



SUSTINUTA DE



SUBSCRIERE MEDICALA INTEGRALA FORMULAR DE APLICARE

VA RUGAM SA COMPLETATI ACEST FORMULAR UTILIZAND EXCLUSIV **MAJUSCULE** SI BIFAND RUBRICILE RELEVANTE. ESTE IMPORTANT SA NE FURNIZATI URMATOARELE INFORMATII PENTRU A VA EVALUA IN MOD CORESPUNZATOR CEREREA. **IN CAZUL IN CARE NU RASPUNDETI LA INTREBARI, VOM CONSIDERA CA LIPSA UNUI RASPUNS INSEAMNA CA NU AVETI NIMIC DE DECLARAT. ACEASTA CERERE TREBUIE SA FIE COMPLETATA DE DVS. IN CAZUL IN CARE TREBUIE SA EFECTUATI O CORECTIE, VA RUGAM SA MARCATI MODIFICAREA.**

1.

DATELE DVS. PERSONALE (VA RUGAM SA NE INFORMATI CU PRIVIRE LA ORICE MODIFICARE A ADRESEI DVS.) REFERITOARE LA SOLICITANTUL PRINCIPAL (CONTRACTANTUL POLITEI)

CONTRACTANTUL POLITEI (DENUMIREA SOCIETATII / ANGAJATORULUI/ NUMELE SI PRENUMELE)

ADRESA DE CORESPONDENTA (A SE COMPLETA DOAR DACA DORITI SA PRIMITI CORESPONDENTA DE LA NOI LA O ADRESA DIFERITA DE CEA A ADRESEI RESEDINTEI)

ADRESA RESEDINTEI PERMANENTE

DATA DE NASTERE (ZZ/LL/AAAA)

CUI SOCIETATE / CNP / NR PASAPORT

CETATENIA (IN CAZUL IN CARE AVETI CETATENIE DUBLA, VA RUGAM SA PRECIZATI TARILE)

TARA IN CARE LOCUITI MAJORITATEA ANULUI

OCUPATIA

EMAIL

TELEFON MOBIL

2.

OPTIUNEA DVS. PRIVIND PLANUL SI FRANSIZA

Acoperirea va incepe de la data mentionata pe Certificatul de Asigurare/Certificatul de Membru, cu conditia sa fi primit si acceptat cererea dvs.

OPTIUNEA PRIVIND NIVELUL ACOPERIRII: AZURE LOCAL RIDER

OPTIUNEA PRIVIND FRANSIZA: Fransiza anuala aplicabila tuturor indemnizatiilor, per persoana, per an de asigurare

€ 0 €75 €150 €250 €500 €1000 €2500 €4500

ZONA DE APLICARE A ACOPERIRII: ROMANIA

3. ASIGURARE ANTERIOARA SAU EXISTENTA

ATI MAI FOST VREODATA ASIGURAT SAU ATI MAI APLICAT PENTRU ALTA ASIGURARE? IN CAZUL UNUI RASPUNS POZITIV, VA RUGAM SA NE FURNIZATI DETALII MAI JOS.

DA NU

DENUMIREA ASIGURATORULUI (ASIGURATORILOR) SI PLANUL (PLANURILE):

DATA EXPIRARII POLITEI:

4. VALUTA SI PLATA PRIMEI DVS.

VALUTA: € / ALEGETI FRECVENTA DE PLATA:

DATA DE ACTIVARE PREFERATA (ZZ/LL/AAAA)

ANUAL SEMI-ANUAL TRIMESTRIAL LUNAR

5. MEMBRI CARE URMEAZA A FI ACOPERITI (BENEFICIAR/I)*

FORMULA DE ADRESARE NUME SI PRENUME

1.

RELATIA CU DVS. (SOT, PARTENER, FIU/FIICA)

DATA NASTERII (ZZ/LL/AAAA)

CNP/PASAPORT

NATIONALITATEA

OCUPATIA

RESEDINTA

FORMULA DE ADRESARE NUME SI PRENUME

2

RELATIA CU DVS. (SOT, PARTENER, FIU/FIICA)

DATA NASTERII (ZZ/LL/AAAA)

CNP/PASAPORT

NATIONALITATEA

OCUPATIA

RESEDINTA

FORMULA DE ADRESARE NUME SI PRENUME

3

RELATIA CU DVS. (SOT, PARTENER, FIU/FIICA)

DATA NASTERII (ZZ/LL/AAAA)

CNP/PASAPORT

NATIONALITATEA

OCUPATIA

RESEDINTA

FORMULA DE ADRESARE NUME SI PRENUME

4

RELATIA CU DVS. (SOT, PARTENER, FIU/FIICA)

DATA NASTERII (ZZ/LL/AAAA)

CNP/PASAPORT

NATIONALITATEA

OCUPATIA

RESEDINTA

*In cazul mai multor membri de familie, va rugam sa continuati si sa utilizati un Formular de Aplicare separat, daca este necesar.

6.

ISTORICUL MEDICAL CONFIDENTIAL (DECLARATIILE TREBUIE SA FIE FORMULATE IN SCRIS IN CADRUL ACESTEI CERERI. DECLARATIILE VERBALE NU VOR FI ACCEPTATE)

Important:

1. Trebuie sa declarati istoricul dvs. medical/al persoanelor asigurate, chiar daca ati fost asigurat cu noi sau oriunde altundeva anterior.
2. NU VA FI ACCEPTATA NICIO RASPUNDERE PENTRU VREO AFECTIUNE MEDICALA CARE A APARUT INAINTE DE DATA INREGISTRARII SAU CARE ERA PREVIZIBILA LA MOMENTUL APLICARII, cu exceptia cazului in care aceasta afectiune medicala a fost declarata si acceptata de noi in scris inainte de inceperea acoperirii.
3. Orice lipsa a informatiei noastre in scris cu privire la o afectiune medicala poate conduce la refuzarea cererilor de despagubire sau la retragerea acoperirii. In cazul unei suspiciuni, este necesar sa declarati orice afectiune medicala. Va rugam sa va asigurati ca declarati integral orice afectiuni cunoscute sau suspectate si simptomele cu care s-au confruntat oricare dintre persoanele asigurate incluse in acest formular. Aceasta dispozitie se aplica si in cazul in care nu a fost consultat inca un medic specialist.

6.1.

DECLARATIE PERSONALA:

Va rugam sa aveti in vedere urmatoarele intrebari, deoarece acestea se aplica fiecareia dintre persoanele mentionate in acest formular. Raspundeti la fiecare intrebare prin bifarea in mod clar (✓) a uneia dintre rubricile corespunzatoare cu Da/Nu si prin completarea detaliilor, unde este necesar, in cazul in care raspunsul este Da.

6.1a. Va rugam sa precizati inaltimea si greutatea actuale. A pierdut cineva mai mult de 5 kg in ultimele 6 (sase) luni?

NUMELE PERSOANELOR ASIGURATE	DA	NU	GREUTATE (KG)	INALTIME (CM)	IN CAZUL UNUI RASPUNS POZITIV, TRECETI MOTIVUL PENTRU PIERDEREA GREUTATII IN ULTIMELE 6 (SASE) LUNI	INVESTIGATIE/TRATAMENT		DOCTOR/CLINICA/ NUMELE SPITALULUI
						DATA (LL/AAAA)	DETALII	

6.1b. Ati fumat sau utilizat orice produse din tutun sau produse din tutun fara fum (inclusiv, dar fara a se limita la tigarete, tigari, pipe si tutun de mestecat)?

NUMELE PERSOANELOR ASIGURATE	DA	NU	CONSUMUL ZILNIC MEDIU (BUCATI/ZI)	NUMARUL DE ANI	DATA INCETARII FUMATULUI		MOTIVUL INCETARII FUMATULUI
					DATA (LL/AAAA)	DETALII	

6.1c. Ati luat vreodata droguri sau narcotice care conduc la adictie sau ati fost tratat sau consiliat in legatura cu o problema legata de droguri sau alcool?

NUMELE PERSOANELOR ASIGURATE	DA	NU	DATA INITIERII (AAAA/LL)	DATA ULTIMULUI SIMPTOM (AAAA/LL)	GRADUL DE RECUPERARE	INVESTIGATIE/TRATAMENT		DOCTOR/CLINICA/ NUMELE SPITALULUI
						DATA (LL/AAAA)	DETALII	

6.2. DECLARATIE PERSONALA: INFORMATII PRIVIND SANATATEA – VA RUGAM SA RASPUNDETI LA TOATE INTREBARILE

A avut cineva un istoric sau suferă la momentul de față de sau a primit consiliere medicală sau tratament pentru una din următoarele (diagnosticate sau nu)? In cazul în care oricare dintre răspunsurile la întrebările 6.2.a.-6.2.m. din această secțiune este Da, MERGETI LA SECȚIUNEA 6.3. și furnizați detalii.	NUMELE MEMBRULUI PRINCIPAL	NUMELE PRIMULUI MEMBRU DE FAMILIE	NUMELE CELUI DE-AL DOILEA MEMBRU DE FAMILIE	NUMELE CELUI DE-AL TREILEA MEMBRU DE FAMILIE	NUMELE CELUI DE-AL PATRULEA MEMBRU DE FAMILIE
6.2a. Durere în piept, tensiune arterială ridicată, atac de cord, murmur, palpitație, accident vascular, colesterol ridicat, afecțiuni congenitale, anemie sau afecțiuni cardiace/ale sangelui/vasculare?	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU
6.2b. Nodul /polip / chist / creștere de orice fel sau posibil diagnostic de cancer?	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU
6.2c. Diabet, afecțiuni tiroidiene, boli metabolice sau boli endocrine?	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU
6.2d. Hepatita B, Hepatita C (inclusiv orice altă formă de hepatită sau calitatea de purtător de hepatită), infecția cu HIV/SIDA, afecțiuni hepatice, afecțiuni ale vezicii biliare sau orice afecțiuni gastrointestinale (inclusiv ulcerul gastric/duodenal, colita ulceroasă)?	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU
6.2e. Probleme legate de rinichi sau vezică urinară, infecții urinare recurente, incontinență, afecțiuni ale rinichilor, pietre la rinichi, nefrită sau afecțiuni ale sistemului genito-urinar (inclusiv vezică, prostată), boli ale sanului sau orice boli ale aparatului reproducător (inclusiv ovarele, uterul și colul uterin, fibroza, endometrioză, menstruație abundentă sau neregulată), afecțiuni testiculare?	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU
6.2f. Orice afecțiuni musculo-scheletale (inclusiv afecțiuni ale articulațiilor/oaselor, artrită, boli ale coloanei vertebrale, dureri de spate, probleme ale gâtului/umarului, probleme ale cartilajelor sau ligamentelor, fracturi, osteoporoză, guta sau alte afecțiuni inflamatorii) sau orice boli auto-imune (inclusiv lupus)?	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU
6.2g. Afecțiuni ale ochilor/urechilor/nasului/gâtului sau orice afecțiuni respiratorii (inclusiv astm, pneumonie, tuberculoză, emfizem, tulburare obstructivă cronică a căilor respiratorii, COVID-19)?	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU
6.2h. Epilepsie, leziune a capului/creierului, paralizie, dependență de alcool/droguri, afecțiuni psihiatrice (inclusiv depresie sau tulburări de anxietate) sau alte afecțiuni neurologice?	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU
6.2i. Stomatologie? De exemplu, tratament stomatologic specializat, tratament maxilo-facial (în curs sau anticipat)	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU
6.2j. În ultimii 5 ani, a primit cineva tratament medical sau i s-a prescris medicație pentru orice afecțiune care a durat mai mult de 7 zile (altă decât afecțiuni minore, cum ar fi răceala sau gripa)?	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU
6.2k. A fost cineva consiliat de un medic în ultimii 5 ani sau vreuna dintre persoanele asigurate intenționează să se prezinte, s-a prezentat sau frecventează la momentul de față orice spital, clinică sau medic pentru:	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU
6.2k.I. Teste de diagnosticare, cum ar fi raze X, ultrasonografie, analize de sânge, tomografie computerizată (CT), biopsie, electrocardiograma (EKG), teste de urină sau alte investigații, etc. (în afara scopului obișnuit legat de locurile de muncă, cu rezultate normale)?	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU
6.2k.II. Boala, operație, semne și simptome, dizabilitate fizică, leziune sau altă recomandare sau tratament medical (a) care nu a fost menționată în cadrul celorlalte întrebări?	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU
6.2l. Așteptați cineva rezultatele analizelor sau investigațiilor referitoare la o afecțiune medicală nedagnosticată sau prezintă simptome pentru care nu aveți un diagnostic? În cazul unui răspuns pozitiv, vă rugăm să furnizați detalii.	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU
6.2m. Sarcină					
6.2m.I. Dvs. sau oricare dintre persoanele asigurate este însărcinată (vă rugăm să precizați numărul de luni)?	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU
6.2m.II. Urmați sau ați urmat orice formă de tratament de fertilizare?					
6.2m.III. Prezențați orice complicații anterioare sau actuale asociate cu procrearea, sarcină sau cezariană?					
6.2n. Dumneavoastră sau vreunul dintre solicitanți ați fost sfătuit, diagnosticat cu sau ați primit consultanță medicală, îngrijire, tratament sau ați luat medicamente pentru orice tip de cancer, tumoră malignă, limfom Hodgkin, limfom non-Hodgkin, leucemie, cancer de piele, melanom sau ați avut orice teste de depistare a cancerului anormale sau orice teste care indică faptul că dumneavoastră/solicitanții ați/ar putea avea cancer?	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU	DA NU

Nota: Dvs. sau oricare dintre solicitanți aveți dreptul de a nu comunica informații și documente cu privire la starea dumneavoastră oncologică (cancer) dacă a fost diagnosticată/trată și v-ați recuperat complet (remisie completă) și au trecut mai mult de 7 ani de la sfârșitul protocolului oncologic aferent sau dacă dumneavoastră sau oricare dintre solicitanți înainte de a împlini vârsta de 18 ani ați fost diagnosticat/trătat și v-ați recuperat complet (remisie completă) și au trecut mai mult de 5 ani de la încheierea protocolului oncologic relevant.

Definiția recuperării complete și a încheierii protocolului oncologic este inclusă în Condițiile de asigurare ale acestui produs.

6.3.

ACEASTA PARTE SE APLICA IN CAZUL IN CARE ATI RASPUS „DA” LA ORICARE DIN INTREBARILE DIN SECTIUNEA 6.2 INTREBARILE 6.2A. - 6.2M. VA RUGAM SA PREZENTATI TOATE AFECTIUNILE MEDICALE (SAU SIMPTOMELE NEDIAGNOSTICATE) CARORA LE SUNT DESTINATE ACESTE RASPUNSURI.

TREBUIE SA DECLARATI ORICE AFECTIUNE DE CARE ATI SUFERIT DVS. SAU ORICE PERSOANA DEPENDENTA A DVS SI CARE POATE AVEA UN IMPACT ASUPRA SANATATII DVS. VIITOARE IN CAZUL IN CARE AVETI ORICE INDOIALA REFERITOARE LA RELEVANTA UNEI AFECTIUNI PENTRU ACEASTA CERERE DE ASIGURARE, TREBUIE SA O DECLARATI CU BUNA-CREDINTA.

NE REZERVAM DREPTUL DE A SOLICITA UN RAPORT MEDICAL PE CHELTUIALA DVS. (IN CAZUL IN CARE AVETI NEVOIE DE SPATIU SUPLIMENTAR PENTRU DECLARATIA DVS., VA RUGAM SA TRECETI LA SECTIUNEA 6.4 - INFORMATII SUPLIMENTARE).

INTREBAREA NR.: NUMELE PACIENTULUI:

NATURA AFECTIUNII SI DIAGNOSTICUL FINAL:

CAND A INCEPUT? (LL/AAAA)

CAND A INCETAT? (LL/AAAA)

NUMARUL DE EPISOADE INTRE DATA DE INCEPUT SI DATA DE SFARSIT:

TRATAMENTUL PRESCRIS:

NUMELE SPITALULUI SI MEDICUL CURANT:

STAREA DE SANATATE ACTUALA (TRATAMENTUL CONTINUA, RECUPERARE COMPLETA, RECURENT SAU POSIBIL SA REAPARA):

INTREBAREA NR.: NUMELE PACIENTULUI:

NATURA AFECTIUNII SI DIAGNOSTICUL FINAL:

CAND A INCEPUT? (LL/AAAA)

CAND A INCETAT? (LL/AAAA)

NUMARUL DE EPISOADE INTRE DATA DE INCEPUT SI DATA DE SFARSIT:

TRATAMENTUL PRESCRIS:

NUMELE SPITALULUI SI MEDICUL CURANT:

STAREA DE SANATATE ACTUALA (TRATAMENTUL CONTINUA, RECUPERARE COMPLETA, RECURENT SAU POSIBIL SA REAPARA):

INTREBAREA NR.: NUMELE PACIENTULUI:

NATURA AFECTIUNII SI DIAGNOSTICUL FINAL:

CAND A INCEPUT? (LL/AAAA)

CAND A INCETAT? (LL/AAAA)

NUMARUL DE EPISOADE INTRE DATA DE INCEPUT SI DATA DE SFARSIT:

TRATAMENTUL PRESCRIS:

NUMELE SPITALULUI SI MEDICUL CURANT:

STAREA DE SANATATE ACTUALA (TRATAMENTUL CONTINUA, RECUPERARE COMPLETA, RECURENT SAU POSIBIL SA REAPARA):



INTREBAREA NR.: NUMELE PACIENTULUI:

NATURA AFECTIUNII SI DIAGNOSTICUL FINAL:

CAND A INCEPUT? (LL/AAAA) CAND A INCETAT? (LL/AAAA) NUMARUL DE EPISOADE INTRE DATA DE INCEPUT SI DATA DE SFARSIT:

TRATAMENTUL PRESCRIS: NUMELE SPITALULUI SI MEDICUL CURANT:

STAREA DE SANATATE ACTUALA (TRATAMENTUL CONTINUA, RECUPERARE COMPLETA, RECURENT SAU POSIBIL SA REAPARA):

INTREBAREA NR.: NUMELE PACIENTULUI:

NATURA AFECTIUNII SI DIAGNOSTICUL FINAL:

CAND A INCEPUT? (LL/AAAA) CAND A INCETAT? (LL/AAAA) NUMARUL DE EPISOADE INTRE DATA DE INCEPUT SI DATA DE SFARSIT:

TRATAMENTUL PRESCRIS: NUMELE SPITALULUI SI MEDICUL CURANT:

STAREA DE SANATATE ACTUALA (TRATAMENTUL CONTINUA, RECUPERARE COMPLETA, RECURENT SAU POSIBIL SA REAPARA):

Va rugam sa furnizati numele si adresa medicului dvs. / al persoanelor asigurate.

NUMELE PERSOANELOR ASIGURATE	NUMELE MEDICULUI & SPECIALIZAREA	ADRESA MEDICULUI
------------------------------	----------------------------------	------------------

6.4. INFORMATII SUPLIMENTARE

Va rugam sa utilizati aceasta sectiune daca aveti nevoie de mai mult spatiu pentru a raspunde la intrebari. In cazul in care nu aveti nevoie de mai mult spatiu, TRECETI acum la SECTIUNEA 7 Consimtamant privind prelucrarea datelor cu caracter personal si 8 Declaratie si semnatura. In raspunsurile dvs., va rugam sa includeti:

- Numarul intrebarii,
- Numele persoanei asigurate.

7. CONSIMTAMANT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Cererea dvs. de asigurare este procesata de catre MediHelp International, asigurata prin Inter Partner Assistance S.A. si reasigurata prin AXA PPP Healthcare Limited. Anumite aspecte ale administrarii politei dvs. sunt sustinute de AXA Global Healthcare (Marea Britanie) Limited sau si AXA Life & Health Reinsurance Solutions (parte din AXA Group). Politicile privind confidentialitatea ale AXA - Global Healthcare pot fi gasite la:

www.axaglobalhealthcare.com/globalassets/shared/documents/agh-privacy-policy.pdf.

Politicele de confidentialitate ale MediHelp International pot fi gasite la: <https://www.medihelp.ro/protectia-datelor-si-confidentialitate>

Va rugam sa va asigurati ca orice persoana acoperita de aceasta polita, citeste acest rezumat integral si politicile privind confidentialitatea datelor de pe website-ul nostru. Dorim sa va reasiguram ca nu vom vinde niciodata informatiile cu caracter personal ale membrilor catre terti. Vom folosi informatiile dvs. doar in moduri care sunt permise de lege, care includ doar colectarea informatiilor necesare. Vom obtine consimtamantul dvs. pentru prelucrarea informatiilor, cum ar fi informatiile dvs. medicale, atunci cand este necesar sa actionam in acest sens.

Colectam informatii despre dvs. si despre membrii familiei care sunt acoperiti de planul dvs. de la dvs., de la acei membri ai familiei, de la furnizorii dvs. medicali, angajatorul dvs. (in cazul in care faceti parte dintr-o asigurare de grup), brokerul dvs. de asigurari, daca aveti unul, si de la furnizorii terti de informatii.

Va prelucram informatiile doar in scopul gestionarii calitatii dvs. de membru si a cererilor dvs. de despagubire, inclusiv investigarea fraudei. De asemenea, avem o obligatie legala de a intreprinde astfel de demersuri, cum ar fi raportarea suspiciunilor de infractiuni catre agentii de aplicare a legii. Totodata, efectuam anumite tipuri de prelucrare, deoarece ne ajuta sa ne desfasuram activitatea, cum ar fi cercetarea, aflarea mai multor informatii despre dvs., analiza statistica, de exemplu, pentru a ne ajuta sa luam decizii cu privire la prime si marketing.

Putem divulga informatiile dvs. altor persoane sau organizatii. De exemplu, vom actiona in acest sens pentru:

- A gestiona cererile dvs. de despagubire, de exemplu, pentru a trata cu medicii dvs.;
- A facilita acordarea indemnizatiilor sau pentru a administra in alt mod polita dvs.; si
- A ne ajuta sa prevenim si sa identificam infractiunile si cazurile de malpraxis medical prin discutii cu alti asiguratori si agentii relevante; si
- A permite altor societati AXA sa va contacteze, in cazul in care asa ati agreeat'.

Pentru a putea sa va administram polita, putem transfera si accesa informatiile dvs. in tarile din intreaga lume, inclusiv India si SUA, unde se desfasoara anumite activitati de administrare, si Elvetia, unde AXA detine un centru de date european. Inainte de a actiona in acest sens, ne vom asigura ca datele dvs. sunt protejate si divulgate doar persoanelor fizice autorizate, exclusiv in vederea prestarii de servicii aferente politei dvs. sau cererii dvs. de despagubire. Orice transfer intern al datelor dvs. va fi efectuat doar in conformitate cu legile si reglementarile relevante privind protectia datelor. Va puteti retrage consimtamantul de prelucrare a datelor personale, dar daca actionati in acest sens, nu vom putea prelucra cererile de despagubire sau administra in mod corespunzator planul dvs.

Va vom informa in cazul in care se produce o incalcare a securitatii datelor si informatiile dvs. personale si medicale sunt divulgate partilor neautorizate. Notificarea va fi furnizata in termen de 72 de ore de la confirmarea incidentului. In anumite cazuri, aveti dreptul sa ne solicitati sa incetam prelucrarea informatiilor dvs. sau sa ne spuneti daca nu doriti sa primiti anumite informatii de la noi, cum ar fi comunicari de marketing. De asemenea, ne puteti solicita o copie a informatiilor pe care le detinem despre dvs. si ne puteti cere sa corectam informatiile eronate.

In cazul in care doriti sa va exercitati oricare dintre drepturi, sunati-ne la (+ 40) 311 097 046 sau scrieti-ne.

1. In conformitate cu Regulamentul general european privind protectia datelor (Regulamentul UE 2016/679, „GDPR”), aplicabil de la data de 25 mai 2018, imi exprim in mod expres consimtamantul pentru ca Asiguratorul si MediHelp sa imi prelucreze DATELE CU CARACTER PERSONAL REFERITOARE LA SANATATEA MEA, date care sunt absolut necesare pentru prestarea serviciului de asigurare corespunzator politei de asigurare pe care am incheiat-o sau, dupa caz, ale carei efecte mi se aplica.

Sunt de acord sa imputernicesc Asiguratorul sa efectueze orice anchete, sa solicite documente de la medicii curanti, care pot ajuta la evaluarea completa a starii mele de sanatate. Autorizez orice medic, spital, clinica sau orice alta unitate de asistenta medicala, care detine date sau informatii si/sau documente referitoare la sanatatea mea, sa furnizeze, la cererea scrisa a Asiguratorului, informatii complete privind orice boala, accident, tratament, examinare, consultatie sau spitalizare pe care am efectuat-o.

In cazul in care se produce un Eveniment/Risc asigurat, imputernicesc Asiguratorul/MediHelp sa intreprinda toate demersurile in vederea obtinerii documentelor necesare pentru stabilirea extinderii obligatiei de a plati Indemnizatia de Asigurare, exceptand de la obligatia de secret profesional medicii care m-au examinat/tratat, precum si orice institutie publica sau privata care detine informatii referitoare la starea mea de sanatate si la istoricul starii mele de sanatate, atat in cursul vietii mele si ulterior, in caz de deces, indiferent de cauze.

Am inteles ca, in cazul in care refuz sa imi dau in mod expres consimtamantul cu privire la prelucrarea datelor referitoare la starea de sanatate, Asiguratorul nu va putea sa execute contractul de asigurare la care sunt parte sau ale carui efecte mi se aplica, inclusiv, dar fara a se limita la, plata despagubirii.

DA NU NUME SI PRENUME

SEMNATURA

2. Imi dau in mod expres consimtamantul pentru ca Asiguratorul si MediHelp sa imi trimita buletine informative cu privire la produsele si serviciile acestora, inclusiv in vederea imbunatatirii acestora, beneficii pe care as putea sa le accesez, oferte promotionale sau oportunitati de asigurare (SCOP DE MARKETING).

DA NU NUME SI PRENUME

SEMNATURA

3. Imi dau in mod expres consimtamantul sa primesc corespondenta electronica, prin utilizarea datelor mele de contact furnizate in acest formular, in vederea incheierii contractului si/sau prin derularea acestuia, instiintari privind facturile scadente, acest tip de corespondenta producand aceleasi efecte ca si corespondenta in format fizic.

DA NU NUME SI PRENUME

SEMNATURA

8. DECLARATIE SI SEMNATURA

- a. Declar ca:
- potrivit cunostintelor si convingerilor mele, declaratiile din acest formular sunt complete, adevarate si corecte;
 - Voi cita Termenii, Conditiiile Generale si Contractul, atunci cand le voi primi, si sunt de acord sa ma supun acestora, cu exceptia cazului in care anulez inregistrarea in termen de 30 de zile de la data acceptarii cererii mele.
- b. Sunt de acord ca acceptarea cererii mele se va efectua in baza acestor declaratii.
- c. Inteleg ca, in cazul in care apar modificari ale informatiilor pe care le-am furnizat inainte de data de incepere a politei mele/noastre, trebuie sa va informez imediat, in scris.
- d. Inteleg ca odata ce polita a inceput sa isi produca efectele, nu veti plati pentru tratamentul vreunei afectiuni medicale (sau al unei afectiuni medicale aferente) de care membrul/membrii suferea (u) deja la momentul afilierii, cu exceptia cazului in care aceasta a fost prezentata integral in aceasta cerere si acceptata de dvs. Aceasta include orice astfel de afectiune (i) medicala (e) sau simptome, tratate sau nu, si orice afectiune (i) medicala (e) anterioara (e) care revin(e) sau pe care ar trebuit sa o (le) cunosc in mod rezonabil chiar daca eu/noi nu am consultat un medic.
- e. Inteleg ca, in calitate de Contractant legal al acestei polite de asigurare, toata corespondenta despre aceasta cerere, inclusiv corespondenta aferenta cererii de despagubire, imi va fi trimisa, cu exceptia cazului in care va scriu pentru a va indica altfel. De asemenea, inteleg ca documentele politei, comunicari scrise si detaliile privind afilierea vor fi emise in limba engleza/romana.
- f. Inteleg ca anumite tari solicita rezidentilor, indiferent daca sunt expatriati sau de alt tip, sa incheie asigurarea de sanatate prin intermediul unui furnizor local sau sa detina o asigurare care indeplineste anumite cerinte obligatorii si ca este posibil ca asigurarea furnizata de dvs. sa nu indeplineasca aceste cerinte specifice tarii si, prin urmare, o asigurare suplimentara poate fi necesara. Totodata, inteleg ca, in anumite situatii, pot exista consecinte sub forma sanctiunilor fiscale sau de alta natura, in cazul in care rezidentul nu detine asigurarea locala necesara pe langa polita de asigurare medicala internationala. In cazul in care aveti orice nelamuriri cu privire la cerinte legate de asigurarea suplimentara in tara mea principala de resedinta (astfel cum este definita la sectiunea 1 Despre Contractantul Politei), inteleg ca imi revine responsabilitatea de a verifica cu autoritatile locale, pentru a stabili daca exista cerinte suplimentare privind asistenta medicala carora trebuie sa ma supun.
- g. Prin semnarea si returnarea acestui formular, confirm ca declaratiile formulate in aceasta cerere sunt corecte si ca am autoritatea de a incheia aceasta polita in numele oricaror membri ai familiei.

Important: Sunteti sfatuit sa pastrati o evidenta a tuturor informatiilor furnizate in legatura cu aceasta cerere, inclusiv orice scrisori pe care ni le trimiteti in legatura cu aceasta. In cazul in care doriti o copie a acestei cereri, va rugam sa ne informati in termen de 90 (nouazeci) de zile. Dupa completarea acestui formular si semnarea Declaratiei, va rugam sa le trimiteti la: client@medihelp.ro. Declaratia este valabila timp de 30 (treizeci) de zile de la data semnarii. **Voi prezenta Asiguratorului orice modificare a starii de sanatate si/sau a consultatiei medicale si/sau a elementelor materiale ale cererii care au loc dupa semnarea acestui formular de cerere, dar inainte de emiterea politei.**

Am luat la cunostinta si confirm ca:

- a. Am primit un exemplar al **Termenilor si Conditiiilor Generale** ale politei, impreuna cu **Documentul de Informare privind Produsul de Asigurare**,
- b. Am revizuit **Termenii si Conditiiile Generale** ale politei impreuna cu **Documentul de Informare privind Produsul de Asigurare**, am adresat intrebari si am solicitat clarificari in legatura cu **Termenii si Conditiiile Generale** ale politei si in legatura cu **Documentul de Informare privind Produsul de Asigurare** (iar pentru toate am primit raspuns de la Asigurator intr-un mod satisfactor),
- c. Inteleg **Termenii si Conditiiile Generale** ale politei si **Documentul de Informare privind Produsul de Asigurare**,
- d. Sunt de acord cu acestea.
- e. **Mandat si informare co-brokeraj:** Subsemnatul, declar ca prin completarea si semnarea prezentului document mandatez brokerii mentionati mai jos cu privire la reprezentarea intereselor contractantului, asiguratilor si beneficiarilor in relatia cu asiguratorul in vederea incheierii politei de asigurare MediHelp. Declar de asemenea ca am fost pe deplin informat cu privire la faptul ca serviciile de intermediere in asigurare sunt prestate in co-brokeraj, astfel:

-
- Analiza nevoii clientului
 - Solicitarea de oferta
 - Asistenta post-vanzare

si

MEDIHELP INTERNATIONAL BROKER DE ASIGURARE S.R.L

- Calculul si emiterea ofertei de asigurare
- Suportul in vanzare
- Comunicarea cu asiguratorul referitor la documentatia de asigurare a produsului
- Incasarea primei de asigurare de la asigurat, in baza imputernicirii primite din partea societatii de asigurare.

NUMELE CONTRACTANTULUI

DATA

SEMNATURA CONTRACTANTULUI

INTERMEDIAR

CODUL INTERMEDIARULUI

SEMNATURA INTERMEDIARULUI