

PLANUL SPITALIZARE CONDIȚII SPECIFICE PRIVIND ASIGURAREA DE SĂNĂTATE

RISCURI ASIGURATE

1. În baza prezentelor condiții specifice sunt asigurate, în perioada de valabilitate a poliței, riscurile de îmbolnăvire sau accidentul Asiguratului, pentru care Asigurătorul preia costurile serviciilor medicale prestate de furnizorii de servicii medicale, în conformitate cu art. 2 de mai jos și conform Tabelului de Beneficii – Plan Spitalizare anexat.
2. În condițiile prezentei asigurări, preluarea costurilor serviciilor medicale se referă la spitalizarea Asiguratului în caz de afecțiuni acute, după cum urmează:

SPITAL PRIVAT

- a) 100% din costul cazării, pentru o perioadă de maxim 21 de zile pe an de asigurare;
- b) consultații specialist, investigații în vederea diagnosticării, intervenții chirurgicale, medicamente și consumabile furnizate în regim de spitalizare, 100% din costuri, în limita a 15.000 RON pe an de asigurare.

SPITAL DE STAT

- a) 100% din costul unei rezerve private (dacă există și s-a emis o factură), pentru o perioadă de maxim 21 de zile pe an de asigurare, sau
- b) o indemnizație zilnică de 370 RON/zi, pentru primele 5 zile de spitalizare și 100 RON/zi pentru următoarele zile de spitalizare, pentru o perioadă de maxim 21 de zile pe an de asigurare;
- c) rambursarea cheltuielilor cu serviciile medicale neacoperite de sistemul asigurărilor sociale de sănătate în limita a 15.000 RON pe an de asigurare.

CONSTATAREA ȘI PLATA DESPĂGUBIRILOR

3. În cazul spitalizării Asiguratului, Asigurătorul va rambursa cheltuielile medicale direct către Asigurat. În acest sens, se vor furniza următoarele documente și informații:
 - (1) cererea de despăgubire;
 - (2) actul de identitate (copie);
 - (3) copie după foaia de observație din spital a Asiguratului care să conțină și informații referitoare la condițiile de spitalizare, data la care începe și se termină spitalizarea;
 - (4) bilet de ieșire din spital – în original
 - (5) chitanțe fiscale pe baza cărora Asiguratul a efectuat plata serviciilor medicale prestate de o instituție medicală (în original);
 - (6) documente care atestă serviciile medicale plătite de Asigurat și pentru care s-au eliberat chitanțe fiscale; aceste documente trebuie să conțină detalii asupra investigațiilor efectuate și tratamentului aplicat și data la care acestea s-au efectuat (în original).
4. 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. 3 de mai sus.
5. Cererile de rambursare a cheltuielilor medicale trebuie adresate Asigurătorului în termen de 30 zile calendaristice de la data externării.

DISPOZIȚII FINALE

6. Prevederile prezentelor condiții specifice privind asigurarea de sănătate PLANUL SPITALIZARE 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.