

TERMENI SI CONDITII GENERALE

Bine ati venit si va multumim pentru ca ati ales PLANURILE 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 improbabil 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	Indemnizatii si servicii – 4
2.1.	Persoane acoperite – 4
2.2.	Modificarea nivelului Planului – 5
2.3.	Tabelul de beneficii – 5
3	Conditii generale – 18
3.1.	Contractul de asigurare – 18
3.2.	Forma si dovada incheierii Contractului – 18
3.3.	Obiectul asigurarii – 18
3.4.	Conditii de eligibilitate – 18
3.5.	Perioada de reflectie – 19
3.6.	Obligatiile Persoanei asigurate – 19
3.7.	Modificari – 20
3.8.	Subrogarea – 20
3.9.	Informatii/Reclamatii/Mediere – 20
3.10.	Protectia datelor – 21
3.11.	Informatii privind reglementarea si legea aplicabila – 21
3.12.	Limitarea sanctiunilor si clauza de excludere – 22
3.13.	Alta asigurare – 22
3.14.	Data intrarii in vigoare a acoperirii – 22
3.15.	Reinnoire – 23
3.16.	Incetarea sau suspendarea acoperirii – 23
4	Excluderi – 24
4.1.	Riscuri si indemnizatii excluse – 24
5	Gestionarea si administrarea cererilor de despagubire – 27
5.1.	Administratorul de plan – 27
5.2.	Procese generale – 27
5.3.	Proceduri privind cererile de despagubire – 27
5.4.	Pre-autorizarea si carduri de plata – 28
5.5.	Evaluarea medicala – 29
6	Prime – 29
6.1.	Ratele primelor, baza de calcul si plata – 29
7	Definitii – 30
	Anexa 1– Tabelul de beneficii – 36

1. OBIECTIVELE CONTRACTULUI

Planul dvs. MediHelp International este o Asigurare medicala privata internationala, 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.

Termenii si Conditiiile Generale descriu toate beneficiile disponibile in cadrul celor 5 (cinci) planuri, dar acoperirea care va fi oferita Persoanei asigurate sau Titularului Politei in legatura cu Evenimentul asigurat va respecta planul selectat, astfel cum este mentionat in Certificatul de Asigurare/Membru emis Persoanelor asigurate si in Tabelul de beneficii. Nu poate fi acoperit niciun beneficiu care nu este oferit de planul de asigurare selectat.

Vom plati costurile pentru Tratamentul 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 mentionata pentru fiecare dintre cele 5 optiuni in timp ce anumite beneficii au propriile limite separate, astfel cum sunt enumerate in Tabelul de beneficii:

1. BLUE PLAN → € 500 000
2. AZURE PLAN → € 1 200 000
3. COBALT PLAN → € 1 500 000
4. ADMIRAL PLAN → € 2 000 000
5. ROYAL PLAN → € 3 000 000

1.1. SUBSCRIEREA

Polita dvs. acopera Tratamentul 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.

1.1.1. Planurile individuale

Subscrierea medicala integrala

Conform acestei optiuni de subscriere, va trebui sa completati un Formular de Aplicare si declaratia/declaratiiile 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 Tratamentul 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 personale medicale 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 subscriserii 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 Conditilor 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

Persoana asigurata in mod individual.

Solicitantul nou asigurat este eligibil pentru a fi inclus in acoperirea oferita de aceasta Polita, cu conditia ca Persoana asigurata sa aiba mai putin de 70 (saptezeci) de ani la Data aplicarii, sub rezerva completarii Formularului de Aplicare corespunzator si a declaratiei privind starea de sanatate, daca este cazul.

In cazul unui solicitant care face obiectul subscrierii MHD, cu varsta de minim 65 (saizeci si cinci) de ani, vom cere in mod similar, solicitantului sa prezinte Formularul de aplicare individual si declaratia privind starea de sanatate.

Polita de asigurare se incheie intre asigurator si Contractantul asigurarii iar de aici deriva toate drepturile si obligatiile legale in temeiul prezentei polite. Sau:

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. 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 putin un parinte sa fi fost asigurat printr-un Plan de asigurare MediHelp inainte de nasterea copilului;
- b. copilul nu s-a nascut ca urmare a tehnicilor de reproducere sau de procreare asistata, nu a fost adoptat sau nu s-a nascut dintr-un parinte surogat sau niciunul dintre parinti nu a urmat un tratament de fertilizare;
- c. Titularul Politei a completat Formularul de Aplicare si noi am primit acest formular inainte ca nou-nascutul sa implineasca 30 (treizeci) de zile;
- d. copilul nou-nascut a fost externat definitiv din spital.
- e. nou-nascutul nu este un copil prematur (adica nasterea este prealabila unei sarcini de 37 (treizeci si sapte) de saptamani

In cazul in care copilul nou-nascut nu indeplineste criteriile de mai sus, vom solicita istoricul medical al copilului si vom cere ca Formularul de Aplicare si declaratia privind starea de sanatate sa ne fie prezentate in vederea subscrierii medicale. Ne rezervam dreptul de a aplica restrictii speciale acoperirii si putem oferi sau refuza acoperirea pentru acest copil nou-nascut pana la implinirea varstei de 3 luni (restrictiile speciale ale acoperirii isi pot produce efectele ulterior, dupa ziua 91 de la nastere, de la momentul acceptarii de catre noi).

Va rugam sa ne transmiteti imediat, in cazul in care exista orice modificari referitor la informatiile declarate initial de catre Contractantul Politei in Formularul de Aplicare si in declaratiile privind starea de sanatate, dupa semnarea acestuia de catre Contractantul Politei si inainte ca noi sa acceptam cererea.

Data de inceput a politei este data la care Contractantul si Persoanele dependente dobandesc statutul de Persoana asigurata odata ce le-am aprobat cererea de intrare in asigurare Acoperirea inceteaza in raport cu orice Persoana asigurata deindata ce acestia nu mai indeplinesc conditiile de eligibilitate definite mai sus.

Drepturi la decesul Titularului Politei

In cazul decesului Titularului Politei, sotul sau partenerul civil (in varsta de cel putin 18 ani), care este persoana dependenta supravietuitoare acoperita in baza Politei, va deveni in mod automat Membrul Principal, adica Titularul Politei. Acoperirea oferita in baza Politei existente va inceta atunci cand nicio Persoana dependenta supravietuitoare nu mai este eligibila in temeiul prezentei Polite sau pentru care acesta a emis propria sa Polita separata.

- Sau:

2.1.3. Planul de grup:

Aceasta sectiune se aplica doar in cazul in care Polita a fost emisa in baza unui Plan de asigurare de grup, iar Angajatorul/Societatea a fost de acord sa plateasca primele de asigurare pentru dvs. si persoanele dependente, daca acestea sunt eligibile pentru acoperire in temeiul Termenilor si Conditiiilor Generale.

Polita si Planul de asigurare sunt furnizate in temeiul unui contract cu Angajatorul/Societatea dvs., care selecteaza nivelulurile beneficiilor si planurile incluse, stabileste cine poate face obiectul acoperirii, cand incepe sa isi produca efectele acoperirea, modul de reinnoire si modul de plata al primelor. Doar Angajatorul/Societatea este Contractantul Politei si detine drepturi legale in temeiul Planului de asigurare. Contractantul Politei trebuie sa se asigure ca Planul de asigurare va este pus la dispozitie.

In cazul in care ati incheiat aceasta Polita ca parte a unui grup Angajator-Angajat sau a unei activitati corporative:

- Puteti avea dreptul la concesiile sau indemnizatiile suplimentare celor inscrise in Termenii si Conditiiile Generale, daca s-a convenit in acest sens in Polita, sau.
- Puteti beneficia de termeni si conditii care sunt derogari ale Termenilor si Conditiiilor Generale.

In acest caz, detalii privind acele concesiile si/sau beneficiile si/sau derogari ale termenilor vor fi inregistrate in modificarea descrierii generale a Politei sau in documentul de reinnoire (oricare dintre acestea este ultimul). In cazul in care exista un conflict intre concesiile sau beneficiile inregistrate in modificarea descrierii generale a Politei dvs. sau in documentul de reinnoire (oricare dintre acestea este ultimul) si cele inregistrate in Termenii si Conditiiile Generale, atunci va prevala derogarea Politei dvs. sau documentul de reinnoire (oricare dintre acestea este ultimul).

Pentru ca orice Persoana asigurata sa fie eligibila pentru acoperire in temeiul Termenilor si Conditiiilor Generale si cu exceptia cazului in care se accepta altfel de catre noi in scris si se prezinta in modificarea descrierii generale a Politei sau in documentul de reinnoire (oricare dintre acestea este ultimul), un membru trebuie sa fie:

- un Angajat/Colaborator, cu varsta intre optsprezece (18) si sub saptezeci (70) de ani, cu exceptia cazului in care se accepta altfel de catre noi in scris, iar acesta trebuie sa fie activ la locul de munca la Data eligibilitatii sale. In cazul in care un Angajat/Colaborator nu este activ la locul de munca la Data eligibilitatii sale, acesta va deveni eligibil in vederea acordarii acoperirii deindata ce acesta devine activ la locul de munca.
- Persoanele dependente, cu varsta cuprinsa intre 1 zi si 69 de ani, cu exceptia cazului in care s-a convenit altfel de catre noi in scris si cu conditia ca Angajatul/Colaboratorul sa faca obiectul acoperirii. Copilul/copiii care este/sunt eligibil(i) in temeiul prezentei Polite nu poate/pot ramane in cadrul Politei dupa aniversarea Politei care urmeaza implinirii varstei de optsprezece (18) ani. Cu toate acestea, acoperirea sa poate fi reinnoita pana la varsta de douazeci si cinci (25) de ani, cu conditia ca acesta sa fie necasatorit, somer sau inca student in cadrul unei forme de invatamant la zi.

In cazul in care Angajatorul/Societatea dvs. inceteaza planul de asigurare de sanatate incheiat cu noi, acoperirea dvs. va inceta.

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 reinnoirii Politei si prin informarea Asiguratorului inainte de data de reinnoire. 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 inseamna ca odata ce a fost atinsa o limita, beneficiul nu va mai fi disponibil decat dupa reinnoirea Planului de asigurare. Altele se aplica pe intreaga perioada de asigurare, inclusiv perioada de reinnoire, ceea ce inseamna ca, odata ce a fost atinsa limita mentionata in tabelul de beneficii (pe intreaga durata de viata a politei), nu veti mai beneficia de decontare, indiferent de reinnoirea 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 aferenta acestei limite nu se extinde dincolo de zona geografica de acoperire mentionata in Planul dvs. de asigurare. Aria geografica standard de acoperire este mentionata in cadrul planului de asigurare ales.

2.3.2. Decontarea in afara ariei geografice standard de acoperire a politei

Vom plati in limitele si/sau in perioada prevazute in Tabelul de beneficii, in cazul Tratatamentului de urgenta in regim de spitalizare care apare in mod neasteptat, in timp ce Persoana asigurata se afla in afara zonei geografice standard de acoperire.

Impreuna cu medicul curant, vom pastra dreptul de a stabili ce reprezinta Tratatment de urgenta in regim de spitalizare.

Acest beneficiu nu ofera acoperire pentru Tratatmentul vreunei afectiuni in cazul in care Persoana asigurata a calatorit in afara ariei geografice standard de acoperire a politei pentru a primi Tratatment (indiferent daca acesta a fost singurul motiv) sau pentru orice Tratatment care era sau putea fi cunoscut in mod rezonabil inainte de inceperea calatoriei. Acest beneficiu nu va fi acoperit in niciun caz in legatura cu orice aspect legat de sarcina sau nastere.

Odata ce am stabilit, impreuna cu medicul curant, ca afectiunea medicala eligibila este stabilizata sau starea de sanatate a Persoanei asigurate ii permite sa se intoarca in zona geografica standard de aplicare a acoperirii, vom inceta plata Tratatmentului de urgenta in regim de spitalizare.

Pentru a evita orice dubiu, nu se va plati nicio indemnizatie pentru Tratatmentul de urgenta in regim de spitalizare care rezulta dintr-o Afectiune pre-existenta, cu exceptia cazului in care s-a declarat si acceptat altfel de catre noi la intocmirea Politei.

Va rugam sa observati ca toti termenii, conditiile, limitarile si excluderile Politei se aplica acestui beneficiu exact ca si in cazul tuturor celorlalte beneficii prevazute de prezenta Polita.

De asemenea, va rugam sa consultati Sectiunea 2.3.6.3. - „Asistenta medicala de urgenta internationala”, daca este cazul.

2.3.3. 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 urmare a unui Eveniment asigurat si atunci cand este necesar ca rezultat al unei afectiuni, boli sau vatamari eligibile.

2.3.3.1. Costuri de spitalizare

Cazarea in spital, camera si masa

In cazul in care spitalizarea constituie o necesitate medicala pentru Persoana asigurata, Tratatmentul 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 costul Tratatmentului este corelat cu tipul de camera superioara (VIP), Asiguratorul plateste costul Tratatmentului la nivelul tarifului care ar fi fost aplicat in cazul in care Persoana asigurata ocupa un tip de camera de spital mentionate anterior in cadrul beneficiului de spitalizare.

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 saispzezece (16) ani, copilul primind Tratatment eligibil care este urmare a 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 Tratatamentului 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 Tratatamentului, 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 Tratatament in regim de spitalizare sau de spitalizare de zi.

Fizioterapie/ Logopedia

Vom achita Tratatamentul 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 Tratatamentul principal in cazul sederii in spital a Persoanei asigurate.

2.3.3.2. Criza acuta in cazul afectiunilor cronice

Vom achita, in cadrul limitei beneficiului individual, astfel cum se prezinta in Tabelul de beneficii, costurile Tratatamentului 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 2.3.4.6, Gestionarea medicala a afectiunii cronice, in cazul in care acest beneficiu este disponibil in temeiul Planului dvs. de asigurare selectat.

2.3.3.3. Recuperarea pacientilor spitalizati

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa aceasta decontare in Tabelul de beneficii, vom plati in limita (ele) 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 Tratatamentul care este acoperit de Polita; si
- un medic de recuperare supravegheaza Tratatamentul Persoanei asigurate; si
- am convenit costurile inainte ca Persoana asigurata sa inceapa recuperarea; si
- Tratatamentul nu putea fi efectuat in regim ambulatoriu.

Nu vom plati pentru recuperarea desfasurata in spital mai mult de treizeci (30) de zile, cu exceptia unor cazuri precum vatamarea grava a sistemului nervos central, cauzata de o trauma externa. In aceste cazuri, nu vom plati pentru recuperarea desfasurata in spital pentru mai mult de o suta optzeci (180) de zile.

Pentru planul Azure: reabilitarea in spitalizare pana la limita mentionata in Tabelul de Beneficii

Pentru planul Blue: nu se aplica, cu exceptia cazului in care se mentioneaza altfel de catre Asigurator.

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.

2.3.3.4. 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.

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

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu, vom plati in limita (limitele) prezentate in Tabelul de beneficii pentru costurile suportate in legatura cu echipamentele medicale durabile, materialele auxiliare, dispozitivele medicale si protezele externe, prescrise de un medic specialist ca fiind necesare din punct de vedere medical, pentru a sustine, a ajuta si a fi parte a unei proceduri chirurgicale sau care sunt parte integranta din Tratamentul Persoanei asigurate al unei afectiuni acoperite in temeiul Politei. Aceasta prevedere se limiteaza la: centura abdominala, bustiera post-mastectomie, ciorapii de compresie, aparatele auditive, aparatele de vorbire (laringe electronice), scaunele cu rotile, carje, atele corective, cizme de compresie, orteza pentru brat, suporturile ortopedice, ortezele pentru coloana vertebrala, ortezele pentru genunchi si la ortezele pentru picior pneumatice.

In cazul protezelor pentru parti ale corpului, cum ar fi protezele pentru membre, toate cererile de despagubire se formuleaza in termen de 12 (douasprezece) luni de la amputarea sau inlaturarea partii corpului. Reparatia protezei pentru membre este acoperita doar in cazul in care modificarea functionala sau anatomica sau uzura rezonabila fac nefunctional articolul, iar reparatia va face echipamentele utilizabile. Inlocuirea protezei pentru membre este acoperita doar in cazul in care modificarea functionala sau anatomica sau uzura rezonabila fac articolul nefunctional si imposibil de reparat. Pre-autorizarea de catre Asigurator trebuie sa fie obtinuta pentru acoperirea initiala, reparatie si/sau inlocuirea protezelor pentru membre.

Pentru a fi eligibil pentru inchirierea echipamentelor medicale durabile, a materialelor auxiliare si a dispozitivelor medicale, acest beneficiu trebuie sa fie accesat in cursul Perioadei de asigurare.

Echipamentele medicale, materialele auxiliare si dispozitivele medicale trebuie:

- sa nu fie de unica folosinta si sa poata fi utilizate cel putin o data;
- sa fie utilizate in scopuri medicale;
- sa fie adecvate utilizarii la domiciliu; si
- sa fie utilizate de o Persoana asigurata care este diagnosticata cu, maladii sau vatamari eligibile.

2.3.3.6. Ingrijire paliativa

Cu conditia ca Planul de asigurare selectat sa includa acest beneficiu, vom plati in limita (limitele) prezentate in Tabelul de beneficii pentru costurile suportate in legatura cu ingrijirea paliativa. In cazul in care Persoana asigurata este internata intr-un centru specializat de ingrijiri paliative sau intr-un azil sau la domiciliu, ca urmare a unei confirmari scrise a diagnosticului (inclusiv dovezi medicale) a medicului generalist sau specialist in sensul ca Persoana asigurata sufera de o afectiune medicala in stadiu terminal eligibila, de afectiunile sale asociate si nu mai poate beneficia de tratament care va conduce la insanatosirea Persoanei asigurate.

Costurile aferente ingrijirii paliative si oricarui tratament aferent unei afectiuni medicale in stadiu terminal eligibile si afectiunilor asociate acesteia vor fi suportate din acest beneficiu si nu pot fi revendicate din niciun alt beneficiu in temeiul Planului de asigurare al Persoanei asigurate. Costurile aferente ingrijirii paliative includ cazarea in spital sau azil, ingrijirea medicala, medicamentele prescrise, ingrijirile fizice si psihologice.

Persoana asigurata trebuie sa mentina acelasi nivel al acoperirii pe durata internarii in azil sau pentru ingrijiri paliative. In cazul in care perioada de acordare a ingrijirilor paliative sau de internare in azil se suprapune cu urmatoarea Perioada de asigurare, Persoana asigurata trebuie sa plateasca prima aferenta anului viitor sau beneficiul va inceta la data de reînnoire anuala a Politei.

Acest beneficiu nu va fi actualizat automat la un nivel superior la Planului de asigurare. In cazul reînnoirii, in situatia in care persoana asigurata solicita un plan cu beneficii superioare celui detinut anterior, beneficiul de ingrijire paliativa va fi restrictionat la nivelul Planului initial pentru o perioada de 12 luni.

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

2.3.3.7. Ingrijire la domiciliu

Vom plati, conform numarului de zile si/sau in limitele prevazute in Tabelul de beneficii, costurile suportate in legatura cu ingrijirea la domiciliu doar atunci cand sunt indeplinite cumulativ urmatoarele conditii:

- a. in cazul in care ingrijirea la domiciliu incepe imediat dupa externarea Persoanei asigurate din spital, daca Persoana asigurata a fost supravegheata si tratata in regim de spitalizare ca urmare a unui Eveniment asigurat;
- b. aceasta este prescrisa de medicul specialist curant in vederea continuarii tratamentului aferent unei afectiuni medicale eligibile pentru care Persoana asigurata a fost spitalizata;
- c. ingrijirea este furnizata de o asistenta medicala calificata, la domiciliul Persoanei asigurate;
- d. aceste afectiuni medicale nu au legatura cu bolile mintale, tulburarile psihiatrice sau psihologice;

- e. aceste servicii sunt esentiale pentru asistenta medicala si nu pentru comoditatea, asistenta personala a Persoanei asigurate sau din motive domestice.

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

Sub rezerva disponibilitatii Tabelului de beneficii, in cadrul Limitelor globale ale Politei, ingrijirea la domiciliu ca urmare a unei afectiuni medicale in stadiu terminal se plateste in temeiul Sectiunii 2.3.3.6. "Ingrijire paliativa".

2.3.3.8. 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:

- 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
- 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 Tratamentului a fost finantat de alta parte, cum ar fi alt asigurator sau in legatura cu o cerere de despagubire aferenta ingrijirii legate de maternitate.

2.3.3.9. Afectiuni congenitale si ereditare

(Beneficiu aplicabil doar in cazul tratamentului pentru pacienti in regim de spitalizare/spitalizare de zi)

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu, vom plati in limitele prezentate in Tabelul de beneficii pentru costurile suportate in legatura cu tratamentul afectiunilor congenitale si ereditare, atunci cand se manifesta si sunt tratate in primele 90 (nouazeci) de zile de viata ale nou-nascutului cu urmatoarele conditii:

- nou-nascutul sa fie adaugat ca persoana dependenta acoperita in baza Politei in termen de 30 (treizeci) de zile de la nastere
- ca urmare a unei cereri de despagubire aferenta unei nasteri acoperita de catre prezentul plan de asigurare, formulata de catre parintele asigurat.

Din ziua 91 (nouazeci si unu) de la nasterea copilului, acesta va face obiectul evaluarii medicale si nu va fi aprobata nicio acoperire pentru afectiunile congenitale si ereditare dupa acest moment.

Acest beneficiu este disponibil doar pentru Planurile de asigurare Cobalt, Admiral si Royal.

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

2.3.4. Acoperire pentru tratament ambulatoriu

2.3.4.1. Chirurgie in regim ambulatoriu

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu, 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.

2.3.4.2. Onorariile medicilor generalisti si specialisti

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu, 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.

2.3.4.3. Medicamente prescrise, produse medicamentoase si consumabile medicale

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu, 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 2.3.4.2.

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

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu, 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.

2.3.4.5. Fizioterapie

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu, vom plati in limitele prevazute in Tabelul de beneficii pentru consultatiile in regim ambulatoriu si pentru fizioterapia necesara din punct de vedere medical, atunci cand este exercitata de un fizioterapeut, si este destinata recuperarii functiei fizice normale a Persoanei asigurate in raport cu un diagnostic acoperit si ca rezultat al unui Eveniment asigurat. Fizioterapeutul trebuie sa mentioneze necesitatea unei forme specifice de fizioterapie, diagnosticul, un plan de tratament clar, cu un punct de pornire si de sfarsit, si rezultatul preconizat.

Dupa cea de-a 12-a sesiune/vizita, daca Asiguratul solicita mai multe sesiuni/vizite, este necesar ca Persoana Asigurata sa ne transmita un raport medical actualizat, in care sa fie furnizate mai multe informatii care recomanda continuarea procedurilor de fizio-terapie

Ne rezervam dreptul de a pre-autoriza aceste sesiuni/vizite aditionale.

Tratamentul trebuie sa fie efectuat de fizioterapeuti calificati, care detin autorizatia necesara si au drept de practica in tara in care se primeste tratamentul.

2.3.4.6. Terapii complementare: Ergoterapia/Chiropraxia/Osteoterapia/Homeopatia/Acupunctura/Dietetician

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu, vom plati in limitele prevazute in Tabelul de beneficii pentru consultatiile in regim ambulatoriu si tratamentul necesar din punct de vedere medical furnizat de un ergoterapeut, chiropractician, osteopat, homeopat, acupuncturist, dietetician, atunci cand este necesar ca urmare a unei afectiuni, maladii sau vatamari diagnosticate acoperite, rezultate dintr-un Eveniment asigurat.

Tratamentul terapeutic si de diagnosticare trebuie sa fie efectuat de terapeuti calificati, care detin autorizatia necesara si au drept de practica in tara in care se primeste tratamentul.

Vom solicita o copie a scrisorii medicale de trimitere de la medicul dvs. generalist, de familie sau de la medicul specialist si un raport medical si un plan de tratament din partea terapeutului, care sa includa un punct de pornire si unul de sfarsit si rezultatul preconizat, in vederea aprobarii de catre noi.

Terapia complementara sau alternativa se limiteaza doar la tratamentul furnizat de acesti terapeuti.

2.3.4.7. Gestionarea afectiunii cronice

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu, 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.

In cazul Planurilor de asigurare Blue si Azure, limitele prezentate in Tabelul de beneficii sunt limite combinate pentru tratamentul in regim de spitalizare si in regim ambulatoriu, atat pentru episoade acute ale unei conditii cronice cat si pentru gestionarea afectiunii cronice, astfel incat orice despagubire platita in cazul acestor beneficii reduce limita agregata de acoperire de 1000 euro/an.

2.3.4.8. Logoterapia

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu, vom plati in limitele prevazute in Tabelul de beneficii pentru logoterapia necesara pentru a restabili functia de vorbire cu deficiente, destinata recuperarii functiei normale, dupa diagnosticarea unei maladii sau vatamari acute acoperite si atunci cand:

- a. este necesara imediat dupa Tratamentul care este acoperit in temeiul Politei, care este urmare a unui Eveniment asigurat (de exemplu, ca parte a ingrijirii de recuperare a Persoanei asigurate, dupa ce aceasta a suferit un atac sau un accident); si
- b. un medic specialist confirma ca aceasta este necesara din punct de vedere medical.

Pentru a inlatura orice dubiu, excluderea de mai jos ramane aplicabila acestei indemnizatii:

Tratament referitor la dezvoltarea neurologica, dezvoltarea cognitiva, tulburarile de invatare, vorbirea intarziata, problemele educationale, problemele comportamentale, etapele esentiale de dezvoltare, dezvoltare fizica sau dezvoltarea psihologica, inclusiv evaluarea sau clasificarea acestor probleme. Aceasta include, dar nu se limiteaza la probleme precum dislexia, apraxie, tulburarea de spectru autist, tulburarea hiperactiva cu deficit de atentie (ADHD) si problemele de vorbire sau limbaj (cum ar fi balbaiala).

2.3.4.9. 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 maladiei urgente, care nu necesita internare in regim de spitalizare/spitalizare de zi in spital.

2.3.5. Alte beneficii

2.3.5.1. Tratament psihiatric

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu, vom plati in limitele prezentate in Tabelul de beneficii pentru:

- Tratamentul psihiatric in regim de spitalizare/spitalizare de zi, primit in cadrul unei unitati psihiatrice inregistrate a unui spital, care ofera supraveghere medicala permanenta si tratament bazat pe dovezi pentru tulburari ale sanatatii mintale. Acest beneficiu include cazare si mese in cadrul spitalului, medicamentele prescrise, tratamentul necesar din punct de vedere medical destinat afectiunii, sub supravegherea medicala a unui psihiatru. Tratamentul de psihoterapie este acoperit doar dupa ce Persoana asigurata a fost diagnosticata initial de un psihiatru si trimisa la un psiholog clinician pentru tratament suplimentar in regim de spitalizare/spitalizare de zi. Acest beneficiu nu poate fi platit decat daca ati efectuat pre-autorizarea.
- Tratamentul psihiatric in regim ambulatoriu se refera la consultatii si costuri asociate cu psihiatria, psihologia sau psihoterapia, cu conditia ca planul de tratament global sa se afle sub supravegherea unui psihiatru/psiholog cu drept de practica. Toate consultatiile trebuie sa se desfasoare in cabinetul psihiatru/psihologului. Nu vom plati decat medicamentele administrate in regim ambulatoriu, aferente afectiunii medicale, in cazul in care sunt prescrise de un psihiatru.

2.3.5.2. 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. 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 reduse 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 retea 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 Asiguratului.

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 medicamentelor noi sau experimentale sau al procedurilor chirurgicale, 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 sanselor 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;
- Ingridirea paliativa - va rugam sa consultati Sectiunea 2.3.3.6. Ingridire paliativa.

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

2.3.5.3. 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-rejectie (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:

- trebuie sa fie necesar din punct de vedere medical si supus tratamentului conventional;
- tipul si durata specifica a tratamentului vor fi stabilite in functie de tipul transplantului si al afectiunii medicale de baza; si
- transplantul va fi efectuat in institutii acreditate la nivel international de catre chirurgi 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 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 € 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 reduce cu suma care i datoreaza donatorul 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:

- costurile asociate cu transportul, cautarea organului donatorului, procurarea organului, tesutului sau celulei si orice alte costuri de administrare;
- atunci cand donatorul sufera complicatii;
- 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.

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

2.3.5.4. 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.

2.3.5.5. Maternitate (aplicabila doar planurilor Cobalt, Admiral, Royal)

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu, vom plati in limitele prezentate in Tabelul de beneficii pentru ingrijirea de rutina din timpul sarcinii si a maternitatii (sarcina si nasterea copilului), detaliata in lista de mai jos. Beneficiul poate fi accesat de catre o Persoana asigurata de sex feminin cu indeplinirea urmatoarelor conditii cumulative: are varsta de cel putin 18 ani si este asigurata in temeiul acestui beneficiu pentru o perioada continua de cel putin 12 luni de la data intrarii initiale in asigurare. Copilul dependent pe polita unui parinte nu este eligibil pentru beneficiul de maternitate, chiar daca indeplineste conditiile mentionate anterior.

In ceea ce priveste acoperirea aferenta ingrijirii de rutina in timpul sarcinii si a maternitatii (sarcina si nasterea), vom plati urmatoarele, pana la limita maxima de acoperire pentru acest beneficiu, intr-un an pentru o persoana asigurata. In cazul in care o sarcina se suprapune pe doi ani de Polita de asigurare, Asiguratul are dreptul doar la beneficiul de maternitate corespunzator unui singur an de polita de asigurare, cu conditia ca polita sa fie reinnoita:

- Cazare in camera de spital privata standard, cu un singur pat
- Examinari pre-natale de catre un medic
- Toate costurile aferente unei nasteri normale (onorariile obstetricianului si moasei)
- Examinari post-natale de catre un medic imediat dupa o nastere de rutina
- Ingridirea de rutina a noului-nascut timp de maximum sapte (7) zile

- Nastere prin cezariana neelectiva
- Nastere prin cezariana electiva
- Nasterea la domiciliu – In cazul nasterii la domiciliu, excludem utilizarea oricaror dispozitive, echipamente, cum ar fi, dar fara a se limita la, aparate TENS, piscina pentru nastere, etc.

Va rugam sa observati:

Nu vom plati pentru nicio ingrijire si tratament aferent maternitatii referitor la reproducerea umana asistata prin intermediul unei mame surogat.

Nu vom plati pentru intreruperea sarcinii in alt mod decat prin pierderea sarcinii, sarcina ectopica si a nasterii de copii morti.

2.3.5.6. Indemnizatia de maternitate (doar planurile Cobalt, Admiral si Royal)

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu, vom plati in limitele prezentate in Tabelul de beneficii pentru fiecare noapte, pentru indemnizatia de maternitate, atunci cand nasterea are loc la un spital public si cu conditia ca niciun cost al sarcinii si nasterii sa fie revendicat in temeiul Planului de asigurare. Aceasta este eligibila pentru o Persoana asigurata de sex feminin in varsta de peste 18 ani si care a fost asigurata pentru o perioada continua de 12 luni de la Data activarii politei.

Copilul dependent pe polita unui parinte nu este eligibil pentru beneficiul indemnizatiei de maternitate, chiar daca indeplineste conditiile mentionate anterior

Odata ce platim beneficiul de maternitate, nu vom mai plati nicio indemnizatie de spitalizare.

2.3.5.7. Complicatiile sarcinii (doar planurile Cobalt, Admiral si Royal)

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu, vom plati in limitele prezentate in Tabelul de beneficiu pentru Complicatiile sarcinii in cazul in care o Persoana asigurata de sex feminin in varsta de cel putin 18 ani, este asigurata pentru o perioada continua de cel putin 12 luni de la data activarii politei. Copilul dependent pe polita unui parinte nu este eligibil pentru beneficiul de maternitate, chiar daca indeplineste conditiile mentionate anterior

Acest beneficiu nu ofera acoperire pentru nasterile la domiciliu sau pentru orice complicatii care rezulta din acestea.

Acest beneficiu nu plateste niciun tratament aferent reproducerii umane asistate prin intermediul unei mame surogat.

2.3.5.8. Ingrijirea noului-nascut

Cu conditia ca Planul de asigurare sa includa acest beneficiu, vom plati in limitele prezentate in Tabelul de beneficii pentru examinarile esentiale din punct de vedere medical, necesare pentru a evalua integritatea si functionarea de baza a organelor si structurilor scheletale ale copilului, efectuata imediat dupa nastere, si pentru tratamentul necesar nou-nascutului in cursul primelor 30 (treizeci) de zile de la nastere. daca cel putin un parinte a fost asigurat prin Polita inainte de nasterea copilului.

Nu vom solicita informatii cu privire la sanatatea nou-nascutului sau o examinare medicala daca primim o cerere referitoare la includerea nou-nascutului in asigurare in termen de 30 (treizeci) de zile de la data de nastere. In cazul in care se primeste o cerere dupa 30 (treizeci) de zile de la data de nastere a nou-nascutului, acesta va fi supus unei evaluari (subscrieri) medicale si vom solicita completarea unui chestionar medical privind starea de sanatate, in baza caruia putem aplica restrictii sau excluderi speciale dupa evaluarea medicala.

Acest beneficiu nu acopera niciuna dintre procedurile preventive de diagnosticare, cum ar fi tampoanele de rutina, identificarea sangvina si testele auditive, tratamentul preventiv sau tratamentul ambulatoriu.

Acoperirea beneficiului de ingrijire nou-nascut explicate mai sus nu sunt disponibile in cazul copiilor nascuti in urma tratamentului de fertilizare a oricaruia dintre parinti, a tehnologiilor de reproducere asistata sau a procrearii asistate (cum ar fi in vitro), sunt nascuti de un parinte surogat sau au fost adoptati. In acest caz, copiii pot fi acoperiti de polita atunci cand au implinit 3 (trei) luni (adica dupa ziua 91 de la nastere). Acoperirea pentru nou-nascut va fi supusa completarii unui chestionar medical privind starea de sanatate in baza caruia putem aplica restrictii sau excluderi speciale dupa evaluarea medicala.

2.3.5.9. Accidente dentare

Cu conditia ca Planul de asigurare al Persoanei asigurate sa includa acest beneficiu, vom plati in limitele prevazute in Tabelul de beneficii pentru tratamentul stomatologic de restaurare, necesar pentru a trata sau inlocui dintele natural pierdut sau deteriorat ca urmare a unei leziuni fizice accidentale la nivelul gurii. Tratamentul stomatologic trebuie sa fie oferit de un stomatolog in camera de urgenta sau in sectia de chirurgie stomatologica a unui spital, iar tratamentul trebuie sa fie acordat in termen de 7 zile de la leziunea accidentala.

Acest beneficiu nu va acoperi:

- a. vatamarea la nivelul gurii sau dintilor, cauzata de mancat
- b. daunele aduse coroanelor, protezelor dentare, puntilor sau dintilor falsi existenti
- c. leziunile cauzate de accidente sau evenimente care nu sunt acoperite de prezenta Polita
- d. costurile aferente tratamentului care nu a fost inca acordat, chiar daca este furnizat ca parte a pachetului de tratamente.

Acest beneficiu nu se plateste in cazul in care:

- a. dauna a fost cauzata de uzura normala; sau
- b. leziunea a fost provocata in cursul practicarii boxului sau a rugby-ului (cu exceptia rugby-ului scolar), cu exceptia cazului in care s-a purtat o forma de protectie la nivelul gurii; sau

- c. vătămarea a fost cauzată de pierderea dinților sau de orice altă procedură de igienă orală; sau
- d. vătămarea nu este vizibilă în termen de șapte (7) zile de la impactul care a cauzat leziunea; sau
- e. leziunea a fost cauzată înainte de perioada de asigurare.

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

Vom plăti în limita beneficiului individual pe durata vieții în cadrul limitelor maxime ale Politei Persoanei asigurate, astfel cum se prezintă în Tabelul de beneficii în cazul tratamentului afecțiunilor medicale care rezultă din infecția cu HIV. De asemenea, vom plăti pentru tratamentul antiretroviral (ARV).

2.3.5.11. A doua opinie medicală

În cazul în care afecțiunea medicală sau diagnosticul Persoanei asigurate este complicat (a), iar Persoana asigurată nu este sigură cu privire la diagnosticul primit în faza inițială, echipa noastră poate organiza accesul la o rețea de experți renumiți, din întreaga lume, în vederea examinării cazului dvs.

2.3.6. Asistență

2.3.6.1. Servicii de ambulanță locale

Vom organiza și vom plăti în cadrul limitei maxime a Politei pentru transportul Persoanei asigurate la cel mai apropiat spital adecvat, pentru transportul de urgență către sau între spitale sau atunci când medicul consideră că este necesar din punct de vedere medical. Tipurile de ambulanțe acoperite includ ambulanța rutieră și ambulanța aeriană (dacă este cazul). Serviciile de ambulanță aeriană vor necesita pre-autorizarea noastră.

2.3.6.2. Repatrierea ramasitelor pământesti

Cu condiția ca Planul de asigurare al Persoanei asigurate să includă acest beneficiu, vom plăti în limita (limitele) prezentat pentru costurile aferente tuturor aranjamentelor necesare, astfel cum este necesar în baza reglementărilor internaționale, în cazul în care Persoana asigurată decedează în afara țării sale de reședință.

Vom acoperi costul transportării corpului către un port sau aeroport din:

- țară în care locuiți în mod obișnuit (adică Țara principală de reședință) sau
- țară pentru care dețineți un pasaport (Țara de origine).

Excluderile relevante din Secțiunea 2.3.6.3. Evacuarea medicală de urgență internațională se aplică și repatrierii ulterioare decesului.

2.3.6.3. Evacuarea medicală de urgență internațională

Cu condiția ca Planul de asigurare să includă acest beneficiu, vom plăti pentru acest Serviciu în limitele prezentate și în cadrul Limitei maxime a Politei.

Serviciul este disponibil pentru orice Persoană asigurată care este rănită sau se îmbolnăvește brusc și necesită tratament imediat în regim de spitalizare.

Serviciul este disponibil doar în aceste circumstanțe și după cum urmează:

- Dacă Persoana asigurată este internată în spital în timp ce se află în afara Țării sale principale de reședință (Țara în care Persoana asigurată locuiește în mod obișnuit), atunci, dacă, în opinia medicului desemnat, infrastructura medicală nu este corespunzătoare sau adecvată, Persoana asigurată va avea dreptul la evacuare sau repatriere;
- Dacă Persoana asigurată este internată în spital în timp ce se află în Țara sa principală de reședință (Țara în care Persoana asigurată locuiește în mod obișnuit), atunci, dacă, în opinia medicului desemnat, infrastructura medicală din Țara principală de reședință (Țara în care Persoana asigurată locuiește în mod obișnuit) nu este corespunzătoare sau adecvată, Persoana asigurată va fi evacuată în cel mai apropiat loc unde sunt disponibile serviciile corespunzătoare;
- După evacuare, în conformitate cu dispozițiile de mai sus, Persoana asigurată vizată va avea dreptul să fie repatriată prin intermediul unui avion cu program regulat, cu excepția cazului în care suntem de acord că alt mijloc de transport este necesar către Țara sa principală de reședință (Țara în care Persoana asigurată locuiește în mod obișnuit).

Clarificări specifice:

- Medic desemnat: un medic ales de noi pentru a ne consilia cu privire la afecțiunea medicală a Persoanei asigurate și/sau la necesitatea serviciului și/sau la caracterul corespunzător și adecvat al infrastructurii medicale din țara unde Persoana asigurată a fost internată în spital.
- Serviciu: deplasarea Persoanei asigurate către alt spital care deține infrastructura medicală necesară, fie din țara în care membrul s-a îmbolnăvit sau în alta țară vecină (evacuare) sau aducerea acesteia înapoi în Țara sa principală de reședință.

Vom acoperi costurile evacuării de urgență în cazul în care:

- Persoana asigurată este sau trebuie să fie internată ca pacient în stare de urgență, iar
- Medicul nostru desemnat și medicul curant consideră că infrastructura medicală actuală sau cea mai apropiată a Persoanei asigurate nu este capabilă să ofere tratamentul de care are nevoie Persoana asigurată.

Vom acoperi costurile repatrierii Persoanei asigurate in cazul in care am fost de acord sa acoperim evacuarea de urgenta a Persoanei asigurate.

Nu vom acoperi costul evacuarii sau repatrierii Persoanei asigurate in cazul in care Persoana asigurata decide sa calatoreasca in alt loc pentru tratament si noi consideram ca infrastructura medicala cea mai apropiata este adecvata pentru tratarea Persoanei asigurate. Aceasta prevedere se refera si la situatia in care Persoana asigurata decide ca doreste sa se intoarca in tara in care locuieste in mod obisnuit (adica Tara sa principala de resedinta) pentru a se trata.

Modul de functionare al acoperirii de repatriere si evacuare de urgenta

In cazul in care Persoana asigurata este internata din cauza unei maladii sau leziuni in calitate de pacient spitalizat de urgenta, iar Persoana asigurata sau medicul curant considera ca infrastructura medicala locala nu este adecvata in vederea tratarii sale, cineva (de exemplu, spitalul, un membru al familiei) trebuie sa sune echipa noastra. Vom desemna un medic care va fi capabil sa evalueze facilitatile si se va aplica serviciul de evacuare sau repatriere prezentat in detaliu la inceputul acestei sectiuni.

Costurile acoperite de noi

In cazul in care medicul desemnat decide ca infrastructura nu este adecvata in vederea tratarii Persoanei asigurate, vom acoperi costurile rezonabile fie:

- ale evacuarii Persoanei asigurate catre o unitate medicala adecvata pentru tratament din tara in care se afla Persoana asigurata; fie
- ale evacuarii Persoanei asigurate catre o unitate medicala adecvata dintr-o alta tara, pentru tratament.

La externarea Persoanei asigurate din unitatea medicala unde Persoana asigurata a fost evacuata, vom acoperi costurile repatrierii Persoanei asigurate catre unul dintre urmatoarele:

- locul sau tara in care Persoana asigurata locuieste in mod obisnuit (adica Tara principala de resedinta)
- tara pentru care Persoana asigurata detine un pasaport.

Vom acoperi aceste costuri atat timp cat am convenit metoda de transport care urmeaza a fi utilizata si data si ora evacuarii sau repatrierii Persoanei asigurate inainte ca aceasta sa aiba loc.

De asemenea, vom acoperi costul oricarui tratament necesar acordat Persoanei asigurate de agentia noastra de evacuare selectata, in timp ce deplaseaza Persoana asigurata.

Cu toate acestea, daca Titularul Politei, Persoana asigurata sau orice membru al familiei alege sa fie transportat catre Tara sa de origine, costurile transportului ulterior catre Tara principala de resedinta (tara in care Persoana asigurata locuieste in mod obisnuit) revin Titularului Politei.

Alti membri ai familiei mele sau prieteni vor putea calatori impreuna cu mine?

In cazul in care Persoana asigurata, care trebuie sa fie evacuata sau repatriata, are mai putin de 18 (optsprezece) ani, vom acoperi costurile de cazare si transport rezonabile si necesare suplimentare pentru o persoana, in varsta de cel putin 18 (optsprezece) ani, pentru a o insoti in calatoria acesteia. In cazul in care Persoana asigurata, care trebuie sa fie evacuata sau repatriata, are mai mult de 18 (optsprezece) ani, putem fi de acord sa acoperim aceste costuri in cazul in care consideram ca este adecvat din punct de vedere medical.

Odata ce Persoana asigurata ajunge la destinatia sa de evacuare, nu vom mai acoperi costurile suplimentare ale persoanei insotitoare.

De ce acoperire beneficiez in cazul in care un membru al familiei acoperit de Planurile de asigurare medicala privata internationala este evacuat sau repatriat?

Acoperirea dumneavoastra depinde daca membrul asigurat este evacuat sau repatriat din tara in care locuieste in mod normal (Tara de resedinta principala), sau daca calatoriti impreuna la acel moment. Vom actiona in acest sens daca este adecvat din punct de vedere medical pentru ca dvs. sa calatoriti impreuna cu membrul de familie.

In cazul in care va aflati amandoi la locatia in care locuiti in mod obisnuit (adica Tara principala de resedinta) si acesta trebuie sa fie evacuat sau repatriat din acea locatie, vom plati pentru costurile de transport necesare si rezonabile suplimentare, care rezulta din evacuare sau repatriere. Nu vom acoperi costurile de cazare.

Ce se va intampla cu biletul meu de calatorie?

Orice portiune neutilizata a biletelor de calatorie care va apartin dvs. sau oricarei persoane pe care o evacuam impreuna cu dvs. va intra imediat in proprietatea noastra. Trebuie sa ne transmiteti biletele.

Pot alege sa calatoresc intr-o anumita tara pentru tratament?

Persoana asigurata poate decide sa mearga intr-o anumita tara in vederea efectuarii tratamentului, dar noi nu vom acoperi costul deplasarii catre acea tara. Odata ce Persoana asigurata se afla in acea tara, dispozitiile Politei se aplica in mod normal.

Excluderi care se aplica acoperirii dvs. in cazul evacuării sau repatrierii de urgență

Nu sunteți acoperit în cazul evacuării sau repatrierii de urgență în cazul în care se aplică următoarele:

- afecțiunea medicală nu necesită tratament în regim de spitalizare de urgență imediat
- afecțiunea medicală nu va împiedica să călătoriți sau să lucrați
- afecțiunea medicală este cauzată, direct sau indirect, de o leziune auto-provocată în mod intenționat, de sinucidere sau de o tentativă de sinucidere
- afecțiunea medicală este legată, în orice mod, de abuzul de alcool, de abuzul de droguri sau de abuzul de substanțe
- afecțiunea medicală este rezultatul practicării/antrenamentelor pentru orice sport pentru care primiți un salariu sau o remunerație monetară, inclusiv burse sau sponsorizări (cu excepția cazului în care primiți doar costurile de deplasare)
- afecțiunea medicală este rezultatul BASE jumping, sariturilor în apă de pe stânci, zborului într-un avion neautorizat sau ca elev, artelor marțiale, escaladării libere, alpinismului cu sau fără corzi, scufundărilor la o adâncime de mai mult de zece (10) metri, drumetiiilor montane la o altitudine de peste două mii cinci sute (2500) de metri, bungee jumping, explorării unui canion, deltaplanorismului, zborului cu parapantă sau aviației ultrausoare, parasutismului, potholing (mers și escaladă în peșteri subterane), schiatului în afara pistei sau oricărui alte sporturi de iarnă derulate în afara pistei
- evacuarea ar implica deplasarea dvs. de pe un vas, platformă petroliară sau o locație off-shore similară
- Nu am aprobat în avans evacuarea sau repatrierea
- Nu am fost informați în termen de 30 (treizeci) de zile din momentul în care persoana asigurată a aflat despre faptul că afecțiunea a devenit o urgență (cu excepția cazului în care aceasta nu a fost rezonabil posibilă)
- afecțiunea medicală este rezultatul contaminării nucleare, biologice sau chimice, războiului (declarat sau nu), acțiunii inamicului străin, invaziei, războiului civil, revoltei, rebeliunii, insurecției, revoluției, rasturnării unui guvern constituit în mod legal, exploziilor armelor de război sau a oricărui eveniment similar unuia dintre cele enumerate
- urgența se produce atunci când vă aflați într-o călătorie de agrement către o destinație în legătură cu care guvernul sau orice departament de reglementare din Țara principală de reședință sau ministerul britanic pentru Afaceri Externe și Commonwealth nu recomandă niciun tip de călătorie sau nu recomandă niciun fel de călătorie în scop de vacanță sau activități ne-esențiale.

Limite aplicate răspunderii noastre în temeiul acoperirii dvs. pentru evacuare sau repatriere de urgență

Nu vom răspunde pentru:

- nicio lipsă sau întârziere la furnizarea evacuării sau repatrierii de urgență
- leziune sau deces produs în timp ce Persoana asigurată era deplasată.

Aceste limite nu se aplică în cazul în care lipsa sau întârzierea este cauzată de neglijența noastră sau de neglijența unei persoane pe care am desemnat-o să acționeze pentru noi.

Datele de contact pentru evacuare și repatriere sunt menționate în Secțiunea 5 Gestionarea și administrarea cererilor de despăgubire.

Condiții specifice care se aplică Secțiunii 2.3.6.3 Evacuarea medicală de urgență internațională.

- Decizia noastră este definitivă și avem dreptul să refuzăm orice cerere care este incompatibilă cu afecțiunea medicală și siguranța Persoanei asigurate,
- Vom stabili echipa și resursele medicale care urmează a fi utilizate astfel cum și când este necesar pentru a oferi siguranța Persoanei asigurate în cursul transferului sau evacuării medicale de urgență.
- În cazul în care Persoana asigurată respinge procedurile de asistență propuse de noi, atunci vom fi exonerati de obligațiile care ne revin în temeiul acestei secțiuni.
- În cazul în care Persoana asigurată sau membrul familiei sale face propriile aranjamente, costurile nu vor fi acoperite. Vă rugăm să observați că dreptul la serviciu nu înseamnă că tratamentul acordat dvs. după evacuare sau repatriere va fi eligibil pentru acoperire. Orice astfel de tratament va fi supus termenilor și condițiilor Planului dvs.

2.3.7. Tratament medical de rutină

2.3.7.1. Verificarea anuală de rutină

Cu condiția ca Planul de asigurare al Persoanei asigurate să includă acest beneficiu, vom plăti după o perioadă de așteptare ulterioară aderării Persoanei asigurate la acest Plan, în limitele combinată (e) prezentată (e) pentru indemnizațiile aferente „Bunastării adultului” (evaluarea sănătății) și „Bunastării copilului”, detaliate în lista de mai jos. Orice cheltuieli plătite în temeiul oricăreia dintre aceste indemnizații reduc limita indemnizației rămase pentru celălalt.

a. Beneficiul aferent verificării de rutină a copilului

În cazul unui copil aflat în întreținere, care are mai puțin de 2 (doi) ani, vom plăti cheltuielile suportate în legătură cu îngrijirea preventivă furnizată sau supervizată de un medic, ale cărui servicii sunt limitate la 4 (patru) consultații pentru evaluări ale sănătății și vaccinări de rutină. Nu se aplică nicio perioadă de așteptare.

In cazul unui copil aflat in intretinere care are intre 2 (doi) ani si 10 (zece) ani neimpliniti, dupa o perioada de asteptare de 10 (zece) luni de la data aderarii copilului aflat in intretinere la acest Plan, vom plati cheltuielile suportate in legatura cu ingrijirea preventiva oferita sau supervizata de un medic, al carui serviciu se limiteaza la 1 (o) evaluare anuala a sanatatii si la vaccinari de rutina.

In cazul unui copil aflat in intretinere care are intre 10 (zece) ani si 18 (optsprezece) ani, dupa o perioada de asteptare de 10 (zece) luni de la data aderarii copilului aflat in intretinere la acest Plan, vom plati cheltuielile suportate in legatura cu ingrijirea preventiva oferita sau supervizata de un medic, al carui serviciu se limiteaza la 1 (o) evaluare anuala a sanatatii.

b. Beneficiul aferent verificarii de rutina a adultului

In cazul unei Persoane asigurate cu o varsta de cel putin 19 (nouasprezece) ani, dupa o perioada de asteptare de 10 (zece) luni de la data aderarii la acest Plan, vom plati cheltuielile suportate in legatura cu ingrijirea preventiva oferita sau supervizata de un medic, al carui serviciu se limiteaza la 1 (o) evaluare anuala a sanatatii, 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 de 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)

2.3.7.2. Vaccinari

Cu conditia ca Planul de asigurare al Persoanei asigurate sa includa acest beneficiu, vom plati in limitele prezentate 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 dispozitie oricarei Persoane asigurate de la varsta de 10 (zece) ani.

2.3.8. Planuri optionale

2.3.8.1. Tratament dentar

Cu conditia ca Planul de asigurare al Persoanei asigurate sa includa acest beneficiu, vom plati in limitele prevazute pentru serviciile stomatologice enumerate, dupa o perioada de asteptare ulterioara aderarii la acest Plan de catre fiecare Persoana asigurata. Costurile aferente anumitor tratamente sunt supuse unei co-plati, astfel cum se precizeaza mai jos.

Cheltuielile stomatologice acoperite includ:

a. Tratament preventiv (perioada de asteptare de 6 luni)

- Control
- Raze X
- Detartraj si periaj
- Gutiera

b. Tratamentele de rutina si de restaurare (perioada de asteptare de 6 luni) sunt supuse unei co-plati de 20%

- Obturatii
- Tratament de canal
- Coroane/Punti
- Implant
- Anestezie

c. Tratamentul ortodontic (perioada de asteptare de 2 ani) este supus unei co-plati de 50% si se aplica pana la varsta de 18 ani si include:

- Aparare dentare
- Aparat de contentie (retainer)

2.3.8.2. Optica (disponibila atunci cand se selecteaza impreuna cu optiunea pentru tratament stomatologic)

Cu conditia ca Planul de asigurare al Persoanei asigurate sa includa acest beneficiu, vom plati in limitele prevazute pentru costul unui (1) test anual vizual sau ocular si al ochelarilor/lentilelor de contact prescrise, dupa o perioada de asteptare de 6 luni, ulterioara aderarii la acest Plan de catre fiecare Persoana asigurata. Ochelarii/lentilele de contact trebuie sa fie prescrise de catre un oftalmolog. Ochelarii de soare nu sunt acoperiti.

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.

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 puțin de 70 de ani sunt eligibile pentru acest Plan de asigurare dacă detin o dovadă a reședinței în România. Persoana fizică trebuie să se asigure că respectă orice cerințe de reglementare locale în domeniul asigurărilor și că este asigurat potrivit zonei de aplicare a acoperirii corecte. În cazul în care Persoana asigurată locuiește în sau călătorește către orice țară care nu este situată în zona de aplicare a acoperirii, acest Plan poate să îi ofere o acoperire limitată pentru tratament în regim de spitalizare de urgență, vă rugăm să consultați secțiunea 2.3.2 Acoperirea în afara zonei geografice a acoperirii, în vederea explicării beneficiului.

Persoanele asigurate, precum și persoanele dependente, dacă este relevant, dobândesc statutul de Persoane asigurate de îndată ce acestea sunt înscrise în Asigurare, sub rezerva plății primei.

Adaugarea Persoanelor dependente

Membrul Principal poate solicita includerea persoanei dependente eligibile în orice moment din Perioada de asigurare, sub rezerva plății primei solicitate și a cerinței de eligibilitate convenite.

În cazul în care condițiile de subscriere se bazează pe Subscrierea medicală integrală sau pe Continuitatea excluderilor medicale personale, Contractantul Politei trebuie să completeze și să ne trimită o cerere individuală și o declarație privind starea de sănătate, dacă este cazul. În cadrul asigurării de grup, cererea individuală și declarația privind starea de sănătate, dacă este cazul, trebuie să fie completate de către Persoana asigurată. Contractantul Politei sau Angajatorul trebuie să ne informeze cu privire la toate faptele relevante și materiale. Cu acordul nostru, vom informa cu privire la începerea acoperirii și nu vom antedată nicio acoperire. Acoperirea persoanelor dependente va corespunde acoperirii oferite persoanelor fizice sau membrilor existenți.

- Adaugarea unui sot/partener civil este posibilă, cu condiția ca, în cazul acestor persoane dependente, cererea să fie formulată în termen de 1 (o) lună de la data căsătoriei/parteneriatului legal.
- Un copil nou-născut poate fi adăugat la acest contract de la data nasterii, cu condiția ca Asiguratorul să primească o cerere privind adaugarea copilului nou-născut în termen de 30 (treizeci) de zile de la data nasterii. După această perioadă, Asiguratorul va adăuga copilul nou-născut de la data la care primim notificarea scrisă și nu de la data de naștere a noului născut. Această are loc cu respectarea următoarelor condiții cumulative:
 - a. părintele nou-născutului a beneficiat de acoperire în temeiul Politei înainte de data de naștere a noului născut; și
 - b. nou-născutul nu s-a născut ca urmare a reproducerii sau procreării asistate, a tratamentului de fertilizare urmat de oricare dintre părinți, nu a fost adoptat sau nu a fost purtat de un surogat; și
 - c. copilul nou-născut a fost externat definitiv din spital,
 - d. Nou-născutul nu este prematur (în accepțiunea Asiguratorului, prematur înseamnă că nașterea are loc înainte de săptămâna 37 de sarcină).

Un copil care nu îndeplinește criteriile menționate mai sus poate fi adăugat prin depunerea formularului de Aplicare, a declarației privind starea de sănătate. Putem adăuga sau refuza să oferim acoperire sau putem oferi acoperire în condițiile pe care le impunem.

3.5. PERIOADA DE REFLECTIE

Dacă, la momentul citirii Politei, Contractantul Politei decide că aceasta nu îndeplinește cerințele sale, vă rugăm să ne informați în termen de 30 (treizeci) de zile de la data de începere/reînnoire. Vom rambursa orice primă plătită de către Contractantul Politei, cu condiția să nu fi formulată nicio cerere de despăgubire și să accepte că nu poate formula una ulterior, Contractul dintre Titularul Politei și noi va fi anulat, ceea ce înseamnă că va fi tratat ca și cum nu ar fi existat vreodată.

3.6. OBLIGATIILE PERSOANEI ASIGURATE

3.6.1. Persoana asigurată se angajează să ofere Asiguratorului, prin intermediul MediHelp International, următoarele documente:

- a. Atunci când se solicită calitatea de asigurat, un formular de aplicare și declarația privind starea de sănătate, semnate de Persoana asigurată și precizând Planul de asigurare, Franșiza și opțiunile privind plata primei selectate.
- b. Persoana asigurată este de acord să justifice declarația/declarațiile date Asiguratorului în orice moment.

În cazul unei omisiuni sau a unei declarații false a Persoanei asigurate/Titularului Politei, Asiguratorul are dreptul să declare nul contractul, să continue aplicarea acestuia potrivit noilor condiții pe care Asiguratorul le stabilește sau Asiguratorul poate să întreprindă una sau mai multe dintre următoarele:

- a. Să refuze plata oricăror cereri de despăgubire;
- b. Să recupereze de la Persoana asigurată și/sau persoanele dependente orice pierdere cauzată de încălcarea obligațiilor; sau
- c. Să refuze reînnoirea Politei.

Acoperirea Asigurării intră în vigoare odată ce prima convenită este plătită și primită de către Asigurator.

Asiguratorul, prin MediHelp International, se angajează să ofere acesti Termeni și Condiții Generale fiecărei Persoane asigurate la momentul înscrierii și să informeze Persoana asigurată/Contractantul Politei, în scris, cu privire la modificările care urmează să fie aduse, dacă este cazul, drepturilor și obligațiilor acestora, în special înainte de orice reducere a acoperirii, orice modificare a cuantumului primei sau rezilierea contractului.

Persoana asigurată răspunde în cazul nerespectării acestor obligații.

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 Politei de asigurare este reziliata sau nu mai este reinnoita sau prezenta Politei 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/Membru asigurat sau persoanele dependente locuiesc in mod normal.
- e. Contractantul Politei si/sau Angajatul/Membru 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/Membru 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/Membru 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 reinnoire 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.

Conditii prezentului contract iau in considerare prevederile legislative si privind reglementarile in vigoare la data reinnoirii 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 reclamatie 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 reclamatia direct catre:

Inter Partner Assistance S.A. Avenue Louise 166, 1050, Bruxelles, Belgia sau
sa trimiteti un e-mail AXA Asistenta: **e-mail: 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 efectuării 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, subscrise de Inter Partner Assistance S.A., membra a Grupului AXA, cu sediul social la Avenue Louise 166, 1050, Bruxelles, Belgia, 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 asigurarile si re-asigurarile, regulamentul privind schimbul valutar si reglementarile 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 asigurarile si reasigurarile 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 reglementarile 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 acelui 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 inscriere, atunci data inscrierii 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 acesta/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 acesta/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 vre-o 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, cu exceptia cazului in care Contractantul Politei ne solicita sa efectuam modificari 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.

Conform prevederilor contractului, acoperirea nu este valabila in cazul in care SUA este sau devine Tara dvs. principala de resedinta. In cazul in care SUA devine Tara dvs. principala de resedinta, trebuie sa ne informati. Acoperirea dvs. va inceta in mod automat la data la care obtineti resedinta in SUA.

Cerinte care se pot aplica in tara in care locuiti in mod obisnuit

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 denuntare unilaterala de catre una din partile contractante, cu preaviz scris de 20 (douazeci) de zile, trimis celeilalte parti inainte de denuntare. Prima de asigurare se restituie in conformitate cu prevederile legale si cu aplicabilitatea conditiilor Politei, pentru perioada ulterioara denuntarii unilaterale, respectiv pro rata temporis, cu exceptia cazurilor in care s-a prevazut altfel;

- 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 Politei 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. Costurile care ar fi fost suportate in cazul in care Evenimentul asigurat nu s-ar fi produs;
5. Fransiza sau co-plata specificate pe Certificatul de Asigurare/Membru;
6. Orice cerere de despagubire care implica fraudă, declaratiile false sau tainuirea sau consecintele acestora;
7. 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.
8. Investigatii referitor la sau tratamentul pierderii parului si orice inlocuire a parului, cu exceptia cazului in care pierderea parului este cauzata de tratamentul cancerului; costul perucilor sau al acoperitorilor de cap temporare, necesare in cursul tratamentului cancerului, care se platesc pana la valoarea maxima de 200 €;
9. Proteze si dispozitive externe, materiale auxiliare fizice, dispozitive, cu exceptia cazului in care se specifica in Planul dvs. de asigurare;
10. Costurile aferente tratamentului paliativ, cu exceptia cazului in care se specifica in Planul dvs. de asigurare;
11. Tratamentul pentru abuzul sau dependenta de droguri si substante (inclusiv alcool) sau alta adictie si orice afectiune care deriva din acestea;
12. Contraceptia, sterilizarea (sau reversul acesteia), fertilizarea, vasectomia, boala venerica, infectiile transmise pe cale sexuala, schimbarea de sex, cum ar fi orice procedura chirurgicala, consilierea si psihoterapia, terapia sexuala sau orice alta forma de afectiune sau disfunctie sexuala;
13. Investigatiile si/sau tratamentul pentru infertilitate sau o forma de reproducere asistata si orice complicatii ulterioare;
14. Orice tratament efectuat doar in scopul ameliorarii simptomelor asociate in mod obisnuit cu orice modificare corporala care deriva din orice cauza fiziologica sau naturala, cum ar fi imbatranirea, menopauza sau pubertatea si care nu se datoreaza vreunei boli, maladii sau leziuni de baza;

15. Calatoria in afara zonei geografice standard de acoperire, indicata pe Certificatul de Asigurare pentru un numar de zile mai mare decat cel mentionat in Tabelul de beneficii, in cursul unui an de asigurare;
16. Cererile de despagubire care rezulta din leziunile sau defectele la nastere, din afectiuni congenitale si ereditare, la mai mult de 90 (nouazeci) de zile de la nastere, in conformitate cu Planul de asigurare ales; sau afectiuni congenitale si ereditare, in cazul copiilor rezultati din orice tratament de fertilizare sau din orice metoda de reproducere sau procreare asistata sau daca sunt adoptati sau rezultati din reproducere umana asistata prin intermediul unei mame surogat;
17. Implantul de inima artificiala;
18. Orice costuri care rezulta dupa expirarea perioadei actuale de Asigurare, cu exceptia cazului in care prezenta Polita a fost reinnoita pentru 12 (douasprezece) luni ulterioare;
19. Costurile care depasesc 50.000 € (cincizeci de mii de euro) pentru durata vietii fiecarei Persoane asigurate, pentru ingrijirea sau tratamentul medical care rezulta din maladia virusului imunodeficientei umane, inclusiv sindromul imunodeficientei dobandite (SIDA) sau complexul de dementa SIDA (ADC) si orice infectii, maladii, leziuni sau afectiuni medicale similare care decurg din aceste afectiuni, indiferent de modul in care sunt cauzate;
20. Medicamente si alte produse medicamentoase, procurate fara reteta din partea medicului; testarea genetica, in cazul in care acele teste sunt efectuate pentru a stabili daca sunteti sau nu predispus genetic la declansarea unei afectiuni sau cand nu aveti niciun simptom; medicamente, vaccinari si controale de rutina sau preventive, cu exceptia cazului in care sunt incluse in Planul de asigurare ales;
21. Chirurgia plastica sau chirurgia reparatorie, cu exceptia cazului in care este rezultatul direct al unei accident sau al unei operatii legate de cancer, care are loc in cursul Perioadei de asigurare, iar Persoana asigurata a fost acoperita in mod continuu (fara intreruperi) in temeiul Planului de asigurare inainte ca accidentul sau operatia sa aiba loc. Va rugam sa observati ca, in cazul chirurgiei reconstructive a sanului, ulterioara mastectomie necesare din punct de vedere medical, vom plati doar pentru reconstructia initiala; eliminarea grasimii sau a altui tesut corporal in exces si orice consecinte ale unui astfel de tratament medical, pierderea in greutate sau problemele legate de greutate/tulburarile de alimentatie, in scopuri psihologice sau nu;
22. Chirurgie in vederea corectarii miopiei sau a hipermetropiei sau a oricarui alt defect vizual, cu exceptia cazului in care este rezultatul unui accident sau imbolnaviri asigurate, care are loc in cursul Perioadei de asigurare; tratamentul pentru corectarea astigmatismului este acoperit, in cazul in care acesta este consecinta inlocuirii pe cale chirurgicala a globului ocular al ochiului, care rezulta dintr-un eveniment asigurat. Aceasta exclude nu se va aplica defectelor de vedere care rezulta din keratoconus;
23. Investigatii sau tratamentul apneei in somn, a sforaitului sau a altor probleme respiratorii aferente somnului;
24. Tratamentul medical acordat de catre un medic sau consultant/terapeut in terapii complementare care este asociat Persoanei asigurate, cu exceptia cazului in care a fost aprobat anterior de noi. Prin asociat, intelegem membrul de familie apropiat al Persoanei asigurate, asociatii in afaceri, partenerii de afaceri, angajatorul sau angajatul acesteia;
25. Tratamentul medical asociat cu crioprezervarea, recoltarea celulelor stem, a spermei, a ovulului sau a cordonului ombilical in vederea utilizarii ulterioare; implantarea sau reimplantarea celulelor vii sau a tesutului viu, in mod autolog sau furnizate de un donator, in alt mod decat transplanturile de tesut astfel cum sunt definite, si fara a depasi limitele Politei;
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. Costurile aferente cazarii si tratamentului intr-un sanatoriu, clinica de hidroterapie, de spa, in natura, la un refugiu de sanatate sau altele asemenea sau intr-un spital, in cazul in care institutia in cauza a devenit, in mod efectiv, locuinta sau resedinta permanenta a Persoanei asigurate si/sau internarea este organizata, in tot sau in parte, din motive interne sau pentru comoditatea 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. Evaluarea, clasificarea sau tratamentul medical pentru dezvoltarea neurologica, dezvoltarea cognitiva, dificultatile de invatare, intarzierile la vorbire, problemele educationale, etapele esentiale ale dezvoltarii, dezvoltarea fizica, dezvoltarea psihologica, hiperactivitate, tulburarea cu deficit de atentie, autism, dislexie, probleme comportamentale sau dezvoltarea copilului;
32. Tratamentul medical pentru tulburari mintale sau nervoase, tratamentul psihiatric si costurile aferente unui psihoterapeut, psiholog, terapeut de familie sau consilier comportamental, daca acesta nu este inclus in Planul dvs. de asigurare si astfel cum este prezentat in Certificatul dvs. de Asigurare/Membru;

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 Polite, 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 2.3.5.3. – 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. Indemnizatia pentru sarcina sau maternitate, in cazul in care nu este inclusa in Planul dvs. de asigurare ales si astfel cum se mentioneaza pe Certificatul dvs. de Asigurare/Membru;
Excludere specifica de la Sectiunea 2.3.5.5 – Beneficiul de Maternitate:
 - Intreruperile de sarcina, altele decat pierderea sarcinii, sarcina ectopica si nasterea de copii morti;
 - Cursurile prenatale, costurile cu mositul, atunci cand nu sunt direct asociate cu nasterea;
 - Complicatiile care pot aparea in cursul sau ca urmare a unei nasteri la domiciliu planificate;
 - Transferul unei femei insarcinate la spital pentru o nastere de rutina, cu exceptia cazului in care este necesar din punct de vedere medical si din cauza complicatiilor medicale;
 - Costul tratamentului care nu a avut loc (de exemplu, ca parte a pachetului de tratamente).
39. Excludere specifica de la Sectiunea 2.3.6.3. – Evacuarea medicala de urgenta internationala:
 - Orice costuri de transfer subsecvente, care rezulta din acelasi Eveniment asigurat, dupa ce am returnat Persoana asigurata la locul sau de resedinta;
40. 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;
41. 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.
42. 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 neaprobrate 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) sau de Administratie pentru Alimentatie si Medicamente din SUA (US Food and Drug Administration), in cazul in care tratamentul se efectueaza in afara Europei si trebuie sa fie utilizat conform prevederilor acelei autorizatii.
43. Chirurgia robotica, cu exceptia prostatectomiei, nefrectomiei partiale sau pieloplastiei, prin utilizarea robotului Da Vinci.
44. 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.

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 subscribe 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.

5.4. PRE-AUTORIZAREA ȘI CARDURI DE PLATA

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 in cazul tratamentului ambulatoriu,
- 5 (cinci) zile 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.

Pentru a vedea o lista a furnizorilor care accepta facturarea directa a serviciilor de spitalizare accesati:

https://select.axaglobalhealthcare.com/s/?expId=AXA_MDH_607

Este important de observat ca, in cazul in care pre-autorizam tratamentul despre care se afla ca a vizat o afectiune exclusa de catre Polita, de exemplu, tratamentul pentru o afectiune pre-existenta nedeclarata si neacceptata, Persoana asigurata va fi responsabila pentru toate costurile, inclusiv cele decontate de noi. In aceste cazuri, Persoana asigurata trebuie sa ne restituie toate costurile pe care le-am platit.

Nota importanta: Persoana asigurata nu trebuie sa faca nicio recunoastere a raspunderii, oferta, promisiune sau plata fara consimtamantul 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 urmatoare 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. Pre-autorizare in cazul in care Persoana asigurata detine acoperire S.U.A (Statele Unite ale Americii):

- Inaintea efectuării oricărui tratament în S.U.A., Persoana asigurată trebuie să ne contacteze în vederea pre-autorizării acestor tratamente și servicii. Consultantul nostru va confirma dreptul Persoanei asigurate la acoperirea costurilor aferente tratamentului propus, va ajuta la identificarea unui furnizor adecvat din rețeaua medicală și va stabili decontarea directă cu acesta.
- În cazul în care Persoana asigurată optează pentru efectuarea tratamentului său în S.U.A., fără pre-autorizarea noastră, beneficiul eligibil nu poate fi plătit în cuantum mai mare de 50% din costurile uzuale și rezonabile, după scaderea oricărei frânze sau co-plati.
- În cazul unui accident grav, care necesită tratament în regim de spitalizare de urgență imediat, dvs. sau membrul familiei dvs. trebuie să ne contacteze în termen de 72 (săptezeci și două) de ore de la acest Accident. Beneficiul pentru tratamentul eligibil este plătit la costurile rezonabile și uzuale.

5.4.2. Carduri de plata

Cardurile de plată pot fi utilizate doar pentru acoperirea serviciilor medicale în valoare de până la 500 € (cinci sute €) de către un medic autorizat sau de către un furnizor de servicii medicale.

Persoana asigurată va primi de la MediHelp un card de debit (card de plată) la data de începere a Politei, care trebuie să fie activat imediat ce este primit. Neefectuarea acestui demers poate reduce posibilitatea de a utiliza cardul atunci când este necesar, în special în caz de urgență.

Cardurile de plată permit plata costurilor serviciilor medicale direct către furnizorul medical ales de către dvs. Titularul cardului trebuie să informeze MediHelp telefonic (+40) 311 097 046 sau prin e-mail: client@medihelp.ro cu cel puțin 24 (douăzeci și patru) de ore înainte de programarea medicală, furnizând cel puțin următoarele informații:

data apariției și simptomele, costul estimat, furnizorul ales, serviciul medical necesar și specialitatea.

În termen de 48 (patruzeci și opt) de ore de la data primirii tratamentului, persoanele asigurate au obligația să transmită către MediHelp toate documentele relevante (raportul medical, factura detaliată, etc.).

5.5. EVALUAREA MEDICALĂ

Ne rezervăm dreptul ca starea de sănătate a Persoanei asigurate și asistența medicală acordată acesteia să fie controlate și verificate de către consultantii noștri medicali. Dacă este necesar, putem solicita toate documentele justificative, evaluările sau examinările în vederea evaluării beneficiilor.

6. PRIME DE ASIGURARE

6.1. TARIFELE, BAZA DE CALCUL ȘI PLATA

Contractantul a încheiat Polita cu noi și este responsabil pentru plata primelor datorate în baza Politei. În cazul în care Contractantul nu plătește aceste prime la data scadentă sau nu respectă termenii și condițiile Politei, putem rezilia Polita și putem refuza să plătim cererile de despăgubire.

Prima plată trebuie să fie efectuată cel mai târziu la Data de intrare în asigurare pe care ați menționat-o pe formularul de aplicare, care va fi data de început a Politei dvs. În cazul în care prima plată nu este efectuată la timp Polita va fi anulată automat de Noi, cu efect imediat.

Data de începere a Politei trebuie să se încadreze în termenul de maximum 1 (o) lună de la data la care ați semnat formularul de aplicare. Dacă, între această perioadă, apar modificări ale oricărei informații din formularul de aplicare, vă rugăm să ne contactați imediat, deoarece vom reevalua acoperirea dvs. în baza noilor informații.

Următoarele rate trebuie să fie plătite la scadentele menționate pe notificarea de plată:

1. Primele devin exigibile la data menționată pe notificarea de plată. În cazul în care prima nu se plătește la data scadentă, se va aplica o perioadă de grație de 30 (treizeci) de zile, iar Polita dvs. rămâne activă. În cazul în care plata nu este efectuată până la sfârșitul perioadei de grație, Polita va fi suspendată și va rămâne așa pentru o perioadă suplimentară de 30 (treizeci) de zile. În cazul în care prima nu este plătită, Polita va fi anulată automat de la data scadentă primei neachitate. În cursul perioadei de suspendare nu se efectuează nicio pre-autorizare și această prevedere se aplică și tratamentului pe care l-am pre-autorizat deja, și nu se plătește nicio cerere de despăgubire. După ce v-ați plătit primele și Polita dvs. este reactivată, vom lua în considerare cererile dvs. de despăgubire.

Odată ce am anulat Polita dvs. de asigurare, Contractantul asigurării va trebui să solicite din nou acoperire și va trebui să completeze un nou formular de aplicare, care va fi supus subscrierii.

2. Prima poate fi platita anual, semi-anual, trimestrial sau lunar, 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 on-line, 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 acoperit 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. Acoperirea pentru afectiunile congenitale si ereditare se aplica atat tratamentului in regim de spitalizare cat si tratamentului in ambulatoriu, astfel cum se specifica in Tabelul de beneficii.

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

- pentru care ati primit medicatie, consiliere sau tratament sau investigatii in ultimii 5 (cinci) ani inainte de inceperea acoperirii sau
- In legatura cu care ati manifestat simptome in ultimii 5 (cinci) ani inainte de inceputul acoperirii dvs., indiferent daca afectiunea a fost diagnosticata sau investigata.

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.

Complicatiile sarcinii inseamna afectiunile medicale aferente sarcinii si nasterii si acopera: Sindromul antifosfolipidic, incompetenta cervicala, sarcina ectopica, diabet gestational (daca Persoana asigurata poseda excluderi din cauza istoricului medical anterior referitor la diabet, atunci acesta nu este acoperit, deoarece este exclus in mod specific), mola hidatiforma – sarcina molară, Hyperemesis gravidarum, colestaza obstetrica, Pre- eclampsie / Eclampsie, factorul (RH) Rhesus, pierderea sarcinii care necesita interventie chirurgicala imediata, hemoragie post-partum, membrana placentara retinuta.

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

Co-plata inseamna procentajul neasigurat al costului, pe care Persoana asigurata trebuie sa il plateasca din costul unei cereri de despagubire eligibile. Asiguratorul este responsabil pentru plata restului.

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.

Consultatii ale terapeutilor si medicina complementara se refera la consultatiile acordate de un osteopat, chiropractician, acupuncturist, homeopat inregistrat, aprobat, in tara in care se primeste tratamentul, ca urmare a recomandarii unui medic generalist sau specialist. Acestea nu includ chiropodia sau podiatria.

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.

Dietetician inseamna un practician care trebuie sa fie instruit complet si calificat din punct de vedere legal si autorizat de autoritatile relevante sa aiba drept de practica in tara in care este primit tratamentul

Evacuare sau Transfer medical de urgenta inseamna transport de urgenta, in cazul in care este aprobat de Centrul nostru asistenta non-stop desemnat si asistenta medicala in cursul acestui transport in vederea deplasarii unei Persoane asigurate, care sufera de o afectiune medicala critica, catre cel mai apropiat spital adecvat, unde sunt disponibile ingrijire si infrastructura adecvate, care nu se afla neaparat in Tara de resedinta a Persoanei asigurate.

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; se considera ca un Eveniment asigurat include Accidentul sau Imbolnavirea care se produce in afara zonei geografice standard de acoperire doar in scopul tratamentului in regim de spitalizare de urgenta, in limitele aplicabile planului de asigurare ales.

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. In cadrul planurilor de asigurare Cobalt, Admiral si Royal, Fransiza se aplica doar beneficiilor in regim de spitalizare. In cadrul planurilor de asigurare Blue si Azure, 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/maternitate 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).

Imunizari si Rapeluri inseamna medicatia necesara pentru Imunizari si Rapelurile necesare sau alte medicatii similare, care reprezinta o cerinta de reglementare in Tara de resedinta.

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.

Ingrijirea nou-nascutului inseamna costurile tratamentului unei afectiuni medicale acoperite, destinat unui nou-nascut timp de maximum 30 (treizeci) de zile dupa data nasterii, cu conditia ca nou-nascutul sa fie adaugat la Plan in termen de 30 (treizeci) de zile de la nastere, iar prima sa fie platita. In cazurile in care solicitam detalii referitor la istoricul medical al nou-nascutului inainte ca nou-nascutul sa fie adaugat la Plan, ne rezervam dreptul de a aplica restrictii specifice acoperirii pe care o oferim. Nu se va acorda decontare pentru ingrijirea noului-nascut in cazul copiilor nascuti ca urmare a tehnologiilor de reproducere asistata sau procrearii asistate, nascuti dintr-un parinte surogat sau care au fost adoptati sau in cazul carora parintele a urmat un tratament de fertilizare, deoarece acesti copii pot adera dupa 3 (trei) luni (din ziua 91) de la nastere si odata ce am finalizat evaluarea medicala.

Ingrijirea de rutina a nou-nascutului inseamna examinarile standard si uzuale ale unui nou-nascut, necesare pentru a evalua integritatea si functia de baza a organelor si a structurilor scheletale ale copilului.

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.

Logoped 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.

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.

Nasterea la domiciliu inseamna o nastere la domiciliu intr-un context non-clinic, prin utilizarea de metode naturale de nastere, la care ia parte o moasa cu experienta in domeniul nasterilor la domiciliu.

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 Asigurarii 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 reinnoire 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.

Paliativ inseamna tratamentul in cazul in care afectiunea diagnosticata a unei Persoane asigurate are prognoza de maladie in stadiu terminal sau nu este vindecabila. Scopul principal al acestui tratament este ameliorarea simptomelor, mai degraba decat vindecarea maladiei sau a vatamarii care produce simptomele. Acest beneficiu necesita pre-autorizarea in baza confirmarii scrise a medicului in sensul ca afectiunea medicala a ajuns intr-un stadiu terminal si nu mai poate beneficia de tratament care va conduce la insanatosirea Persoanei asigurate. Ingrijirea paliativa si in centrele speciale include cazarea in spital sau centrul special si ingrijirea medicala acordata de o asistenta calificata si exclude costurile de transport sau orice consumabile sau servicii care nu sunt acoperite de Polita.

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 Certificatului de Asigurare
- Prezentilor 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.

Produse 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.

Perioada de asteptare inseamna o perioada de timp care incepe la data de activare a Politei sau data la care o Persoana asigurata este inclusa in Plan, in cursul careia Persoana asigurata nu are dreptul la beneficiul specific caruia i se aplica.

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.

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 ambulanta 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, maladii 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.

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.

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

Tratamentul cancerului se refera la Tratamentul necesar din punct de vedere medical aferent diagnosticarii cancerului sau destinat reducerii, stabilizarii sau incetinirii raspandirii cancerului primit in regim de spitalizare, spitalizare de zi sau ambulatoriu inclusiv, dar fara a se limita la, radioterapie, chimioterapie sau terapie tintita. 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 considerat cea mai buna practica medicala si este practicat pe scara larga; si
- este clinic adecvat din punct de vedere al necesitatii, tipului, frecventei, proportiei, duratei si unitatii sau locatiei in care este oferit tratamentul; si fie:
- s-a dovedit a fi eficient pentru afectiunea medicala a Asiguratului prin dovezi clinice materiale evaluate inter pares in reviste medicale renumite publicate; fie
- a fost aprobat de NICE (Institutul National pentru Sanatate si Excelenta in Ingrijire) sau de autoritatile guvernamentale relevante si/sau de asociatia medicala recunoscuta a tarii in care este solicitat tratamentul si ca tratament care poate fi utilizat in practica de rutina.

In cazul in care tratamentul este un medicament, acesta trebuie:

- sa fie autorizat in vederea utilizarii de Agentia Europeana a Medicamentului sau de Agentia sau Autoritatea de reglementare pentru produse de asistenta medicala si medicamente din localitatea in care tratamentul este furnizat sau de Administratia Alimentelor si Medicamentelor din SUA (Food and Drug Administration (FDA)); si
- sa fie utilizat in conformitate cu acea autorizatie si cu 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 maladii, 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. In imprejurarile in care transplantul de organe este necesare din cauza unei anomalii ereditare sau congenitale, acoperirea se limiteaza in temeiul prevederilor privind indemnizatia - Afectiuni congenitale si ereditare, daca sunt aplicabile in temeiul Planului ales al Persoanei asigurate.

Tratament preventiv se refera la o examinare de rutina a unui adult si include o analiza si o inregistrare a istoricului medical complet al pacientului, o verificare a tuturor sistemelor corpului si o analiza si o discutie a rezultatelor examinarii cu pacientul; examinarile copilului includ o analiza si o inregistrare a istoricului medical complet al copilului, o verificare a tuturor sistemelor corpului in conformitate cu cresterea si dezvoltarea normala si ofera imunizari/vaccinari de rutina pana la varsta de 10 ani.

Tratament psihiatric se refera la o maladie psihiatrica, psihologica sau mintala sau la orice alta afectiune, tratata in mod normal de un psihiatru sau de un psiholog ca urmare a trimiterii unui medic. In sensul acestei Polite, o boala psihiatrica sau mintala acuta este o tulburare mintala, nervoasa sau de alimentatie, asociata cu suferinta prezenta sau cu o deficienta semnificativa a capacitatii de a functiona in arii de activitate de mare importanta, cum ar fi locul de munca. Maladia trebuie sa fie semnificativa din punct de vedere clinic si nu raspuns asteptat la un eveniment specific din viata, cum ar fi doliul, probleme legate de relatii sau studii sau aculturatia. In sensul prezentei Polite, o tulburare de alimentatie este o tulburare psihologica, cum ar fi anorexia nervoasa sau bulimia. Tratamentul psihiatric in regim de spitalizare trebuie sa se desfasoare in cadrul unei unitati psihiatrice inregistrate a unui furnizor medical, care ofera tratament bazat pe dovezi pentru boala psihiatrica cu supraveghere medicala de 24 de ore.

Transplant de tesuturi inseamna tratamentul medical suportat in legatura cu maduva osoasa, corneea si alte transplanturi de tesuturi/celule, aprobat de consultantul nostru medical. In imprejurarile in care transplantul de tesuturi este necesar din cauza unei anomalii ereditare sau congenitale, acoperirea se limiteaza in temeiul prevederilor privind beneficiul - Afectiuni congenitale si ereditare, daca sunt aplicabile in temeiul Planului ales al Persoanei asigurate.

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.

Vaccinari de rutina inseamna vaccinarile furnizate pana la varsta de 10 ani si pot include difteria, hepatita A si B, pojarul, oreionul, tusea convulsiva, poliomieliita, rubeola, tetanos, varicela, gripa Haemophilus B, rotavirus, meningococul si conjugatul pneumococic.

Zona de aplicare a acoperirii inseamna una dintre urmatoarele zone: Europa, Europa plus Israel, Global fara SUA sau Global. Acoperirea dvs. se limiteaza la zona geografica standardde acoperire mentionata pe Certificatul dvs. de Asigurare/Membru.

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

SUA: SUA continentală, Alaska, Hawaii, Puerto Rico, Insulele Mariene de Nord, Guam, Samoa Americana si Insulele Virgine ale Statelor Unite.

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 insemand 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.

Observatie: NA inseamna „indisponibil”

Va rugam sa consultati termenii si conditiile politiei care se aplica acestor beneficii.

Toate beneficiile sunt supuse prevederilor prezentei polite.

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

Toate limitele care trebuie sa fie platite sunt destinate unei afectiuni medicale eligibile si sunt supuse costurilor rezonabile si uzuale 100%.

¹ Pre-autorizare in cazul in care Persoana asigurata detine acoperire S.U.A (Statele Unite ale Americii):

- Inaintea efectuării oricărui tratament în S.U.A., Persoana asigurată trebuie să ne contacteze în vederea pre-autorizării acestor tratamente și servicii. Consultantul nostru va confirma dreptul Persoanei asigurate la beneficiul aferent tratamentului propus, va ajuta la identificarea unui furnizor adecvat din rețeaua medicală și va stabili facturarea direct cu acesta.
- În cazul în care Persoana asigurată optează pentru efectuarea tratamentului sau în S.U.A., fără pre-autorizarea noastră, beneficiul eligibil nu poate fi plătit în cuantum mai mare de 50% din costurile uzuale rezonabile, după scăderea oricărei franșize sau co-plați.
- În cazul unui accident grav, care necesită tratament în regim de spitalizare de urgență imediat, dvs. sau membrul familiei dvs. trebuie să ne contacteze în termen de 72 (saptezeci și două) de ore de la acest Accident. Beneficiul pentru tratamentul eligibil este plătit la costurile rezonabile și uzuale.

PLAN DE ASIGURARE	BLUE	AZURE	COBALT	ADMIRAL	ROYAL	
LIMITA MAXIMA A POLITEI PE AN	€ 500 000	€ 1 200 000	€ 1 500 000	€ 2 000 000	€ 3 000 000	
Aria de acoperire	Europa / Europa + Israel		Global, exceptand SUA / Global ¹			
Fransiza	Toate beneficiile 0 € / 75 € / 150 € / 250 € / 500 € / 1,000 € / 2,500 € / 4,500 €		Spitalizare 0 € / 150 € / 300 € / 625 € / 1,250 € / 2,500 € / 6,250 €			
SPITALIZARE (DE ZI SAU DE NOAPTE)						TERMENI SI DEFINTII
Spitalizare (inclusiv cazare)	Integral	Integral	Integral	Integral	Integral	Vom plati costurile de cazare si masa pentru o camera standard de o persoana, inclusiv ingrijirea medicala generala.
Cazare pentru parinti	Integral	Integral	Integral	Integral	Integral	Vom plati pentru costurile de cazare si masa ale unui parinte care sta in spital cu copilul cu varsta de pana la 16 ani (in cazul in care copilul este un membru care primeste tratament acoperit in cadrul politei)
Bloc operator	Integral	Integral	Integral	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	Integral	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	Integral	Integral	Integral	Vom plati onorariile pentru chirurghi, anesteziști și asistenți în timpul intervenției chirurgicale, înainte sau imediat după aceasta, în aceeași zi. Vom plăti pentru consultațiile specialiștilor în timpul spitalizării - fie pentru a discuta despre o intervenție chirurgicală sau pentru tratament non-chirurgical (ex. internarea pentru pneumonie).
Patologie, radiografii si teste de diagnosticare	Integral	Integral	Integral	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	Integral	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	Integral	Integral	Integral	Vom plati pentru costurile de spitalizare pentru un episod acut al unei afectiuni cronice care necesita tratament medical activ, pe durata spitalizarii.

PLAN DE ASIGURARE	BLUE	AZURE	COBALT	ADMIRAL	ROYAL	TERMENI SI DEFINITII
Reabilitare (sub rezerva aprobarii noastre)	NA	€ 2 000	Integral pana la 30 de zile/fiecare conditie	Integral pana la 30 de zile/fiecare conditie	Integral pana la 30 de zile/fiecare conditie	Vom plati pentru costurile de reabilitare in spital, dupa o interventie chirurgicala, sub rezerva aprobarii noastre. Vom plati pentru Reabilitare atat timp cat: <ul style="list-style-type: none"> • a avut loc ca urmare a unei leziuni cerebrale acute, cum ar fi un accident vascular cerebral sau un accident; • este parte a Tratatului 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.
Psihiatrie (sub rezerva aprobarii noastre)	NA	NA	NA	Integral (pana la 30 de zile)	Integral (pana la 30 de zile)	Vom plati pentru costurile de cazare si masa, precum si tratamentul, in timpul internarii intr-un spital de psihiatrie pana la limitele specificate, sub supravegherea unui psihiatru. Tratatul psihiatric in regim de spitalizare de noapte si de zi primit la o unitate psihiatrica inregistrata a unui spital care asigura supraveghere medicala nonstop si tratament bazat pe dovezi pentru tulburarile de sanatate mintala. Acest beneficiu include cazare la spital, medicamente prescrise, tratament medical necesar legat de afectiune sub supravegherea medicala a unui psihiatru. Tratatul pentru psihoterapie este acoperit numai dupa ce persoana asigurata a fost diagnosticata initial de catre un psihiatru si a fost trimisa la un psiholog clinician pentru tratamentul suplimentar internat sau de zi.
Implanturi protetice	Integral	Integral	Integral	Integral	Integral	Vom plati pentru proteze interne / implanturi 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.
Echiptamente medicale durabile, dispozitive protetice (Pre-autorizarea din partea asiguratorului trebuie obtinuta pentru acoperirea initiala, reparatie, si/sau inlocuirea membrului protetic)	NA	NA	€ 2 500	€ 2 500	€ 2 500	Vom plati costurile oricaror articole, consumabile sau echipamente utilizate in cursul tratamentului medical sau al ingrijirii la domiciliu. Acest lucru se limiteaza la: liant abdominal, sutien post-chirurgical pentru mastectomie, ciorap de compresie, aparate auditive, aparate de vorbire (laringe electronice), scaune cu rotile, carje, atela corectiva, cizme de aer, curea de brat, suporturi ortopedice, suporturi ale coloanei vertebrale, dispozitive pentru genunchii si ghete de mers pneumatice. Pentru partile protetice externe ale corpului, cum ar fi membrele protetice, toate deontarile vor fi facute in termen de 12 (doisprezece) luni de la amputarea sau indepartarea partii corpului.
Ingrijire paliativa (sub rezerva aprobarii noastre)	NA	NA	€ 5 000	€ 10 000	€ 20 000	Vom plati pentru costurile de ingrijire paliativa (intr-un sanatoriu sau la domiciliu), in cazul unui diagnostic terminal si in imposibilitatea primirii tratamentului medical activ in vederea recuperarii.
Ingrijire la domiciliu (sub rezerva aprobarii noastre)	€ 1 000	€ 5 000	Integral (pana la 30 de zile dupa spitalizare)	Integral (pana la 30 de zile dupa spitalizare)	Integral (pana la 30 de zile dupa spitalizare)	Vom plati pentru costurile de ingrijire medicala la domiciliu, daca ai fost in spital primind tratament acoperit de acest plan dar numai in cazul in care este efectuata imediat dupa externarea din spital, ai nevoie de un sprijin medical activ, este acordata de un asistent calificat si a fost recomandata de specialistul dumneavoastra. Nu vom plati pentru sprijin social si domestic. Nu vom plati pentru ingrijire la domiciliu pentru boli psihice, psihiatrice sau tulburari psihologice.
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	100 € pe noapte	120 € pe noapte	150 € pe noapte	Vom plati pentru fiecare noapte de spitalizare intr-un spital in care nu ati fost nevoit sa platiti (exemplu: spital public).
Conditii congenitale si ereditare (cu pre-autorizare)	NA	NA	Integral (doar pana la 90 zile dupa nastere)	Integral (doar pana la 90 zile dupa nastere)	Integral (doar pana la 90 zile dupa nastere)	Vom plati pentru tratamentul bolilor congenitale si/sau ereditare. Prin congenital ne referim la orice anomalii, deformari, boli, afectiuni sau leziuni prezente la nastere, diagnosticate sau nu. Prin ereditar ne referim la orice anomalii, deformari, boli sau afectiuni prezente la nastere, transmise de la parinte. Dupa numarul de zile precizat, nou-nascutul va fi supus subscriserii medicale.

PLAN DE ASIGURARE	BLUE	AZURE	COBALT	ADMIRAL	ROYAL	TERMENI SI DEFINITII
Asigurare in afara ariei geografice standard de acoperire (Spitalizare de urgenta)	30 000 € pana la 30 de zile	30 000 € pana la 30 de zile	€ 50 000	€ 50 000	€ 50 000	Vom plati costurile pana la stabilizarea pentru transfer. Vom plati doar pentru costurile tratamentului de urgenta in regim de spitalizare.
AMBULATORIU	12 000 € LIMITA PE AN					TERMENI SI DEFINITII
Chirurgie in ambulatoriu	NA	Integral	Integral	Integral	Integral	Vom plati pentru costurile de procedura chirurgicala efectuata in ambulatoriu sub anestezie locala.
Medici generalisti si specialisti	NA	€ 1 000	NA	€ 5 000	Integral	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.
Medicamente si consumabile medicale	NA		NA			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	NA	€ 2 000	NA			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 cea dea 12-a sesiune/vizita)	NA	€ 1 800	NA			Vom plati pentru costurile de fizioterapie recomandate de medicul de familie/ specialist si realizate sub indrumarea unui fizioterapeut acreditat, in scopul furnizarii pe termen scurt a tratamentului concentrat pentru ameliorarea durerii sau restabilirea functiei. Fizioterapeutul trebuie sa mentioneze necesitatea formei specifice de fizioterapie, diagnostic, un plan de tratament clar, cu un punct de plecare si un punct final si un rezultat scontat. Dupa a 12-a sesiune, daca persoana asigurata necesita mai multe sesiuni, persoana asigurata trebuie sa trimita un formular de fizioterapie. Ne rezervam dreptul de a preautoriza aceste sesiuni suplimentare.
Terapeuti si Terapeuti complementari Chiropractica/ Osteoterapie/ Homeopatie/ Acupunctura/ Dietetician	NA	NA	NA			Vom plati pentru costurile de tratament oferite de un terapeut acreditat, cum ar fi un terapeut ocupational sau terapeut complementar (acupunctura, homeopatie, tratament chiropractic sau osteopatie). Nu vom plati pentru terapie sexuala.
Afectiuni cronice	€ 1 000 (in beneficiul spitalizare)	€ 1 000 (in beneficiul spitalizare)	NA			Vom plati pentru gestionarea continua a afectiunii cronice. Definim cronic o conditie care nu raspunde la tratamentul medical activ si necesita ingrijire continua (ex. diabetul zaharat, 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 (de exemplu, fizioterapia menita sa mentina stabilitatea).
Logopedie (terapia vorbirii)	NA	NA	NA			Vom plati pentru logopedie in scopul de a restabili capacitatea de comunicare in urma unui accident sau a unei afectiuni (ex. accident vascular cerebral), sub recomandarea specialistului tau. Nu vom plati pentru tulburari de limbaj sau dezvoltare tarzie.

PLAN DE ASIGURARE	BLUE	AZURE	COBALT	ADMIRAL	ROYAL	TERMENI SI DEFINTII
Tratamentul psihiatric	NA	NA	NA	In limita de sus a € 5 000, pana la 20 de vizite	Integral (pana la 30 de vizite)	Vom plati pentru consultatie si costurile asociate pentru psihiatrie, psihologie sau psihoterapie cu conditia ca planul de tratament general sa fie sub trimiterea unui psihiatru/psiholog acreditat. Toate consultatiile trebuie sa aiba loc la cabinetul unui psihiatru / psiholog. Vom plati medicamente externe legate de starea medicala numai atunci cand sunt prescrise de psihiatru.
Tratament ambulatoriu de urgenta	€ 500	€ 12 000	Integral	Integral	Integral	Vom plati pentru costurile tratamentului de urgenta in ambulatoriu (ex. servicii furnizate la camera de garda fara spitalizare) pana la limitele prevazute.
ALTE BENEFICII						TERMENI SI DEFINTII
Tratamentul pentru cancer (sub rezerva aprobarii noastre)	Integral (in spitalizare) NA (ambulatoriu) Peruci si acoperitori temporare ale capului pana la 200 €	Integral Peruci si acoperitori temporare ale capului pana la 200 €	Integral Peruci si acoperitori temporare ale capului pana la 200 €	Integral Peruci si acoperitori temporare ale capului pana la 200 €	Integral Peruci si acoperitori temporare ale capului pana la 200 €	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)"	250,000 € pe viata (Transplant de organe) 25,000 € (Transplant de tesut) Costuri cu donatorul pana la 20,000 €	250,000 € pe viata (Transplant de organe) 25,000 € (Transplant de tesut) Costuri cu donatorul pana la 20,000 €	Integral (in spitalizare) 20,000 € (ambulatoriu) Costuri cu donatorul pana la 20,000 €	Integral (in spitalizare) 30,000 € (ambulatoriu) Costuri cu donatorul pana la 20,000 €	Integral (in spitalizare) 45,000 € (ambulatoriu) Costuri cu donatorul pana la 20,000 €	Vom plati tratamentul pentru sustinerea vietii in cazul transplanturilor de organe umane, tesuturi si celule, inclusiv, dar fara a se limita la rinichi, pancreas, ficat, inima, plaman, maduva osoasa, cornee, sau inima si plaman, in situatia in care persoana asigurata este primitorul. Transplantul va fi efectuat in institutiile acreditate la nivel international de catre chirurghi 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 interventile 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.
Imagistica avansata (RMN, CT,PET)	Integral	Integral	Integral	Integral	Integral	Vom plati pentru CT, RMN sau scanare PET (sau o combinatie a acestor scanari), atunci cand sunt recomandate de specialistul tau.
Maternitate	NA	NA	3000 € (Perioada de asteptare: 12 luni consecutive de acoperire)	7500 € (Perioada de asteptare: 12 luni consecutive de acoperire)	10,000 € (Perioada de asteptare: 12 luni consecutive de acoperire)	Costurile de maternitate aparute dupa 12 luni de acoperire continua (de la data de inceput a politei) vor fi eligibile pentru a fi luate in considerare. Acoperirea include taxele de spitalizare, taxele obstetricianului si moasa pentru nastere normala, ingrijirea pre si post-natala (imediat dupa nastere) si pana la sapte zile ingrijire de rutina pentru copil. Nu vom plati pentru intreruperi de sarcina, altele decat avort spontan, sarcina extrauterina si nasterea unui copil mort. Vom plati pentru cezariana electiva si nasterea la domiciliu.

PLAN DE ASIGURARE	BLUE	AZURE	COBALT	ADMIRAL	ROYAL	TERMENI SI DEFINTII
Indemnizatie pentru maternitate (platibila atunci cand nu este aplicata nicio taxa pe Maternitate)	NA	NA	300 € pe noapte (Perioada de asteptare 12 luni consecutive de acoperire)	300 € pe noapte (Perioada de asteptare 12 luni consecutive de acoperire)	350 € pe noapte (Perioada de asteptare 12 luni consecutive de acoperire)	Beneficiul este disponibil numai dupa 12 luni de acoperire continua (de la data de inceput a politei). Vom plati pentru fiecare noapte de spitalizare intr-un spital in care nu ai fost nevoit sa platesti (ex. spital public). Acest beneficiu inlocuieste beneficiul "Indemnizatie de spitalizare". Atentie: a) daca se plateste, acest beneficiu inlocuieste beneficiul Indemnizatie pe spitalizare; b) daca se plateste, vom plati fie beneficiul Indemnizatie de maternitate, fie beneficiul de Maternitate (sarcina si nastere).
Complicatii ale sarcinii	NA	NA	Integral (Perioada de asteptare 12 luni consecutive de acoperire)	Integral (Perioada de asteptare 12 luni consecutive de acoperire)	Integral (Perioada de asteptare 12 luni consecutive de acoperire)	Costurile de maternitate aparute dupa 12 luni de acoperire continua (de la data de inceput a politei) vor fi eligibile pentru a fi luate in considerare. Vom plati pentru costurile de cezariana atunci cand este necesara medical, ca urmare a unei complicatii sau conditii cum ar fi: pre-eclampsie, amenintare de avort spontan, pozitia pelviana a copilului, sau cand viata mamei si/sau a copilului este in pericol, sindromul antifosfolipidic, incompetenta colului uterin, sarcina ectopica, diabetul gestational (daca persoana asigurata are excluderi din cauza istoricului medical anterior legat de diabet, atunci aceasta conditie nu va fi acoperita, deoarece conditia este exclusa in mod specific), mola hidatidiforma - sarcina molară, Hyperemesis gravidarum, obstetrica colestaza, factor Rhesus (RH), avort spontan care necesita interventie chirurgicala imediata, hemoragie post-partum, membrana placentara retinuta.
Ingrijire nou-nascut	NA	NA	€ 10 000	€ 25 000	€ 100 000	Vom plati pentru costurile de tratament pentru un copil nou-nascut pana la 30 de zile de la data nasterii. Copiii pot fi adaugati ca dependenti pe polita unuia dintre parinti in termen de 30 de zile de la nastere, fara excluderi. Beneficiul de ingrijire nou-nascut nu este disponibil pentru copiii care se nasc dupa tratamentul fertilitatii parintilor, tehnologii de reproducere asistata sau concepie (cum ar fi FIV), sunt nascuti de un surrogat sau au fost adoptati.
Accidente dentare	NA	NA	NA	€ 500	€ 1 000	Vom plati tratamentul dintilor deteriorati in urma unui accident. Tratamentul dentar trebuie sa fie efectuat de un medic stomatolog intr-o camera de urgenta a spitalului sau in chirurgie dentara, iar tratamentul trebuie sa aiba loc in termen de 7 zile de la accident. Nu vom plati pentru repararea implanturilor dentare, coroanelor sau protezelor.
HIV/ AIDS	€ 50 000 / viata	€ 50 000 / viata	€ 50 000 / viata	€ 50 000 / viata	€ 50 000 / viata	Vom plati tratamentul necesar pentru Sindromul Imunodeficientiei Dobandite (SIDA) sau sindrom inrudit cu SIDA (ARC), precum si altele similare (cum ar fi infectii, boli, leziuni sau afectiuni medicale care decurg din aceste conditii).
A doua opinie medicala	Inclusa	Inclusa	Inclusa	Inclusa	Inclusa	Pentru afectiuni medicale sau diagnostice complicate, va putem ajuta sa beneficiati de acces la o retea de experti de renume, de oriunde din lume, pentru o analiza a cazului dumneavoastra.
ASISTENTA						TERMENI SI DEFINTII
Servicii de ambulanta locala (Ambulanta aeriana: sub rezerva aprobarii noastre)	Integral	Integral	Integral	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.
Repatrierea ramasitelor pamantesti (sub rezerva aprobarii noastre)	NA	€ 10 000	€ 10 000	€ 10 000	€ 10 000	Vom plati pentru costurile de repatriere a ramasitelor pamantesti, in cazul decesului in afara tarii de origine/ resedinta. Vom face toate aranjamentele necesare conform regulamentarilor internationale.

PLAN DE ASIGURARE	BLUE	AZURE	COBALT	ADMIRAL	ROYAL	TERMENI SI DEFINTII
Evacuare medicala internationala de urgenta (sub rezerva aprobarii noastre)	NA	€ 25 000	Integral	Integral	Integral	In cazul unei urgente medicale, cand facilitatile medicale locale sunt nesatisfacatoare si nu pot asigura nivelul de asistenta medicala de care aveti nevoie, vom plati fie transferul catre cel mai apropiat centru medical, fie repatrierea in tara de origine/ resedinta. Cele mai adecvate mijloace de transport disponibile la nivel local vor fi folosite (ex. zbor de linie, charter, ambulanta aeriana specializata). Vom aranja si plati cheltuielile de deplasare pentru un insotitor; in plus, vom plati cazarea pentru aceasta persoana de pana la 50 EUR/ noapte pentru un maxim de 10 nopti. Vom organiza repatrierea spre tara de origine odata ce vei fi apt pentru a calatori.
CONTROL MEDICAL ANUAL PREVENTIV						TERMENI SI DEFINTII
Verificare de rutina (Perioada de asteptare 10 luni consecutive de acoperire)	NA	NA	NA	€ 500	€ 750	Intre 2 si 10 ani, vom plati pentru o verificare anuala de rutina inclusiv vaccinari, dupa ce ai fost membru timp de 10 luni consecutive. Dupa varsta de 10 ani, vom plati pentru o verificare anuala de rutina dupa ce ai fost membru timp de 10 luni consecutive.
Verificare de rutina a copiilor	NA	NA	NA			Nu se aplica nicio perioada de asteptare. Vom plati 4 verificari de rutina pe an, inclusiv vaccinari pana la varsta de 2 ani a copilului.
Vaccinari	NA	NA	NA	€ 200	€ 350	Nu se aplica nicio perioada de asteptare. Incepand cu varsta de 10 ani, vom plati costul pentru vaccinari si imunizari, inclusiv vaccinurile de calatorie.
PLAN OPTIONAL - STOMATOLOGIE (ESTE NECESAR SA FIE SELECTAT IMPREUNA CU OPTIUNEA DE OFTALMOLOGIE)						TERMENI SI DEFINTII
Preventie	NA	NA	2 500 € (Perioada de asteptare: Preventie/ Rutina/ Restauratie- 6 luni consecutive de acoperire; Ortodontie 2 ani consecutivi de acoperire)	2 500 € (Perioada de asteptare: Preventie/ Rutina/ Restauratie- 6 luni consecutive de acoperire; Ortodontie 2 ani consecutivi de acoperire)	2 500 € (Perioada de asteptare: Preventie/ Rutina/ Restauratie- 6 luni consecutive de acoperire; Ortodontie 2 ani consecutivi de acoperire)	Vom plati costurile de tratament stomatologic preventiv. 0% co-plata (ex. check-up, radiografie, detartraj, gutiera).
Rutina si Restauratie			Vom plati costurile de tratament stomatologic de rutina si restauratie. 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. 50% co-plata (ex: aparate dentare).			
PLAN OPTIONAL DE OFTALMOLOGIE (ESTE NECESAR SA FIE SELECTAT IMPREUNA CU OPTIUNEA DE STOMATOLOGIE)						TERMENI SI DEFINTII
Oftalmologie	NA	NA	200 € (Perioada de asteptare: 6 luni consecutive de acoperire)	200 € (Perioada de asteptare: 6 luni consecutive de acoperire)	200 € (Perioada de asteptare: 6 luni consecutive de acoperire)	Vom plati costurile pentru un consult anual / test ocular si ochelari / lentile de contact acolo unde sunt prescrise de un oftalmolog.