

Asigurare Individuală de Sănătate My MedCare

Document de informare privind produsul de asigurare

Societatea: **Societatea de asigurări BRD Asigurări de Viață S.A.**, societate pe acțiuni, înregistrată în România în Registrul Asigurătorilor deținut de către Autoritatea de Supraveghere Financiară (A.S.F.) cu numărul RA-064/03.04.2009

Produsul: **Asigurarea Individuală de Sănătate My MedCare**

Informațiile precontractuale și contractuale complete referitoare la produsul de asigurare generală sunt oferite consumatorului în alte documente: Condițiile Generale de Asigurare, Cererea de asigurare individuală de sănătate și broșura My MedCare.

Despre ce tip de asigurare este vorba?

Produsul de asigurare individuală de sănătate are ca scop rambursarea în limitele prevăzute de fiecare formulă de asigurare, a costurilor de sănătate, în caz de îmbolnăvire sau accident, efectuate de persoana asigurată și/ sau dependenții incluși în contractul de asigurare.



Ce se asigură?

✓ Spitalizare din orice cauză

Asiguratul primește indemnizații de asigurare de spitalizare în caz de necesitate medicală, în limitele prevăzute de formula de asigurare, în cadrul spitalelor publice și/ sau private.

✓ Intervenție chirurgicală din orice cauză

Asiguratul primește indemnizații de asigurare pentru intervenție chirurgicală în caz de necesitate medicală, în limitele prevăzute de formula de asigurare, efectuate în spitale publice și/ sau private.

✓ Boli grave

Asiguratul primește indemnizație de asigurare în sumă fixă pe eveniment și pe an de asigurare, în cazul diagnosticării cu una sau mai multe Boli Grave stipulate și detaliate în Condițiile Generale de Asigurare.

✓ Servicii medicale în AMBULATORIU

Asiguratul primește indemnizații de asigurare pentru servicii în ambulatoriu, în caz de necesitate medicală, în limitele prevăzute de formula de asigurare.

Valoarea indemnizațiilor și nivelul acoperirilor depind de pachetul ales și sunt detaliate în Condițiile Generale de Asigurare, Anexa 1 - Lista de Beneficii.



Ce nu se asigură?

✗ Orice risc care nu este prevăzut în secțiunea "Ce se asigură?"

✗ Evenimentele care se produc direct sau indirect din cauza unor acțiuni, afecțiuni, etc și care fac obiectul listei de excluderi generale sau speciale de la plata beneficiilor, conform Condițiilor de Asigurare.



Există restricții de acoperire?

PRINCIPALELE EXCLUDERI:

! Evenimentele care se produc direct sau indirect în relație cu următoarele:

- Război, invazie, ostilități sau operațiuni asimilate războiului, război civil, acte de terorism și activități conexe, revolte, mișcări civile, revoltă populară, insurecție, rebeliune, dictatură militară sau lovitură de stat sau orice alte acte ale unei persoane ce acționează în numele sau în legătură cu orice organizație în mod activ îndreptată spre răsturnarea prin forță a unui guvern sau influențarea acestuia prin acte de terorism sau violență;
- Sinucidere, vătămare corporală autoprovoacă sau autovătămare sau orice tentativă în acest sens;
- Nerespectarea recomandării sau tratamentului medical indicat de medicul său curant în vederea recuperării de pe urma unei boli sau a unui accident;
- Expunerea la radiații, ionizare, substanțe chimice, contaminare biologică sau nucleară;
- Participarea sau instruirea în scopul oricărui sport periculos sau riscant, participarea la competiții de orice natură;
- Consumul de alcool peste valoarea de 0,6 gr/l de alcool pur în sânge sau droguri;
- Consumul de medicamente altele decât cele prescrise de un medic licențiat sau peste doza prescrisă, inclusiv toate complicațiile medicale;
- Zboruri cu orice tip de aeronavă, cu excepția cazului în care Asiguratul călătorește cu o aeronavă autorizată în mod corespunzător, al unei companii aeriene comerciale, pe care operează un pilot care deține licența de zbor necesară, în vigoare;
- Practicarea oricărui sport în calitate de jucător profesionist;
- Participarea la orice faptă violentă, ilegală sau penală;
- Malpraxis sau orice consecință medicală a unui act neefectuat de un medic;
- Orice eveniment legat de disfuncționalități sexuale, infertilitate, sterilizare, intervenții de schimbare a sexului, contracepție, planificare familială etc;
- Persoanele care se încadrează în gradele I sau II de dizabilitate în conformitate cu reglementările legale în vigoare privind protecția socială sau cu un grad de invaliditate de peste 50% sau care necesită îngrijire permanentă, respectiv ajutor extern pentru îndeplinirea sarcinilor cotidiene, situații atestate de documente oficiale;
- Persoanele diagnosticate cu boli mintale;
- Epidemii sau pandemii;
- SIDA, complex asociat SIDA, boli cu transmitere sexuală sau, dacă Asiguratul este diagnosticat cu HIV sau consecințele HIV, orice infecție, boală, pierdere sau cheltuielă aferentă HIV și/sau unei boli HIV, inclusiv SIDA;
- Anomalii congenitale sau complicații ale acestora;
- Orice servicii medicale furnizate ca urmare a participării Asiguratului la studii medicale și cercetări privind sănătatea, sau rezultatele acestora.

PRINCIPALELE RESTRICȚII:

- ! Următoarele limite de acoperire sunt specificate pentru fiecare Formulă din cadrul Anexei 1 a Condițiilor Generale, *Lista de Beneficii*:
 - numărul maxim de zile de Spitalizare pe an;
 - indemnizația de Asigurare zilnică maximă pentru Spitalizare;
 - limita per eveniment a indemnizației de asigurare pentru Intervenții chirurgicale;
 - numărul maxim de Intervenții chirurgicale acoperite prin asigurare pe an;
 - limitele și indemnizațiile în cazul serviciilor medicale în ambulatoriu;
 - Indemnizația fixă pe eveniment și pe an de asigurare în caz de Boli grave.
- ! Pentru Boli Grave perioada de așteptare în care riscul asigurat nu este acoperit este de 90 de zile de la data intrării în vigoare a asigurării. Persoana Asigurată supraviețuiește cel puțin 28 de zile de la data stabilirii primului diagnostic privind boala gravă acoperită de Condițiile de Asigurare pentru a putea primi indemnizația de asigurare.
- ! În timpul primelor 24 de luni de la Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare, orice afecțiune medicală preexistentă diagnosticată sau care îi era cunoscută Asiguratului, nu va fi considerată un risc asigurat.



Unde beneficiaz de asigurare?

- ✓ Asigurarea este valabilă pe teritoriul României și în țările membre U.E.



Ce obligații am?

- Să completați, conform celor cunoscute, și să semnați formularul de Cerere de Asigurare în nume propriu
- Să vă efectuați propriile programări medicale necesare
- Să notificați imediat Asigurătorul prin poștă și email, în termen maxim de 30 de zile, în cazul producerii unui risc menționat în secțiunea "Ce se asigură?"
- Să respectați recomandările/ indicațiile medicilor și să urmați tratamentul prescris
- Să furnizați Asigurătorului toate informațiile și documentele cerute, în scopul efectuării plății Indemnizației de Asigurare
- Obținerea de către Persoana asigurată a Pre-autorizării înainte de utilizarea Serviciilor Medicale Spitalicești



Când și cum plătesc?

- Plata primei de asigurare se face în avans, cu frecvența stabilită (lunar, trimestrial, semestrial sau anual), respectând datele scadente specificate în cuprinsul Poliței de Asigurare.
- Prima de asigurare va fi plătită direct în contul Asigurătorului, prin intermediul unui mandat de debitare directă a contului dumneavoastră curent.



Când începe și încetează acoperirea?

Acoperirea prin asigurare începe la ora 00:00 a zilei următoare plății primei inițiale cu condiția ca Asigurătorul să primească de la Asigurat formularul de cerere de asigurare, completat și semnat, și o copie a cărții de identitate.

Durata Contractului de Asigurare este stabilită pentru o perioadă de 1 an și este reînnoită automat în fiecare an.

Acoperirea prin asigurare încetează:

- La expirarea termenului pentru care a fost încheiat Contractul de asigurare;
- Prin denunțare unilaterală de către oricare Parte a contractului, pe bază de notificare scrisă trimisă celeilalte Părți cu cel puțin 20 (douăzeci) de zile înainte de data solicitată de încetare a Contractului de Asigurare;
- La următoarea dată aniversară a Contractului de Asigurare, după ce Contractantul împlinește 61 ani;
- În cazul decesului Contractantului, ce va fi notificat către Asigurător în termen de 30 de zile;
- Încetarea calității de client BRD - Groupe Société Générale a Contractantului;
- Când Contractantul nu mai este rezident în România.

Pentru un Dependent, Polița de Asigurare încetează în oricare dintre circumstanțele următoare:

- La data încetării Contractului de Asigurare ca urmare a uneia dintre circumstanțele menționate anterior;
- Prima Dată aniversară după ce Dependentul:
 - A) a împlinit vârsta de 61 de ani în cazul soțului/ soției, partenerului de viață și dependentului asimilat;
 - B) a împlinit vârsta de 24 de ani sau dacă nu mai urmează cursurile unei unități școlare, în cazul copiilor;
- Persoana asigurată nu mai este rezidentă în România.



Cum pot să rezilies contractul de asigurare?

- Prin notificarea în scris a Asigurătorului cu cel puțin 20 de zile calendaristice înainte de data solicitată pentru încetarea Contractului de Asigurare.