



RE-INSURED BY



SUBSCRIERE MEDICALA INTEGRALA

FORMULAR DE APLICARE

VA RUGAM SA COMPLETATI ACEST FORMULAR UTILIZAND EXCLUSIV **MAJUSCULE** SI BIFAND RUBRICILE RELEVANTE. ESTE IMPORTANT SA NE FURNIZATI URMATOARELE INFORMATII PENTRU A VA EVALUA IN MOD CORESPUNZATOR CEREREA. **IN CAZUL IN CARE NU RASPUNDETI LA INTREBARI, VOM CONSIDERA CA LIPSA UNUI RASPUNS INSEAMNA CA NU AVETI NIMIC DE DECLARAT. ACEASTA CERERE TREBUIE SA FIE COMPLETATA DE DVS. IN CAZUL IN CARE TREBUIE SA EFECTUATI O CORECTIE, VA RUGAM SA MARCATI MODIFICAREA.**

1.

DATELE DVS. PERSONALE (VA RUGAM SA NE INFORMATI CU PRIVIRE LA ORICE MODIFICARE A ADRESEI DVS.) REFERITOARE LA SOLICITANTUL PRINCIPAL (CONTRACTANTUL POLITEI)

CONTRACTANTUL POLITEI (DENUMIREA SOCIETATII / ANGAJATORULUI/ NUMELE SI PRENUMELE)

ADRESA DE CORESPONDENTA (A SE COMPLETA DOAR DACA DORITI SA PRIMITI CORESPONDENTA DE LA NOI LA O ADRESA DIFERITA DE CEA A ADRESEI RESEDINTEI)

ADRESA RESEDINTEI PERMANENTE

DATA DE NASTERE (ZZ/LL/AAAA)

CUI SOCIETATE / CNP / NR PASAPORT

CETATENIA (IN CAZUL IN CARE AVETI CETATENIE DUBLA, VA RUGAM SA PRECIZATI TARILE)

TARA IN CARE LOCUITI MAJORITATEA ANULUI

OCUPATIA

EMAIL

TELEFON MOBIL

2.

OPTIUNEA DVS. PRIVIND PLANUL SI FRANSIZA

Acoperirea va incepe de la data mentionata pe Certificatul de Asigurare/Certificatul de Membru, cu conditia sa fi primit si acceptat cererea dvs. Alegeti un nivel al acoperirii, fransizei si zona de aplicare a acoperirii pe care le solicitati si bifati (✓) rubricile relevante. Optiunea dvs. se aplica tuturor persoanelor aflate in intretinere, asigurate in temeiul politei.

OPTIUNEA PRIVIND NIVELUL ACOPERIRII: BLUE AZURE COBALT ADMIRAL ROYAL

OPTIUNEA PRIVIND FRANSIZA: BLUE & AZURE / FRANSIZA ANUALA APLICABILA TUTUROR INDEMNIZATIILOR, PER PERSOANA, PER AN DE POLITA:

€ 0 €75 €150 €250 €500 €1000 €2500 €4500

OPTIUNEA PRIVIND FRANSIZA: COBALT, ADMIRAL, ROYAL / FRANSIZA ANUALA APLICABILA TUTUROR INDEMNIZATIILOR, PER PERSOANA, PER AN DE POLITA:

€ 0 €150 €300 €625 €1250 €2500 €6250

ZONA DE APLICARE A ACOPERIRII

EUROPA EUROPA + ISRAEL GLOBAL, EXCEPTAND SUA GLOBAL

PLAN OPTIONAL (valabil doar pentru Cobalt, Admiral si Royal)

STOMATOLOGIE + OFTALMOLOGIE

3. ASIGURARE ANTERIOARA SAU EXISTENTA

ATI MAI FOST VREODATA ASIGURAT SAU ATI MAI APLICAT PENTRU ALTA ASIGURARE? IN CAZUL UNUI RASPUNS POZITIV, VA RUGAM SA NE FURNIZATI DETALII MAI JOS.

DA NU

DENUMIREA ASIGURATORULUI (ASIGURATORILOR) SI PLANUL (PLANURILE):

DATA EXPIRARII POLITEI:

4. VALUTA SI PLATA PRIMEI DVS.

VALUTA: € / ALEGETI UN MOD DE PLATA:

DATA DE ACTIVARE PREFERATA (ZZ/LL/AAAA)

ANUAL SEMI-ANUAL TRIMESTRIAL LUNAR

5. MEMBRI CARE URMEAZA A FI ACOPERITI (BENEFICIAR/I)*

FORMULA DE ADRESARE NUME SI PRENUME

1.

RELATIA CU DVS. (SOT, PARTENER, FIU/FIICA)

DATA NASTERII (ZZ/LL/AAAA)

CNP/PASAPORT

NATIONALITATEA

OCUPATIA

RESEDINTA

FORMULA DE ADRESARE NUME SI PRENUME

2

RELATIA CU DVS. (SOT, PARTENER, FIU/FIICA)

DATA NASTERII (ZZ/LL/AAAA)

CNP/PASAPORT

NATIONALITATEA

OCUPATIA

RESEDINTA

FORMULA DE ADRESARE NUME SI PRENUME

3

RELATIA CU DVS. (SOT, PARTENER, FIU/FIICA)

DATA NASTERII (ZZ/LL/AAAA)

CNP/PASAPORT

NATIONALITATEA

OCUPATIA

RESEDINTA

FORMULA DE ADRESARE NUME SI PRENUME

4

RELATIA CU DVS. (SOT, PARTENER, FIU/FIICA)

DATA NASTERII (ZZ/LL/AAAA)

CNP/PASAPORT

NATIONALITATEA

OCUPATIA

RESEDINTA

*In cazul mai multor membri de familie, va rugam sa continuati si sa utilizati un Formular de Aplicare separat, daca este necesar.

6. ISTORICUL MEDICAL CONFIDENTIAL (DECLARATIILE TREBUIE SA FIE FORMULATE IN SCRIS IN CADRUL ACESTEI CERERI. DECLARATIILE VERBALE NU VOR FI ACCEPTATE)

Important:

1. Trebuie sa declarati istoricul dvs. medical/al persoanelor asigurate, chiar daca ati fost asigurat cu noi sau oriunde altundeva anterior.
2. NU VA FI ACCEPTATA NICIO RASPUNDERE PENTRU VREO AFECTIUNE MEDICALA CARE A APARUT INAINTE DE DATA INREGISTRARII SAU CARE ERA PREVIZIBILA LA MOMENTUL APLICARII, cu exceptia cazului in care aceasta afectiune medicala a fost declarata si acceptata de noi in scris inainte de inceperea acoperirii.
3. Orice lipsa a informatiei noastre in scris cu privire la o afectiune medicala poate conduce la refuzarea cererilor de despagubire sau la retragerea acoperirii. In cazul unei suspiciuni, este necesar sa declarati orice afectiune medicala orice afectiune medicala. Va rugam sa va asigurati ca declarati integral orice afectiuni cunoscute sau suspectate si simptomele cu care s-au confruntat oricare dintre persoanele asigurate incluse in acest formular. Aceasta dispozitie se aplica si in cazul in care nu a fost consultat inca un medic specialist.

6.1. DECLARATIE PERSONALA:

Va rugam sa aveti in vedere urmatoarele intrebari, deoarece acestea se aplica fiecareia dintre persoanele mentionate in acest formular. Raspundeti la fiecare intrebare prin bifarea in mod clar (✓) a uneia dintre rubricile corespunzatoare cu Da/Nu si prin completarea detaliilor, unde este necesar, in cazul in care raspunsul este Da.

6.1a. Va rugam sa precizati inaltimea si greutatea actuale. A pierdut cineva mai mult de 5 kg in ultimele 6 (sase) luni?

| NUMELE PERSOANELOR ASIGURATE | DA | NU | GREUTATE (KG) | INALTIME (CM) | IN CAZUL UNUI RASPUNS POZITIV, TRECETI MOTIVUL PENTRU PIERDEREA GREUTATII IN ULTIMELE 6 (SASE) LUNI | INVESTIGATIE/TRATAMENT | | DOCTOR/CLINICA/ NUMELE SPITALULUI |
|------------------------------|----|----|---------------|---------------|---|------------------------|---------|-----------------------------------|
| | | | | | | DATA (LL/AAAA) | DETALII | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

6.1b. Ati fumat sau utilizat orice produse din tutun sau produse din tutun fara fum (inclusiv, dar fara a se limita la tigarete, tigari, pipe si tutun de mestecat)?

| NUMELE PERSOANELOR ASIGURATE | DA | NU | CONSUMUL ZILNIC MEDIU (BUCATI/ZI) | NUMARUL DE ANI | DATA INCETARII FUMATULUI | | MOTIVUL INCETARII FUMATULUI |
|------------------------------|----|----|-----------------------------------|----------------|--------------------------|---------|-----------------------------|
| | | | | | DATA (LL/AAAA) | DETALII | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

6.1c. Ati luat vreodata droguri sau narcotice care conduc la adictie sau ati fost tratat sau consiliat in legatura cu o problema legata de droguri sau alcool?

| NUMELE PERSOANELOR ASIGURATE | DA | NU | DATA INITIERII (AAAA/LL) | DATA ULTIMULUI SIMPTOM (AAAA/LL) | GRADUL DE RECUPERARE | INVESTIGATIE/TRATAMENT | | DOCTOR/CLINICA/ NUMELE SPITALULUI |
|------------------------------|----|----|--------------------------|----------------------------------|----------------------|------------------------|---------|-----------------------------------|
| | | | | | | DATA (LL/AAAA) | DETALII | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

6.2. DECLARATIE PERSONALA: INFORMATII PRIVIND SANATATEA - VA RUGAM SA RASPUNDETI LA TOATE INTREBARILE

| A avut cineva un istoric sau sufera la momentul de fata de sau a primit consiliere medicala sau tratament pentru una din urmatoarele (diagnosticate sau nu)? In cazul in care oricare dintre raspunsurile la intrebarile 6.2.a.-6.2.m. din aceasta sectiune este Da, MERGETI LA SECTIUNEA 6.3. si furnizati detalii. | NUMELE MEMBRULUI PRINCIPAL | NUMELE PRIMULUI MEMBRU DE FAMILIE | NUMELE CELUI DE-AL DOILEA MEMBRU DE FAMILIE | NUMELE CELUI DE-AL TREILEA MEMBRU DE FAMILIE | NUMELE CELUI DE-AL PATRULEA MEMBRU DE FAMILIE |
|---|----------------------------|-----------------------------------|---|--|---|
| 6.2a. Durere in piept, tensiune arteriala ridicata, atac de cord, murmur, palpitate, accident vascular, colesterol ridicat, afectiuni congenitale, anemie sau afectiuni cardiace/ale sangelui/vasculare? | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU |
| 6.2b. Cancer (inclusiv melanom), nodul/polip/chist/cresterea oricarui tip sau un posibil diagnostic de cancer? | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU |
| 6.2c. Diabet, afectiuni tiroidiene, boli metabolice sau boli endocrine? | | | | | |
| 6.2d. Hepatita B, Hepatita C (inclusiv orice alta forma de hepatita sau calitatea de purtator de hepatita), infectia cu HIV/SIDA, afectiuni hepatice, afectiuni ale vezicii biliare sau orice afectiuni gastrointestinale (inclusiv ulcerul gastric/duodenal, colita ulceroasa)? | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU |
| 6.2e. Probleme legate de rinichi sau vezica urinara, infectii urinare recurente, incontinenta, afectiuni ale rinichilor, pietre la rinichi, nefrita sau afectiuni ale sistemului genito-urinar (inclusiv vezica, prostata), boli ale sanului sau orice boli ale aparatului reproducator (inclusiv ovarele, uterul si colul uterin, fibroza, endometrioza, menstruatie abundenta sau neregulata), afectiuni testiculare? | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU |
| 6.2f. Orice afectiuni musculo-scheletale (inclusiv afectiuni ale articulatiilor/oaselor, artrita, boli ale coloanei vertebrale, dureri de spate, probleme ale gatului/umarului, probleme ale cartilajelor sau ligamentelor, fracturi, osteoporoza, guta sau alte afectiuni inflamatorii) sau orice boli auto-imune (inclusiv lupus)? | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU |
| 6.2g. Afectiuni ale ochilor/urechilor/nasului/gatului sau orice afectiuni respiratorii (inclusiv astm, pneumonie, tuberculoza, emfizem, tulburare obstructiva cronica a cailor respiratorii, COVID-19)? | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU |
| 6.2h. Epilepsie, leziune a capului/creierului, paralizie, dependenta de alcool/droguri, afectiuni psihiatrice (inclusiv depresie sau tulburari de anxietate) sau alte afectiuni neurologice? | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU |
| 6.2i. Stomatologie? De exemplu, tratament stomatologic specializat, tratament maxilo-facial (in curs sau anticipat) | | | | | |
| 6.2j. In ultimii 5 ani, a primit cineva tratament medical sau i s-a prescris medicatie pentru orice afectiune care a durat mai mult de 7 zile (alta decat afectiuni minore, cum ar fi raceala sau gripa)? | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU |
| 6.2k. A fost cineva consiliat de un medic in ultimii 5 ani sau vreuna dintre persoanele asigurate intentioneaza sa se prezinte, s-a prezentat sau frecventeaza la momentul de fata orice spital, clinica sau medic pentru: | | | | | |
| 6.2k.I. Teste de diagnosticare, cum ar fi raze X, ultrasonografie, analize de sange, tomografie computerizata (CT), biopsie, electrocardiograma (EKG), teste de urina sau alte investigatii, etc. (in afara scopului obisnuit legat de locurile de munca, cu rezultate normale)? | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU |
| 6.2k.II. Boala, operatie, semne si simptome, dizabilitate fizica, leziune sau alta recomandare sau tratament medical (a) care nu a fost mentionata in cadrul celorlalte intrebari? | | | | | |
| 6.2l. Asteapta cineva rezultatele analizelor sau investigatiilor referitoare la o afectiune medicala nediagnosticsata sau prezinta simptome pentru care nu aveti un diagnostic? In cazul unui raspuns pozitiv, va rugam sa furnizati detalii. | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU |
| 6.2m. Sarcina | | | | | |
| 6.2m.I. Dvs. sau oricare dintre persoanele asigurate este insarcinata (va rugam sa precizati numarul de luni)? | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU | DA NU |
| 6.2m.II. Urmati sau ati urmat orice forma de tratament de fertilizare? | | | | | |
| 6.2m.III. Prezentati orice complicatii anterioare sau actuale asociate cu procrearea, sarcina sau cezariana? | | | | | |

6.3.

ACEASTA PARTE SE APLICA IN CAZUL IN CARE ATI RASPUS „DA” LA ORICARE DIN INTREBARILE DIN SECTIUNEA 6.2 INTREBARILE 6.2A. - 6.2M. VA RUGAM SA PREZENTATI TOATE AFECTIUNILE MEDICALE (SAU SIMPTOMELE NEDIAGNOSTICATE) CARORA LE SUNT DESTINATE ACESTE RASPUNSURI.

TREBUIE SA DECLARATI ORICE AFECTIUNE DE CARE ATI SUFERIT DVS. SAU ORICE PERSOANA DEPENDENTA A DVS SI CARE POATE AVEA UN IMPACT ASUPRA SANATATII DVS. VIITOARE IN CAZUL IN CARE AVETI ORICE INDOIALA REFERITOARE LA RELEVANTA UNEI AFECTIUNI PENTRU ACEASTA CERERE DE ASIGURARE, TREBUIE SA O DECLARATI CU BUNA-CREDINTA.

NE REZERVAM DREPTUL DE A SOLICITA UN RAPORT MEDICAL PE CHELTUIALA DVS. (IN CAZUL IN CARE AVETI NEVOIE DE SPATIU SUPLIMENTAR PENTRU DECLARATIA DVS., VA RUGAM SA TRECETI LA SECTIUNEA 6.4 - INFORMATII SUPLIMENTARE).

INTREBAREA NR.: NUMELE PACIENTULUI:

NATURA AFECTIUNII SI DIAGNOSTICUL FINAL:

CAND A INCEPUT? (LL/AAAA) CAND A INCETAT? (LL/AAAA) NUMARUL DE EPISOADE INTRE DATA DE INCEPUT SI DATA DE SFARSIT:

TRATAMENTUL PRESCRIS: NUMELE SPITALULUI SI MEDICUL CURANT:

STAREA DE SANATATE ACTUALA (TRATAMENTUL CONTINUA, RECUPERARE COMPLETA, RECURENT SAU POSIBIL SA REAPARA):

INTREBAREA NR.: NUMELE PACIENTULUI:

NATURA AFECTIUNII SI DIAGNOSTICUL FINAL:

CAND A INCEPUT? (LL/AAAA) CAND A INCETAT? (LL/AAAA) NUMARUL DE EPISOADE INTRE DATA DE INCEPUT SI DATA DE SFARSIT:

TRATAMENTUL PRESCRIS: NUMELE SPITALULUI SI MEDICUL CURANT:

STAREA DE SANATATE ACTUALA (TRATAMENTUL CONTINUA, RECUPERARE COMPLETA, RECURENT SAU POSIBIL SA REAPARA):

INTREBAREA NR.: NUMELE PACIENTULUI:

NATURA AFECTIUNII SI DIAGNOSTICUL FINAL:

CAND A INCEPUT? (LL/AAAA) CAND A INCETAT? (LL/AAAA) NUMARUL DE EPISOADE INTRE DATA DE INCEPUT SI DATA DE SFARSIT:

TRATAMENTUL PRESCRIS: NUMELE SPITALULUI SI MEDICUL CURANT:

STAREA DE SANATATE ACTUALA (TRATAMENTUL CONTINUA, RECUPERARE COMPLETA, RECURENT SAU POSIBIL SA REAPARA):

INTREBAREA NR.: NUMELE PACIENTULUI:

NATURA AFECTIUNII SI DIAGNOSTICUL FINAL:

CAND A INCEPUT? (LL/AAAA) CAND A INCETAT? (LL/AAAA) NUMARUL DE EPISOADE INTRE DATA DE INCEPUT SI DATA DE SFARSIT:

TRATAMENTUL PRESCRIS: NUMELE SPITALULUI SI MEDICUL CURANT:

STAREA DE SANATATE ACTUALA (TRATAMENTUL CONTINUA, RECUPERARE COMPLETA, RECURENT SAU POSIBIL SA REAPARA):

INTREBAREA NR.: NUMELE PACIENTULUI:

NATURA AFECTIUNII SI DIAGNOSTICUL FINAL:

CAND A INCEPUT? (LL/AAAA) CAND A INCETAT? (LL/AAAA) NUMARUL DE EPISOADE INTRE DATA DE INCEPUT SI DATA DE SFARSIT:

TRATAMENTUL PRESCRIS: NUMELE SPITALULUI SI MEDICUL CURANT:

STAREA DE SANATATE ACTUALA (TRATAMENTUL CONTINUA, RECUPERARE COMPLETA, RECURENT SAU POSIBIL SA REAPARA):

Va rugam sa furnizati numele si adresa medicului dvs. / al persoanelor asigurate.

| NUMELE PERSOANELOR ASIGURATE | NUMELE MEDICULUI & SPECIALIZAREA | ADRESA MEDICULUI |
|------------------------------|----------------------------------|------------------|
|------------------------------|----------------------------------|------------------|

6.4. INFORMATII SUPLIMENTARE

Va rugam sa utilizati aceasta sectiune daca aveti nevoie de mai mult spatiu pentru a raspunde la intrebari. In cazul in care nu aveti nevoie de mai mult spatiu, TRECETI acum la SECTIUNEA 7 Consimtamant privind prelucrarea datelor cu caracter personal si 8 Declaratie si semnatura. In raspunsurile dvs., va rugam sa includeti:

- Numarul intrebarii,
- Numele persoanei asigurate.

7. CONSIMTAMANT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Cererea dvs. de asigurare este procesata de catre MediHelp International, asigurata prin Inter Partner Assistance S.A. si reasigurata prin AXA PPP Healthcare Limited. Anumite aspecte ale administrarii politei dvs. sunt asumate de AXA Global Healthcare (Marea Britanie) Limited sau de AXA Global Healthcare (Singapore) Pte. Limited, impreuna - AXA - Global Healthcare. Politicile privind confidentialitatea ale AXA - Global Healthcare pot fi gasite la: www.axaglobalhealthcare.com/globalassets/shared/documents/agh-privacy-policy.pdf.

Va rugam sa va asigurati ca orice persoana acoperita de aceasta polita, citeste acest rezumat integral si politicile privind confidentialitatea datelor de pe website-ul nostru. Dorim sa va reasiguram ca nu vom vinde niciodata informatiile cu caracter personal ale membrilor catre terti. Vom folosi informatiile dvs. doar in moduri care sunt permise de lege, care includ doar colectarea informatiilor necesare. Vom obtine consimtamantul dvs. pentru prelucrarea informatiilor, cum ar fi informatiile dvs. medicale, atunci cand este necesar sa actionam in acest sens.

Colectam informatii despre dvs. si despre membrii familiei care sunt acoperiti de planul dvs. de la dvs., de la acei membri ai familiei, de la furnizorii dvs. medicali, angajatorul dvs. (in cazul in care faceti parte dintr-o asigurare de grup), brokerul dvs. de asigurari, daca aveti unul, si de la furnizorii terti de informatii.

Va prelucram informatiile doar in scopul gestionarii calitatii dvs. de membru si a cererilor dvs. de despagubire, inclusiv investigarea fraudei. De asemenea, avem o obligatie legala de a intreprinde astfel de demersuri, cum ar fi raportarea suspiciunilor de infractiuni catre agentii de aplicare a legii. Totodata, efectuam anumite tipuri de prelucrare, deoarece ne ajuta sa ne desfasuram activitatea, cum ar fi cercetarea, aflarea mai multor informatii despre dvs., analiza statistica, de exemplu, pentru a ne ajuta sa luam decizii cu privire la prime si marketing.

Putem divulga informatiile dvs. altor persoane sau organizatii. De exemplu, vom actiona in acest sens pentru:

- A gestiona cererile dvs. de despagubire, de exemplu, pentru a trata cu medicii dvs.;
- A facilita acordarea indemnizatiilor sau pentru a administra in alt mod polita dvs.; si
- A ne ajuta sa prevenim si sa identificam infractiunile si cazurile de malpraxis medical prin discutii cu alti asiguratori si agentii relevante; si
- A permite altor societati AXA sa va contacteze, in cazul in care asa ati agreeat'.

Pentru a putea sa va administram polita, putem transfera si accesa informatiile dvs. in tarile din intreaga lume, inclusiv India si SUA, unde se desfasoara anumite activitati de administrare, si Elvetia, unde AXA detine un centru de date european. Inainte de a actiona in acest sens, ne vom asigura ca datele dvs. sunt protejate si divulgate doar persoanelor fizice autorizate, exclusiv in vederea prestarii de servicii aferente politei dvs. sau cererii dvs. de despagubire. Orice transfer intern al datelor dvs. va fi efectuat doar in conformitate cu legile si reglementarile relevante privind protectia datelor. Va puteti retrage consimtamantul de prelucrare a datelor personale, dar daca actionati in acest sens, nu vom putea prelucra cererile de despagubire sau administra in mod corespunzator planul dvs.

Va vom informa in cazul in care se produce o incalcare a securitatii datelor si informatiile dvs. personale si medicale sunt divulgate partilor neautorizate. Notificarea va fi furnizata in termen de 72 de ore de la confirmarea incidentului. In anumite cazuri, aveti dreptul sa ne solicitati sa incetam prelucrarea informatiilor dvs. sau sa ne spuneti daca nu doriti sa primiti anumite informatii de la noi, cum ar fi comunicari de marketing. De asemenea, ne puteti solicita o copie a informatiilor pe care le detinem despre dvs. si ne puteti cere sa corectam informatiile eronate.

In cazul in care doriti sa va exercitati oricare dintre drepturi, sunati-ne la (+ 40) 311 097 046 sau scrieti-ne.

1. In conformitate cu Regulamentul general european privind protectia datelor (Regulamentul UE 2016/679, „GDPR”), aplicabil de la data de 25 mai 2018, imi exprim in mod expres consimtamantul pentru ca Asiguratorul si MediHelp sa imi prelucreze DATELE CU CARACTER PERSONAL REFERITOARE LA SANATATEA MEA, date care sunt absolut necesare pentru prestarea serviciului de asigurare corespunzator politei de asigurare pe care am incheiat-o sau, dupa caz, ale carei efecte mi se aplica.

Sunt de acord sa imputernicesc Asiguratorul sa efectueze orice anchete, sa solicite documente de la medicii curanti, care pot ajuta la evaluarea completa a starii mele de sanatate. Autorizez orice medic, spital, clinica sau orice alta unitate de asistenta medicala, care detine date sau informatii si/sau documente referitoare la sanatatea mea, sa furnizeze, la cererea scrisa a Asiguratorului, informatii complete privind orice boala, accident, tratament, examinare, consultatie sau spitalizare pe care am efectuat-o.

In cazul in care se produce un Eveniment/Risc asigurat, imputernicesc Asiguratorul/MediHelp sa intreprinda toate demersurile in vederea obtinerii documentelor necesare pentru stabilirea extinderii obligatiei de a plati Indemnizatia de Asigurare, exceptand de la obligatia de secret profesional medicii care m-au examinat/tratat, precum si orice institutie publica sau privata care detine informatii referitoare la starea mea de sanatate si la istoricul starii mele de sanatate, atat in cursul vietii mele si ulterior, in caz de deces, indiferent de cauze.

Am inteles ca, in cazul in care refuz sa imi dau in mod expres consimtamantul cu privire la prelucrarea datelor referitoare la starea de sanatate, Asiguratorul nu va putea sa execute contractul de asigurare la care sunt parte sau ale carui efecte mi se aplica, inclusiv, dar fara a se limita la, plata despagubirii.

DA NU NUME SI PRENUME

SEMNATURA

2. Imi dau in mod expres consimtamantul pentru ca Asiguratorul si MediHelp sa imi trimita buletine informative cu privire la produsele si serviciile acestora, inclusiv in vederea imbunatatirii acestora, beneficii pe care as putea sa le accesez, oferte promotionale sau oportunitati de asigurare (SCOP DE MARKETING).

DA NU NUME SI PRENUME

SEMNATURA

3. Imi dau in mod expres consimtamantul sa primesc corespondenta electronica, prin utilizarea datelor mele de contact furnizate in acest formular, in vederea incheierii contractului si/sau prin derularea acestuia, instiintari privind facturile scadente, acest tip de corespondenta producand aceleasi efecte ca si corespondenta in format fizic.

DA NU NUME SI PRENUME

SEMNATURA

8. DECLARATIE SI SEMNATURA

- a. Declar ca:
- potrivit cunostintelor si convingerilor mele, declaratiile din acest formular sunt complete, adevarate si corecte;
 - Voi cita Termenii, Conditiiile Generale si Contractul, atunci cand le voi primi, si sunt de acord sa ma supun acestora, cu exceptia cazului in care anulez inscrierea in termen de 30 de zile de la data acceptarii cererii mele.
- b. Sunt de acord ca acceptarea cererii mele se va efectua in baza acestor declaratii.
- c. Inteleg ca, in cazul in care apar modificari ale informatiilor pe care le-am furnizat inainte de data de incepere a politei mele/noastre, trebuie sa va informez imediat, in scris.
- d. Inteleg ca odata ce polita a inceput sa isi produca efectele, nu veti plati pentru tratamentul vreunei afectiuni medicale (sau al unei afectiuni medicale aferente) de care membrul/membrii suferea (u) deja la momentul afilierii, cu exceptia cazului in care aceasta a fost prezentata integral in aceasta cerere si acceptata de dvs. Aceasta include orice astfel de afectiune (i) medicala (e) sau simptome, tratate sau nu, si orice afectiune (i) medicala (e) anterioara (e) care revin(e) sau pe care ar trebuit sa o (le) cunosc in mod rezonabil chiar daca eu/noi nu am consultat un medic.
- e. Inteleg ca, in calitate de Contractant legal al acestei polite de asigurare, toata corespondenta despre aceasta cerere, inclusiv corespondenta aferenta cererii de despagubire, imi va fi trimisa, cu exceptia cazului in care va scriu pentru a va indica altfel. De asemenea, inteleg ca documentele politei, comunicariile scrise si detaliile privind afilierea vor fi emise in limba engleza/romana.
- f. Inteleg ca anumite tari solicita rezidentilor, indiferent daca sunt expatriati sau de alt tip, sa incheie asigurarea de sanatate prin intermediul unui furnizor local sau sa detina o asigurare care indeplineste anumite cerinte obligatorii si ca este posibil ca asigurarea furnizata de dvs. sa nu indeplineasca aceste cerinte specifice tarii si, prin urmare, o asigurare suplimentara poate fi necesara. Totodata, inteleg ca, in anumite situatii, pot exista consecinte sub forma sanctiunilor fiscale sau de alta natura, in cazul in care rezidentul nu detine asigurarea locala necesara pe langa polita de asigurare medicala internationala. In cazul in care aveti orice nelamuriri cu privire la cerinte legate de asigurarea suplimentara in tara mea principala de resedinta (astfel cum este defnita la sectiunea 1 Despre Contractantul Politei), inteleg ca imi revine responsabilitatea de a verifica cu autoritatile locale, pentru a stabili daca exista cerinte suplimentare privind asistenta medicala carora trebuie sa ma supun.
- g. Prin semnarea si returnarea acestui formular, confirm ca declaratiile formulate in aceasta cerere sunt corecte si ca am autoritatea de a incheia aceasta polita in numele oricaror membri ai familiei.

Important: Sunteti sfatuit sa pastrati o evidenta a tuturor informatiilor furnizate in legatura cu aceasta cerere, inclusiv orice scrisori pe care ni le trimiteti in legatura cu aceasta. In cazul in care doriti o copie a acestei cereri, va rugam sa ne informati in termen de 90 (nouazeci) de zile. Dupa completarea acestui formular si semnarea Declaratiei, va rugam sa le trimiteti la: client@medihelp.ro. Declaratia este valabila timp de 30 (treizeci) de zile de la data semnarii. **Voi prezenta Asiguratorului orice modificare a starii de sanatate si/sau a consultatiei medicale si/sau a elementelor materiale ale cererii care au loc dupa semnarea acestui formular de cerere, dar inainte de emiterea politei.**

Am luat la cunostinta si confirm ca:

- a. Am primit un exemplar al **Termenilor si Conditiiilor Generale** ale politei, impreuna cu **Documentul de Informare privind Produsul de Asigurare**,
- b. Am revizuit **Termenii si Conditiiile Generale** ale politei impreuna cu **Documentul de Informare privind Produsul de Asigurare**, am adresat intrebari si am solicitat clarificari in legatura cu **Termenii si Conditiiile Generale** ale politei si in legatura cu **Documentul de Informare privind Produsul de Asigurare** (iar pentru toate am primit raspuns de la Asigurator intr-un mod satisfactor),
- c. Inteleg **Termenii si Conditiiile Generale** ale politei si **Documentul de Informare privind Produsul de Asigurare**,
- d. Sunt de acord cu acestea.

NUMELE CONTRACTANTULUI

DATA

SEMNATURA POLITEI

INTERMEDIAR

CODUL INTERMEDIARULUI

SEMNATURA INTERMEDIARULUI