

TERMENI SI CONDITII GENERALE

Bine ati venit si va multumim pentru ca ati ales PLANUL de asigurare MEDIHELP INTERNATIONAL.

La momentul intrarii in asigurare, va rugam sa va verificati Certificatul de Asigurare/Membru si sa va asigurati ca toate datele sunt corecte. In cazul in care sunt necesare modificari, va rugam sa ne informati imediat.

Va rugam sa cititi, sa va familiarizati cu prezenta Polita de asigurare si cu Certificatul de asigurare/Membru.

Acest document explica:

- Acoperirea (atat beneficiile, cat si limitarile),
- Modul in care Polita functioneaza si este administrata,
- Ce este si ce nu este acoperit,
- Modul de utilizare al Politei, inclusiv de primirea de Tratamente si prezentare de reclamatii,
- In cazul improprie in care sunteti nemultumit, modul de formulare al unei reclamatii,
- Definitii si semnificatia cuvintelor in cadrul acestui document.

Pachetul de Asigurare este format din urmatoarele documente:

- Formularul de Aplicare si declaratiile completate de dvs., de Angajatorul dvs. (in cazul in care contractantul este persoana juridica)
- Certificatul de Asigurare/Membru - care prezinta detaliile Planului dvs. de asigurare.
- Notificarea de plata – care prezinta prima de asigurare si frecventa platilor,
- Termeni si conditii generale - documentul actual, inclusiv toate detaliile privind polita,
- Cardul electronic de membru.

CUPRINS

1	Obiectivele contractului – 3
1.1.	Subscrierea – 3
2	Persoane acoperite, beneficii si servicii – 4
2.1.	Persoane acoperite – 4
2.2.	Modificarea nivelului Planului – 6
2.3.	Tabelul de beneficii – 6
3	Conditii generale – 12
3.1.	Contractul de asigurare – 12
3.2.	Forma si dovada incheierii Contractului – 12
3.3.	Obiectul asigurarii – 12
3.4.	Conditii de eligibilitate – 12
3.5.	Perioada de reflectie – 13
3.6.	Obligatiile Persoanei asigurate – 13
3.7.	Modificari – 14
3.8.	Subrogarea – 14
3.9.	Informatii/Reclamatii/Mediere – 14
3.10.	Protectia datelor – 14
3.11.	Informatii privind reglementarea si legea aplicabila – 15
3.12.	Limitarea sanctiunilor si clauza de excludere – 15
3.13.	Alta asigurare – 16
3.14.	Data intrarii in vigoare a acoperirii – 16
3.15.	Reinnoire – 17
3.16.	Incetarea sau suspendarea acoperirii – 17
4	Excluderi – 18
4.1.	Riscuri si indemnizatii excluse – 18
5	Gestionarea si administrarea cererilor de despagubire – 21
5.1.	Administratorul de plan – 21
5.2.	Procese generale – 21
5.3.	Proceduri privind cererile de despagubire – 21
5.4.	Decontare directa, carduri de plata si solicitari de pre-autorizare – 22
5.5.	Evaluarea medicala – 23
6	Prime – 23
6.1.	Ratele primelor, baza de calcul si plata – 23
7	Definitii – 24
	Anexa 1– Tabelul de beneficii – 30

1. OBIECTIVELE CONTRACTULUI

Planul dvs. MediHelp International este o Asigurare medicala privata, asigurata de Inter Partner Assistance S.A., membra a Grupului AXA, denumita, in continuare, Asiguratorul, si reasigurata de AXA PPP Healthcare Limited. De asemenea, anumite aspecte ale administrarii Politei dvs. sunt gestionate de diferite entitati ale Grupului AXA.

Polita este supusa legislatiei romane.

In schimbul platii primei de asigurare, asiguratorul este de acord sa ofere persoanei asigurate, sub rezerva Termenilor si conditiilor generale cuprinse in prezenta polita, in certificatul de asigurare si in orice alte anexe, acoperirea si beneficiile descrise in prezenta polita pentru tratamentul eligibil necesar din punct de vedere medical. Termenii si conditiile generale descriu toate beneficiile care sunt disponibile in cadrul respectivelor planuri. Cu toate acestea, acoperirea disponibila va fi in conformitate cu planul selectat, asa cum se arata in Polita, in Tabelul de beneficii si in Certificatul de asigurare care se elibereaza Persoanelor asigurate. Orice prestatie care nu este prevazuta de un plan selectat nu va fi acordata.

Vom plati costurile pentru Tratatamentul conventional, necesar din punct de vedere medical, corespunzator, pre-autorizat, destinat afectiunilor medicale eligibile, sub rezerva costurilor rezonabile si uzuale, autorizate in cursul perioadei de asigurare.

Planul dvs. de asigurare ofera acoperire pana la limita anuala de 50.000 EUR in timp ce anumite beneficii au propriile limite separate, astfel cum sunt enumerate in Tabelul de beneficii.

Important: Nu toate beneficiile si serviciile sunt disponibile, va rugam sa verificati planul selectat asa cum este afisat in certificatul de asigurare/de membru.

1.1. SUBSCRIEREA

Polita dvs. acopera Tratatamentul conventional al noilor afectiuni medicale care apar dupa ce dvs. si persoanele dependente adera la Planul de asigurare.

Conditiiile preluarii in asigurare sunt supuse unor tipuri diferite de subscriere medicala iar acest aspect este explicat in sectiunea urmatoare.

Ne bazam pe informatiile care ne-au fost furnizate in momentul depunerii cererii pentru a stabili daca vom accepta cererea si daca vom aplica conditii speciale pentru acoperirea dumneavoastra, cum ar fi excluderile medicale personale, sau putem decide sa nu va oferim acoperire. Daca aflam ca informatiile care au fost furnizate au fost incomplete, inselatoare sau false de orice fel, in orice moment, ne rezervam dreptul de a rezilia asigurarea de la data inceperii acesteia, fara rambursarea primelor platite, si de a solicita persoanelor asigurate sa ne ramburseze orice despagubiri pe care le-am platit.

In cazul in care apar modificari dupa ce informatiile ne-au fost furnizate (exemple starea de sanatate a Persoanei asigurate (inclusiv a Persoanelor aflate in intretinere), ocupatia sau adresa de resedinta etc.), trebuie sa ne anuntati in scris cat mai curand posibil. Ne rezervam dreptul de a revizui termenii acestei asigurari in cazul in care acest lucru se intampla sau de a rezilia in intregime aceasta asigurare.

1.1.1. Planurile individuale

Subscrierea medicala integrala

Conform acestei optiuni de subscriere, va trebui sa completati un Formular de Aplicare si declaratia/declaratiile privind starea de sanatate, precizand istoricul medical al Persoanei asigurate/tuturor Persoanelor asigurate, care va fi evaluat de catre echipa de subscriere a asiguratorului. Toate Afectiunile de care au suferit sau Tratatamentul pre-existent (e) pe care toate Persoanele asigurate le-au primit orice semne sau simptome existente inainte de debutul asigurarii incheiate cu Noi nu vor fi acoperite. Exceptie fac cazurile in care Persoanele asigurate le-au declarat in Formularul de Aplicare si in declaratiile privind starea de sanatate, iar noi am acceptat in scris sa oferim acoperire cu/fara aplicarea unui cost suplimentar (incarcare de prima). Certificatul de Asigurare/Membru eliberat Persoanei asigurate/Persoanelor asigurate va preciza in detaliu orice excluderi si/sau limitari medicale aprobate prin prezenta Polita.

Continuitatea excluderilor medicale personale

In cazul in care orice solicitant detine o Polita existenta, acesta poate beneficia de continuitatea excluderilor medicale personale pentru a transfera acoperirea asigurarii medicale private catre Noi in aceleasi conditii de subscriere individuale care erau aplicate de catre Asiguratorul anterior, cu conditia mentinerii acoperirii continue. In cazul in care orice excluderi sau restrictii medicale au fost impuse acoperirii asigurarii medicale private de catre Asiguratorul anterior, acestea vor continua sa produca efecte si conform acoperirii pe care v-o oferim.

1.1.2. Planurile de grup

Este posibila incheierea unui Plan de asigurare de grup pentru Angajati de catre Angajator/Societate. In aceste imprejurari, contractul de asigurare si polita vor fi incheiate in numele Angajatorului/Societatii, in timp ce Persoanele asigurate sunt angajatii care fac obiectul acestei asigurari. Fiecare angajat primeste un Certificat de Asigurare/Membru. Aceasta depinde de acceptarea Formularului de aplicare pentru grup, a Formularului de Aplicare al membrului individual al Grupului si a declaratiilor privind starea de sanatate in cazul in care conditiile subscrisiei sunt de tip subscriere medicala integrala sau continuitatea excluderilor medicale. Subscrierea medicala integrala sau continuitatea excluderilor medicale se aplica grupurilor de minimum 3 angajati.

In cazul in care conditiile de subscriere se bazeaza pe Ignorarea Istoricului Medical, solicitam un formular de cerere pentru grup si lista membrilor Grupului. Aceasta metoda de subscriere se aplica in cazul in care Persoana asigurata a aderat la Planul de asigurare in calitate de membru al unui grup/ cu minimum 20 Angajati, are maximum 64 (saizeci si patru) de ani la Data aplicarii, iar grupul a selectat conditiile de subscriere MHD. Nicio Afectiune pre-existenta nu va fi exclusa in temeiul Planului de asigurare, atunci cand a fost acceptata de catre Noi. Planul de asigurare va fi supus Termenilor si Conditiei Generale, inclusiv excluderilor si limitarilor din prezenta Polita. In cazul oricarui solicitant care are mai mult de 64 (saizeci si patru) de ani la data cererii sale, vom cere solicitantului sa prezinte un Formular de Aplicare individual si declaratia privind starea de sanatate in vederea evaluarii de catre echipa medicala

2. PERSOANE ACOPERITE, BENEFICII SI SERVICII

2.1. PERSOANE ACOPERITE

Persoanele acoperite pot fi:

2.1.1. Persoana asigurata

Varsta minima a titularului politei este de 18 (optsprezece) ani.

Eligibilitatea persoanei asigurate depinde de acceptarea de catre noi a cererii si a declaratiei de sanatate a acesteia, in functie de tipul de subscriere.

Toti adultii din polita nu pot avea mai mult de 69 (sasezeci si noua) de ani la Data intrarii in asigurare.

Pentru o Persoana asigurata, in cadrul subscrierii MHD (acoperirea conditiilor pre-existente), Persoana asigurata nu poate fi mai in varsta de 64 (sasezeci si patru) de ani, in caz contrar vom solicita persoanei asigurate sa depuna un formular de cerere individuala si o declaratie de sanatate, iar aceasta va fi supusa acceptarii noastre.

Asiguratul si Noi avem drepturi legale in temeiul acestei Polite, iar Noi trimitem notificari Asiguratului, care este singura entitate fata de care avem obligatii contractuale in temeiul Politei.

In cazul in care niciuna dintre persoanele asigurate care urmeaza sa fie incluse in plan nu are 18 (optsprezece) ani sau mai mult la data depunerii cererii, cererea va fi supusa acceptarii noastre, iar parintele sau tutorele legal al acestora trebuie sa depuna o cerere in locul lor. Parintele sau tutorele legal va fi Titularul politei, proprietarul legal al politei si membru asigurat si va fi responsabil pentru administrarea politei, pentru intelegerea si respectarea termenilor si conditiilor politei:

2.1.2. Contractantul Politei si Persoane dependente desemnate in continuare:

In cazul in care Contractantul Politei solicita asigurarea in calitate de Persoana asigurata, acesta trebuie sa solicite mai intai acoperirea in calitate de Membru Principal si va fi mentionat pe Certificatul de Asigurare/Membru, in calitate de Persoana Asigurata.

La momentul formularii cererii de catre Contractantul Politei (in calitate de Membru Principal), acesta poate solicita acoperirea pentru Persoanele dependente, care pot fi:

- Sotul sau partenerul civil actual sau orice persoana care se afla permanent intr-o relatie similara cu Persoana asigurata, indiferent de gen; si/sau
- Copilul (biologic, vitreg sau adoptat in mod legal), in cazul in care acesta nu a implinit 18 ani si nu este casatorit; copiii aflati in intretinere, cu varste intre 18-25 de ani, trebuie sa urmeze o forma de invatamant .

Doar un singur sot / un partener civil poate fi considerat persoana dependenta.

Adaugarea persoanelor dependente

Daca, ulterior, Contractantul Politei doreste sa adauge noul sot, partener civil sau copilul nou-nascut la Planul de asigurare, acesta trebuie sa completeze un Formular de Aplicare si declaratiile privind starea de sanatate pentru toate persoanele dependente, inclusiv pentru noul-nascut in primele 30 (treizeci) de zile de la nastere sau a sotului/sotiei in primele 30 (treizeci) de zile de la data casatoriei. Acoperirea nu isi produce efectele pana cand cererea de intrare in asigurare a celui dependent nu este acceptata de catre noi si nu a fost efectuata plata primei de asigurare.

Adaugarea copilului nou-nascut

Orice copil nou-nascut poate fi adaugat la Polita parintelui prin plata primei aplicabile si poate beneficia de acoperirea care isi produce efectele de la data nasterii noului-nascut, cu urmatoarele conditii cumulative:

- a. cel puțin un părinte să fi fost asigurat printr-un Plan de asigurare MediHelp înainte de nașterea copilului;
- b. copilul nu s-a născut ca urmare a tehnicilor de reproducere sau de procreare asistată, nu a fost adoptat sau nu s-a născut dintr-un părinte surrogat sau niciunul dintre părinți nu a urmat un tratament de fertilizare;
- c. Titularul Politei a completat Formularul de Aplicare și noi am primit acest formular înainte ca nou-născutul să împlinească 30 (treizeci) de zile;
- d. copilul nou-născut a fost externat definitiv din spital.
- e. nou-născutul nu este un copil prematur (adică nașterea este prealabilă unei sarcini de 37 (treizeci și șapte) de săptămâni

În cazul în care copilul nou-născut nu îndeplinește criteriile de mai sus, vom solicita istoricul medical al copilului și vom cere ca Formularul de Aplicare și declarația privind starea de sănătate să ne fie prezentate în vederea subscrierii medicale. Ne rezervăm dreptul de a aplica restricții speciale acoperirii și putem oferi sau refuza acoperirea pentru acest copil nou-născut până la împlinirea vârstei de 3 luni (restricțiile speciale ale acoperirii își pot produce efectele ulterior, după ziua 91 de la naștere, de la momentul acceptării de către noi).

Vă rugăm să ne transmiteți imediat, în cazul în care există orice modificări referitor la informațiile declarate inițial de către Contractantul Politei în Formularul de Aplicare și în declarațiile privind starea de sănătate, după semnarea acestora de către Contractantul Politei și înainte ca noi să acceptăm cererea.

Data de început a politei este data la care Contractantul și Persoanele dependente dobândesc statutul de Persoană asigurată odată ce le-am aprobat cererea de intrare în asigurare. Acoperirea încetează în raport cu orice Persoană asigurată de îndată ce aceștia nu mai îndeplinesc condițiile de eligibilitate definite mai sus.

Drepturi la decesul Titularului Politei

În cazul decesului Titularului Politei, sotul sau partenerul civil (în vârstă de cel puțin 18 ani), care este persoana dependentă supraviețuitoare acoperită în baza Politei, va deveni în mod automat Membrul Principal, adică Titularul Politei. Acoperirea oferită în baza Politei existente va înceta atunci când nicio Persoană dependentă supraviețuitoare nu mai este eligibilă în temeiul prezentei Polite sau pentru care acesta a emis propria sa Polita separată.

- Sau:

2.1.3. Planul de grup:

Această secțiune se aplică doar în cazul în care Polita a fost emisă în baza unui Plan de asigurare de grup, iar Angajatorul/Societatea a fost de acord să plătească primele de asigurare pentru dvs. și persoanele dependente, dacă acestea sunt eligibile pentru acoperire în temeiul Termenilor și Condițiilor Generale.

Polita și Planul de asigurare sunt furnizate în temeiul unui contract cu Angajatorul/Societatea dvs., care selectează nivelurile beneficiilor și planurile incluse, stabilește cine poate face obiectul acoperirii, când începe să își producă efectele acoperirea, modul de reînnoire și modul de plată al primelor. Doar Angajatorul/Societatea este Contractantul Politei și deține drepturi legale în temeiul Planului de asigurare. Contractantul Politei trebuie să se asigure că Planul de asigurare va este pus la dispoziție.

În cazul în care ați încheiat această Polita ca parte a unui grup Angajator-Angajat sau a unei activități corporative:

- Puteti avea dreptul la concesi sau indemnizatii suplimentare celor inscrise in Termenii si Condițiile Generale, dacă s-a convenit în acest sens în Polita, sau.
- Puteti beneficia de termeni si conditii care sunt derogari ale Termenilor si Condițiilor Generale.

În acest caz, detalii privind acele concesi și/sau beneficii și/sau derogări ale termenilor vor fi înregistrate în modificarea descrierii generale a Politei sau în documentul de reînnoire (oricare dintre acestea este ultimul). În cazul în care există un conflict între concesiile sau beneficiile înregistrate în modificarea descrierii generale a Politei dvs. sau în documentul de reînnoire (oricare dintre acestea este ultimul) și cele înregistrate în Termenii și Condițiile Generale, atunci va prevala derogarea Politei dvs. sau documentul de reînnoire (oricare dintre acestea este ultimul).

Pentru ca orice Persoană asigurată să fie eligibilă pentru acoperire în temeiul Termenilor și Condițiilor Generale și cu excepția cazului în care se acceptă altfel de către noi în scris și se prezintă în modificarea descrierii generale a Politei sau în documentul de reînnoire (oricare dintre acestea este ultimul), un membru trebuie să fie:

- un Angajat/Colaborator, cu vârsta între optsprezece (18) și sub șaptezeci (70) de ani, cu excepția cazului în care se acceptă altfel de către noi 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.
- Persoanele dependente, cu vârsta cuprinsă între 1 zi și 69 de ani, cu excepția cazului în care s-a convenit altfel de către noi în scris și cu condiția ca Angajatul/Colaboratorul să facă obiectul acoperirii. Copilul/copiii care este/sunt eligibil(i) în temeiul prezentei Polite nu poate/pot rămâne în cadrul Politei după aniversarea Politei care urmează împlinirii vârstei de optsprezece (18) ani. Cu toate acestea, acoperirea sa poate fi reînnoită până la vârsta de douăzeci și cinci (25) de ani, cu condiția ca acesta să fie necăsătorit, somer sau încă student în cadrul unei forme de învățământ la zi.

În cazul în care Angajatorul/Societatea dvs. încetează planul de asigurare de sănătate încheiat cu noi, acoperirea dvs. va înceta.

2.2. MODIFICAREA NIVELULUI PLANULUI

Sub rezerva acordului si acceptarii de catre Asigurator, Contractantul Politei nu poate solicita decat modificarea nivelului acoperirii anual, la Data reînnoirii Politei si prin informarea Asiguratorului înainte de data de reînnoire. Toti membrii de familie din cadrul Planului individual sau de grup trebuie sa fie asigurati in cadrul aceluiasi Plan de asigurare ca si Membrul Principal/Angajatul.

2.3. TABELUL DE BENEFICII

Beneficiile constau in acoperirea costurilor medicale suportate de catre Persoana asigurata si sunt prezentate comparativ in Tabelul beneficiilor (Anexa 1). Anumite Limite ale Politei se aplica fiecărei Perioade de asigurare, ceea ce înseamnă ca odata ce a fost atinsa o limita, beneficiul nu va mai fi disponibil decat dupa reînnoirea Planului de asigurare. Altele se aplica pe întreaga perioada de asigurare, inclusiv perioada de reînnoire, ceea ce înseamnă ca, odata ce a fost atinsa limita mentionata in tabelul de beneficii (pe întreaga durata de viata a politei), nu veti mai beneficia de decontare, indiferent de reînnoirea planului dvs. de sanatate.

Ingrijirea medicala care urmeaza a fi acoperita trebuie sa fie recunoscuta de catre autoritatile medicale locale ale tarii in care sunt accesate serviciile medicale si furnizata de profesionisti autorizati (in conformitate cu legile, reglementarile sau altele referitoare la practicarea profesiei in tara in discutie).

Beneficiile se vor limita la costurile si cheltuielile rezonabile si uzuale suportate efectiv de catre persoanele asigurate. . In cazul tuturor beneficiilor specificate in Planul dvs. de asigurare selectat, protectia oferita de asigurare acopera exclusiv beneficiile care sunt necesare din punct de vedere medical.

Costurile medicale trebuie sa fi fost suportate in zona de aplicare a acoperirii selectata, in cursul Perioadei de asigurare, minus orice co-plata si/sau fransiza convenita (e) in temeiul clauzelor Politei:

2.3.1. Limita de acoperire maxima anuala

Vom plati pana la limita maxima anuala de acoperire prezentata in Tabelul de beneficii aferenta fiecărei Perioade de asigurare, per Persoana asigurata, cu exceptia cazului in care s-a prevazut altfel in descrierea generala a politei sau in Certificatul de Asigurare/de Membru. Acoperirea fiecărei persoane asigurate este limitata la Aria de acoperire indicata in Planul dumneavoastra de asigurare.

2.3.2. Spitalizare inclusiv spitalizare de zi

Vom stabili si plati costurile rezonabile si uzuale aferente serviciilor medicale efectuate in regim de spitalizare sau spitalizare de zi a Persoanei asigurate. Vor fi acoperite cheltuieli si servicii necesare din punct de vedere medical in limitele prezentate in Tabelul de beneficii, care sunt urmarea unui Eveniment asigurat si atunci cand este necesar ca rezultat al unei afectiuni, boli sau vatamari eligibile.

2.3.2.1. Costuri de spitalizare

Cazarea in spital, camera si masa

In cazul in care spitalizarea constituie o necesitate medicala pentru Persoana asigurata, Tratamentul este acordat si administrat de un medic specialist, iar durata spitalizarii Persoanei asigurate este corespunzatoare din punct de vedere medical, vom plati costurile de cazare intr-o camera de spital cu un singur pat si baie inclusa (cu camera de baie sau dus), mesele standard, ingrijirea medicala generala. In cazul in care o persoana asigurata alege o camera privata care nu este considerata de noi ca fiind o camera single standard cu baie proprie (de exemplu, camera de spital de lux, apartamente executive etc.) pentru tratamentul in regim de spitalizare de zi sau de internare si daca costul tratamentului este legat de aceste camere private non-standard, persoana asigurata va trebui sa contribuie la costurile de tratament si cazare care decurg din aceste taxe non-standard.

Cazarea parintilor in spital

Vom plati costurile de cazare si de hrana pentru un parinte care locuieste in aceeasi camera de spital pentru perioada spitalizarii copilului sau asigurat in varsta de pana la saizecezece (16) ani, copilul primind Tratament eligibil care este urmarea unui Eveniment asigurat.

Costuri aferente salii de operatii

Vom achita costurile legate de utilizarea salii de operatie, de instrumentele chirurgicale utilizate in cursul operatiei, de sala si ingrijirea de recuperare post-operatorie, medicamente prescrise, produse medicamentoase si consumabile medicale utilizate in sala de operatie sau de recuperare si in cursul spitalizarii Persoanei asigurate.

Unitatea de terapie intensiva /Unitatea pentru dependenta ridicata /Unitatea de terapie coronariana

Vom plati in cazul in care Persoana asigurata este tratata intr-o unitate de terapie intensiva, pentru dependenta ridicata sau de terapie coronariana daca:

- unitatea este locul cel mai adecvat pentru tratamentul Persoanei asigurate;
- ingrijirea furnizata in acea unitate este o parte esentiala a Tratamentului Persoanei asigurate; si
- ingrijirea furnizata de acea unitate este necesara pacientilor care sufera de acelasi tip de maladie sau vatamare sau care primesc acelasi tip de tratament.

Onorariile medicilor specialisti

Vom achita onorariile medicilor specialisti, medicului chirurg si medicului anesteziat care sunt necesare in cursul Tratamentului, operatiei, imediat, inainte si/sau dupa operatie. De asemenea, vom achita vizitele si consultatiile periodice acordate de un medic specialist in cursul sederii Persoanei asigurate in spital sau in regim de spitalizare de zi, atat timp cat este necesar din punct de vedere medical.

Investigatiile de laborator, razele X si alte teste de diagnosticare

Vom achita costurile aferente testelor de diagnosticare utilizate pentru a diagnostica, evalua afectiunea medicala a Persoanei asigurate sau pentru a gasi cauza simptomului/simptomelor, atunci cand se recomanda de catre medicul specialist. Acestea includ analizele patologice, de laborator (de exemplu, analize de sange si de urina), investigatiile radiologice si imagistice (de exemplu, raze X, ultrasunete) si alte teste de diagnosticare (de exemplu, EKG).

Medicamente prescrise, produse medicamentoase si consumabile

Vom achita produsele medicamentoase, medicamentele si consumabilele prescrise de medicul specialist Persoanei asigurate pe perioada in care Persoana asigurata primeste Tratament in regim de spitalizare sau de spitalizare de zi.

Fizioterapie/ Logopedia

Vom achita Tratamentul furnizat de fizioterapeut si/sau logoped, daca acesta este necesar si recomandat de un medic specialist ca parte a sederii Persoanei asigurate in spital in regim de spitalizare sau de spitalizare de zi, daca acesta nu reprezinta unicul motiv si nu este Tratamentul principal in cazul sederii in spital a Persoanei asigurate.

2.3.2.2. Criza acuta in cazul afectiunilor cronice

Vom achita, in cadrul limitei beneficiului individual, astfel cum se prezinta in Tabelul de beneficii, costurile Tratamentului in regim de spitalizare destinat stabilizarii unei crize acute a afectiunii cronice a Persoanei asigurate si revenirii Persoanei asigurate la starea de sanatate in care se afla inainte de criza acuta. Odata ce afectiunea cronica a fost re-stabilizata si este din nou monitorizata sau controlata in mod periodic, nu vom mai acorda acoperire pentru afectiunea cronica in temeiul acestui beneficiu, aceasta va fi furnizata ulterior in temeiul descrierii Beneficiului 2.3.3.6, Gestionarea medicala a afectiunii cronice, in cazul in care acest beneficiu este disponibil in temeiul Planului dvs. de asigurare selectat.

2.3.2.3. Recuperarea pacientilor spitalizati

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa aceasta decontare in Tabelul de beneficii, vom plati in limita si/sau conform numarului de zile, astfel cum se prezinta in Tabelul de beneficii, pentru o combinatie a acestor terapii, cum ar fi terapia fizica, ergoterapie si logoterapia, destinate recuperarii efectuate in cursul sederii intr-un spital sau intr-un centru de recuperare dupa externarea imediata din spital a Persoanei asigurate, in urma unui Eveniment asigurat.

Platim recuperarea efectuata in spital atat timp cat:

- urmeaza unei leziuni cerebrale acute, cum ar fi un atac cerebral sau un accident; si
- face parte din Tratamentul care este acoperit de Polita; si
- un medic de recuperare supravegheaza Tratamentul Persoanei asigurate; si
- am convenit costurile inainte ca Persoana asigurata sa inceapa recuperarea; si
- Tratamentul nu putea fi efectuat in regim ambulatoriu.

Acest beneficiu nu poate fi platit decat daca a fost efectuata pre-autorizarea.

Observatie: Nu platim pentru recuperare in cazul in care Tratamentul a fost acordat pentru tulburari ale sanatatii mintale, tulburari psihiatrice sau psihologice.

2.3.2.4. Proteze (implanturi protetice)/Implanturi medicale

Acest beneficiu se plateste in cadrul Limitelor maxime ale Politei dvs., sub rezerva verificarii ca aceasta proteza interna/implant medical este aprobat(a) de Agentia pentru Alimente si Medicamente (Food and Drug Administration – FDA) a Statelor Unite, este utilizat(a) pentru scopul preconizat, s-a dovedit a fi eficient(a) (adica nu este supus(a) unui studiu clinic, unei evaluari sau cercetari) si este parte a Tratamentului necesar din punct de vedere medical al Persoanei asigurate in cursul operatiei si al procedurilor de inlocuire aprobate de medicul specialist.

2.3.2.5. Indemnizatia de .spitalizare

Vom plati indemnizatia de spitalizare pentru fiecare noapte petrecuta in spital, in limita numarului maxim de nopti si al limitei (limitelor) prevazute in Tabelul de beneficii, atunci cand Persoana asigurata primeste:

- a. Tratament in regim de spitalizare eligibil in zona geografica standard de aplicare a acoperirii si nu s-a suportat niciun cost pentru tratamentul Persoanei asigurate sau in cazul in care Persoana asigurata este internata intr-un spital public din zona geografica standard de aplicare a acoperirii si in cazul in care
- b. Am fi acoperit acel tratament in regim de spitalizare in temeiul Politei.

Internarea minima in spital este de o noapte.

In cazul in care Polita dvs. include o Fransiza, nu o vom scadea din indemnizatia de spitalizare aferenta internarii.

Acest beneficiu nu este disponibil in cazul in care costul Tratatamentului a fost finantat de alta parte, cum ar fi alt asigurator sau in legatura cu o cerere de despagubire aferenta ingrijirii legate de maternitate.

2.3.3. Acoperire pentru tratament ambulatoriu (se aplica co-plata obligatorie de 10% pentru toate taxele si tratamentele in ambulatoriu)

2.3.3.1. Chirurgie in regim ambulatoriu

Vom plati in limitele prevazute in Tabelul de beneficii pentru costul procedurii chirurgicale efectuate in regim ambulatoriu, sub anestezie locala. Procedurile chirurgicale acoperite prin acest beneficiu nu necesita tratament in regim de spitalizare sau de spitalizare de zi.

2.3.3.2. Onorariile medicilor generalisti si specialisti

Vom plati in limitele prezentate in Tabelul de beneficii pentru costurile suportate in regim ambulatoriu pentru consultatii oferite de catre medicul dvs. de familie sau de catre medicul specialist in vederea diagnosticarii si tratarii unei afectiuni, maladii sau vatamari eligibile sau pentru a efectua orice alt tratament medical sau ca tratament de monitorizare care a avut deja loc.

Acest beneficiu include telemedicina, caz in care Persoana asigurata poate alege sa consulte in mod virtual, servicii de consultanta pentru ingrijiri primare in limita a o (1) consultatie pe zi, in cadrul unui furnizor aprobat de telemedicina. In cazul oricaror prescriptii, recomandate prin intermediul telemedicinii, acestea sunt decontate din beneficiul privind produsele medicamentoase, medicamentele si pansamentele prescrise, in regim ambulatoriu, in cazul in care acesta este aplicabil in cadrul planului de asigurare selectat.

2.3.3.3. Medicamente prescrise, produse medicamentoase si consumabile medicale

Vom plati in limitele prezentate in Tabelul de beneficii pentru costurile suportate in regim ambulatoriu pentru medicamentele prescrise, produsele medicamentoase si consumabilele medicale recomandate de medicul dvs. generalist/specialist, iar acestea trebuie sa fie asociate unei afectiuni, maladii, vatamari diagnosticate eligibile.

Acest beneficiu include si medicamentele prescrise, recomandate pentru o afectiune eligibila in cursul unei consultatii in regim de telemedicina, astfel cum se prevede in Sectiunea 2.3.3.2.

2.3.3.4. Investigatiile de laborator, radiografii si alte teste de diagnosticare (cu excluderea testelor de imagistica avansata)

Vom plati in limitele prezentate in Tabelul de beneficii pentru costurile suportate in regim ambulatoriu in legatura cu testele prescrise de medicul dvs. Generalist/Specialist, utilizate pentru a diagnostica sau pentru a descoperi cauza simptomului (simptomelor) dvs. Acestea includ analizele patologice, de laborator (de exemplu, analize de sange si de urina), investigatiile radiologice si imagistice (de exemplu, radiografii, ecografii) si alte teste de diagnosticare (de exemplu, EKG).

Nu vom plati in cadrul acestui beneficiu pentru examinarile RMN, CT sau PET.

2.3.3.5. Fizioterapie

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu, vom plati pana la limita (limitele) afisata(e) in Tabelul de beneficii pentru consultatii in ambulatoriu si Proceduri de fizioterapie eficiente si dovedite, necesare din punct de vedere medical, atunci cand sunt efectuate de un fizioterapeut autorizat, cu scopul de a restabili functia fizica normala a Persoanei Asigurate pentru un diagnostic acoperit si in urma unui eveniment asigurat. Fizioterapeutul trebuie sa mentioneze necesitatea formei specifice de fizioterapie, diagnostic, un plan de tratament clar cu o data de inceput si o data de final si rezultatul asteptat.

Tratamentul trebuie efectuat de Fizioterapeuti calificati care detin licenta corespunzatoare si sunt inregistrati sa profeseze in tara in care se primeste Tratamentul. Dupa a 12-a sedinta/vizita, in cazul in care Persoana Asigurata necesita mai multe sedinte/vizite, Persoana Asigurata trebuie sa depuna un raport medical suplimentar si intermediar pentru reevaluarea starii medicale. Ne rezervam dreptul de a pre-autoriza aceste sesiuni/vizite suplimentare/vizita..

2.3.3.6. Gestionarea afectiunii cronice

Vom plati in limitele prevazute in Tabelul de beneficii pentru consultatiile, testele periodice si pentru medicamentele prescrise, necesare pentru monitorizarea si mentinerea stabilitatii unei afectiuni cronice. Acest beneficiu se limiteaza la acest tratament si nu include alt tratament medical (de exemplu, fizioterapie care sa vizeze mentinerea stabilitatii).

Nu platim in cazul in care afectiunea cronica este o afectiune pre-existenta sau o afectiune asociata, cu exceptia cazului in care acest aspect a fost declarat in Formularul de Aplicare si a fost acceptat in scris de catre Noi.

Orice cereri de despagubire referitoare la afectiuni canceroase, congenitale si ereditare, afectiuni psihiatrice, care sunt cronice, nu vor fi eligibile pentru plata din acest beneficiu.

Limita prezentata in Tabelul de beneficii este limita combinata atat pentru tratamentul in regim de spitalizare cat si pentru tratamentul in regim ambulatoriu.

2.3.3.7. Tratament de urgenta in regim ambulatoriu

Vom plati in limitele prevazute in Tabelul de beneficii pentru costurile legate de tratamentul de urgenta in regim ambulatoriu (adica serviciile si tratamentul medical primite in camera de garda a unui spital sau clinici), pentru Persoana asigurata care primeste ingrijire medicala in termen de 48 (patruzeci si opt) de ore de la accident sau la debutul maladii urgente, care nu necesita internare in regim de spitalizare/spitalizare de zi in spital.

2.3.4. Alte beneficii (cand sunt mentionate in Tabelul de Beneficii)

2.3.4.1. Imagistica avansata (RMN, CT si PET)

Vom plati pentru aceasta indemnizatie in cadrul limitei totale a Politei pentru costurile aferente tomografiei computerizate (CT), imagisticii prin rezonanta magnetica (RMN) sau tomografiei prin emisie de pozitroni (PET), daca acestea sunt recomandate de catre medicul generalist/specialist al Persoanei asigurate pentru a ajuta la diagnosticarea sau evaluarea maladiei sau vatamarii Persoanei asigurate.

2.3.4.2. A doua opinie medicala

In cazul in care afectiunea medicala sau diagnosticul Persoanei asigurate este severa si complexa, iar Persoana asigurata nu este sigura cu privire la diagnosticul primit in faza initiala, echipa noastra poate organiza accesul la o retea de experti renumiti, din intreaga lume, in vederea examinarii cazului dvs. Trebuie doar sa ne contactati pentru a solicita accesul la acest serviciu.

2.3.5. Asistenta

2.3.5.1. Servicii de ambulanta locala

Vom organiza si vom plati in cadrul limitei maxime a Politei pentru transportul Persoanei asigurate la cel mai apropiat spital adecvat, pentru transportul de urgenta catre sau intre spitale sau atunci cand medicul considera ca este necesar din punct de vedere medical si Persoana Asigurata necesita supraveghere medicala in timpul transportului. Tipurile de ambulante acoperite includ ambulanta rutiera si ambulanta aeriana (daca este cazul). Serviciile de ambulanta aeriana vor necesita pre-autorizarea noastra.

2.3.6. Rider (Beneficii optionale)

Urmatoarele sectiuni (de la 2.3.6.1. pana la 2.3.6.4.) sunt beneficii optionale, pentru care Persoana asigurata poate opta pentru protectie suplimentara, sub rezerva unor prime suplimentare. Doar acele persoane asigurate care detin aceste optionale vor avea adaugat si in certificatul de membru aceste mentiuni. Ne rezervam dreptul de a refuza o cerere de upgrade a acoperirii sau de adaugare a unor astfel de beneficii.

2.3.6.1. Tratamentul cancerului

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu, vom plati in limitele prezentate in Tabelul de beneficii pentru tratamentul cancerului in regim de spitalizare, spitalizare de zi, ambulatoriu, in cazul in care consideram ca tratamentul este necesar din punct de vedere medical pentru tratamentul activ al cancerului si pentru tratamentul bazat pe dovezi, dupa o Perioada de asteptare din momentul in care Persoana asigurata opteaza pentru acest beneficiu. Acesta include chimioterapia, radioterapia, oncologia, testele/imagistica de diagnosticare, consultatiile, medicamentele prescrise, monitorizarea si recuperarea in cadrul unui spital sau unitati specializate in domeniul cancerului, ca parte a unui tratament al cancerului eligibil, in regim de spitalizare/spitalizare de zi si/sau in regim ambulatoriu, in temeiul Planului dvs. de asigurare. Conform acestei Polite, exista o limita de 120 de zile pentru internarea in regim de spitalizare.

In ceea ce priveste perucile si acoperitorile pentru cap temporare, necesare ca urmare a tratamentului activ al cancerului, acoperit de catre Planul de asigurare, vom plati acele costuri care nu depasesc 200 € per an de polita. In cazul in care Polita include o fransiza, nu trebuie sa platiti fransiza aferenta perucilor/acoperitorilor de cap temporare.

Alte articole incluse in temeiul acestui beneficiu se refera la tratamentul maduvei osoase, utilizat cu chimioterapia cu doze ridicate in vederea tratarii, si in cazul in care acesta face parte din tratamentul activ al cancerului. De asemenea, aceasta include plata costurilor medicale rezonabile catre un donator in viata (doar dintr-o sursa verificata si legitimata), pentru a dona maduva osoasa, iar aceste costuri si servicii medicale sunt efectuate intr-o unitate de retea si atunci cand donarea nu conduce la pierderea vietii donatorului, iar celula donata este eliminata in aceeasi unitate de retea in care se efectueaza tratamentul. Suma pe care o vom plati pentru costurile medicale ale unui donator se ridica la maximum 20.000 € si este calculata ca parte a limitei acestui beneficiu. Costurile medicale asociate cu donatorul catre care vom efectua plata vor fi reduce cu suma care i se datoreaza in legatura cu acele costuri bazate pe orice alta polita de asigurare sau din orice alta sursa. Nu platim pentru niciun alt cost de administrare, cum ar fi, dar fara a se limita la, costurile de transport sau costul gasirii unui donator sau orice alte costuri care nu au legatura doar cu tratamentul in sine. De asemenea, nu platim pentru complicatiile care apar din acest motiv pentru donator.

Va rugam sa observati: Nu vom plati pentru tratamentul maduvei osoase in temeiul Serviciilor de transplant, in cazul in care transplanturile fac parte din tratamentul cancerului.

In cazul medicamentelor si articolelor de farmacie prescrise eligibile destinate tratamentului activ al cancerului, ne rezervam dreptul de a solicita Persoanei asigurate sa obtina aceste articole de la farmacia din reseaua medicala desemnata a Asiguratorului, daca este cazul. Orice medicamente administrate in regim ambulatoriu sau alte medicamente pe care un medic generalist le poate prescrie trebuie sa faca obiectul acoperirii ca parte a medicamentelor si pansamentelor in regim ambulatoriu, daca aceasta optiune este disponibila conform Planului Asiguratorului.

Daca este, de asemenea, neclar ca testele de diagnosticare sunt pentru cheltuieli medicale aferente cancerului, atunci acele costuri vor fi platite conform sectiunii corespunzatoare, in temeiul beneficiului de acoperire „in regim ambulatoriu”, daca acest beneficiu este disponibil conform Planului de asigurare al Persoanei asigurate

In temeiul acestui beneficiu, nu platim pentru:

- vreun test de diagnosticare sau tratament care nu este considerat corespunzator sau necesar din punct de vedere clinic;
- testele de diagnosticare dispuse de orice alta persoana in afara de oncologul Asiguratului;
- complicatiile care sunt rezultatul oricarui tratament off-label* sau medicamentelor experimentale sau procedurilor chirurgicale experimentale, chiar daca noi am acceptat sa acoperim procedura in sine;
- tratamentul preventiv, cum ar fi screening-ul, in cazul in care Asiguratul nu prezinta simptome de cancer. De exemplu, in cazul in care Asiguratul a efectuat un screening care a aratat ca Asiguratul prezinta riscul genetic de cancer la san, nu vom acoperi screening-ul sau alt tratament destinat reducerii sansei de a suferi de cancer la san in viitor (cum ar fi o mastectomie);
- medicatia care trebuie sa fie luata de Persoana asigurata dupa ce a fost externata din spital ca urmare a unui transplant de maduva osoasa, cum ar fi imunosupresoare, antibiotice si steroizi, utilizati in vederea prevenirii complicatiilor;
- Ingrijirea paliativa - va rugam sa consultati Sectiunea 2.3.3.6. Ingrijire paliativa.

Acest beneficiu nu poate fi platit decat daca a fost efectuata pre-autorizarea.

*off-label = administrarea medicamentelor pe o cale neaprobata

2.3.6.2. Servicii de transplant

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest Beneficiu, vom plati pentru costurile medicale si de specialitate, suportate in timp ce Persoana asigurata (care este beneficiarul organului) este spitalizata, inclusiv medicamentele anti-rectie (imunoterapie) si tratamentul ambulatoriu aferent, necesar inainte si dupa transplant (daca indemnizatiile aferente tratamentului ambulatoriu se aplica Planului dvs. de asigurare), in limitele prevazute in Tabelul de beneficii in legatura cu transplantul de organe umane care mentin viata (rinichi, pancreas, ficat, inima, plaman, maduva osoasa, corneea sau inima si plamanul), iar organul uman provine de la o ruda sau dintr-o sursa de donatie certificata si verificata.

Acest beneficiu impune pre-autorizarea, iar transplantul:

- a. trebuie sa fie necesar din punct de vedere medical si supus tratamentului conventional;
- b. tipul si durata tratamentului vor fi stabilite in functie de tipul transplantului si al afectiunii medicale de baza; si
- c. va fi efectuat in institutii acreditate la nivel international de catre chirurghi acreditati, iar procurarea organului, tesutului sau al celulelor respecta liniile directoare ale Organizatiei Mondiale a Sanatatii (OMS).

De asemenea, vom plati costurile medicale asociate cu donatorul in calitate de pacient in regim de spitalizare/spitalizare de zi, daca aceste costuri si servicii medicale sunt efectuate intr-o unitate de retea si atunci cand donarea nu conduce la pierderea vietii donatorului, iar organul, tesutul sau celula donata este extras(a) in aceeași unitate de retea in care se efectueaza tratamentul. Suma pe care o vom plati pentru costurile medicale ale unui donator se ridica la maximum 20.000 € pentru fiecare organ transplantat si este calculata ca parte a limitei maxime a indemnizatiei aferente transplantului. Costurile medicale asociate cu donatorul catre care vom efectua plata vor fi reduse cu suma care i datoreaza donatorului in legatura cu acele costuri bazate pe orice alta polita de asigurare sau din orice alta sursa.

Pe langa excluderile si limitarile Politei, nu vom plati in niciuna dintre urmatoarele situatii:

- a. costurile asociate cu transportul, cautarea organului donatorului, procurarea organului, tesutului sau celulei si orice alte costuri de administrare;
- b. atunci cand donatorul sufera complicatii;
- c. Transplantul de organe necesar din cauza unei afectiuni congenitale sau ereditare, aceasta acoperire va fi furnizata in temeiul beneficiului 2.3.3.9. Afectiuni congenitale si ereditare.
- d. Transplantul de tesut va fi supus limitei specificate in Tabelul de beneficii.

Acest beneficiu nu poate fi platit decat daca a fost efectuata pre-autorizarea. Acest beneficiu este supus unei Perioade de asteptare ca urmare a includerii de catre Persoana asigurata a acestui optional.

2.3.6.3. Tratament preventiv

2.3.6.3.1. Investigatii de rutina

Cu conditia ca Planul de Asigurare al Persoanei Asigurate sa includa acest beneficiu, Vom plati dupa depasirea perioadei de asteptare, pana la limita (limitele) combinata(e) afisata(e) pentru Investigatii de rutina pentru adulti (Evaluare de sanatate) si beneficiile Investigatii de rutina pentru copii detaliate in lista de mai jos. Orice taxe platite in cadrul oricarui dintre aceste beneficii vor reduce limita aferenta celorlalte beneficii.

a. Investigatii de rutina pentru copii:

Pentru un copil cu varsta sub 2 (doi) ani, nu se aplica perioada de asteptare si vom plati taxele suportate pentru investigatii de rutina furnizate de un medic; se vor acoperi 4 (patru) examinari de rutina si vaccinari obligatorii.

Pentru un copil intre 2 si 10 ani, dupa o perioada de asteptare de 10 (zece) luni, vom plati taxele suportate in scopul investigatiilor de rutina furnizate de un medic; 1 (un) control anual de rutina si vaccinari obligatorii.

Pentru un copil intre 10 (zece) si 18 (optsprezece) ani, dupa o perioada de asteptare de 10 (zece) luni vom plati taxele suportate in scopul investigatiilor de rutina furnizate de un medic; 1 (un) control anual de rutina si vaccinari.

b. Investigatii de rutina pentru adulti:

Pentru o Persoana Asigurata, incepand cu varsta de 19 (nousprezece) ani, dupa 10 (zece) luni Perioada de asteptare, , vom plati taxele suportate in scopul investigatiilor de rutina furnizate de un medic; 1 (un) control anual de rutina constand in oricare dintre urmatoarele:

- Panou de sanatate general:
 - Panou metabolic complet
 - Hemoleucograma completa
 - Profilul lipidic
- Panoul tiroidian
- Urina la mijlocul fluxului
- Testul de piele pentru tuberculoza, conform recomandarii
- Mamografii pentru femeile de peste 40 (patruzeci) de ani
- Examen rectal digital
- Investigatii:
 - Testul e debit expirator de varf
 - Test EKG de stres
- Hs Proteina reactiva C
- Imagistica radiografie torace
- Frotiu Papanicolau pentru femei de la 21 (douazeci si unu) de ani
- Test pentru antigenul specific prostatei pentru barbati de peste 40 (patruzeci) de ani
- Testul densitatii osoase pentru Persoana asigurata de peste 50 (cincizeci) de ani (odata la fiecare 5 (cinci) ani)
- Colonoscopie pentru Persoana asigurata de peste 50 (cincizeci) de ani (odata la fiecare 5 (cinci) ani)
- Ecografie abdominala superioara si inferioara (abdomen si pelvis)

2.3.6.3.2. Vaccinari

Vom plati in limita prezentata pentru vaccinari (inclusiv vaccinarile in caz de calatorie, cum ar fi tetanos, hepatita A, B, meningita, turbare, holera, febra japoneza, encefalita japoneza, rapel de poliomielite, febra tifoida, malarie – sub forma de tableta, zilnic sau saptamanal) si imunizari. Acest beneficiu va fi pus la dispozitia oricarei Persoane Asigurate incepand cu varsta de 10 (zece) ani si cu conditia ca Planul de Asigurare al Persoanei Asigurate sa includa acest optional.

2.3.6.4. Tratament dentar

Cu conditia ca Planul de Asigurare al Persoanei Asigurate sa includa acest beneficiu, vom plati pana la limita indicata pentru serviciile stomatologice enumerate dupa o Perioada de asteptare. Taxele pentru anumite Tratamente stomatologice sunt supuse unei Co-plati, dupa cum este indicat mai jos, iar raspunderea maxima a Asiguratorului nu va depasi beneficiul maxim platit pentru fiecare Persoana Asigurata pentru serviciile medicale necesare furnizate de un stomatolog.

Tratamente stomatologice acoperite:

- a. Tratament preventiv (perioada de asteptare de 6 (sase) luni, Co-plata 0%)
 - Check-up
 - Radiografie
 - Detartraj
 - Gutiera
- b. Rutina si restauratie (perioada de asteptare de 6 (sase) luni), supusa unei co-plati de 20% per dauna, per persoana asigurata:
 - Plomba
 - Tratament de canal
 - Coroane/Punte
 - Implant
 - Anestezie
- c. Tratament ortodontic (perioada de asteptare de 2 (doi) ani, supus unei co-plati de 50% per dauna, per Persoana Asigurata pana la varsta de 18 ani, care include:
 - Aparatul dentar (optsprezece)
 - Retainer

3. CONDITII GENERALE

3.1. CONTRACTUL DE ASIGURARE

Contractul de asigurare este reglementat de conditiile politei, de formularul privind analiza nevoilor clientului (DNT), de documentul privind informatiile referitor la produs, de formularul de Aplicare, de oferta, de Certificatul de Asigurare/Membru si de anexe, de documentele declarative/suplimentare (daca este cazul), de corespondenta intre Asigurator si Contractantul Politei si de alte documente solicitate de Asigurator, inclusiv, dar fara a se limita la, date cu privire la starea de sanatate, ocupatia si hobby-urile.

Contractul de asigurare se incheie intre Noi (Inter Partner Assistance S.A.) si Contractantul Politei. Contractantul Politei avand obligatia de a informa Persoanele asigurate cu privire la termenii si conditiile Politei. Contractul de asigurare se incheie nominal, pentru toate Persoanele asigurate eligibile si/sau membrii grupului, cu actualizarea listelor cu personalul si cu includerea noilor membri in Polita sau in grup, cu respectarea acoperirii legale, fiind valabil doar in raport cu persoanele nominalizate.

3.2. FORMA SI DOVADA INCHEIERII CONTRACTULUI

Contractul si documentele de asigurare trebuie sa fie incheiate in forma scrisa. In cazul in care documentele de asigurare au disparut din cauza fortei majore sau a cazului fortuit si nu este posibila obtinerea unui duplicat, existenta si continutul documentelor de asigurare pot fi dovedite cu orice mijloc de proba.

Prevederile paragrafului de mai sus se aplica tuturor modificarilor contractului de asigurare.

Incheierea contractului de asigurare se stabileste prin intermediul Termenilor si Conditiei politei, al certificatului de asigurare/de membru si al anexelor, al documentelor suplimentare/declarative (daca este cazul) emise de MediHelp in numele nostru („Asiguratorul”, Inter Partner Assistance S.A.) si prin intermediul platii primei de asigurare.

Documentele care atesta incheierea unei asigurari pot fi semnate si certificate prin mijloace electronice.

3.3. OBIECTUL ASIGURARII

Planurile MediHelp International sunt Planuri de asigurare care ofera acoperire pentru beneficiile prezentate in Tabelul de beneficii, in conformitate cu optiunea selectata de catre Contractantul Politei la momentul solicitarii acoperirii.

Planurile de asigurare MediHelp International nu sunt planuri de economisire sau de capitalizare; prin urmare, acestea nu reprezinta un plan de compensatii si nu pot fi transformate intr-o asigurare cu valoare limitata.

3.4. CONDITII DE ELIGIBILITATE

Planurile MediHelp International sunt destinate persoanelor fizice si grupurilor/societatilor.

Orice persoana care doreste sa fie acoperita de Polita este potential eligibila, cu conditia ca noi sa primim cererea de asigurare relevanta si sa aiba mai putin de 70 de ani la data cererii acesteia.

In vederea evaluarii riscului, declararea istoricului relevant de cancer la incheierea prezentului contract de asigurare si sub rezerva derogarii de la prevederile Legii nr. 287/2009 privind Codul civil, conform Legii nr. 200/2022, supravietuitorilor de cancer li se aplica urmatoarele :

- pentru Asiguratul(ii) adult(i), declararea istoricului pentru evaluarea riscului nu s-ar aplica daca a trecut o perioada de 7 ani de la data incheierii Protocolului Oncologic al Persoanei Asigurate, exista recuperare totala, remisie completa, fara tulburari legate de cancer;
- pentru Asiguratul(ii) al carui diagnostic de cancer a fost pus inainte de varsta de 18 ani, pentru afectiunile oncologice pedi-atrice, declararea istoricului pentru evaluarea riscului nu s-ar aplica daca a trecut o perioada de 5 ani de la data incheierii Protocolului oncologic, exista recuperare totala, remisie completa si fara tulburari legate de cancer.

Acoperirea este anuala si va continua pana cand primim o cerere de incetare din partea Contractantului, dvs. (in cazul persoanelor fizice) sau angajatorul dvs. (in cazul in care faceti parte dintr-o asigurare de grup platita de catre societate). La debutul asigurarii, Titularul Politei are obligatia sa ne trimita lista cu membrii eligibili, specificand informatii precum prenumele si numele de familie al asiguratului, codurile de identificare personala (CNP), data de incepere a activitatii, data de aderare la grup.

Avem dreptul sa refuzam sau sa acceptam o cerere prezentata de catre dvs. sau de oricare dintre persoanele dependente si ne rezervam dreptul sa solicitam dovezi privind varsta, starea de sanatate (inclusiv fise medicale) si statutul profesional in orice moment.

Toate persoanele fizice care au mai putin de 70 de ani sunt eligibile pentru acest Plan de asigurare daca detin o dovada a resedintei in Romania. Persoana fizica trebuie sa se asigure ca respecta orice cerinte de reglementare locale in domeniul asigurarilor si ca este asigurat potrivit zonei de aplicare a acoperirii corecte.

Persoanele asigurate, precum si persoanele dependente, daca este relevant, dobandesc statutul de Persoane asigurate deindata ce acestea sunt inscrise in Asigurare, sub rezerva platii primei.

Adaugarea Persoanelor dependente

Membrul Principal poate solicita includerea persoanei dependente eligibile in orice moment din Perioada de asigurare, sub rezerva platii primei solicitate si a cerintei de eligibilitate convenite.

In cazul in care conditiile de subscriere se bazeaza pe Subscrierea medicala integrala sau pe Continuitatea excluderilor medicale personale, Contractantul Politei trebuie sa completeze si sa ne trimita o cerere individuala si o declaratie privind starea de sanatate, daca este cazul. In cadrul asigurarii de grup, cererea individuala si declaratia privind starea de sanatate, daca este cazul, trebuie sa fie completate de catre Persoana asigurata. Contractantul Politei sau Angajatorul trebuie sa ne informeze cu privire la toate faptele relevante si materiale. Cu acordul nostru, vom informa cu privire la inceperea acoperirii si nu vom antedata nicio acoperire. Acoperirea persoanelor dependente va corespunde acoperirii oferite persoanelor fizice sau membrilor existenti.

- Adaugarea unui sot/partener civil este posibila, cu conditia ca, in cazul acestor persoane dependente, cererea sa fie formulata in termen de 1 (o) luna de la data casatoriei/parteneriatului legal.
- Un copil nou-nascut poate fi adaugat la acest contract de la data nasterii, cu conditia ca Asiguratorul sa primeasca o cerere privind adaugarea copilului nou-nascut in termen de 30 (treizeci) de zile de la data nasterii. Dupa aceasta perioada, Asiguratorul va adauga copilul nou-nascut de la data la care primim notificarea scrisa si nu de la data de nastere a noului nascut. Aceasta are loc cu respectarea urmatoarelor conditii cumulative:
 - a. parintele nou-nascutului a beneficiat de acoperire in temeiul Politei inainte de data de nastere a noului nascut; si
 - b. nou-nascutul nu s-a nascut ca urmare a reproducerii sau procrearii asistate, a tratamentului de fertilizare urmat de oricare dintre parinti, nu a fost adoptat sau nu a fost purtat de un surogat; si
 - c. copilul nou-nascut a fost externat definitiv din spital,
 - d. Nou-nascutul nu este prematur (in acceptiunea Asiguratorului, prematur inseamna ca nasterea are loc inainte de saptamana 37 de sarcina).

Un copil care nu indeplineste criteriile mentionate mai sus poate fi adaugat prin depunerea formularului de Aplicare, a declaratiei privind starea de sanatate. Putem adauga sau refuza sa oferim acoperire sau putem oferi acoperire in conditiile pe care le impunem.

3.5. PERIOADA DE REFLECTIE

Daca, la momentul citirii Politei, Contractantul Politei decide ca aceasta nu indeplineste cerintele sale, va rugam sa ne informati in termen de 30 (treizeci) de zile de la data de incepere/reinnoire. Vom rambursa orice prima platita de catre Contractantul Politei, cu conditia sa nu fi fost formulata nicio cerere de despagubire si sa accepte ca nu poate formula una ulterior, Contractul dintre Titularul Politei si noi va fi anulat, ceea ce inseamna ca va fi tratat ca si cum nu ar fi existat vreodata.

3.6. OBLIGATIILE PERSOANEI ASIGURATE

3.6.1. Persoana asigurata se angajeaza sa ofere Asiguratorului, prin intermediul MediHelp International, urmatoarele documente:

- a. Atunci cand se solicita calitatea de asigurat, un formular de aplicare si declaratia privind starea de sanatate, semnate de Persoana asigurata si precizand Planul de asigurare, Fransiza si optiunile privind plata primei selectate.
- b. Persoana asigurata este de acord sa justifice declaratia/declaratiiile date Asiguratorului in orice moment.

In cazul unei omisiuni sau a unei declaratii false a Persoanei asigurate/Titularului Politei, Asiguratorul are dreptul fie sa declare nul contractul, fie sa continue aplicarea acestuia potrivit noilor conditii pe care Asiguratorul le stabileste sau Asiguratorul poate sa intreprinda una sau mai multe dintre urmatoarele:

- a. Sa refuze plata oricaror cereri de despagubire;
- b. Sa recupereze de la Persoana asigurata si/sau persoanele dependente orice pierdere cauzata de incalcarea obligatiilor; sau
- c. Sa refuze reinnoirea Politei.

Acoperirea Asigurarii intra in vigoare odata ce prima convenita este platita si primita de catre Asigurator.

Asiguratorul, prin MediHelp International, se angajeaza sa ofere acesti Termeni si Conditii Generale fiecarei Persoane asigurate la momentul inscrierii si sa informeze Persoana asigurata/Contractantul Politei, in scris, cu privire la modificarile care urmeaza a fi aduse, daca este cazul, drepturilor si obligatiilor acestora, in special inainte de orice reducere a acoperirii, orice modificare a cuantumului primei sau rezilierea contractului.

Persoana asigurata raspunde in cazul nerespectarii acestor obligatii.

3.6.2. In cazul planului de grup, obligatiile Angajatorului si/sau Angajatului/Persoanei asigurate sunt:

- a. Contractantul Politei trebuie sa desemneze o persoana („secretarul grupului” sau „administratorul”) in vederea administrarii Politei de asigurare in conformitate cu termenii acesteia si cu orice document emis de Asigurator. Secretarul grupului trebuie sa informeze in scris si Asiguratorul cu privire la orice schimbare a persoanei desemnate. Secretarul grupului trebuie sa informeze toti Angajatii cat mai curand posibil in cazul in care, din orice motiv, prezenta Polita de asigurare este reziliata sau nu mai este reinnoita sau prezenta Polita de asigurare trebuie sa fie reziliata in conformitate cu prevederile Sectiunii 3.16 Incetarea sau suspendarea acoperirii, astfel incat acesti Angajati sa stie ca acoperirea a incetat si ca beneficiile nu se mai platesc pentru costurile legate de tratament, suportate dupa Data incetarii.

- b. Contractantul Politei si/sau Angajatul/Membru asigurat trebuie sa se asigure ca toate datele si informatiile furnizate Asiguratorului sunt suficient de adevarate, exacte si complete.
- c. Contractantul Politei si/sau Angajatul/Membru asigurat trebuie sa informeze in scris Asiguratorul cu privire la orice modificare a adresei sau a datelor de contact sau a altor date cu caracter personal.
- d. Contractantul Politei si/sau Angajatul/Membru asigurat trebuie sa informeze Asiguratorul cu privire la orice schimbare a tarii in care Angajatul/Membrul asigurat sau persoanele dependente locuiesc in mod normal.
- e. Contractantul Politei si/sau Angajatul/Membrul asigurat raman responsabili pentru obligatiile care le revin in temeiul prezentei Polite de asigurare, chiar daca acestia au delegat toate sau o parte din acele obligatii unui intermediar sau unui agent care va fi considerat agentul Contractantului Politei si al Angajatului/Membrului asigurat.
- f. Contractantul Politei si Angajatul/Membrul asigurat despagubesc Asiguratorul de si pentru orice costuri, pierderi si cheltuieli suportate de Asigurator ca urmare a neindeplinirii de catre Contractantul Politei si/sau Angajatul/Membrul asigurat, din orice motiv, a obligatiilor care ii revin in temeiul prezentei Polite de asigurare.

3.7. MODIFICARI

Putem modifica primele de asigurare, beneficiile si termenii si conditiile Politei, dar orice astfel de modificari nu se vor aplica pana la data de reînnoire care este ulterioara introducerii acestor modificari. Orice revizuire a primelor de asigurare se datoreaza factorilor internationali, cum ar fi costul in crestere al tratamentului medical, precum si celor personali, rezultati din modificarea intervalului dvs. de varsta, si, in cazul Grupurilor, atunci cand se modifica numarul Angajatilor care urmeaza a fi inclusi.

Conditiiile prezentului contract iau in considerare prevederile legislative si privind reglementarile in vigoare la data reînnoirii contractului. Cu toate acestea, in cazul in care acestea sunt modificate in cursul perioadei contractuale, Asiguratorul isi rezerva posibilitatea de a revizui contractul, cel mai devreme de la data intrarii in vigoare a noilor prevederi.

3.8. SUBROGAREA

Vom intreprinde demersurile necesare si putem exercita drepturile de subrogare. Aceasta inseamna ca, in cazul in care ati suferit o vatamare sau pierdere care a avut ca urmare o cerere de despagubire formulata in baza Politei, putem prelua dreptul dvs. de a obtine despagubiri de la partea care a cauzat vatamarea sau pierderea. Persoana asigurata trebuie sa ofere asistenta Asiguratorului pentru exercitarea actiunii in despagubire impotriva persoanelor fizice responsabile pentru pierdere, prin furnizarea de informatii si documente necesare.

3.9. INFORMATII – RECLAMATII – MEDIERE

Ne dorim sa oferim intotdeauna un serviciu de prima clasa. Cu toate acestea, in cazul in care o Persoana asigurata formuleaza orice reclamație referitoare la standardul serviciului primit in baza prezentei Polite, va punem la dispozitie procedura urmatoare in vederea rezolvarii situatiei:

Persoana asigurata trebuie sa informeze MediHelp International utilizand urmatoarele detalii de contact:

Str. Dr. Ctin Caracas nr.24, 011155 Bucuresti, Romania;

Telefon: (+40) 311 097 046

e-mail: client@medihelp.ro

In cazul in care nu va putem furniza o decizie definitiva in termen de 4 (patru) saptamani de la data primirii reclamatiei dvs., va vom explica motivul si va vom informa cand speram sa ajungem la o decizie.

Decizia noastra este definitiva si se intemeiaza pe dovezile prezentate. In cazul in care considerati ca exista noi probe sau informatii care ne pot modifica decizia, aveti dreptul sa formulati apel.

In cazul in care Persoana asigurata este nemultumita sau nu primeste un raspuns definitiv in termen de 4 (patru) saptamani de la data primirii de catre noi a reclamatiei, puteti inainta reclamația direct catre:

Inter Partner Assistance S.A. Boulevard du Régent 7, 1000, Brussels, Belgium

sa trimiteti un e-mail AXA Asistenta: ochranaudaju@axa-assistance.cz

3.10. PROTECTIA DATELOR

Persoana asigurata beneficiaza de toate drepturile prevazute de legislatia in vigoare privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date si, din data de 25 mai 2018, de Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European si al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date, astfel cum este necesar pentru administrarea contractului de asigurare de catre Asigurator, administratorii terti desemnati ai acestuia, furnizorii sai de servicii, subcontractantii sau re-asiguratorii acestuia. Prelucrarea datelor este destinata emiterii, administrarii si executarii contractelor de asigurare; efectuării de statistici si de studii actuariale; cailor de atac, gestionarii cererilor de despagubire si litigiilor, implementarii prevederilor legale si privind reglementarea in vigoare; combaterii spalarii banilor, finantarii terorismului si fraudei; operatiunilor aferente gestionarii clientilor si dezvoltarii activitatii. Beneficiarii acestor date sunt membrii autorizati in mod corespunzator ai personalului Asiguratorului, Administratorii terti desemnati ai acestuia, furnizorii de servicii ai acestuia, sub-contractantii sau re-asiguratorii acestuia, organizatiile sociale sau intermediarii de asigurari.

Asiguratorul, re-asiguratorul si MediHelp International se angajeaza sa ia toate masurile de precautie relevante in vederea protejarii securitatii informatiilor si, in special, in vederea prevenirii accesarii, modificarii, prejudicierii sau comunicarii ilegale a acestora catre persoane neautorizate.

Aceste date cu caracter personal pot fi transferate catre furnizorii de servicii sau sub-contractantii stabiliti in tari din afara Uniunii Europene. Aceste transferuri pot viza doar tari recunoscute de catre Comisia Europeana ca avand un nivel adecvat de protectie a datelor cu caracter personal sau beneficiari cu masuri de protectie corespunzatoare. Aceste date vor fi pastrate pe intreaga durata a contractului, pana la expirarea atat a perioadelor de limitare, cat si a termenelor prevazute de obligatiile de stocare.

Persoana asigurata are dreptul de acces, rectificare si de stergere a datelor sale cu caracter personal. In cazul in care este necesar consimtamantul in vederea efectuarii prelucrării, acesta sau aceasta are dreptul sa il retraga. In temeiul conditiilor de reglementare, Persoana asigurata are dreptul sa solicite limitarea prelucrării datelor sau sa se opuna acesteia.

De asemenea, Persoana asigurata are dreptul sa ofere indrumari cu privire la prelucrarea datelor sale cu caracter personal dupa decesul acestuia/acesteia. Orice cerere privind exercitarea drepturilor de catre acesta/aceasta poate fi adresata Responsabililor cu protectia datelor prin intermediul diverselor mijloace, in functie de preferinte, de exemplu prin email: dpo@medihelp.ro.

3.11. INFORMATII PRIVIND REGLEMENTAREA SI LEGEA APLICABILA

Planurile dvs. MediHelp International sunt Planuri de asigurare medicala privata internationala, subscribe de Inter Partner Assistance S.A., membra a Grupului AXA, cu sediul social la Boulevard du Régent 7, 1000, Brussels, Belgium, reprezentata in baza unei procuri de catre societatea AXA ASSISTANCE CZ, s.r.l (societate cu raspundere limitata), cu sediul social la Hvězdova 1689/2a, 140 00, Praga, Numar de identificare (IČO): 25695215, inregistrata in Registrul Comertului tinut de instanta municipala din Praga la referinta de dosar C 61910.

Polita a fost emisa in conformitate cu si este reglementata de legislatia romana, incluzand, dar fara a se limita la, prevederile Codului civil, legile relevante privind asigurările si re-asigurările, regulamentul privind schimbul valutar si reglementările mentionate in prezentele Conditii de asigurare.

Sediul central al Inter Partner Assistance va reprezenta asiguratorul in cazul oricarui litigiu care rezulta din sau in legatura cu contractul de asigurare, acesta fiind solutionat de instantele din Romania .

Toate cheltuielile, impozitele aferente acestei asigurari sunt platite in conformitate cu prevederile legale.

Prevederile acestor Termeni si Conditii Generale sunt completate de prevederile legale in domeniu, inclusiv legislatia fiscala (Codul fiscal si orice act normativ adoptat in aplicarea acestuia).

Deduceri fiscale: in conformitate cu legislatia fiscala, asigurarea privata de sanatate este deductibila din punct de vedere fiscal in limita a 400 €/persoana /an, atat pentru angajator, cat si pentru angajat. Prezentele specificatii fiscale sunt valabile sub rezerva modificarilor Codului fiscal (Codul fiscal si orice act normativ adoptat in aplicarea acestuia).

Asiguratorul are sediul in Belgia, este autorizat in conformitate cu legislatia belgiana si este reglementat de Banca Nationala a Belgiei. Prin urmare, cerintele privind Fondul de garantare, astfel cum sunt definite de legislatia privind asigurările si reasigurările in vigoare in România, nu sunt aplicabile. Masurile de protectie fata de asigurati, persoane asigurate si terti in caz de insolventa a asiguratorului deriva din legislatia si reglementările belgiene.

MediHelp International Broker de Asigurare SRL va incerca sa solutioneze pe cale amiabila orice litigiu referitor la interpretarea Politei. In acest scop, orice reclamatie scrisa depusa de catre Persoana asigurata va fi analizata cu atentie si va fi finalizata prin prezentarea unui raspuns motivat, imediat si in forma scrisa, adresat persoanei care formuleaza calea de atac in termen de 30 (treizeci) de zile de la data primirii. In cazul in care litigiul nu poate fi solutionat pe cale amiabila, persoana vizata se poate adresa Autoritatii de Supraveghere Financiara, Autoritatii Nationale pentru Protectia Consumatorului, Entitatii de Solutionare Alternativa a Litigiilor SAL-FIN sau poate inainta chestiunea instantelor competente si in conformitate cu legea romana.

In cazul in care exista modificari in ceea ce priveste tara dvs. principala de resedinta, nu putem continua in mod legal sa ne indeplinim obligatiile care ne revin in baza Politei dvs. In aceste imprejurari, putem anula Polita dvs. de la data la care va schimbati tara dvs. principala de resedinta (unde locuiti in mod obisnuit) sau la o data specificata, astfel cum s-a convenit intre noi, iar dvs. aveti dreptul la o rambursare pro rata a primei pentru orice portiune neutilizata a Politei dvs.

3.12. LIMITAREA SANCTIUNILOR SI CLAUZA DE EXCLUDERE

Asiguratorul nu este obligat sa ofere acoperire si nu raspunde pentru plata oricarei cereri de despagubire sau pentru furnizarea oricarui beneficiu conform prezentului document, in masura in care furnizarea acelei acoperiri, plata acelei cereri de despagubire sau acordarea aceluia beneficiu ar expune Asiguratorul oricarei sanctiuni, interdictii sau restrictii in temeiul rezolutiilor Natiunilor Unite sau sanctiunilor economice sau comerciale, legilor sau reglementarilor Uniunii Europene, Regatului Unit, Statelor Unite ale Americii sau oricarei alte legi sau reglementari aplicabile.

In cazul in care dvs. sau un membru al familiei sunteti, direct sau indirect, supusi unor sanctiuni economice, inclusiv sanctiuni aplicate impotriva tarii in care locuiti in mod obisnuit, ne rezervam dreptul de a intreprinde una din urmatoarele:

- sa incetam imediat acoperirea (chiar daca aveti permisiunea unei autoritati relevante sa continuati acoperirea sau sa platiti primele)

- sa incetam plata cererilor de despagubire aferente Politei dvs. (chiar daca aveti permisiunea unei autoritati relevante sa continuati acoperirea sau sa platiti primele)
- sa anulam Polita dvs. sau sa eliminam un membru de familie imediat, fara nicio notificare.

Va vom informa in cazul in care intreprindem oricare dintre aceste demersuri.

In cazul in care stiti ca dvs. sau un membru al familiei (sau Angajatii, in cazul unui Plan de grup) va aflati pe o lista de sanctiuni, sau sunteti supus unei restrictii similare, trebuie sa ne informati in termen de 7 (sapte) zile de la data la care luati cunostinta de aceasta.

3.13. ALTA ASIGURARE

In cazul in care exista o alta asigurare privata care asigura oricare dintre beneficiile furnizate in baza prezentei Polite, in legatura cu care se formuleaza o cerere de despagubire, atunci Persoana asigurata, Contractantul Politei trebuie sa informeze Asiguratorul in acest sens la momentul prezentarii cererii de despagubire. In aceste imprejurari, Asiguratorul va fi obligat sa plateasca sau sa contribuie cu proportia evaluata corespunzatoare.

In cazul in care se constata faptul ca Persoana asigurata/Contractantul Politei a fost despagubit pentru toate sau unele dintre costurile aferente daunei din alta sursa sau Asigurare, Asiguratorul prezentei polite are dreptul la rambursarea oricarei compensatii platite. Asiguratorul prezentei polite isi rezerva dreptul de a deduce aceasta rambursare din decontarile in curs sau viitoare ale cererilor de despagubire ale Persoanei asigurate sau de a anula Polita acesteia/acestui de la data incheierii, fara o rambursare a primei.

Totodata, in cazul in care exista o rambursare din partea unei scheme obligatorii de securitate sociala, Asiguratorul va rambursa suplimentar catre o schema obligatorie de securitate sociala, in baza facturilor si in conformitate cu Planul de asigurare.

3.14. DATA INTRARI IN VIGOARE A ACOPERIRII

Acoperirea in baza Planului MediHelp International incepe dupa ce este confirmata plata primei de asigurare, la data de inceput mentionata pe certificatul de asigurare/membru. Polita este reinnoita anual (de obicei dupa 12 (douasprezece) luni (dupa un an de contract de asigurare), cu exceptia cazului in care se convine altfel de catre Noi si dvs. (in cazul persoanelor fizice) sau compania dvs. contractanta (in cazul grupurilor).

Odata ce contractul a intrat in vigoare, acoperirea incepe sa-si produca efectele pentru fiecare persoana fizica care dobandeste statutul de Persoana asigurata la urmatoarele date:

- Persoana asigurata s-a inregistrat la data intrarii in vigoare a Politei individuale, la data de inceput mentionata pe Certificatul de Asigurare
- Persoana asigurata s-a inregistrat dupa data intrarii in vigoare a Politei individuale, la data platii primei, data mentionata pe certificatul de asigurare.

Acoperirea pentru persoanele dependente, astfel cum este definita in Sectiunea 2, isi produce efectele la acelasi moment ca si acoperirea pentru Membrul principal sau imediat ce persoanele vizate indeplinesc cerintele acoperirii.

In ceea ce priveste planul de grup, inscrierea isi produce efectele doar atunci cand Contractantul Politei ofera Asiguratorului lista nominala a membrilor si categoriile de personal care urmeaza a fi acoperite, precizand Angajatii si persoanele dependente care trebuie sa fie acoperite. Asiguratorul are dreptul sa refuze inscrierea sau furnizarea acoperirii in cazul in care criteriile prevazute in Termenii si Conditiiile Generale nu sunt indeplinite sau ca urmare a unei decizii de subscriere. De asemenea, Asiguratorul poate solicita orice alte informatii care ar putea fi considerate necesare si care trebuie furnizate inainte ca asigurarea sa isi produca efectele.

Acoperirea isi produce efectele pentru fiecare membru al categoriei acoperite la data la care Asiguratorul a primit lista nominala mentionata mai sus. Acoperirea isi produce efectele in raport cu persoanele dependente la aceeasi data ca si in cazul Membrului Principal care ii aduce in asigurare sau atunci cand acestia indeplinesc cerintele privind acoperirea, oricare dintre acestea este mai recenta.

Prezenta Polita este emisa in baza faptului ca toti membrii Principali ai Politei sunt nominalizati si sponsorizati de catre Contractantul Politei si eligibili in vederea acoperirii in temeiul prezentei Polite la momentul la care sunt inregistrati in Polita de asigurare. Asiguratorul isi rezerva dreptul de a anula sau de a modifica termenii prezentei Polite in cazul in care descoperim ca oricare dintre Angajati/Colaboratori nu lucreaza in mod activ la momentul la care era inregistrat in vederea acoperirii in asigurare. Acoperirea pentru persoanele dependente eligibile trebuie sa fie facuta pe acelasi Plan ca si cel al Angajatului, sub rezerva cerintelor de eligibilitate convenite.

In cazul in care un Angajat nu lucreaza in mod activ la data la care acesta sau aceasta ar fi altfel eligibil(a) pentru inregistrare, atunci data inregistrarii se amana pana la prima sa zi de munca activa in cadrul Contractantului Politei. In cazul in care o persoana dependenta este aflata in incapacitate sau internata in spital la data la care aceasta/aceasta este eligibila pentru acoperire in temeiul Termenilor si Conditiiilor Generale, data intrarii in asigurare se amana pana la data la care persoana dependenta s-a recuperat si a fost externata din spital.

In cazul in care o noua persoana doreste sa intre in asigurare, cand aceasta este eligibila sau cand Persoana asigurata este eliminata din cadrul acoperirii, cand aceasta nu mai este eligibila, Contractantul politei sa ne informeze in scris in termen de 30 (treizeci) de zile de la data eligibilitatii acelei persoane de a solicita acoperirea sau de la data aceasta/aceasta nu mai este considerat (a) Angajat/Colaborator sau Persoana dependenta. In cazul in care se aproba cererea privind o noua persoana care intra in asigurare, vom actualiza atunci lista asiguratorilor si vom modifica Polita in mod corespunzator.

Doar Contractantul Politei si Asiguratorul detin drepturi legale in temeiul prezentei Polite. Nicio clauza / termen al prezentei Polite nu va fi pus(a) in aplicare de vreo alta persoana sau alte parti.

3.15. REINNOIREA

Polita individuala si de grup sunt reinnoite anual.

Inainte de sfarsitul fiecarui an, vom informa Contractantul Politei cu privire la noii termeni si noile conditii ale Politei. Vom reinnoi Polita in baza noilor termeni si a noilor prime de asigurare, cu exceptia cazului in care Contractantul Politei ne solicita sa efectuam modifi cari sau ne informeaza ca doreste rezilierea. Prima de asigurare va fi colectata utilizand aceeasi metoda de plata pe care ati folosit-o anul anterior.

Tarifele de asigurare nu sunt garantate, iar prima care trebuie platita la reinnoirea Politei se stabileste anual, la fiecare data aniversara a Politei, in functie de: varsta implinita a fiecarei Persoane asigurate, primele de asigurare in vigoare la acel moment si orice alti factori care pot afecta in mod semnificativ riscurile asigurate.

Pentru planurile de grup: Angajatorul/Compania dvs. trebuie sa plateasca prima la data scadenta mentionata in notificare si in Certificatul de asigurare. Orice notificare privind reinnoirea pe care v-o trimitem dvs. sau Angajatorului/Companiei dvs. are doar scop informativ si nu aduce atingere raspunderii Contractantului de a plati prima de reinnoire la data sau inainte de data aniversara a Politei. Vom stabili cuantumul primei la inceputul fiecarui an si il vom comunica. Angajatorul/Compania dvs. o poate plati in modul convenit cu Noi. Prin prezenta, se convine si se declara ca prima totala datorata trebuie sa fie platita si primita efectiv de catre Noi la data sau inainte de data scadentei primei.

Va revine responsabilitatea de a va asigura ca detineti o acoperire care indeplineste cerintele formulate de tara in care locuiti in mod obisnuit.

3.16. INCETAREA SAU SUSPENDAREA ACOPERIRII

Cu exceptia ascunderii de informatii cunoscute,, omisiuni sau declaratii false, Persoana asigurata nu poate fi exclusa din Asigurare impotriva vointei sale daca acesta/aceasta face parte din categoria de Persoane asigurate in baza Planului de asigurare.

In orice caz, acoperirea inceteaza imediat in raport cu fiecare Persoana asigurata, in momentul in care se produce oricare dintre urmatoarele evenimente:

- in cazul neplatii primelor de asigurare in conformitate cu termenii si conditiile. Ramane la discretia Asiguratorului sa putem repune in vigoare Polita in cazul in care primele scadente sunt platite, desi acesta isi rezerva dreptul de a aduce orice modificare acoperirii furnizate initial;
- in cazul unei declaratii false.
- la initiativa Persoanei asigurate/Titularului Politei, in cazul unei cereri de anulare la reinnoirea Politei sale;
- in cazul decesului Persoanei asigurate;
- in cazul procedurilor de lichidare care il privesc pe Asigurator;
- la data pensionarii in cazul in care Persoana asigurata care face parte dintr-o polita de grup
- la data la care Persoana asigurata nu mai este angajata de Grup/Societate/Angajator;
- in cazul schimbarii Tarii principale de resedinta, cu exceptia cazului in care Persoana asigurata/Titularul Politei sau Societatea (Planul de grup) solicita acceptarea modificarii de catre Asigurator, iar cererea este aprobata. Aceasta prevedere este supusa respectarii legislatiei locale din Tara principala de resedinta;
- SUA devine Tara de resedinta uzuala a Persoanei asigurate;
- prin denuntarea unilaterala de catre una dintre partile contractante, cu o notificare scrisa prealabila de 20 (douazeci) de zile trimisa celeilalte parti inainte de reziliere. Restituirea primei de asigurare se face in conformitate cu prevederile legale si cu aplicabilitatea conditiilor politei pentru perioada urmatoare rezilierii unilaterale, respectiv pro-rata temporis, cu exceptia cazurilor in care o cerere de despagubire a fost platita, declarata sau este in curs de plata;
- la retragerea autorizatiei Asiguratorului de catre Autoritatea pentru Supraveghere Financiara corespondenta;
- in cazul in care datele de identificare personala ale Titularului Politei/Persoanei asigurate/Persoanelor dependente se afla pe listele oficiale ale persoanelor fizice si juridice suspectate de finantarea actelor de terorism sau pe lista persoanelor supuse sanctiunilor internationale. Datele de identificare personala sunt cele prevazute de Ordinul CSA (acum ASF) nr.24/2008, cu modificarea ulterioara (Ordinul 5/2011), cu privire la implementarea Normelor referitoare la prevenirea si combaterea spalarii de bani si a finantarii terorismului prin intermediul pietei de asigurari. In aceste imprejurari, Asiguratorul are dreptul sa denunte unilateral certificatul de asigurare prin intermediul unei scrisori inregistrate adresate Titularului Politei. Polita isi inceteaza valabilitatea la ora 0:00 am a zilei calendaristice imediat urmatoare datei de trimitere a scrisorii Asiguratorului prin care informeaza Titularul Politei cu privire la rezilierea Politei;
- in cazul in care Titularul Politei/Persoana asigurata/Persoanele dependente refuza sa ofere informatii sau documente privind identificarea acestora in conformitate cu reglementarile SCR (Standardul Comun de Raportare) sau cu orice alta reglementare legala valabila; sau
- imediat dupa implinirea varstei maxime care poate fi permisa in temeiul acestui contract; sau
- in caz de forta majora, in conformitate cu legile in vigoare.

Acoperirea pentru Dependenti astfel cum sunt definiti in Sectiunea 2, este reziliata (sau suspendata) in acelasi moment cu acoperirea Membrului principal sau a Membrului Grupului (Angajatului care ii aduce in asigurare).

Rezilierea acoperii conduce la anularea dreptului la acoperire pentru toate ingrijirile medicale furnizate dupa data rezilierii, chiar daca acestea au inceput sau au fost prescrise inainte de aceasta data atat pentru Persoana asigurata (sau Angajatul: in temeiul Planului de Grup), cat si pentru Persoanele aflate in intretinerea acesteia/acestui.

4. EXCLUDERI

4.1. RISCURI ȘI BENEFICII EXCLUSE

Asiguratorul nu plateste niciun beneficiu niciunei Persoane asigurate, care rezulta din sau este cauzat de sau asociat, direct sau indirect, cu una dintre urmatoarele:

1. Orice cheltuiala, tratament, afectiune sau procedura medicala sau stomatologica pentru care nu se specifica in mod expres in prezenta Polita ca este asigurata;
2. Sumele care depasesc Limitele Politei;
3. Orice suma mai mare de 500 €, in cazul in care nu am fost notificati in prealabil;
4. Fransiza sau co-plata specificate pe Certificatul de Asigurare/Membru;
5. Orice cerere de despagubire care implica fraudă, declaratiile false sau tainuirea sau consecintele acestora;
6. Orice cerere de despagubire care deriva din:
 - a. Vătămare auto-provocata (inclusiv sinuciderea sau tentativa de sinucidere), ca urmare a unor acte comise cu intentie sau a neglijentei grave;
 - b. Auto-expunerea inutila la pericol (cu exceptia unei tentative de a salva viata umana), ca urmare a unor acte comise cu intentie sau a neglijentei grave;
 - c. Calatoria efectuata cu nerespectarea sfatului medical.
7. Orice tratament, consultatii, cheltuieli sau orice investigatii legate de pierderea parului si orice inlocuire a parului, cu exceptia pierderii acestuia ca urmare a tratamentului impotriva cancerului. O astfel de cerere de despagubire este limitata la peruci sau acoperitoare de cap temporare, pana la limitele stabilite in tabelul de beneficii;
8. Proteze si dispozitive externe, materiale auxiliare fizice, dispozitive;
9. Costurile aferente tratamentului paliativ;
10. Orice tratament, consultatii, investigatii si acuzatii legate de abuzul de droguri si substante (inclusiv alcool) sau orice dependenta sau alte stari de dependenta si/sau orice afectiuni care decurg din acestea sau ca urmare a acestora, sau orice medicamente, tratamente si terapii complementare;
11. Orice tratament, consultatii, investigatii si costuri care decurg din sau sunt legate de contraceptie, sterilizare, fertilizare, vasectomie, boli venerice, infectii cu transmitere sexuala, schimbarea sexului, cum ar fi orice procedura chirurgicala, consiliere si psihoterapie, terapie sexuala sau orice alta forma de afectiuni sau disfunctii sexuale; orice tratament, consultatii, investigatii si costuri legate de infertilitate sau orice forma de reproducere asistata, inclusiv stabilirea sarcinii si orice complicatii ulterioare;
12. Orice tratament, consultatii, investigatii si cheltuieli efectuate exclusiv pentru ameliorarea simptomelor asociate in mod obisnuit cu schimbarile corporale, care apar din orice cauza fiziologica sau naturala, cum ar fi imbatranirea, menopauza sau pubertatea, si care nu se datoreaza unei boli, afectiuni sau leziuni de baza;
13. Calatoria in afara zonei geografice standard de acoperire, indicata pe Certificatul de Asigurare;
14. Cereri de despagubire care decurg din leziuni sau malformatii congenitale, afectiuni congenitale si ereditare sau afectiuni ereditare sau congenitale in cazul copiilor rezultati in urma oricarui tratament de fertilitate sau a oricarei metode de reproducere sau conceptie asistata sau in cazul in care sunt adoptati sau prin intermediul unei mame surrogat.
15. Implantul de inima artificiala;
16. Orice costuri care rezulta dupa expirarea perioadei actuale de Asigurare, cu exceptia cazului in care prezenta Polita a fost reînnoita pentru 12 (douasprezece) luni ulterioare;
17. Tratamentul care decurge din sau legat de virusul imunodeficientiei umane (HIV) si/sau boli legate de HIV, inclusiv sindromul imunodeficientiei dobandite (SIDA) sau complexul legat de SIDA (ARC);
18. Medicamente si alte produse medicamentoase, procurate fara reteta din partea medicului; testarea genetica; testele genetice atunci cand aceste teste sunt efectuate pentru a stabili daca sunteti sau nu predispus genetic la dezvoltarea unei afectiuni sau atunci cand nu prezentati Simptome; medicamente de rutina sau preventive si controale atunci cand nu prezentati Simptome; vaccinari si controale de rutina sau preventive, cu exceptia cazului in care sunt incluse in Planul dumneavoastra;

19. Orice tratament, consultatii, investigatii si costuri care au legatura cu/ sau sunt necesare din cauza unui tratament cosmetic sau a unei interventii chirurgicale reconstructive anterioare; sau orice tratament, consultatii, investigatii si costuri legate de o interventie chirurgicala/tratament cosmetic sau estetic pentru imbunatatirea aspectului dumneavoastra sau a oricarei parti a corpului, fie ca este sau nu in scopuri medicale sau psihologice, precum si orice costuri de tratament asociate care rezulta din acest tratament;
20. Interventii chirurgicale de reconstructie sau de recuperare, cu exceptia cazului in care sunt necesare ca urmare directa a unui Accident sau a unei interventii chirurgicale pentru Cancer (pentru aceasta din urma, in cazul in care optionalul pentru Cancer este disponibil in cadrul Planului persoanei asigurate), care au loc in timpul Perioadei de asigurare, iar persoana asigurata a fost acoperita in mod continuu in cadrul Planului de asigurare inainte de producerea accidentului sau interventiei chirurgicale. Va rugam sa retineti ca, in cazul unei interventii chirurgicale de reconstructie mamara in urma unei mastectomii necesare din punct de vedere medical (in cazul in care optionalul pentru Cancer este disponibil in cadrul Planului Persoanei Asigurate), vom plati numai pentru reconstructia mamara initiala si vom exclude orice alta interventie chirurgicala sau reconstructie a celuiilalt san pentru a produce un aspect simetric;
21. Chirurgie reconstructiva, cu exceptia cazului in care aprobam in scris in prealabil costul tratamentului, iar prima interventie chirurgicala reconstructiva a persoanei Asigurate este rezultatul unui accident sau interventie chirurgicala pentru o afectiune care a fost acoperita de aceasta polita si cu conditia ca asiguratul sa fi fost acoperit in mod continuu pe polita inainte de producerea accidentului sau a interventiei chirurgicale.
22. Orice Tratament, consultatii, investigatii si costuri legate de indepartarea grasimii sau a altor tesuturi corporale excedentare si orice consecinte ale unui astfel de Tratament medical, obezitate sau care este necesar din cauza obezitatii, a pierderii in greutate, a monitorizarii sau controlului (cum ar fi cursuri de slabire, ajutoare si medicamente), Chirurgie bariatrica sau complicatii rezultate in urma unei interventii bariatrice, montarea unei benzi gastrice, crearea unor mansoane gastrice sau alt tratament; tulburari alimentare de orice fel.
23. Chirurgie, procedura, Orice Tratament, consultatii, investigatii si costuri pentru corectarea miopiei sau a oricarui alt defect de vedere sau de refractie (cum ar fi miopie, hipermetropie, astigmatism), cu exceptia cazului in care a fost cauzat ca urmare a unui accident sau a unei boli asigurate atunci cand a avut loc in perioada de asigurare; Tratamentul de corectare a astigmatismului este acoperit, numai in cazul in care astigmatismul se datoreaza inlocuirii chirurgicale a lentilelor oculare rezultate in urma unui eveniment Asigurat. Aceasta excludere nu se va aplica defectelor de vedere care decurg din keratoconus;
24. Orice Tratament, consultatii, investigatii si costuri al tulburarilor de somn, apnee, insomnie, sforait sau orice alte probleme de respiratie legate de somn;
25. Orice Tratament, consultatii si costuri pentru crioconservare; recoltarea sau stocarea de celule stem, sperma, ovule sau cordon ombilical pentru utilizare viitoare; orice tratament, transfer sau transplant de celule stem, inclusiv orice complicatii aferente datorate unei astfel de proceduri; implantarea sau reimplantarea de celule vii sau tesuturi vii, fie autologe sau furnizate de un donator, altele decat cele pentru transplanturi de tesuturi, asa cum sunt definite in Tabelul de beneficii. Costurile de indepartare a celulelor sau tesuturilor vii de la persoana asigurata pentru a le implanta sau reimplanta si orice complicatie aferenta datorata unei astfel de proceduri;
26. Cereri de despagubire care rezulta din participarea Persoanei asigurate la sporturile profesionale (care rezulta din antrenamentul sau participarea la orice sport pentru care Persoana asigurata este platita sau primeste bursa sau sponsorizare, in afara costurilor de deplasare, sau in cazul in care acesta concureaza pentru un premiu in bani) ;orice sport periculos / extrem sau activitate periculoasa/extrema(a), cum ar fi: sporturi cu motor, sporturi aeriene, scufundari mai jos de 30 de metri sau in cazul in care nu se detine un certificat PADI (Asociatia Internationala a Instructorilor de Scufundare), orice activitate care implica animale, competitii de viteza, catararea libera sau alpinismul (cu sau fara corzi), drumetia montana la peste 2.500 de metri altitudine, bungee jumping, parasutismul, BASE jumping, sariturile in apa de pe stanci, schiatul in afara pistei sau cursele de orice forma (in afara de maraton). In cazul in care un sport / o activitate periculoasa nu este mentionat(a) in lista, Persoana asigurata trebuie sa ne contacteze, pentru a stabili daca este acceptabil (a) din punct de vedere al Asigurarii, inainte de aplicarea acoperirii;
27. Orice cerere de despagubire care rezulta atunci cand Persoana asigurata se afla sub autoritate militara sau este angajata in activitati care implica utilizarea armelor de foc sau lupta fizica sau intr-o zona de conflict militar, cu exceptia cazului in care exista o legatura cu excursiile turistice efectuate in mod privat in cursul concediului;
28. Orice cheltuieli aferente operatiunilor de cautare si salvare destinate gasirii Persoanei asigurate, in munti, la mare, in desert, in jungla si locatii indepartate similare, inclusiv costurile aferente salvarii pe mare/in aer, in vederea evacuarii catre tarm de pe un vas sau de pe mare;
29. Orice cazare, tratamente, consultatii, investigatii si taxe intr-un azil de batrani, hidro, spa, clinica naturista, si altele asemenea sau intr-un spital, in cazul in care unitatea in cauza a devenit efectiv domiciliul sau resedinta permanenta a persoanei asigurate si/sau internarea este organizata in totalitate sau partial din motive casnice sau pentru confortul persoanei asigurate;
30. Recuperarea, cu exceptia cazului in care face parte integranta din tratamentul medical primit in calitate de pacient spitalizat si se efectueaza sub controlul sau supravegherea medicala a unui medic specialist si este efectuat intr-o unitate de recuperare recunoscuta;
31. Evaluare medicala, clasificare sau orice tratament, consultatii, investigatii si taxe legate de dezvoltarea neurologica, dezvoltarea cognitiva, dificultati de invatare, intarzieri de vorbire, probleme educationale, etape de dezvoltare, dezvoltare fizica, dezvoltare psihologica, hiperactivitate, tulburari de deficit de atentie, autism, dislexie, probleme de comportament sau dezvoltarea copilului;
32. Orice tratament, consultatii, investigatii si taxe pentru tulburari mentale sau nervoase, tratament psihiatric si costurile unui psihoterapeut, psiholog, terapeut familial sau consilier comportamental;

33. Orice cerere de despagubire cauzata de sau la care contribuie in orice mod utilizarea sau eliberarea oricarei arme sau dispozitiv nuclear sau agent chimic sau biologic sau amenintarea cu acestea;
34. Orice cerere de despagubire, care rezulta din razboi, invazie, act al inamicului strain, ostilitati (indiferent daca razboiul este declarat sau nu), acte de terorism, razboi civil, revolta, revolutie, insurectie, putere militara sau uzurpata sau din participarea la tulburari sau rebeliune civila de orice tip. Exceptie: Vom plati pentru fiecare Persoana asigurata per Eveniment asigurat, cu conditia ca Persoana asigurata sa fie un martor ocular nevinovat si nu un participant activ si sa nu fi actionat nesabuit sau sa nu se fi pus in pericol prin intrarea intr-o zona cunoscuta de conflict; (In scopul acestei excluderi, un act terorist inseamna un act care include, dar nu se limiteaza la, utilizarea fortei sau violentei si/sau amenintarea cu acestea, al oricarei persoane sau grup(uri) de persoane, indiferent daca actioneaza singur(e) sau in numele sau in legatura cu orice organizatie (organizatii) sau guvern(e), comis in scopuri sau din motive politice, religioase, ideologice sau similare, inclusiv intentia de a influenta orice guvern si/sau de a infricosi publicul sau orice parte a acestuia).
35. Orice cheltuiala care, la momentul producerii, este acoperita de sau ar fi acoperita, daca nu ar exista prezenta Polita, de orice alta polita de asigurare privata existenta. In cazul in care exista orice alta acoperire in vigoare, care poate plati in ceea ce priveste evenimentul pentru care Persoana asigurata solicita despagubire, respectiva persoana trebuie sa ne informeze la momentul la care ne contacteaza pentru prima data;
36. Orice pierderi care nu sunt acoperite de catre Termenii si Conditiiile prezentei Polite (exemple de pierderi: Nu vom plati pentru pierderea castigurilor cauzate de incapacitatea de munca, ca urmare a unei imbolnaviri sau accident);
37. Excludere specifica de la Sectiunea 2.3.6.2. – Servicii de transplant (Transplant de organe si tesuturi): Costurile asociate cu localizarea unui organ sau tesut de inlocuire (astfel cum este definit) sau orice costuri suportate in legatura cu prelevarea organului sau tesutului de la donator, costurile de transport ale organului sau tesutului si toate costurile de administrare asociate, toate costurile asociate cu organul sau tesutul, nespecificate in sensul explicatiilor beneficiului pentru transplantul de organe sau a transplantului de tesut.
38. Sarcina, maternitatea, nasterea sau complicatiile sarcinii;
39. Mentinerea artificiala a vietii pentru mai mult de 60 (saizeci) de zile continue, in cazul in care Persoana asigurata se afla intr-o stare vegetativa persistenta si este tinuta in viata doar de interventia medicala, cum ar fi ventilatia mecanica;
40. Afectiuni pre-existente si orice afectiuni medicale aferente, asociate sau consecutive, care nu au fost dezvaluite Asiguratorului inainte de Perioada de asigurare si cu privire la care nu am transmis acordul scris in temeiul prezentei Polite. Aceasta excludere se aplica doar politelor pentru care se aplica urmatoarele metode de evaluare medicala: Subscrierea medicala integrala si Continuitatea excluderilor medicale personale.
41. Tratamente sau medicamente a caror eficienta nu a fost stabilita sau care sunt experimentale si orice medicamente prescrise fara respectarea indicatiilor; tehnici chirurgicale sau medicale de pionierat si/sau dispozitive medicale neaprobat de autoritatile medicale, consiliile de reglementare medicale guvernamentale. In cazul medicamentelor, aceasta inseamna ca acestea trebuie sa fie autorizate in vederea utilizarii de catre Agentia Europeana a Medicamentului (AEM).
42. Chirurgia robotica, cu exceptia prostatectomiei, nefrectomiei partiale sau pieloplastiei, prin utilizarea robotului Da Vinci.
43. Orice taxe aferente emiterii raportului medical, taxe 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 fara a se limita la, completarea sau furnizarea informatiilor solicitate in formularele de cereri de despagubire
44. CTGTP (produse de terapie celulara, tisulara si genica) si ATMP (produse medicamentoase pentru terapie avansata), inclusiv orice spital asociat, proceduri, teste sau costuri ale specialistilor.
45. Orice costuri suportate in cazul in care vi se cere sa stati in carantina, dar nu aveti nevoie de tratament sau ingrijire medicala ca pacient internat. Aceasta include carantina impusa de stat, chiar daca are loc intr-un spital;
46. Orice Tratament, consultatii, investigatii si taxe legate de utilizarea produselor sau indicatii de cannabis medical, chiar si din motive medicale, atunci cand acesta este considerat ilegal in jurisdictia in care se obtine Tratamentul si/sau in absenta unei aprobari de reglementare demonstrabile a medicamentului de catre Agentia de Reglementare a Medicamentelor si a Produselor de Sanatate (MHRA), daca Tratamentul urmeaza sa fie furnizat in Regatul Unit; sau de catre Agentia Europeana pentru Medicamente (EMA), daca Tratamentul urmeaza sa fie furnizat in Europa, dar in afara Regatului Unit; sau de catre Administratia pentru Alimente si Medicamente din SUA (FDA), daca Tratamentul urmeaza sa fie furnizat in afara Europei.

5. GESTIONAREA SI ADMINISTRAREA CERERILOR DE DESPAGUBIRE

5.1. ADMINISTRATORUL DE PLAN

Asiguratorul a desemnat MediHelp Customer Care SRL sa actioneze drept prestator al anumitor servicii de administrare terte in Europa, inclusiv gestionarea pre-autorizarii cererilor de despagubire si administrarea acestora („Serviciile”), in cazul planurilor de asigurare de sanatate create de catre MediHelp International si subscrise de catre Asigurator.

5.2. PROCESE GENERALE

In cazul solicitarilor de informatii privind cererile de despagubire, intrebarilor legate de Polita, pre-autorizarilor, *cererilor de evacuare si repatriere,

Va rugam sa sunati la: (+40) 311 097 046 sau trimiteti un e-mail la adresa: client@medihelp.ro in intervalul Luni – Vineri, 9.00^{AM} – 5.30^{PM}.

In afara programului de lucru al MediHelp, urmatorul contact telefonic trebuie sa fie folosit doar in caz de urgenta si in cazul cererilor de evacuare si repatriere: (+40) 31 730 99 39.

* Consultati Sectiunea 2.3.6. – Asistenta pentru detalii referitoare la serviciile disponibile.

5.3. PROCEDURI PRIVIND CERERILE DE DESPAGUBIRE

Va vor fi rambursate toate costurile medicale rezonabile si uzuale conform in Planului de beneficii. In vederea rambursarii cheltuielilor dvs. medicale, trebuie sa ne trimiteti urmatoarele documente:

- Toate documentele aferente emise de catre medicul dvs. curant - raportul medical sau scrisoarea de trimitere;
- Factura detaliata pentru serviciile medicale;
- Dovada platii;
- Formularul de cerere de despagubire completat integral.

Valabilitatea unei cereri de despagubire este de pana la 6 (sase) luni de la data accesarii serviciului medical.

Lucram cu traducatori internationali, deci prezentarea in limba engleza a cererilor de despagubire nu este obligatorie.

Orice copii, fotocopii sau duplicate ale facturilor aferente tratamentului ambulatoriu, care depasesc 500 € (cinci sute de euro) per factura, vor fi acceptate in vederea rambursarii costurilor. Trebuie sa pastrati originalele acestor facturi pana la 24 (douazeci si patru) de luni de la data tratamentului, deoarece, in aceasta perioada, putem solicita sa ne fie trimise.

Este posibil sa avem nevoie ca dvs. sa solicitati informatii suplimentare, pentru a ne ajuta sa va procesam cererea de despagubire, de exemplu: rapoarte medicale sau alte informatii referitoare la afectiunea dvs., iar acestea trebuie sa fie furnizate in termen de 30 (treizeci) de zile. In acest caz, va exista o intarziere pana vom putea aproba plata cererii de despagubire. In caz contrar, cererea de despagubire va fi respinsa automat pana la furnizarea detaliilor suplimentare solicitate.

Vom plati pentru:

- Tratamentul si afectiunile incluse in Planul dvs. de asigurare, pe perioada in care sunteti acoperit de calitatea dvs. de membru
- Costurile descrise in „Tabelul de beneficii” dvs., astfel cum se aplica la data (datele) tratamentului dvs.
- Tratamentul care este corespunzator si adecvat din punct de vedere clinic pentru dvs.
- Tratamentul activ al unei afectiuni, imbolnaviri sau al unui accident, care conduce la recuperarea dvs., la conservarea starii dvs. sau la readucerea dvs. la starea de sanatate anterioara.
- Costurile cu tratamentul pe care l-ati primit, dar nu depozite sau plati in avans pentru tratament care urmeaza a fi primit in viitor, taxe de inregistrare/administrare aplicate de catre furnizorul tratamentului
- Costurile rezonabile si uzuale. Aceasta inseamna ca sumele facturate de catre furnizorul tratamentului dvs. nu trebuie sa fie mai mari decat cele pe care acesta le-ar aplica in mod normal si trebuie sa fie la acelasi nivel ca si costurile aplicate de alti furnizori de tratament din aceeasi zona**
- Tratamentul si afectiunile incluse in Planul dvs. de asigurare, pe perioada in care sunteti acoperit in calitatea de Asigurat, dupa deducerea oricarei Fransize sau Co-plati. In cazul Planurilor cu Fransiza, Persoana asigurata este responsabila cu plata valorii Fransizei inainte ca noi sa incepem sa platim orice beneficiu in temeiul Politei. In cazul in care cererea de despagubire eligibila a Persoanei asigurate este mai mica decat Fransiza, Persoana asigurata trebuie sa transmita cererea de despagubire, astfel incat sa putem calcula sumele datorate in raport cu limita Fransizei fiecarei Persoane asigurate. Odata ce costurile serviciilor medicale eligibile depasesc Fransiza aleasa, va incepe plata beneficiilor.

In cazurile in care exista ghiduri standard ale industriei de asigurari, Asiguratorul le poate consulta la momentul evaluarii si platii cererilor de despagubire. Nu pot fi platite costurile care depasesc limitele stabilite in ghidurile standard publicate ale industriei sau care depasesc costurile rezonabile si uzuale.

Nu vom plati pentru tratamentul care, in opinia noastra, este necorespunzator in baza practicii medicale si clinice consacrate si avem dreptul sa facem o analiza a tratamentului dvs., atunci cand este just pentru noi sa actionam in acest sens.

****Ghiduri standard pentru onorarii si practica medicala (inclusiv planurile de tratament consacrate, care descriu procesul de ingrijire cel mai adecvat pentru o afectiune, operatiune sau procedura specifica) pot fi publicate de un organism medical oficial sau guvernamental.**

5.3.1 Ratele de schimb

In cazul in care trebuie sa efectuam o conversie valutara, vom folosi cursul de schimb istoric listat de Banca Nationala a Romaniei aplicabil in ziua tratamentului dumneavoastra pentru tratamentul ambulatoriu si de zi si in ziua internarii pentru tratamentul in regim de spitalizare. Nu acoperim pierderile pe care le puteti suferi din cauza fluctuatiilor cursului de schimb valutar.

5.3.2 Ce se intampla daca efectuam o plata catre dumneavoastra din eroare

Daca va transferam bani din greseala sau daca va platim in mod accidental o suma de bani in plus, trebuie sa ni-i returnati imediat. Daca va dati seama de o plata accidentală sau de o plata in plus, trebuie sa ne anuntati imediat, astfel incat sa putem aranja returnarea banilor.

5.4. DECONTARE DIRECTA, CARDURI DE PLATA SI SOLICITARI DE PRE-AUTORIZARE

Persoana asigurata trebuie sa retina ca, in cazul tratamentului medical planificat, trebuie sa fim contactati in avans cu cel putin:

- 48 (patruzeci si opt) de ore lucratoare in cazul tratamentului ambulatoriu,
- 5 (cinci) zile lucratoare in cazul tratamentului in regim de spitalizare,

in vederea pre-autorizarii, inainte ca Persoana asigurata sa suporte costuri aferente tratamentului de orice fel, care este probabil sa depaseasca 500 € (cinci sute de €) la finalizarea tratamentului. Altfel, noi nu putem plati cererea de despagubire. Aceasta suma include tratamentul in regim de spitalizare/spitalizare de zi si ambulatoriu, precum si costurile de transport si accesorii. Pentru a putea verifica eligibilitatea cererii dvs. de pre-autorizare, va vom solicita intotdeauna sa ne informati cu privire la data serviciului planificat, numele furnizorului medical, costurile estimate, tipul serviciului medical si specialitatea.

Este important de retinut ca, daca noi autorizam in prealabil un tratament care se dovedeste a fi legat de o afectiune exclusa din polita, de exemplu, un tratament pentru o afectiune pre-existenta nedeclarata si neacceptata, persoana asigurata va fi responsabila pentru toate costurile, inclusiv cele decontate de noi. In astfel de cazuri, Persoana Asigurata trebuie sa ne ramburseze toate costurile pe care le-am platit.

Pentru tratamentul in regim de spitalizare si de zi la un spital in care avem aranjamente pentru efectuarea de plati directe:

Pentru a vizualiza o lista de furnizori cu care se poate aranja decontarea directa pentru spitalizari, accesati:

<https://axaglobalhealthcare.com/find-mhl/>

Pentru tratament in regim de internare si de zi la alte spitale:

Exista unele spitale pe care nu le vom plati pentru tratament. Acest lucru se poate datora faptului ca nu indeplinesc criteriile noastre de facturare sau pentru ca nu mai alegem sa le recunoastem. Trebuie sa verificati daca vom plati unitatea sau Spitalul respectiv inainte de a beneficia de Tratament. Este necesar sa ne sunati pentru a verifica daca vom plati un anumit furnizor. Este posibil sa va refuzam cererile de rambursare si sa nu va rambursam Tratamentul pe care il platiti la unul dintre acesti furnizori.

Nota importanta: Persoana asigurata nu trebuie sa faca nicio promisiune sau plata fara acordul nostru prealabil..

In cazul urgentelor

In cazul unei urgente, daca Persoana asigurata este impiedicata in mod fizic sa ne contacteze imediat, o persoana desemnata de catre asigurat/a trebuie sa ne contacteze in numele asiguratului/ei cat mai curand posibil.. Alternativ, va rugam sa va asigurati ca spitalul are cunostinta despre faptul ca pacientul are o asigurare valabila cu noi. Apoi, vom lua legatura cu reprezentantii spitalului pentru a organiza decontarea directa. In aceste cazuri, nu este neobisnuit ca spitalul sa solicite un depozit in numerar sau sa blocheze suma respectiva cardul de credit al Persoanei asigurate, pana la realizarea unei conexiuni intre Noi si spital. In cazul in care tratamentul planificat este eligibil, putem confirma furnizorului medical nivelul cheltuielilor acoperite pentru tratament si putem autoriza tratamentul, sub rezerva termenilor si conditiilor Politei. Aceasta prevedere este conditionata de acceptarea decontarii directe de catre furnizorul medical.

In afara programului de lucru al MediHelp, numarul urmator trebuie sa fie folosit in caz de urgente si cereri de evacuare si repatriere: **(+40) 31 730 99 39.**

In ceea ce priveste orice alte costuri, Persoana asigurata va trebui sa ne ramburseze in termen de 1 (o) luna de la cererea adresata de noi Persoanei asigurate, orice costuri sau cheltuieli pe care le-am achitat in numele Persoanei asigurate, care nu sunt acoperite in baza Politei.

Oricand la solicitarea noastra, Persoana asigurata trebuie sa se supuna unei examinari medicale, pe cheltuiala noastra. In cazul decesului Persoanei asigurate, avem dreptul la o autopsie efectuata pe cheltuiala noastra (atunci cand aceasta nu este interzisa de legislatia locala).

Persoana asigurata trebuie sa ne prezinte o declaratie scrisa care ii fundamenteaza cererea de despagubire, impreuna cu toate facturile originale, certificatele, informatiile, dovezile si chitantele pe care le solicitam. Costurile aferente obtinerii celor solicitate revin in sarcina persoanei Asigurate.

In cazul in care primiti tratament in regim ambulatoriu si costurile sunt mai mici de 500 € (cinci sute de €), iar acestea nu necesita pre-autorizare, costurile trebuie sa fie platite de catre dvs. integral, la momentul primirii tratamentului. Apoi, trebuie sa prezentati o cerere de despagubire in vederea rambursarii cheltuielilor efectuate.

Va rugam sa va asigurati ca un formular de cerere de despagubire este completat integral de catre Persoana asigurata si de catre medicul curant, atunci cand este posibil. Cererea de despagubire impreuna cu chitantele detaliate si toate celelalte informatii care va sustin cererea de despagubire, inclusiv, dar fara a se limita la, raze x, rezultatele analizelor, rapoarte medicale etc., trebuie sa fie transmise in termen de 6 (sase) luni de la data tratamentului.

5.4.1. Carduri de plata

Cardurile de plata pot fi utilizate doar pentru acoperirea serviciilor medicale accesate in regim de spitalizare in valoare de pana la 1 000 € (o mie €) de catre un medic autorizat sau de catre un furnizor de servicii medicale.

Atunci cand ati optat pentru o fransiza in conformitate cu termenii politiei dumneavoastra, va rugam sa retineti ca payment cardul este valabil dupa ce ati indeplinit criteriile de fransiza in conformitate cu termenii politiei dumneavoastra. De exemplu, daca fransiza dvs. a fost de 500 € (cinci sute de euro), persoana asigurata trebuie sa plateasca mai intai fransiza, iar dupa fransiza, soldul cererii de despagubire poate fi eligibil.

Persoana asigurata va primi de la MediHelp un card de debit (card de plata) la data de incepere a Politei, care trebuie sa fie activat imediat ce este primit. Neefectuarea acestui demers poate reduce posibilitatea de a utiliza cardul atunci cand este necesar, in special in caz de urgente.

Cardurile de plata permit plata costurilor serviciilor medicale direct catre furnizorul medical ales de catre dvs. Titularul cardului trebuie sa informeze MediHelp telefonic (+40) 311 097 046 sau prin e-mail: client@medihelp.ro cu cel putin 24 (douazeci si patru) de ore inainte de programarea medicala, furnizand cel putin urmatoarele informatii:

data aparitiei si simptomele, costul estimat, furnizorul ales, serviciul medical necesar si specialitatea.

In termen de 48 (patruzeci si opt) de ore de la data primirii tratamentului, persoanele asigurate au obligatia sa transmita catre MediHelp toate documentele relevante (raportul medical, factura detaliata, etc.).

5.5. EVALUAREA MEDICALA

Ne rezervam dreptul ca starea de sanatate a Persoanei asigurate si asistenta medicala acordata acesteia sa fie controlate si verificate de catre consultantii nostri medicali. Daca este necesar, putem solicita toate documentele justificative, evaluarile sau examinarile in vederea evaluarii beneficiilor.

6. PRIME DE ASIGURARE

6.1. TARIFELE, BAZA DE CALCUL SI PLATA

Contractantul a incheiat Polita cu noi si este responsabil pentru plata primelor datorate in baza Politei. In cazul in care Contractantul nu plateste aceste prime la data scadenta sau nu respecta termenii si conditiile Politei, putem rezilia Polita si putem refuza sa platim cererile de despagubire.

Prima plata trebuie sa fie efectuata cel mai tarziu la Data de intrare in asigurare pe care ati mentionat-o pe formularul de aplicare, care va fi data de inceput a Politei dvs. In cazul in care prima plata nu este efectuata la timp Polita va fi anulata automat de Noi, cu efect imediat.

Data de incepere a Politei trebuie sa se incadreze in termenul de maximum 1 (o) luna de la data la care ati semnat formularul de aplicare. Daca, intre aceasta perioada, apar modificari ale oricarei informatii din formularul de aplicare, va rugam sa ne contactati imediat, deoarece vom reevalua acoperirea dvs. in baza noilor informatii.

Urmatoarele rate trebuie sa fie platite la scadentele mentionate pe notificarea de plata:

1. Primele devin exigibile la data mentionata pe notificarea de plata. In cazul in care prima nu se plateste la data scadentei, se va aplica o perioada de gratie de 30 (treizeci) de zile, iar Polita dvs. ramane activa. In cazul in care plata nu este efectuata pana la sfarsitul perioadei de gratie, Polita va fi suspendata si va ramane asa pentru o perioada suplimentara de 30 (treizeci) de zile. In cazul in care prima nu este platita, Polita va fi anulata automat de la data scadentei primei neachitate. In cursul perioadei de suspendare nu se efectueaza nicio pre-autorizare si aceasta prevedere se aplica si tratamentului pe care l-am pre-autorizat deja, si nu se plateste nicio cerere de despagubire. Dupa ce v-ati platit primele si Polita dvs. este reactivata, vom lua in considerare cererile dvs. de despagubire.

Odata ce am anulat Polita dvs. de asigurare, Contractantul asigurarii va trebui sa solicite din nou acoperire si va trebui sa completeze un nou formular de aplicare, care va fi supus subscrierii.

2. Prima poate fi platita anual, semi-anual sau trimestrial in conformitate cu optiunea bifata pe formularul de aplicare. Contractantul politei este responsabil pentru plata primelor. Primele pot fi platite prin transfer bancar, platforma de plati online, in contul indicat de catre noi in notificarea de plata.

3. Primele se platesc in € = Euro.

Prima de asigurare se calculeaza in baza evaluarii riscului, iar suma depinde de Planul de asigurare ales, de varsta Persoanei asigurate, de Fransiza si de orice Planuri de asigurare optionale. Cuantumul primelor, fara impozite, este stabilit in Certificatul de Asigurare.

Primele pot fi revizuite anual, in conformitate cu prevederile Contractului si tinand cont de rezultatele analizei tehnice a intregului portofoliu. Cu toate acestea, revizuirea primelor isi produce efectele la data de reinnoire anuala a Politei.

7. DEFINITII

Urmatoarele definitii se aplica beneficiilor incluse in Planul dvs. de asigurare si unor alti termeni utilizati in mod obisnuit. Beneficiile pentru care sunteti acoperiti sunt enumerate in Tabelul de beneficii. Ori de cate ori urmatoarele cuvinte/fraze apar in documentele dvs. contractuale, acestea vor fi definite intotdeauna dupa cum urmeaza:

Accident inseamna o leziune corporala neprevazuta si brusca, cauzata de mijloace violente sau externe.

Afectiune cronica inseamna o afectiune, imbolnavire sau accident care prezinta una sau mai multe dintre urmatoarele caracteristici:

- necesita monitorizare continua sau pe termen lung prin consultatii, examinari, controale si/sau teste
- necesita controlul continuu sau pe termen lung pentru ameliorarea simptomelor
- impune recuperarea dvs. sau instruirea dvs. speciala pentru a face fata acesteia
- continua pe termen nedeterminat
- nu exista un remediu cunoscut
- revine sau este probabil sa revina

Afectiuni congenitale si ereditare inseamna o afectiune medicala, o anomalitate, o diformitate, o boala, o maladie care a fost prezenta la momentul nasterii sau care a fost mostenita sau transmisa de-a lungul generatiilor familiei dvs. sau orice diformitate care apare in etapele prenatale ale sarcinii sau care este produsa la momentul nasterii.

Afectiune pre-existenta inseamna orice afectiune, imbolnavire sau accident:

- pentru care ati primit medicatie, consiliere sau tratament sau investigatii inainte de inceperea acoperirii sau
- In legatura cu care ati manifestat simptome inainte de inceputul acoperirii dvs., indiferent daca afectiunea a fost diagnosticata sau investigata. Definitia conditiei pre-existente de mai sus nu se aplica atunci cand se refera la:

Definitia conditiei pre-existente de mai sus nu se aplica atunci cand se refera la:

- Asigurat(ii) adult(i), in cazul caruia a trecut o perioada de 7 ani de la data incheierii Protocolului Oncologic, a avut loc recuperarea completa, si se afla in remisie completa fara alte tulburari legate de cancer;
- Asiguratul (Persoanele) al carui diagnostic de Cancer a fost pus inainte de varsta de 18 ani pentru afectiunile oncologice pediatrice si pentru care a trecut o perioada de 5 ani de la data incheierii Protocolului Oncologic, a avut loc recuperarea completa, si se afla in remisie completa, fara alte tulburari legate de cancer; Asigurator inseamna societatea de asigurari care ofera acoperirea Asigurarii, Inter Partner Assistance S.A.

Ambulatoriu inseamna tratamentul medical oferit Persoanei asigurate sau recomandat de un medic, in cazul in care nu este necesar din punct de vedere medical ca Persoana asigurata sa fie internata in spital sau in orice alta unitate medicala in regim de spitalizare sau spitalizare de zi, pentru ingrijire medicala.

An inseamna 12 (douasprezece) luni de la data de incepere a Politei sau ultima data de reinnoire.

Cancer inseamna tumora, tesuturi sau celule maligne, caracterizate de cresterea si raspandirea necontrolata a celulelor maligne si de invazia tesutului.

Criza acuta inseamna o deteriorare brusca si neasteptata a unei afectiuni cronice, care nu face parte din evolutia normala a unei afectiuni cronice.

Certificatul de Asigurare se refera la un document care precizeaza conditiile acoperirii, care face parte din Polita Persoanei asigurate, mentioneaza numele Persoanelor asigurate, Zona de aplicare a acoperirii, Perioada de asigurare, Planul ales, orice extinderi optionale selectate si orice prevederi speciale care se aplica Politei.

Consultant (consultanti) medical (i) inseamna medicul generalist/specialist pe care alegem sa ne consilieze pe tema cererilor de despagubire formulate in temeiul Politei incheiate in baza Planului de asigurare MediHelp International.

Cheltuieli medicale inseamna cheltuielile suportate in legatura cu tratamentul acordat in urma unui Accident sau Imbolnaviri rezultat (a) dintr-un Eveniment asigurat.

Copil prematur inseamna un copil nascut inainte de inceperea saptamanii 37 de sarcina.

Data de reinnoire anuala inseamna ziua ulterioara datei de expirare, astfel cum este indicata in Certificatul de Asigurare/Membru.

Data de inceput inseamna data la care protectia oferita de Asigurare incepe sa-si produca efectele, astfel cum se specifica in Certificatul de Asigurare, dar nu mai devreme de data platii primei de asigurare.

Data de inceput a asigurarii inseamna data la care Persoana asigurata a fost inclusa in Planul de asigurare ales.

Dvs./Al dvs. inseamna Persoana asigurata, Membrul principal si/sau Persoanele dependente.

Diagnostic inseamna stabilirea de catre un medic calificat a bolii sau afectiunii care explica simptomele sau semnele Persoanei asigurate.

Durata de viata se refera la perioada in care Persoana Asigurata este in viata sau pana la varsta maxima de reinnoire permisa conform Politei/Planului, in ordinea aparitiei. Aceasta nu se refera la durata Politei/Planului.

Experimental se refera la tipul de tratament sau la medicatia a carui/careia eficienta si siguranta nu au fost stabilite inca si care este lipsit(a) de studii clinice bazate pe dovezi fiabile. De asemenea, exista tipuri de tratament si medicamente care nu sunt general acceptate de comunitatea medicala. Astfel eficienta acestora nu a fost dovedita sau recunoscuta de organizatiile medicale profesionale in sensul ca respecta practica medicala acceptata. De asemenea, aceasta definitie include echipamentele utilizate in alte scopuri decat cele definite in temeiul autorizatiei acestora sau pe cele care fac obiectul studiului, cercetarii sau testarii.

Eveniment asigurat inseamna un Accident sau Imbolnavire, sarcina si nastere (daca este cazul) care se produce in cursul Perioadei de asigurare, in cadrul zonei de aplicare a acoperirii, care permite Persoanei asigurate sa primeasca decontare in baza Politei incheiate in cadrul Planului de asigurare MediHelp International.

Formular de aplicare inseamna cererea completata si semnata pe propria raspundere de catre Contractantul Politei contine informatiile necesare si consimtamantul pentru incheierea politei de asigurare. Intrebarile si raspunsurile trebuie sa fie citite cu atentie inainte de a fi semnate.

Fizioterapie inseamna tratament recomandat de catre un medic/fizioterapeut din motive medicale, care urmare a unui Eveniment asigurat si acordat de un fizioterapeut autorizat.

Fransiza inseamna suma anuala pe care fiecare Persoana asigurata trebuie sa o plateasca pentru fiecare Perioada de asigurare, inainte ca Polita sa plateasca anumite beneficii. Sumele reprezentand fransiza sunt stabilite in Certificatul de Asigurare. Fransiza se aplica tuturor beneficiilor.

Fizioterapeut inseamna un practician care trebuie sa fie instruit complet si calificat din punct de vedere legal si autorizat de autoritatile relevante sa practice in tara in care este primit tratamentul.

Contractantul Politei inseamna o persoana juridica sau o entitate legala fara personalitate juridica, care este parte la Polita incheiata in beneficiul Persoanelor asigurate, precum si persoana fizica care a incheiat Polita pentru a obtine protectie prin asigurare pentru sine si/sau pentru persoanele dependente. Partea contractanta incheie contractul de asigurare cu Asiguratorul si este responsabila pentru plata primei de asigurare.

Indemnizatia de spitalizare inseamna o indemnizatie zilnica, platita de catre Noi, in cazul in care ati primit tratament intr-un spital public, ati fost internat pe timp de noapte, iar spitalul nu v-a transferat niciun cost (cu titlu gratuit).

Imbolnavire inseamna orice boala, afectiune, tulburare sau alterare a starii medicale a Persoanei asigurate, marcata printr-o abatere patologica de la starea de sanatate normala, diagnosticata de un medic.

In regim de spitalizare inseamna tratamentul acordat intr-un spital, in care Persoana asigurata este internata si, din necesitate medicala, ocupa un pat pentru una sau mai multe nopti, dar nu mai mult de 12 luni, in total, in legatura cu orice Eveniment asigurat.

Leziune inseamna dauna sau vatamarea fizica, produsa corpului ca urmare a unui Accident.

Locuinta inseamna locuinta (locuintele) principala (e) si/sau secundara (e) din tara sau tarile de resedinta, astfel cum s-a declarat prin formularul de cerere si s-a prezentat in Certificatul de asigurare.

Limita maxima de asigurare inseamna valoarea maxima pe care o vom plati pentru toate beneficiile in total, per Persoana asigurata, per an contractual.

Limitele Politei inseamna limitele financiare ale obligatiilor noastre fata de Persoanele asigurate, pentru beneficiile specifice aplicabile per Eveniment asigurat, per An de asigurare sau pe durata vietii, indicate in Tabelul de beneficii. Durata vietii de refera la limita cumulata maxima pentru intreaga durata a calitatii de membru a Persoanei asigurate in cadrul Politei.

Membrul principal inseamna un membru individual pe care am fost de acord sa-l acoperim in temeiul Politei.

Medic inseamna un medic autorizat in mod legal, recunoscut de legea tarii in care este acordat Tratamentul in baza Politei si care, prin acordarea acestui tratament, isi exercita profesia in limitele domeniului de aplicare al autorizatiei si instruirii acestuia.

MediHelp International Broker de Asigurare SRL inseamna compania de brokeraj MediHelp, cu sediul social in Romania, Bucuresti, Str. Dr. Constantin Caracas nr.24, sector 1, 011155.

MediHelp Customer Care SRL este administratorul de Plan al Politei.

Necesar din punct de vedere medical inseamna furnizarea corespunzatoare de diagnostice sau tratament in vederea diagnosticarii ori tratarii unei maladii, leziuni, afectiuni, boli care isi pastreaza semnele si simptomele si care indeplineste standardele de medicina acceptate pentru o perioada corespunzatoare din punct de vedere medical.

Noi /Noua/Al nostru inseamna Asiguratorul.

Persoana asigurata se refera la Membrul principal si la Persoanele aflate in intretinerea acestuia (in cazul Planului de grup, se refera la Angajati/Colaboratori si la Persoanele dependente, astfel cum se mentioneaza in Certificatul de Asigurare, a caror stare de sanatate reprezinta obiectul asigurarii si care constituie baza Politei incheiate in cadrul Planurilor de asigurare MediHelp International, in scopul obtinerii de protectie prin intermediul Asiguratorii pentru sine si/sau persoanele dependente si careia i se acorda beneficiul serviciilor incluse in prezentul contract de asigurare.

Persoana dependenta inseamna, astfel cum se specifica in cerere sau in Certificatul de Asigurare, sotul Persoanei asigurate (sau partenerul civil de acelasi sex sau de sex opus) care nu este separat in mod legal de acesta; copilul Persoanei asigurate, inclusiv copilul ilegitim (copil vitreg, copilul in plasament sau copilul adoptat in mod legal) cu varsta mai mica de 19 (nouasprezece) ani la data la care Persoanei asigurate i s-a oferit protectie sub forma de Asigurare in baza Planului de asigurare MediHelp International pentru prima data sau la orice reînnoire ulterioara a Politei sau in varsta de pana la 25 (douazeci si cinci) de ani, daca se dovedeste ca acest copil se afla intr-o forma de invatamant la zi, este necasatorit, somer, care depinde din punct de vedere financiar de Persoana asigurata..

Planul de asigurare inseamna nivelul beneficiilor, astfel cum este detaliat in Certificatul de Asigurare..

Perioada de limitare se refera la perioada dupa care drepturile unei parti nu mai pot fi invocate.

Perioada de asigurare inseamna perioada specificata pe Certificatul de Asigurare/Membru pentru care s-a platit prima de asigurare corespunzatoare.

Polita de asigurare inseamna un document care confirma incheierea contractului de asigurare intre Contractantul Politei si Noi. Prevederile integrale ale Politei de asigurare sunt prevazute in ultimele versiuni ale:

- Oricarui Formular de Aplicare pe care va solicitam sa il completati si a Certificatului de Asigurare
- Prezentialor Termeni Generali si Conditii
- Cardului electronic de membru.

Pre-autorizare inseamna confirmarea necesara din partea noastra, inainte de a primi tratament, pentru beneficiile selectate. Va rugam sa observati ca, in cazul in care nu reusiti sa obtineti pre-autorizarea pentru oricare dintre tratamentele cu o valoare mai mare de 500 € sau pentru beneficiile care necesita pre-autorizare inainte de inceperea tratamentului, ne rezervam dreptul de a nu plati aceste costuri, deoarece cererea de despagubire nu a fost pre-autorizata.

Produce medicamentoase, medicamente si consumabile prescrise se refera la medicamente si pansamente a caror vanzare si utilizare este restrictionata in mod legal, fiind supuse comenzii si prescrierii de catre un medic generalist/medic specialist, care sunt utilizate pentru tratamentul afectiunii /imbolnavirii/accidentului pentru care sunteti acoperit.

Proteza se refera la un substitut sau inlocuitor artificial al unei parti a corpului, inclusiv, dar fara a se limita la, valve artificiale ale inimii, ochi, articulatii si membre, necesara ca parte a unei proceduri chirurgicale sau parte integranta a tratamentului unei afectiuni pentru care sunteti acoperit. In cazul protezei, trebuie sa fiti acoperit de noi inainte de accidentul sau operatia care a condus la necesitatea protezei si toate cererile de despagubire trebuie sa fie formulate in termen de 12 (douasprezece) luni de la amputarea sau inlaturarea partii corpului.

Reabilitare inseamna tratamentul (tratamentele) destinate facilitarii recuperarii in urma unui accident, imbolnavirii sau afectiunii (cu excluderea unei maladii sau tulburari mintale), astfel incat sa se recastige auto-suficienta, forma si functia maxima intr-un mod cat mai aproape de normal posibil.

Recuperarea completa si incheierea protocolului oncologic se refera la finalizarea tuturor planurilor de tratament (chirurgie, radioterapie, chimioterapie etc.) si fara alte recomandari de tratament, teste, consultatii, recidive, complicatii sau tulburari legate de cancer furnizate de medicul oncolog, pentru acel tip de cancer.

Pentru ca Asiguratorul sa poata verifica recuperarea integrala si data finalizarii protocolului oncologic, Persoana Asigurata are obligatia de a furniza un raport medical eliberat de medicul oncolog care sa precizeze data exacta de incheiere a tuturor planurilor de tratament pentru acel tip de cancer.

Rezonabil si uzual se refera la onorariile sau cheltuielile necesare din punct de vedere medical, suportate pentru tratamentul, ingrijirea medicala, serviciile si/sau consumabilele medicale care vor fi considerate de Noi sau de consultantii nostri medicali a fi rezonabile si uzuale in masura in care acestea nu depasesc nivelul uzual al costurilor pentru tratamentul, ingrijirea medicala, serviciile si/sau consumabilele medicale similare in tara in care acestea au fost suportate si include onorariile si cheltuielile care nu ar fi fost suportate daca nu ar fi existat Asigurarea.

Rezonabil si uzual se refera la cheltuielile platite pentru tratament, ingrijirea medicala, serviciile si/sau consumabilele pe care Noi sau echipa noastra medicala le considera rezonabile si uzuale si care nu ar fi putut fi evitate in mod rezonabil fara a afecta in mod negativ starea de sanatate a Persoanei asigurate. Aceste cheltuieli nu trebuie sa depaseasca nivelul general al costurilor altor

furnizori de ingrijiri medicale cu o pozitie similara in localitate, aferente acordarii tratamentului, ingrijirii medicale, serviciilor si/sau consumabilelor medicale similare sau comparabile unor persoane fizice de acelasi sex, cu o varsta comparabila, pentru o boala, maladie sau leziune comparabila.

In mod normal, calculam ce este rezonabil si uzual in baza costului mediu negociat al tratamentului din cadrul retelei medicale aplicabile Politei dvs. din tara sau zona in care este primit tratamentul. In cazul in care nu exista nicio retea sau niciun cost negociat intr-un spital de retea sau tratamentul nu este disponibil intr-un spital de retea, ne vom baza acel calcul pe o combinatie a experientei noastre globale, intemeiata pe informatii statistice din partea departamentelor de sanatate guvernamentale si pe informatii colectate din partea specialistilor medicali independenti si a chirurgilor care practica in tara sau zona in care este primit tratamentul.

Pentru a evita orice dubiu, atunci cand comparam tratamentele, vom lua in considerare si complexitatea procedurii si standardul unitatii medicale in care se primeste tratamentul. In cazul in care tratamentul necesita prezenta a mai mult de un specialist sau chirurg in cadrul aceleiasi sesiuni operative (chirurgicale), vom examina necesitatea medicala in gestionarea acestei probleme chirurgicale sau afectiuni medicale din punct de vedere al diferitelor abilitati educate si al complexitatii serviciilor furnizate ca o identificare in vederea acoperirii serviciilor totale. In cazul asistentilor de chirurgie, nu se plateste nicio indemnizatie sau cost suplimentar. In cazul oricaror diferente intre opiniile consultantilor medicali sau medicilor nostri si ale medicului dvs., va prevala opinia consultantilor dvs. medicali.

Reinnoirea Politei inseamna incheierea Politei in baza Planului de asigurare MediHelp International pentru a doua si urmatoarele Perioada(e) de asigurare, precum si acordarea protectiei in baza asigurarii pentru a doua si urmatoarele Perioada (e) de asigurare.

Spitalizare de zi inseamna tratamentul furnizat intr-un spital in care este internata o Persoana asigurata, dar fara a fi necesar din punct de vedere medical ca aceasta sa ramana in spital pentru una sau mai multe nopti.

Spital inseamna orice institutie autorizata ca spital medical sau de chirurgie in tara in care functioneaza si unde pacientul este supravegheat permanent de catre un medic. Urmatoarele institutii nu sunt considerate spitale: case de odihna si de ingrijire, spa-uri, centre de ingrijire si statiunile balneare.

Servicii de ambulanță inseamna transportul medical necesar catre spital sau intre spitalele adecvate cele mai apropiate.

Specialist inseamna un chirurg, anestezist sau medic, care este calificat din punct de vedere legal sa practice medicina sau chirurgia in urma frecventarii unei scoli de medicina recunoscute, este recunoscut de autoritatile relevante din tara in care este primit tratamentul ca detinand calificarea de specialitate in domeniul sau competenta in tratamentul bolii, maladei sau leziunii tratate. Prin „scoala de medicina recunoscuta” intelegem o scoala medicala mentionata in Registrul mondial al scolilor de medicina, astfel cum este publicat la anumite intervale de timp de Organizatia Mondiala a Sanatatii.

Sotul este persoana casatorita cu Contractantul Politei sau cu Angajatul/membrul grupului, care nu este separat sau divortat in conformitate cu o hotarare judecatoreasca cu autoritate de lucru judecat. Aceasta este o uniune inregistrata in mod legal intre doua persoane de acelasi sex sau de sex diferit. In cadrul prezentei Polite, un partener civil este tratat ca un sot.

Simptom inseamna orice manifestare, senzatie sau modificare in functionarea corpului, fizica sau psihologica, care este declarat de Persoana asigurata sau poate fi identificat in documentele medicale cu 5 (cinci) ani inainte de Data inscrierii sale in asigurare si dupa Data inscrierii, care poate fi corelat din punct de vedere medical cu o stare patologica sau cu un proces de imbolnavire.

Subrogare inseamna dreptul nostru de a actiona in locul dvs. pentru a exercita orice drepturi pe care le detineti impotriva unui tert care raspunde pentru o cerere de despagubire platita de noi in temeiul Politei.

Tabelul de beneficii inseamna documentul anexat la si care face parte din acesti Termeni si Conditii Generale, care mentioneaza inter alia beneficiile furnizate in temeiul planurilor respective si limitele financiare ale acestor beneficii.

Termenii si Conditiiile Generale se refera la prezentul document.

Terapii avansate. Se refera la un set complex de terapii avansate, inclusiv terapii genetice si tratamente CAR-T pentru cancer. Acestea sunt cunoscute sub diferite denumiri in intreaga lume, de exemplu, produse medicamentoase pentru terapie avansata (ATMP), produse de terapie celulara si genica (CGTP) sau terapie avansata de medicina regenerativa (RMAT). Nu acoperim niciun ATMP/CGTP/RMAT, inclusiv costurile de spitalizare sau de specialitate asociate, deoarece acestea se afla pe lista de excluderi.

Terapia cu fascicule de protoni se refera la tratamentul necesar din punct de vedere medical pre-autorizat, limitat la urmatoarele tipuri de cancer eligibile:

- cancer solid malign la membrii cu varsta de 21 de ani si mai putin
- Cancerul sistemului nervos central (creier si maduva spinarii)
- cordoame sau condrosarcoame (tipuri de Cancer al coloanei vertebrale) la baza craniului sau la coloana cervicala (oasele gatului) care nu s-au raspandit (metastaze)
- tumori inalte naso-etmoidale, frontale si sfenoidale cu afectarea bazei craniului
- carcinom adenoid chistic cu invazie perineurala
- esthesioneuroblastom
- cancerul irisului, al corpului ciliar sau al partilor corioide ale ochiului (melanom uveal) care nu s-a raspandit (metastazat).
- melanom conjunctival
- hemangiom coroidian

Teste de diagnosticare inseamna investigatiile, cum ar fi razele x sau analizele de sange, destinate sa identifice sau sa ajute la identificarea cauzei simptomelor Persoanei asigurate.

Tratamentul cancerului se refera la Tratamentul necesar din punct de vedere medical aferent diagnosticarii cancerului sau destinat reducerii, stabilizarii sau incetarii raspandirii cancerului primit in regim de spitalizare, spitalizare de zi sau ambulatoriu inclusiv, dar fara a se limita la, radioterapie, chimioterapie sau terapie tintita ,daca acest beneficiu este inclus in Planul de asigurare. Acest beneficiu acopera cheltuielile eligibile de la momentul diagnosticarii la cel al pre- si post-spitalizarii, planificarii, efectuarii tratamentului cancerului, astfel cum a fost prescris de un oncolog, care include testari, scanari, imagistica, consultatii, produse medicamentoase prescrise, monitorizarea si controlul in cadrul unui spital sau al unei unitati specializate in domeniul cancerului si exclude tratamentul oferit doar in scopul ameliorarii simptomelor. Ne rezervam dreptul de a solicita Persoanei asigurate sa obtina articolele farmaceutice prescrise eligibile din farmacia de retea desemnata, daca este cazul si atunci cand este autorizata de catre Noi, in caz contrar Persoana asigurata nu poate obtine rambursarea integrala a cererii de despagubire. Odata ce tratamentul cancerului necesar din punct de vedere medical a fost finalizat, iar Persoana asigurata se afla in remisie completa, orice consultatie, medicamente, monitorizare sau controale vor fi platite conform beneficiului in regim ambulatoriu, atat timp cat membrul ramane o Persoana asigurata in baza prezentei Polite si cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu.

Tratamentul conventional se refera la tratamentul care:

- este stabilit ca fiind cea mai buna practica medicala in tara in care are loc tratamentul; si
- este adecvat din punct de vedere clinic din punct de vedere al necesitatii, tipului, frecventei, amplitudinii, duratei, precum si in ceea ce priveste unitatea in care este furnizat tratamentul; si
- s-a dovedit a fi eficient si sigur pentru tratamentul afectiunii medicale a Asiguratului prin intermediul unor studii clinice de inalta calitate si al unor dovezi clinice substantiale evaluate in reviste medicale de autoritate publicate.

Tratamentul conventional nu costa mai mult decat un Tratament echivalent care ofera rezultate terapeutice sau diagnostice similare. Nu trebuie sa fie furnizat sau utilizat in primul rand pentru comoditatea sau avantajul financiar sau de alta natura al Dumneavoastra sau al Medicului Dumneavoastra sau al unui profesionist din domeniul sanatatii.

In cazul in care Tratamentul este un medicament, medicamentul trebuie sa fi fost stabilit ca fiind eficient si trebuie sa fie autorizat pentru utilizare fie de catre:

- Agentia de Reglementare a Medicamentelor si a Produselor de Sanatate (MHRA), daca Tratamentul urmeaza sa fie furnizat in Regatul Unit; sau
- Agentia Europeana pentru Medicamente (EMA), daca tratamentul urmeaza sa fie furnizat in Europa, dar in afara Regatului Unit; sau
- US Food and Drug Administration (FDA), daca Tratamentul urmeaza sa fie furnizat in afara Europei.
- Medicamentul trebuie sa fie utilizat in conformitate cu termenii licentei si dozajul pentru care a fost aprobat .

Tratamentul conventional se aplica si utilizarii echipamentelor si consumabilelor medicale aferente.

Tratament de urgenta in regim ambulatoriu inseamna tratament necesar din punct de vedere medical ca urmare a unui accident sau a unei maladii bruste, primit in camera de garda in termen de 48 (patruzeci si opt) de ore de la accident si de la debutul maladiei, dar care nu necesita internarea in spital in regim de spitalizare/spitalizare de zi.

Tratamentul de urgenta inseamna tratamentul care incepe in termen de 24 de ore de la declansarea unei maladii sau de la producerea unui accident, care constituie o amenintare directa la adresa sanatatii si necesita atentie medicala urgenta.

Transplant de organe inseamna tratamentul medical suportat in legatura cu transplanturile de rinichi, inima, inima-plaman, ficat, pancreas si NU include implantarea unei inimi artificiale.

Transplant de tesuturi inseamna tratamentul medical suportat in legatura cu maduva osoasa, corneea si alte transplanturi de tesuturi/celule, aprobat de consultantul nostru medical.

Tratament inseamna orice servicii stomatologice, chirurgicale sau medicale (inclusiv testele de diagnosticare), care sunt necesare pentru a diagnostica, ameliora sau vindeca o afectiune medicala, imbolnavire sau accident sub conducerea unui specialist autorizat in domeniul medical .

Tulburari sau boli ale sanatatii mintale inseamna orice tulburare sau maladie asociata cu suferinta sau deficienta semnificativa care are un impact asupra capacitatii Asiguratului de a functiona in arii importante ale activitatii, cum ar fi locul de munca . Aceste tulburari trebuie sa indeplineasca criteriile internationale de clasificare.

Tara principala de resedinta inseamna tara in care Persoana asigurata locuieste si are locuinta (locuintele) sa (sale) principala (e) si/ sau secundara (e) pentru cel putin 6 luni pe an, astfel cum se prevede in formularul de Aplicare si se mentioneaza pe Certificatul de Asigurare.

Zona de aplicare a acoperirii inseamna Romania.

Definitii suplimentare aplicate Planurilor de grup:

Activ la locul de munca se refera la un Angajat la data de incepere a Politei isi indeplineste fiecare atributie a prezentei sale ocupatii sale in mod uzual. De asemenea, un Angajat este considerat activ la locul de munca in cazul in care se afla in concediul anual de odihna sau nu absenteaza de la locul de munca din cauza bolii, accidentelor sau a altei forme de dizabilitate. In cazul in care un Angajat nu este activ la locul de munca la data de incepere a Politei, acesta nu va fi acoperit.

Angajatul (angajatii) se refera la persoanele fizice angajate de Angajator/Societate (si sau grupul de societati) sau orice alta categorie de membri alternativi, care sunt activi la locul de munca la data la care acestia sunt eligibili in vederea acoperirii in baza prezentei Polite si acceptati ca membri asigurati de catre Asigurator astfel cum se stabileste in lista membrilor actuali ai grupului (astfel cum este modificata in cursul anului).

Angajator inseamna persoana juridica care are o relatie de munca cu Angajatul si care este responsabila pentru plata primelor in temeiul prezentei Polite.

Data eligibilitatii inseamna data sau perioada prevazuta in Certificatul de Asigurare/Membru si sau modificarea Politei, la care membrul devine eligibil pentru acoperire in baza prezentei Polite.

Data aniversara a Politei Grupului inseamna data de reinnoire a grupului, cand sunt revizuite primele pentru grup. Prima data aniversara a grupului va fi la douasprezece (12) luni de la data de incepere a planului de asigurare de grup si, ulterior, dupa fiecare perioada de douasprezece (12) luni. In scopul interpretarii Politei, toate trimiterile la expirarea Politei vor fi definite ca insemnand data aniversara a grupului.

Limitele se aplica per an de asigurare, cu exceptia cazului in care se mentioneaza altfel in Termenii si Conditiiile Generale actuale.

Nota: NA inseamna "nu se aplica"

Va rugam sa consultati Termenii si Conditiiile politei care se aplica acestor beneficii. Toate beneficiile vor fi supuse prevederilor acestei polite. Este necesara pre-autorizarea cererilor pentru serviciile medicale enumerate in Tabelul de Beneficii. Toate limitele sunt supuse limitei maxime anuale sau sub-limitelor anumitor beneficii, inclusiv acele beneficii care indica „Integral”. Toate limitele sunt aferente unei afectiuni medicale eligibile si sunt supuse unor taxe 100% rezonabile si uzuale.

INSURANCE PLAN	AZURE LOCAL (PENTRU INDIVIDUAL SI GRUPURI ≤ 20 ANGAJATI)	AZURE LOCAL (PENTRU GRUPURI > 20 ANGAJATI)	TERMENI SI DEFINITII
LIMITA ANUALA	€ 50 000		
Aria de acoperire	Romania		
Fransiza	Toate beneficiile € 0 / € 75 / € 150 / € 250 / € 500 / € 1 000 / € 2 500 / € 4 500		
SPITALIZARE (DE ZI SAU DE NOAPTE)			
Costuri cu spitalizarea (inclusiv cazare)	Integral	Integral	Vom plati pentru camera de spital si costurile de masa pentru o camera single standard cu baie privata, inclusiv ingrijirea medicala generala.
Cazare parinti	Integral	Integral	Vom plati costurile de cazare si masa ale unui parinte care sta in spital cu copilul sau asigurat pana la varsta de 16 ani (daca copilul este membru care primeste tratament acoperit de Polita).
Bloc operator	Integral	Integral	Vom plati pentru costurile salii de operatie,salii de recuperare post-chirurgicala, inclusiv tratamentele oferite, medicamentele,pansamentele si echipamentele utilizate in timpul interventiei chirurgicale si imediat dupa aceasta si cele de ingrijire medicala generala asociata cu chirurgia.
ATI (anestezie si terapie intensiva/reanimare, Terapie coronariana)	Integral	Integral	Vom plati pentru spitalizarea necesara medical si/sau transferul la o unitate de reanimare sau unitatea de Anestezie si Terapie Intensiva.
Medici specialisti	Integral	Integral	Vom plati onorariile pentru chirurgi, anesteziști si asistenti in timpul interventiei chirurgicale, inainte sau imediat dupa aceasta, in aceeasi zi. Vom plati pentru consultatiile specialistilor in timpul spitalizarii – fie pentru a discuta despre o interventie chirurgicala sau pentru tratament non-chirurgical (ex. internarea pentru pneumonie).
Patologie, radiografii si teste de diagnosticare	Integral	Integral	Vom plati pentru costurile testelor utilizate pentru a diagnostica sau a evalua starea dvs. Aceasta include investigatii de laborator (ex. analize de sange), imagistica medicala (ex. radiografii si ecografii) si alte teste de diagnosticare (ex. EKG).
Fizioterapie/Terapia vorbirii	Integral	Integral	Vom plati pentru tratament furnizat de terapeuti, in scopul de a ajuta la recuperarea sau restabilirea functiilor organismului, ca parte a planului de tratament general in timpul spitalizarii.
Afectiuni cronice	€ 1 000	€ 1 000	Vom plati pentru costurile de spitalizare pentru un episod acut al unei afectiuni cronice care necesita tratament medical activ, pe durata spitalizarii.
Reabilitare (sub rezerva aprobarii noastre)	€ 2 000	€ 2 000	Vom plati pentru costurile de reabilitare in spital, dupa o interventie chirurgicala, sub rezerva aprobarii noastre. Vom plati pentru Reabilitare atat timp cat: • a avut loc ca urmare a unei leziuni cerebrale acute, cum ar fi un accident vascular cerebral sau un accident; si • este parte a Tratatamentului acoperit de polita; si • medicul specializat in reabilitare supravegheaza tratamentul persoanei asigurate; si • am convenit costurile inainte ca persoana asigurata sa inceapa reabilitarea; si • tratamentul nu a putut fi efectuat in ambulatoriu.
Implanturi protetice	Integral	Integral	Vom plati pentru protezele interne/implanturile medicale necesare ca parte a tratamentului dumneavoastra. Acestea trebuie sa fie aprobate de Administratia SUA pentru Alimente si Medicamente (FDA) si sunt utilizate in scopul propus si dovedite a fi eficiente.

INSURANCE PLAN	AZURE LOCAL (PENTRU INDIVIDUAL SI GRUPURI ≤ 20 ANGAJATI)	AZURE LOCAL (PENTRU GRUPURI > 20 ANGAJATI)	TERMENI SI DEFINITII
Indemnizatia de spitalizare (se aplica doar atunci cand nu a existat nicio taxa pentru spitalizarea intr-un spital public)	€ 100 pe noapte, pana la 10 nopti	€ 100 pe noapte, pana la 10 nopti	Vom plati pentru fiecare noapte de spitalizare intr-un spital in care nu ati fost nevoit sa platiti (ex: spital public).
AMBULATORIU (se aplica co-plata obligatorie de 10% pentru toate taxele si tratamentele primite in ambulatoriu)	LIMITA PE AN € 7 000	LIMITA PE AN € 3 000	
Chirurgie in ambulatoriu	Integral	Integral	Vom plati pentru costurile de procedura chirurgicala efectuata in ambulatoriu sub anestezie locala.
Medici generalisti si specialisti	€ 850	€ 500	Vom plati consultatiile cu medicul tau de familie, medicul generalist sau specialist pentru a diagnostica si trata o afectiune sau pentru a aranja un tratament medical in continuare sau ca o continuare a tratamentului care a avut deja loc. Include consultatia de Telemedicina - doar o consultatie pe zi, de la un furnizor de telemedicina aprobat.
Medicamente si consumabile medicale			Vom plati pentru medicamente si consumabile medicale prescrise de medic, utilizate numai pentru tratamentul unei boli, afectiuni sau accident. Sunt incluse si medicamentele prescrise in timpul consultatiei de Telemedicina.
Patologie, raze X si teste de diagnosticare	€ 1 000	€ 500	Vom plati pentru costurile testelor utilizate pentru a diagnostica sau a evalua starea ta. Aceasta include investigatii de laborator (ex. analize de sange), imagistica medicala (ex. radiografii si ecografii) si alte teste de diagnosticare (ex. EKG).
Fizioterapie (cu pre-autorizare dupa a 12-a sesiune/vizita)	€ 1 000	NA	Vom plati pentru consultatii si pentru tratamentul de fizioterapie necesar din punct de vedere medical, eficient si dovedit atunci cand este administrat de un fizioterapeut autorizat, care are ca scop restabilirea functiei fizice normale pentru un diagnostic acoperit si in urma unui eveniment asigurat. Fizioterapeutul trebuie sa mentioneze necesitatea formei specifice de fizioterapie, diagnostic, un plan de tratament clar cu o data de inceput si o data de final si rezultatul asteptat. Dupa a 12-a sedinta, daca Persoana Asigurata necesita mai multe sedinte, Persoana Asigurata trebuie sa depuna raport medical suplimentar si intermediar pentru reevaluarea starii medicale. Ne rezervam dreptul de a pre-autoriza aceste sesiuni suplimentare.
Afectiuni cronice	€ 1 000 (Limita maxima acoperita atat pentru spitalizare cat si pentru ambulatoriu, platita din limita pentru spitalizare)	€ 1 000 (Limita maxima acoperita atat pentru spitalizare cat si pentru ambulatoriu, platita din limita pentru spitalizare)	Vom plati pentru gestionarea continua a afectiunii cronice. Definim cronic o conditie care nu raspunde la tratament medical activ si necesita ingrijire continua (ex. diabetul zaharat sau dureri de spate). Aceiasi limita se aplica pentru tratamentul primit in spitalizare, cat si in ambulatoriu. Vom plati pentru consultatii regulate, teste si medicamente prescrise necesare pentru monitorizarea si mentinerea stabilitatii unei afectiuni cronice. Acest beneficiu este limitat la aceste tratamente si nu include alte tratamente medicale (fizioterapie care vizeaza mentinerea stabilitatii).
Tratament ambulatoriu de urgenta	€ 2 000	€ 2 000	Vom plati pentru costurile tratamentului de urgenta in ambulatoriu (ex. servicii furnizate la camera de garda fara spitalizare) pana la limita prevazuta.
ASISTENTA			
Servicii de ambulanta locala (Ambulanta aeriana: sub rezerva aprobarii noastre)	Integral	Integral	Vom plati pentru costurile unei ambulante locale necesare transferului catre spital in urma unui accident/imbolnaviri sau de la un spital la altul si Persoana Asigurata necesita supraveghere medicala in timpul transportului.
ALTE BENEFICII			
Imagistica avansata (RMN, CT,PET)	Integral	Integral	Vom plati pentru CT, RMN sau scanare PET (sau o combinatie a acestor scanari), atunci cand sunt recomandate de medicul specialist.
A doua opinie medicala	Inclusa	Inclusa	Pentru afectiuni medicale sau diagnostice complicate, va putem ajuta sa beneficiati de acces la o retea de experti de renume, din Romania, pentru o analiza a cazului dumneavoastra.

INSURANCE PLAN	AZURE LOCAL (PENTRU INDIVIDUAL SI GRUPURI ≤ 20 ANGAJATI)	AZURE LOCAL (PENTRU GRUPURI > 20 ANGAJATI)	TERMENI SI DEFINITII
RIDER (BENEFICII OPTIONALE) Beneficii optionale pentru care Titularul de polita poate opta pentru protectie suplimentara.			
Tratamentul pentru cancer (sub rezerva aprobarii noastre)	Disponibil in cadrul Rider: Integral Peruci si acoperitori temporare ale capului pana la 200 € Perioada de asteptare 12 luni	Disponibil in cadrul Rider: Integral Peruci si acoperitori temporare ale capului pana la 200 € Perioada de asteptare 12 luni	Vom plati pentru tratarea cancerului, inclusiv spitalizare, radioterapie, chimioterapie si consultatii asociate, medicamente, investigatii si costul unei peruci sau a unei acoperitori temporare a capului dupa chimioterapie. Tratamentul impotriva cancerului este supus unei limite de pana la 120 de zile pentru fiecare internare.
Servicii de transplant (sub rezerva aprobarii noastre)	Disponibil in cadrul Rider: € 250 000/Viata (Transplant de organe) € 25 000 (Transplant de tesut) Costuri cu donatorul: pana la € 20 000 Perioada de asteptare 12 luni	Disponibil in cadrul Rider: € 250 000/Viata (Transplant de organe) € 25 000 (Transplant de tesut) Costuri cu donatorul: pana la € 20 000 Perioada de asteptare 12 luni	Tratament pentru si in legatura cu sustinerea vietii in cazul transplantului de organe, tesuturi si celule umane, pentru urmatoarele transplanturi: rinichi, pancreas, ficat, inima, plamani sau inima si plamani, maduva osoasa, cornee si alte transplanturi de tesuturi/celule aprobate de catre consilierul nostru medical in ceea ce priveste persoana asigurata in calitate de primitor. Transplantul va fi efectuat in institutiile acreditate la nivel international de catre chirurgi acreditati si in cazul in care obtinerea de organe, tesuturi sau celule este in conformitate cu reglementarile Organizatiei Mondiale a Sanatatii (OMS). In cazul in care polita dvs. include cheltuielile donatorului, vom plati numai pentru costurile medicale de spitalizare (de zi sau peste noapte) asociate acestuia, atunci cand serviciile sunt prestate intr-o unitate din reteaua agreata si in cazul in care donarea nu conduce la pierderea vietii donatorului si interventiile pentru donarea de organe, tesut sau celule sunt facute in aceiasi unitate medicala in care are loc interventia pentru transplant. Costurile asociate pentru cautarea donatorului sau achizitionarea de organe, tesuturi sau celule sunt excluse. Acoperirea include costul medicatiei anti-respingere (imunoterapie). Tipul si durata specifica a tratamentului va fi determinata de tipul de transplant si conditia medicala. Nu vom plati pentru transplantul de maduva osoasa in temeiul acestui beneficiu, daca transplantul face parte din tratamentul activ al cancerului.
TRATAMENT PREVENTIV – WELLNESS Orice taxe platite in cadrul oricarui dintre aceste beneficii vor reduce limita aferenta celorlalte beneficii.			
Investigatii de rutina	Disponibil cu Rider: € 250 Perioada de asteptare 10 luni	Disponibil cu Rider: € 250 Perioada de asteptare 10 luni	Acest beneficiu este supus unei perioade de asteptare de 10 luni. De la varsta de 2 ani pana la implinirea varstei de 10 ani, vom plati taxele suportate in scopul investigatiilor de rutina furnizate de un medic; 1 (un) control anual de rutina si vaccinari obligatorii. De la varsta de 10 ani in sus, vom plati taxele suportate in scopul investigatiilor de rutina furnizate de un medic; 1 (un) control anual de rutina.
Investigatii de rutina copil			Nu se aplica perioada de asteptare. Pentru un Copil cu varsta sub 2 ani, vom plati taxele suportate pentru investigatii de rutina furnizate de un medic; se vor acoperi 4 (patru) examinari de rutina si vaccinari obligatorii.
Vaccinari			Nu se aplica perioada de asteptare. Pentru Persoana(e) asigurata(e) de la varsta de 10 ani in sus, platim pentru vaccinari si imunizari, inclusiv vaccinari de calatorie.
STOMATOLOGIE Taxele pentru anumite Tratamente stomatologice sunt supuse unei Co-plati per dauna/per Persoana Asigurata, asa cum este indicat mai jos, iar raspunderea maxima a Asiguratorului nu va depasi beneficiul maxim platit pentru fiecare Persoana Asigurata pentru serviciile medicale necesare furnizate de un stomatolog.			
Preventie	Disponibil in cadrul Rider: € 100 Se aplica perioada de asteptare	Disponibil in cadrul Rider: € 100 Se aplica perioada de asteptare	Vom plati costurile de tratament stomatologic preventiv.Se aplica perioada de asteptare de 6 luni (de la data activarii acestui beneficiu) si 0% co-plata (ex. check-up, radiografie, detartraj, gutiera).
Rutina si restauratie			Vom plati costurile de tratament stomatologic de rutina si restauratie. Se aplica perioada de asteptare de 6 luni (de la data activarii acestui beneficiu) si 20% co-plata (ex: plomba, tratament de canal, coroana/punte, implant, anestezie).
Ortodontie			Vom plati costurile de tratament stomatologic de ortodontie pana la varsta de 18 ani. Se aplica perioada de asteptare de 2 ani (de la data activarii acestui beneficiu) si 50% co-plata (ex. aparate dentare).