

Asigurare de sănătate

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

Societatea de asigurare: OMNIASIG Vienna Insurance Group

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 și 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 asistenței medicale pentru nevoile de sănătate existente - verificări preventive, diagnosticarea bolilor și tratamentele necesare. Se adresează, în special, companiilor cu minim 10 angajați care doresc includerea acestui tip de asigurare în programul de beneficii acordate angajaților și membrilor familiilor acestora (soț/soție, copii).



Ce se asigură?

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

- ✓ Servicii medicale în ambulatoriu (Consultații, Consultații de tip “second opinion”, Investigații de tip imagistică – Ecografii, Radiografii, CT/RMN, Explorări funcționale, Proceduri terapeutice);
- ✓ Servicii medicale spitalicești (spitalizare continuă);
- ✓ Servicii medicale spitalicești (spitalizare de zi);
- ✓ Servicii de recuperare medicală;
- ✓ Servicii medicale pentru monitorizarea sarcinii;
- ✓ Servicii medicale în legătură cu nașterea;
- ✓ 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 ambulanță;
- ✓ Cheltuielile suportate de Asigurat în legătură cu achiziția dispozitivelor medicale;
- ✓ Procurare de medicamente;
- ✓ Servicii de medicină dentară;
- ✓ Servicii medicale de prevenție.

Clientul poate opta și pentru planul de asigurare „Afectiuni critice”, caz în care va primi o indemnizație fixă de asigurare în cazul diagnosticării cu o afecțiune critică definită în condiții, apărută în perioada de asigurare.

În cazul asigurării de grup se oferă acoperire standard pentru boli acute și cronice, inclusiv bolile pre-existente.

Conform mențiunilor Poliței, se acoperă serviciile medicale prestate de către furnizorii din cadrul Rețelei agreeate, cât și de către cei din afara acesteia.

Sumele asigurate și/sau Limitele de despăgubire menționate în Poliță pentru fiecare categorie de servicii medicale, inclusiv indemnizația acordată pentru afecțiunile



Ce nu se asigură?

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

- ✗ război, terorism, reacții nucleare;
- ✗ cutremure, inundații și alte catastrofe naturale;
- ✗ epidemii, pandemii, declarate ca atare;
- ✗ faptele penale, autovătămări, tentative de sinucidere ale Asiguratului;
- ✗ consum de alcool, substanțe toxice sau droguri, abuz de medicamente (inclusiv urmărilor acestora);
- ✗ servicii medicale efectuate în scop cosmetic sau estetic;
- ✗ servicii medicale în legătură cu orice boli psihice sau psihotice (inclusiv depresii, anxietate), tulburările de comportament / vorbire, inclusiv alimentar;
- ✗ servicii medicale de genetică și biologie moleculară;
- ✗ servicii medicale de nutriție;
- ✗ intervențiile chirurgicale pentru corecția vederii utilizând tehnologia laser;
- ✗ servicii medicale de imagistică de tipul PET-CT (tomografie cu emisie pozitronică);

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



Există restricții de acoperire?

- ! se oferă acoperire numai pentru serviciile medicale necesare din punct de vedere medical, efectuate în perioada de asigurare
- ! franșiza și/sau contribuția menționată în Poliță (partea din despăgubire care cade în sarcina Asiguratului)
- ! nu se plătesc despăgubiri în cazul accesării serviciilor medicale spitalicești (spitalizare continuă) și/sau naștere în perioadele de așteptare menționate în Poliță;
- ! nu se asigură persoane cu vârsta mai mare de 69 ani la data includerii în asigurarea de grup;
- ! acoperirea în cazul nașterii este limitată la 1 (un) eveniment / an de asigurare / Asigurat;
- ! în cazul acoperirii pentru „Afectiuni critice” nu sunt acoperite afecțiunile pre-existente;
- ! planul de asigurare „afecțiuni critice” se limitează la 1 (un) eveniment / an de asigurare / Asigurat și indemnizația se plătește dacă Asiguratul este în viața la expirarea perioadei de supraviețuire.

critice, reprezintă valoarea pentru care se încheie asigurarea și este maximul răspunderii OMNIASIG Vienna Insurance Group în cazul producerii sau apariției unuia sau mai multor evenimente asigurate.



Unde beneficiaz de asigurare (acoperirea geografică)?

- ✓ Dacă nu s-a convenit altfel în Poliță, 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 Asigurații pentru care se solicită încheierea asigurării sunt persoane eligibile conform prevederilor legale și că aveți acordurile acestora necesare încheierii asigurării;
- să puneți la dispoziția Asiguraților, imediat după primirea lor de la OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP: cardul de asigurare și/ sau certificatul de asigurare (după caz) și toate informațiile Poliței (drepturile și obligațiile acestora, rețeaua agreată etc.);
- să plătiți prima de asigurare în întregime și la timp, conform scadențelor stabilite;
- în cazul producerii unui eveniment, să ne înștiințați imediat și să urmați indicațiile medicului;
- în cazul accesării serviciilor medicale la furnizori din rețeaua agreată, să comunicați OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, prin intermediul Call-Center-ului menționat în Poliță și înainte de angajarea oricărei cheltuieli medicale, orice intenție de accesare a serviciilor medicale;
- în cazul accesării serviciilor medicale la furnizori din afara rețelei agreate, să puneți 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 Poliței, prin numerar sau virament bancar.
- În cazul polițelor pentru care se agreează plata în rate, scadența acestora va fi afișată în Poliță.



Când începe și când încetează acoperirea?

- Perioada de valabilitate este cea menționată în Poliță.
- Data de începere a acoperirii asigurării este condiționată de plata integrală a Poliței 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 menționate în Condițiile de asigurare.



Cum pot să rezilies 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.