

Acesta este un document de informare, prin care vă prezentăm un rezumat al principalelor acoperiri și excluderi ale contractului, fara a tine cont de analiza nevoilor dumneavoastră specifice.

Informațiile prezentate în acest document se completează cu prevederile din următoarele documente: Condițiile generale și speciale de asigurare, Condițiile de asigurare pentru clauzele suplimentare, Anexa 1 - Lista de acoperiri, Lista de servicii în ambulatoriu, Cererea chestionar de asigurare și analiza a necesităților, Oferta de asigurare.

Despre ce tip de asigurare este vorba?

Asigurarea Medicală Integrală este o asigurare de sănătate, care acoperă în limitele contractuale, toate cele 3 componente ale îngrijirii sănătății: **Prevenția**, **Diagnosticul** și **Tratamentul**.



Ce se asigură?

Riscurile asigurate, enumerate exhaustiv, sunt:

- ✓ Serviciu medical Call Center
- ✓ Hotline Medical (24 h din 24, 7 zile din 7)
- ✓ Servicii medicale în ambulatoriu:
 - a) control medical anual preventiv;
 - b) consultații medicină generală;
 - c) consultații medic specialist;
 - d) analize de laborator;
 - e) investigații de diagnosticare;
 - f) stomatologie;
 - g) vaccinări;
 - h) recuperare medicală DAVID;
 - i) transport cu ambulanță
- ✓ Servicii medicale cu internare:
 - a) intervenții chirurgicale în Rețea;
 - b) intervenții chirurgicale în afara Rețelei;
 - c) spitalizare în Rețea, cu excepția nașterii și a intervențiilor chirurgicale;
 - d) spitalizare în afara Rețelei, cu excepția nașterii și a intervențiilor chirurgicale;
 - e) nașterea în Rețea, în cazul în care asigurarea a fost încheiată pentru Pachetele Medium sau Premium;
 - f) nașterea în afara Rețelei, în cazul în care asigurarea a fost încheiată pentru Pachetele Medium sau Premium

Pentru serviciile medicale efectuate în cadrul Rețea, în limita acoperirilor oferite de pachetul de asigurare, asiguratorul va deconta direct cu clinica costul serviciilor medicale.

Suma asigurată și limitele specifice pentru fiecare eveniment asigurat sunt stabilite prin convenția părților și sunt menționate în

Polița de asigurare și în „Lista de acoperiri”, documente ce fac parte din prezentul Contract de asigurare.



Ce nu se asigură?

- ✗ Cheltuieli medicale în ambulatoriu ocazionate de servicii medicale care nu sunt recomandate de către un medic din Rețea sau neprogramate prin intermediul Serviciului Call Center sau nespecificate în mod expres a fi acoperite de pachetul de asigurare
- ✗ Riscurile produse ca urmare a oricărei condiții pre-existente datei de intrare în vigoare a asigurării
- ✗ Riscurile produse ca urmare a acțiunii directe a asiguratului aflat în stare de ebrietate sau cu un grad de alcoolemie peste 0,8 la mie în sânge sau peste 0,4 la mie în aerul expirat
- ✗ Riscurile produse în legătură cu fecundarea artificială, sterilitatea, infertilitatea, întreruperea voluntară de sarcină și complicațiile acestora;
- ✗ Riscurile produse ca urmare a oricărei anomalii congenitale, boli congenitale sau defecte din naștere evidente imediat după naștere sau posibil apărute într-o etapă ulterioară;
- ✗ Riscurile produse în legătură în cu oricare tip de chirurgie bariatrică;
- ✗ Riscurile produse în legătură cu orice afecțiune mentală sau nervoasă
- ✗ Cheltuieli de achiziționare sau reparare/reconditionare a protezelor artificiale pentru diverse părți ale corpului sau aparatelor corectoare și auxiliare acestora, ochelari de vedere sau lentile de contact
- ✗ Orice investigații invazive, inclusiv tehnicile de diagnosticare sau cele preoperatorii;
- ✗ Afecțiunile stomatologice, altele decât cele reparatorii cauzate de accident;



Există restricții de acoperire?

! Pentru acest tip de asigurare se aplică următoarele perioade de așteptare, de la data intrării în vigoare:

- 30 de zile pentru spitalizare și intervenții chirurgicale, cu excepția evenimentelor asigurate produse ca urmare a unui accident
- 10 luni pentru protocolul de sarcină și pentru protocolul de naștere

Nu pot fi asigurate persoanele care, la data intrării în asigurare:

- se încadrează în gradele de invaliditate I sau II, conform reglementărilor legale, sau al căror grad de invaliditate permanentă este mai mare de 50% sau pentru care este necesară îngrijirea permanentă, certificată prin documente oficiale;
- sunt sau au fost diagnosticate cu epilepsie, delirium tremens, boli psihice, inclusiv sindrom anxios și sindrom depresiv;
- sunt sau au fost diagnosticate pentru alcoolism, toxicomanie;
- sunt sau au fost diagnosticate cu orice boală gravă și permanentă, conform celor precizate în condițiile de asigurare



Unde beneficiaz de acoperire?

Poți beneficia de acoperirea asigurării atât în țară, cât și în străinătate, în funcție de pachetul ales și conform contractului. Serviciile medicale în ambulatoriu sunt acoperite numai pe teritoriul României, în cadrul Rețelei Regina Maria, iar serviciile medicale cu internare sunt acoperite atât în Rețeaua Regina Maria, cât și în afara acesteia, acoperirea pentru aceste servicii medicale fiind și în afara României, dacă asigurarea a fost încheiată pentru pachetul Premium.



Ce obligații am?

Prin completarea Cererii-chestionar de asigurare și până la data de începere a contractului sunteți obligat să declarați adevărul și informații exacte și complete legate de starea dumneavoastră de sănătate;

În cadrul Rețelei private de sănătate, toate serviciile medicale, conform Pachetului de acoperiri, vor fi programate exclusiv prin intermediul serviciului Call Center, la numărul de telefon 021.9767.

Trebuie să obțineți autorizarea spitalizării/intervenției chirurgicale/nașterii din partea asigurătorului înainte de data internării/efectuării intervenției chirurgicale;

În calitate de Contractant al asigurării sunteți răspunzător pentru plata primelor/ratelor de primă de asigurare în cuantumul și la termenele convenite în Polița de asigurare.



Când și cum plătesc?

Puteți plăti direct în conturile Groupama Asigurări prin ordin de plată, virament bancar, internet banking sau on-line ori prin numerar la reprezentanții noștri de vânzări.

Prima de asigurare este anuală și este datorată integral și anticipat asigurătorului, dar se poate conveni ca plata primei de asigurare anuale să o efectuați fracționat, prin plăți eșalonate (semestrial, trimestrial sau lunar).



Când începe și când încetează acoperirea?

Acoperirea începe la data specificată în Polița de asigurare, ora 00:00, numai dacă plata ratei inițiale a primei de asigurare a fost făcută anterior acestei date. Asigurarea se încheie pe o perioadă de un an. Asigurarea încetează la data expirării, specificată în Polița de asigurare. Contractul poate fi reînnoit anual, cu acordul părților.

Contractul de asigurare încetează și în unul dintre următoarele cazuri:

- la data decesului asiguratului, produs în perioada asigurată;
- la data rezilierii Contractului de asigurare de către asigurat/asigurător, inclusiv ca urmare a neplății primei de asigurare;
- la data denunțării Contractului de asigurare de către asigurat/contractant/asigurător;
- la data plății întregii sume asigurate, a consumării serviciilor medicale acoperite, specificate în „Lista de acoperiri”, respectiv „Lista de servicii medicale”;
- Contractul de asigurare poate înceta pentru orice alt motiv prevăzut de legislația în vigoare.



Cum pot să reziliesc contractul?

Denunțarea contractului se poate efectua numai cu notificarea scrisă, cu cel puțin 20 de zile înainte de data încetării contractului.