

Asigurarea benevolă de sănătate

Document de informare privind produsul de asigurare

 **Societatea:** Compania de asigurări General Asigurari SA, Licența nr.000887

 **Produsul:** Polița de asigurare de sănătate a cetățeanului străin



Acest document prezintă un rezumat al informațiilor esențiale despre produs. Informațiile precontractuale și contractuale complete sunt oferite în Cererea/Polița de asigurare, Contractul de asigurare benevolă de sănătate pentru cetățeni străini, Condițiile de asigurare benevolă de sănătate, Programul/Pachetul de asigurare și tariful aplicabil.



Despre ce tip de asigurare este vorba?

Asigurare generală facultativă de sănătate pentru cetățeni străini sau apatrizi aflați în Republica Moldova. Produsul acoperă, în limita pachetului și a sumei asigurate din poliță, cheltuielile medicale de urgență suportate ca urmare a unei îmbolnăviri subite, acute, produse în perioada valabilă a poliței. Acoperirea se acordă pentru servicii în ambulatoriu/policlinică și, dacă este înscris expres în poliță, pentru tratament staționar în instituții medicale publice de stat.



Ce se asigură?



Interesele patrimoniale legate de persoana asigurată, viața și sănătatea cetățeanului străin/apatrid.



Cheltuieli medicale necesare pentru îmbolnăvire subită, acută, care necesită asistență medicală de urgență și s-a produs în perioada de asigurare.



Pachet minim: asistență medicală în ambulatoriu/policlinică, în instituții medicale publice de stat, în limita sumei asigurate de 7 000 MDL.



Pachet minim standard: ambulatoriu/policlinică și staționar, dacă opțiunea este înscrisă în poliță, în limita sumei asigurate de 20 000 MDL.



Consultația primară și secundară a medicului generalist sau specialist.



Investigații prescrise de medic: USG, radiografie, endoscopie, ecografie și teste de laborator necesare diagnosticării.



Pentru staționar: spitalizare de urgență în spitale de stat de la a 3-a zi, maximum 8 zile, inclusiv consultații, examinări, medicamente prescrise și terapie intensivă maximum 3 zile.



Exemple de situații acoperite conform tarifului: febră de 38,5°C sau mai mare, criză hipertensivă, dureri acute abdominale sau toracice.



Ce nu se asigură?



Maladii cronice/preexistente și tratamentul acestora, indiferent dacă Asiguratul știa sau nu despre ele, precum și îmbolnăviri cauzate de alcoolism sau narcomanie.



Tratament experimental, infertilitate, alcoolism, toxicomanie, narcomanie, stomatologic, maladii infecțioase sau cu transmitere sexuală, HIV/SIDA și complicații



Maladii oncologice, psihice, tuberculoză, diabet zaharat, insuficiență renală cronică, boli ereditare/congenitale și alte afecțiuni cronice excluse.



RMN, CT/tomografii, scintigrafii și alte investigații high-tech; teste HIV/SIDA, hepatite B, C, D, infecții cu transmitere sexuală și markeri similari.



Intervenții chirurgicale planificate, tratamente cosmetice/plastice, schimbare de sex, sarcină/naștere/complicații, avorturi/chiuretaje, proteze, implanturi, ochelari/lentile/corecția vederii.



Sinucidere, automutilare, război, revoluție/stare excepțională, ostilități, insurecție/revolte, terorism, contaminare biologică/chimică sau înrolare în forțe armate.



Există restricții de acoperire?



Asigurarea este valabilă doar pe teritoriul Republicii Moldova și numai pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul înscris în poliță.



Ambulatoriul se acordă în policlinici/instituții publice de stat; staționarul se acoperă numai dacă este stipulat în poliță, în spitale de stat, cu excluderea IMSP al ACSR.



Pentru staționar se compensează spitalizarea de urgență de la a 3-a zi, maximum 8 zile; terapia intensivă se acoperă maximum 3 zile în cursul tratamentului spitalicesc.



Asiguratul achită de regulă serviciile medicale și solicită rambursarea; pentru spitalizare poate cere validarea poliței și garantarea/transferul direct al costurilor către instituția medicală.



Despăgubirea nu poate depăși suma asigurată și limitele pachetului; cheltuielile se acceptă numai pe baza actelor medicale și de plată în original.



Informațiile incomplete/eronate privind starea sănătății, neprezentarea actelor, întârzierea notificării sau tratamentul unei maladii excluse pot duce la refuz total/parțial ori rezilierea contractului.



Unde beneficiaz de asigurare?

- ✓ Doar în Republica Moldova, în instituții medico-sanitare publice de stat: policlinici/ambulatorii pentru Pachetul minim și spitale de stat pentru Pachetul minim standard, dacă opțiunea de staționar este înscrisă în polița de asigurare.



Ce obligații am?

- ✓ La încheiere: declarați complet și corect starea de sănătate, riscurile și circumstanțele esențiale; citiți contractul, condițiile și programul de asigurare.
- ✓ Achitați integral prima de asigurare în cuantumul calculat și la termenul indicat în poliță; permiteți prelucrarea datelor personale necesare asigurării și dosarului de daună.
- ✓ În caz de îmbolnăvire subită acută, solicitați serviciul medical în IMSP/instituție publică de stat și urmați indicațiile medicului.
- ✓ Anunțați obligatoriu Asigurătorul/Departamentul despăgubiri la tel. (022) 78 38 00; în caz de spitalizare, avizați de îndată Asigurătorul și cereți validarea poliței.
- ✓ Achitați serviciile medicale dacă pachetul prevede rambursare și păstrați originalele bonurilor/facturilor și extraselor medicale.
- ✓ În termen de 14 zile calendaristice de la finisarea tratamentului, depuneți cererea de despăgubire cu actul de identitate și copia, polița, extrasul medical/fișa de observație, trimiterea pentru spitalizare, originalele bonurilor și alte acte solicitate.

Autorizați instituțiile medicale/medicii să ofere Asigurătorului informațiile necesare privind starea sănătății și constatarea cazului asigurat.



Când și cum plătesc?

Prima se achită integral, în cuantumul calculat, la locul și termenele indicate în poliță. Costul depinde de pachetul ales, suma asigurată, durata poliței și vârsta Asiguratului, calculată în ani împliniți la data încasării primei. Tariful prevede Pachet minim - ambulatoriu/policlinică, sumă asigurată 7 000 MDL, pentru 3/6/12 luni, și Pachet minim standard - ambulatoriu/policlinică + staționar, sumă asigurată 20 000 MDL, pentru 6/12 luni.



Când începe și când încetează acoperirea?

Acoperirea începe din momentul achitării primei de asigurare, dar nu înainte de data menționată în polița nominală remisă Asiguratului. Sunt acoperite numai îmbolnăvirile subite, acute, produse în perioada de asigurare valabilă. Acoperirea încetează la expirarea perioadei indicate în poliță, prin rezoluțiune/reziliere, nulitate sau în alte cazuri prevăzute de contract și legislație.



Cum pot să rezoluționez contractul?

Oricare dintre părți - Asiguratul sau Asigurătorul - poate iniția rezilierea contractului înainte de începerea perioadei de asigurare, prin notificare scrisă transmisă celeilalte părți cu 30 zile calendaristice înainte de data rezilierii. În cazul rezilierii, Asigurătorul restituie prima de asigurare diminuată cu cuantumul cheltuielilor de gestiune. Contractul poate fi modificat numai pe cale amiabilă, prin acordul scris al părților, iar litigiile se soluționează pe cale amiabilă sau de instanța competentă.