgubire • Tratament psihiatric: până la 20 vizite			• Medicamente prescrise, medicamente și pansamente: până la 1.500 €/an de asigurare • Fizioterapie: până la 2.000 €/an de asigurare și 10% coplată/ cerere de despăgubire
Terapeuți și Terapeuți complementari: Chiropractică/ Osteoterapie/ Homeopatie/ Acupunctură/ Dietetician	NA	NA	NA				
Afecțiuni cronice	NA	€ 1,000 Limita maximă acoperită atât pentru servicii spitalizare, cât și ambulatoriu	NA				
Logopedie (terapia vorbirii)	NA	NA	NA	Integral (până la 30 de vizite)			
Tratament psihiatric	NA	NA	NA				
Tratament ambulatoriu de urgență	500 €	12.000 €	Integral	Integral	Integral		
ALTE BENEFICII							
Tratament pentru cancer (sub rezerva aprobării noastre)	Integral (în spitalizare)	Integral Peruci până la 200 €	Integral Peruci până la 200 €	Integral Peruci până la 200 €	Integral Peruci până la 200 €	Consultă secțiunea 2.3.5. din condițiile de asigurare pentru detalii	
	NA (ambulatoriu)						
	Peruci până la 200 €						
Servicii de transplant (sub rezerva aprobării noastre)	250.000 € pe viață (Transplant de organe)	250.000 € pe viață (Transplant de organe)	Integral (în spitalizare)	Integral (în spitalizare)	Integral (în spitalizare)		
	25.000 € (Transplant de țesut)	25.000 € (Transplant de țesut)	20,000 € (ambulatoriu)	30.000 € (ambulatoriu)	45.000 € (ambulatoriu)		

	Costuri cu donatorul până la 20.000 €	Costuri cu donatorul până la 20.000 €	Costuri cu donatorul până la 20.000 €	Costuri cu donatorul până la 20.000 €	Costuri cu donatorul până la 20.000 €	
Imagistică avansată (RMN, CT, PET)	Integral	Integral	Integral	Integral	Integral	
Maternitate	NA	NA	3.000 € (Perioada de așteptare: 12 luni consecutive de acoperire)	7.500 € (Perioada de așteptare: 12 luni consecutive de acoperire)	10.000 € (Perioada de așteptare: 12 luni consecutive de acoperire)	Consultă secțiunea 2.3.5. din condițiile de asigurare pentru detalii
Indemnizație pentru maternitate (se plătește atunci când nu este aplicată nicio taxă pentru Maternitate)	NA	NA	300 € pe noapte (Perioada de așteptare: 12 luni consecutive de acoperire)	300 € pe noapte (Perioada de așteptare: 12 luni consecutive de acoperire)	350 € pe noapte (Perioada de așteptare: 12 luni consecutive de acoperire)	
Complicații ale sarcinii	NA	NA	Integral (Perioada de așteptare: 12 luni consecutive de acoperire)	Integral (Perioada de așteptare: 12 luni consecutive de acoperire)	Integral (Perioada de așteptare: 12 luni consecutive de acoperire)	
Îngrijire nou născut	NA	NA	10.000 €	25.000 €	100.000 €	
Accidente dentare	NA	NA	NA	500 €	1.000 €	
HIV/ AIDS	50.000 € pe viață	50.000 € pe viață	50.000 € pe viață	50.000 € pe viață	50.000 € pe viață	
A doua opinie medicală	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	
PLAN DE ASIGURARE	BLUE	AZURE	COBALT	ADMIRAL	ROYAL	Mențiuni
ASISTENȚĂ						
Servicii de ambulanță locală (Ambulanță aeriană: sub rezerva aprobării noastre)	Integral	Integral	Integral	Integral	Integral	Consultă secțiunea 2.3.6. din condițiile de asigurare pentru detalii
Repatrierea rămășițelor pământești (sub rezerva aprobării noastre)	NA	10.000 €	10.000 €	10.000 €	10.000 €	

Evacuare medicală internațională de urgență (sub rezerva aprobării noastre)	NA	25.000 €	Integral	Integral	Integral	
CONTROL MEDICAL ANUAL PREVENTIV						
Verificare de rutină (Perioada de așteptare: 10 luni consecutive de acoperire)	NA	NA	NA	500 €	750 €	Consultă secțiunea 2.3.7. din condițiile de asigurare pentru detalii
Verificarea de rutină a copiilor	NA	NA	NA			
Vaccinări	NA	NA	NA	200 €	350 €	
PLAN OPȚIONAL – STOMATOLOGIE (DISPONIBIL DOAR ÎMPREUNĂ CU PLANUL OPȚIONAL OPTICĂ)						
Prevenție	NA	NA	2.500 € • Prevenție/ Rutină și Restaurație: perioadă de așteptare 6 luni consecutive de acoperire; 20% coplată	2.500 € • Prevenție/ Rutină și Restaurație: perioadă de așteptare 6 luni consecutive de acoperire; 20% coplată	2.500 € • Prevenție/ Rutină și Restaurație: perioadă de așteptare 6 luni consecutive de acoperire; 20% coplată	Consultă secțiunea 2.3.8. din condițiile de asigurare pentru detalii
Rutină și restaurație						
Ortodonție			• Ortodonție: perioadă de așteptare 2 ani consecutivi de acoperire; 50% coplată	• Ortodonție: perioadă de așteptare 2 ani consecutivi de acoperire; 50% coplată	• Ortodonție: perioadă de așteptare 2 ani consecutivi de acoperire; 50% coplată	
PLAN OPȚIONAL – OFTALMOLOGIE (DISPONIBIL DOAR ÎMPREUNĂ CU PLANUL OPȚIONAL STOMATOLOGIE)						
Oftalmologie	NA	NA	200 € (Perioadă de așteptare: 6 luni consecutive de acoperire)	200 € (Perioadă de așteptare: 6 luni consecutive de acoperire)	200 € (Perioadă de așteptare: 6 luni consecutive de acoperire)	Consultă secțiunea 2.3.8. din condițiile de asigurare pentru detalii