Asigurare de sănătate

Document de informare privind produsul de asigurare (PID – cod: 02.02.02.F.003.0.D)

OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP

Societatea: OMNIASIG Vienna Insurance Group S.A. înregistrată în România şi autorizată de ASF / R.A. – 047/10.04.2003

Produsul companiei: ASIGURAREA DE SĂNĂTATE OMNI+

Acest document servește doar unui scop de informare și vă oferă o perspectivă a principalelor caracteristici ale produsului de asigurare propus, nefiind personalizat în funcție de nevoile dumneavoastră specifice. Informațiile complete pre-contractuale şi contractuale sunt furnizate în alte documente.
Pentru a fi informați cu claritate, vă rugăm să citiți toate aceste documente care vă permit să luați o decizie în cunoștință de cauză.

Despre ce tip de asigurare este vorba?

Asigurarea OMNI+ este o asigurare facultativă de sănătate de grup, fiind concepută pentru a acoperi costurile asistenţei medicale pentru nevoile de sănătate existente - verificări preventive, diagnosticarea bolilor şi tratamentele necesare. Se adresează, în special, companiilor cu minim 10 angajaţi care doresc includerea acestui tip de asigurare în programul de beneficii acordate angajaţilor şi membrilor familiilor acestora (soţ/soţie, copii).

Ce se asigură?

Planul de asigurare aplicabil Poliţei se va configura împreună cu Clientul, acesta putând opta pentru o combinaţie din următoarele categorii de servicii medicale:

- ✓ Servicii medicale în ambulatoriu (Consultaţii, Consultaţii de tip "second opinion", Investigaţii de tip imagistică – Ecografii, Radiografii, CT/RMN, Explorări funcţionale, Proceduri terapeutice);
- ✓ Servicii medicale spitaliceşti (spitalizare continuă);
- ✓ Servicii medicale spitaliceşti (spitalizare de zi);
- ✓ Servicii de recuperare medicală;
- ✓ Servicii medicale pentru monitorizarea sarcinii;
- ✓ Servicii medicale în legătură cu naşterea;
- ✓ Servicii medicale de îngrijire la domiciliu;
- ✓ Servicii medicale prestate în cadrul structurilor de urgență ale unităților medicale (camera de gardă);
- ✓ Servicii medicale "second opinion" (a doua opinie);
- ✓ Servicii de ambulanţă;
- ✓ Cheltuielile suportate de Asigurat în legatură cu achiziția dispozitivelor medicale;
- ✓ Cheltuielile suportate de Asigurat în legatură cu achiziția dispozitivelor medicale;
- ✓ Procurare de medicamente;
- ✓ Servicii de medicină dentară;
- ✓ Servicii medicale de prevenție.

Clientul poate opta si pentru planul de asigurare „Afectiuni critice", caz in care va primi o indemnizatie fixa de asigurare in cazul diagnosticarii cu o afectiune critica definita in conditii, aparuta in perioada de asigurare.

În cazul asigurării de grup se oferă acoperire standard pentru boli acute şi cronice, inclusiv bolile pre-existente. Conform menţiunilor Poliţei, se acoperă serviciile

Ce nu se asigură?

Nu se acordă despăgubiri/ indemnizaţii pentru sau ca urmare a:

- x Război, terorism, reacții nucleare;
- x Cutremure, inundaţii şi alte catastrofe naturale;
- x Epidemii, pandemii, declarate ca atare;
- x Faptele penale, autovătămări, tentative de sinucidere ale Asiguratului;
- x Consum de alcool, substanţe toxice sau droguri, abuz de medicamente (inclusiv urmărilor acestora);
- x Servicii medicale efectuate în scop cosmetic sau estetic;
- x Servicii medicale în legătură cu orice boli psihice sau psihotice (inclusiv depresii, anxietate), tulburările de comportament / vorbire, inclusiv alimentar;
- x Servicii medicale de genetică şi biologie moleculară;
- x Servicii medicale de genetică şi biologie moleculară;
- x Servicii medicale de nutriţie;
- x Intervenţiile chirurgicale pentru corecţia vederii utilizând tehnologia laser;
- x Intervenţiile chirurgicale pentru corecţia vederii utilizând tehnologia laser;
- x Servicii medicale de imagistică de tipul PET-CT (tomografie cu emisie pozitronică);

Lista completă a excluderilor se regăseşte în Condițiile de asigurare, pe care vă rugăm să le citiți înaintea încheierii contractului de asigurare.

Există restricții de acoperire?

Nu sunt acoperite prejudicii cauzate de:

- ! se oferă acoperire numai pentru serviciile medicale necesare din punct de vedere medical, efectuate în perioada de asigurare
- ! franşiza şi/sau contribuţia menţionată în Poliţă

medicale prestate de către furnizorii din cadrul Reţelei agreate, cât şi de către cei din afara acesteia.

Sumele asigurate şi/sau Limitele de despăgubire menționate în Poliță pentru fiecare categorie de servicii medicale, inclusiv indemnizatia acordata pentru afectiunile critice, reprezintă valoarea pentru care se încheie asigurarea și este maximul răspunderii OMNIASIG Vienna Insurance Group în cazul producerii sau apariţiei unuia sau mai multor evenimente asigurate.

(partea din despăgubire care cade în sarcina Asiguratului)

! Nu se plătesc despăgubiri în cazul accesării serviciilor medicale spitaliceşti (spitalizare continuă) şi/sau naştere în perioadele de aşteptare menționate în Poliță;

! Nu se asigură persoane cu vârsta mai mare de 69 ani la data includerii în asigurarea de grup;

! Acoperirea în cazul naşterii este limitată la 1 (un) eveniment / an de asigurare / Asigurat;

! în cazul acoperirii pentru „Afectiuni critice“ nu sunt acoperite afectiunile pre-existente;

! Planul de asigurare „afectiuni critice” se limiteaza la 1 (un) eveniment / an de asigurare / Asigurat si indemnizatia se plateste daca Asiguratul este in viata la expirarea perioadei de supravietuire.

Unde beneficiez de asigurare?

✓ Dacă nu s-a convenit altfel în Poliţă, acoperirea se limitează la serviciile medicale efectuate pe teritoriul României.

Ce obligații am?

La începutul și pe durata contractului:
– să răspundeți sincer, corect și complet la toate întrebările formulate de OMNIASIG Vienna Insurance Group;
– să vă asigurați că Asiguraţii pentru care se solicită încheierea asigurării sunt persoane eligibile conform prevederilor legale şi că aveţi acordurile acestora necesare încheierii asigurării;
– să puneţi la dispoziţia Asiguraţilor, imediat după primirea lor de la OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP: cardul de asigurare şi/ sau certificatul de asigurare (după caz) şi toate informaţiile Poliţei (drepturile şi obligaţiile acestora, reţeaua agreată etc.);
– să plătiţi prima de asigurare în întregime și la timp, conform scadenţelor stabilite;
– în cazul producerii unui eveniment, să ne înştiinţaţi imediat şi să urmaţi indicațiile medicului;
– în cazul accesării serviciilor medicale la furnizori din reţeaua agreată, să comunicaţi OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, prin intermediul Call-Center-ului menţionat în Poliţă şi înainte de angajarea oricărei cheltuieli medicale, orice intenție de accesare a serviciilor medicale;
– în cazul accesării serviciilor medicale la furnizori din afara reţelei agreate, să puneţi la dispoziția OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP documentele necesare instrumentării dosarului de despăgubire, în termen de 30 de zile calendaristice de la data efectuării serviciului medical, respectiv de la data externării din spital.

Când și cum plătesc?

Plata primei de asigurare sau, după caz, a primei rate de asigurare, se efectuează la momentul încheierii Poliţei, prin numerar sau virament bancar.
În cazul poliţelor pentru care se agreează plata în rate, scadenţa acestora va fi afişată în Poliţă.

Când începe și când încetează acoperirea?

Perioada de valabilitate este cea menţionată în Poliţă.
Data de începere a acoperirii asigurării este condiţionată de plata integrală a Poliţei sau a primei rate de primă.
Asigurarea încetează la orele 24:00 a ultimei zile de acoperire sau, după caz, anterior acestei date conform altor prevederi expres menţionate în Condiţiile de asigurare.

Cum pot să reziliez contractul?

La solicitarea dumneavoastră, contractul de asigurare își încetează efectele în termen de 20 zile calendaristice de la data notificării OMNIASIG Vienna Insurance Group în acest sens.