

PLANUL AMBULATORIU CONDIȚII SPECIFICE PRIVIND ASIGURAREA DE SĂNĂTATE

DEFINIȚII

1. În înțelesul prezentelor condiții specifice de asigurare, termenii și expresiile de mai jos au următoarele semnificații:

Partener medical: furnizor de servicii medicale cu care Asiguratorul a încheiat un contract în vederea prestării de servicii medicale către Asigurați. Lista partenerilor medicali constituie anexă la contractul de asigurare.

Alte instituții medicale: furnizori de servicii medicale cu care Asiguratorul nu a încheiat un contract în vederea prestării de servicii medicale către Asigurați.

RISCURI ASIGURATE

2. În baza prezentelor condiții specifice sunt asigurate, în perioada de valabilitate a poliței, riscul de îmbolnăvire sau accidentare a Asiguratului, pentru care Asiguratorul preia costurile serviciilor medicale acordate Asiguratului, în conformitate cu art. 3 de mai jos și conform Tabelului de Beneficii – Plan Ambulatoriu anexat.

3. În condițiile prezentei asigurări, preluarea costurilor serviciilor medicale se referă la următoarele cazuri:

I. Afecțiuni acute:

- (1) acoperirea costului consultațiilor de medicină generală;
- (2) acoperirea costului consultațiilor de specialitate, inclusiv costul tratamentului urgențelor medicale (necesar pentru stabilizarea unei condiții medicale acute): alergologie, boli infecțioase, cardiologie, dermatologie, diabet – boli de nutriție, endocrinologie, gastroenterologie, hematologie, medicină internă, nefrologie, neurologie, obstetrică – ginecologie, oftalmologie, oncologie, ORL, ortopedie – traumatologie, pneumologie, reumatologie, urologie, orice specialitate chirurgicală;
- (3) acoperirea costului investigațiilor în scopul diagnosticării, în conformitate cu indicațiile medicului de medicină generală sau a medicului specialist;
- (4) acoperirea costului intervenției și transportului medical de urgență (servicii de ambulanță), în măsura în care Asiguratul este netransportabil ca urmare a unei afecțiuni acute sau dispecceratul serviciului de ambulanță a înregistrat urgență medicală, conform legislației în vigoare;
- (5) acoperirea costului intervențiilor de chirurgie efectuate în policlinică (nelimitat în rețeaua de parteneri medicali, nu se acoperă în cazul în care Asiguratul apelează la alte instituții medicale).

II. Puseul acut al unei boli cronice sau al unei afecțiuni pre-existente:

- (1) acoperirea costului consultațiilor de specialitate; (nelimitat în rețeaua de parteneri medicali Allianz-Tiriac, nu se acoperă în cazul în care Asiguratul apelează la alte instituții medicale);
- (2) acoperirea costului investigațiilor medicale și analizelor de laborator în legătură cu acutizarea bolii cronice sau a afecțiunii preexistente (nelimitat în rețeaua de parteneri medicali Allianz-Tiriac, nu se acoperă în cazul în care Asiguratul apelează la alte instituții medicale).

III. Pachet sarcină:

Acoperirea costurilor serviciilor medicale, conform Pachetului de sarcină din Tabelul de beneficii, atașat la prezentele condiții (nelimitat în rețeaua de parteneri

medicali Allianz-Țiriac, nu se acoperă în cazul în care Asiguratul apelează la alte instituții medicale);

ACCESUL LA SERVICIILE MEDICALE

4. Asiguratul poate opta pentru servicii ale partenerilor medicali ai Asigurătorului sau pentru servicii medicale oferite de alte instituții medicale din țară.

5. În cazul în care Asiguratul optează pentru serviciile partenerilor medicali, cheltuielile se rambursează 100%, direct către instituția medicală care a tratat Asiguratul.

6. În cazul în care Asiguratul optează pentru serviciile altor instituții medicale:

- a) Asiguratul va suporta 25% din costul serviciilor medicale respective;
- b) pentru serviciile medicale nominalizate la art. 3 de mai sus nivelul maxim din care Asigurătorul va rambursa 75% din contravaloarea serviciilor medicale îl reprezintă costul practicat de către partenerii medicali din localitatea în care respectivele servicii au fost prestate.

CONSTATAREA ȘI PLATA DESPĂGUBIRILOR

7. În cazul în care la producerea unui risc asigurat, Asiguratul apelează la serviciile partenerilor medicali, rambursarea cheltuielilor se face direct către instituția care a tratat Asiguratul, în termenele și în condițiile convenite de Asigurător cu aceasta.

8. În cazul în care Asiguratul apelează la serviciile altei instituții medicale, Asigurătorul va rambursa cheltuielile direct către Asigurat, în cuantumul stabilit la art.

6. În acest caz, informațiile și documentele solicitate de Asigurător sunt:

- a) cererea de despăgubire;
 - b) Formularul de Constatare a Daunei, semnat atât de Asigurat, cât și de medicul ce a efectuat tratamentul; pentru fiecare persoană și pentru fiecare serviciu medical va fi completat un Formular de Constatare a Daunei separat;
 - c) actul de identitate (copie);
 - d) chitanțe fiscale pe baza cărora Asiguratul a efectuat plata serviciilor medicale prestate de instituția medicală (în original);
 - e) documente medicale care atestă diagnosticul Asiguratului, serviciile medicale plătite de acesta și pentru care s-au eliberat chitanțele fiscale; aceste documente trebuie să conțină detalii asupra investigațiilor efectuate și tratamentului aplicat și data la care acestea s-au efectuat (în original).
9. În vederea soluționării cererii de rambursare, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita și alte documente și informații în afară de cele prevăzute la art. 8 de mai sus.
10. Cererile de rambursare a cheltuielilor medicale trebuie adresate Asigurătorului în termen de 30 zile calendaristice de la data efectuării serviciului medical.

DISPOZIȚII FINALE

11. Prevederile prezentelor condiții specifice privind asigurarea de sănătate PLANUL AMBULATORIU se completează cu prevederile condițiilor generale privind asigurarea de sănătate, în măsura în care nu contravin prezentelor condiții specifice, făcând parte integrantă din contractul de asigurare, împreună cu polița de asigurare.

ALLIANZ - ȚIRIAC ASIGURĂRI S.A.