

ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.3 MECANISMUL DE FUNCȚIONARE A PRODUSELOR DE ASIGURARE DE SĂNĂTATE

INCHEIEREA ASIGURĂRII DE SANATATE

Partile asigurarii de sanatate

Partile contractului de asigurare de sanatate sunt:

Contractantul - Persoana fizica sau juridica care incheie Contractul de asigurare cu Asiguratorul si care se obliga fata de acesta la plata primelor de asigurare. In cazul asigurarilor incheiate de persoane fizice contractantul poate fi in acelasi timp si asigurat;

Asiguratul - persoana fizica a carei stare de sanatate face obiectul contractului de asigurare si care este indreptatita sa primeasca servicii medicale cuprinse in contractul de asigurare. Asiguratul poate sa fie titular sau asigurat dependent care poate sa fie sotul/sotia sau copiii asiguratului titular care se gasesc in intretinerea acestuia.

Asiguratorul - persoana juridica romana autorizata sa exercite activitati de asigurare de sanatate care în schimbul primei de asigurare incasate, se obliga sa plateasca indemnizatia de asigurare cuvenita, la producerea riscului asigurat, conform conditiilor contractuale.

Furnizorul de servicii medicale - Medic, personal medical si/sau institutie medicala care sunt autorizate si licentiate de autoritatile

competente sa presteze servicii medicale conform nivelului universal de cunoastere medicala si care actioneaza in limitele autorizatiei primite.

Incheierea contractului de asigurari

Incheierea contractului de asigurare de sanatate se face diferit in functie de tipul de asigurare: individuala sau de grup. Intrucat asiguratul este intotdeauna o persoana fizica, distinctia se face in functie de contractant. Avem, asadar, contractual incheiat de un contractant persoana fizica, de regula o asigurare privata de sanatate individuala si contractual incheiat de o persoana juridica care poate fi atat o asigurare de sanatate individuala cat si de grup. Modalitatile de incheiere a celor doua difera substantial, motiv pentru care le vom dezbate separat.

Incheierea contractului de asigurare de sanatate privata individuala

Durata contractului de asigurare incepe la data specificata in polita de asigurare, ora 00:00, numai daca plata ratei initiale a primei de asigurare a fost facuta anterior acestei date.

Contractul de asigurare se incheie la data emiterii politei de asigurare. Asigurarea se incheie pe o perioadă de un an. Contractul poate fi reinnoit anual, cu acordul partilor.

Asigurarea se încheie de catre o persoană fizica, cetatean roman sau strain, care are domiciliul/rezidenta in Romania sau/si de catre persoane juridice inregistrate in Romania (societati comerciale sau organizatii sindicale, organizatii profesionale etc.), in calitate de contractant.

Asigurarea se incheie pentru:

- Asigurat/Persoana dependenta (sot/sotie), incepand cu vârsta de 16 ani, varsta maxima de contractare a asigurării fiind de regula 64 de ani. Varsta se calculeaza ca varsta implinita la data inceperii asigurarii, respectiv data intrarii în vigoare a politei de asigurare.
- Pentru copiii dependenti ai asiguratului, începând cu varsta de 0 -6 luni (in functie de asigurator) si maxim 18-23 de ani. Asigurarea încetează dupa implinirea varstei maxime acceptata de asigurator pentru copiii dependenti.

Varsta se calculeaza ca varsta implinita la data inceperii asigurarii, respectiv data intrarii in vigoare a politei de asigurare.

Asigurarea se incheie in baza cererii de asigurare scrise, cu declaratia detaliata a tuturor factorilor relevanti pentru evaluarea riscurilor. In situatia in care contractantul/asiguratul are un dubiu cu privire la importanta unei anumite informatii/ imprejurari, acesta se obliga sa o comunice asiguratorului, care va aprecia importanta ei.

La incheierea contractului si pentru fiecare persoana nou intrata in asigurare, asiguratorul are dreptul de evaluare a riscului medical, de rezidentă, occupational, practicarea de sporturi, hobby-uri etc.

Fiecare persoana nou intrata este obligata, dacă asiguratorul solicita, sa se supuna anumitor investigatii sau unui examen medical complet, efectuate pe cheltuiala asiguratorului, de un medic/o unitate medicala desemnat/a de asigurator. In cazul in care persoana nu este acceptata in asigurare, asiguratorul va retine, din prima de asigurare platita de catre contractant, costurile investigatiilor mai sus amintite.

Asiguratul si/sau contractantul vor/va prezenta asiguratorului, la cererea acestuia din urma si/sau din proprie initiativa, pe propria raspundere civila si penala si pe propria cheltuiala, toate informatiile suplimentare necesare unei evaluari/reevaluari corecte a riscului preluat de asigurator, insotite de inscrisuri probatoare, dupa caz.

Asiguratorul este îndreptăţit ca, în funcţie de starea de sănătate a asiguratului, să stabilească cuantumul primei pentru fiecare asigurat în parte, precum şi eventuale excluderi din asigurare, potrivit propriilor sale criterii.

Asiguratorul îşi rezervă dreptul de a accepta un risc ce depăşeşte riscul de asigurare standard, prin perceperea unei prime de asigurare suplimentare sau de a refuza preluarea în asigurare.

Dacă în urma evaluării riscului se constată ca asiguratul nu se încadrează în condiţii de risc standard, asiguratorul va comunica decizia sa contractantului, care are dreptul:

- În cazul în care asiguratorul refuza acoperirea prin asigurare sau contractantul refuza prima marită, prima de asigurare plătită la semnarea cererii de asigurare va fi restituită.
- Dacă intervin modificări, faţă de cele declarate în cererea de asigurare, care ar putea influenţa şi creşte riscul de asigurare, după data completării cererii de asigurare şi până la data intrării în vigoare a politei de asigurare, contractantul asigurării este obligat să comunice asiguratorului această schimbare, în scris, de regulă în maxim 24 de ore de la apariţie.

Dacă asiguratul sau contractantul, la încheierea contractului de asigurare, nu au răspuns cu sinceritate şi complet la întrebările care pot afecta corectă evaluare a riscului asigurat şi aceste informaţii sunt incluse în documentele care constituie baza contractului, asiguratorul poate să considere contractul de asigurare absolut nul, cu restituirea primelor de asigurare achitate, diminuate cu eventualele cheltuieli medicale (dacă au fost efectuate pe cheltuiala asiguratorului).

Incheierea contractului de asigurare de sanatate privata grup

Contractul de asigurare in cazul grupurilor se incheie intre contractant si asigurator, contractantul avand obligatia de a informa asiguratii privind termenii contractuali;

Contractul de asigurare se incheie pentru membrii grupului eligibili, a caror varsta este cuprinsa, de regula, intre 16 ani si 65 de ani. Asigurarea poate fi incheiata si pentru coasigurati/dependentii asiguratilor cu varsta cuprinsa intre 0-6 luni si 65 de ani, iar pentru coasiguratul copil, varsta nu poate depasi 18-23 ani.

Se considera membru eligibil:

- Un membru al grupului, activ si prezent la locul de munca la data inceperii asigurarii;
- Un membru al grupului, care nu este activ si prezent la locul de munca la data inceperii asigurarii este considerat eligibil la data reinceperii activitatii;
- O persoana, care devine membru al grupului dupa data de inceput a asigurarii, este considerata eligibila din momentul includerii in grupul respectiv de catre asigurator;
- In cazul in care, prin contractul de asigurare, se ofera acoperire pentru coasiguratii persoanei asigurate (dependenti), perioada de includere a acestora in asigurare este de maxim o luna de la data emiterii politei de asigurare pentru coasiguratii membrilor existenti la această data si de maxim o luna de la data includerii in grup a dependentilor membrilor noi.

La reinnoirea politei de asigurare, asiguratorul isi rezerva dreptul de a reevalua riscul asigurat si de a modifica primele de asigurare in conformitate cu istoricul daunelor inregistrate pe polita de asigurare anterioara, sau chiar de a refuza reinnoirea politei.

Contractul de asigurare se incheie nominal, pentru toti membrii grupului eligibili cu actualizarea listelor de personal si includerea ulterioara in asigurare a persoanelor noi din grup. Acoperirea este valabila numai pentru persoanele nominalizate.

Un membru al grupului este asigurat (inclus în asigurare) fara investigatii medicale pentru suma asigurata/limitele de asigurare mentionate in polita de asigurare de la data la care devine eligibil. In cazurile persoanelor care devin membri ulterior incheierii contractului initial de asigurare, plata primei de asigurare individuale aferente perioadei de asigurare se face la:

- Data platii primelor de asigurare pentru asigurarea deja existenta, sau
- Data convenita in contractul de asigurare ca data de regularizare a primei de asigurare in functie de fluctuatia de personal

La data inceperii asigurarii, contractantul va transmite obligatoriu asiguratorului lista membrilor eligibili, care va cuprinde:

- Numele si prenumele;
- CNP;
- Data inceperii raporturilor de munca/colaborare, respectiv data includerii in grup pentru syndicate, asociatii, cluburi etc.;
- Categoria de includere.

Lista membrilor eligibili se actualizeaza la datele stabilite de comun acord intre contractant si asigurator. Lista se trimite obligatoriu si in forma electronica intr-un format standard specificat de asigurator.

Asiguratorul emite o singura polita de asigurare, pentru toti asiguratii, la care se pot adauga anexe si acte aditionale, daca este cazul.

Acoperirea prin asigurare incepe la ora 00.00 a zilei imediat urmatoare celei în care contractantul a platit prima de asigurare totala/avansul de prima, dar nu mai devreme de data inceperii asigurarii mentionata in polita de asigurare daca partile nu au convenit altfel.

Asiguratorul poate emite carduri de asigurare pentru toti asiguratii.

In general, in cazul asigurarilor de grup asiguratorul nu solicita completarea declaratiilor de sanatate si efectuarea de investigatii medicale pentru membrii eligibili. In cazuri deosebite insa (sume asigurate mari/grupuri mici/varsta inaintata etc.), asiguratorul isi rezerva dreptul de a solicita membrilor eligibili completarea unor declaratii de sanatate sau efectuarea unor examinari/investigatii medicale, respectiv prezentarea de documente medicale recente, anterioare includerii in asigurare.

In urma analizei declaratiei de sanatate, pot exista urmatoarele cazuri:

- Preluarea membrului eligibil în conditii standard;
- Preluarea membrului eligibil în conditii de asigurare diferite de cele aplicabile celorlalti membri ai grupului (modificare prima, impunerea unor excluderi, propunerea de sume asigurate diferite etc.);
- Refuzul preluarii in asigurare a respectivului membru eligibil;
- Propunerea de planuri alternative de asigurare;
- Amanarea includerii in asigurare pana la o reevaluare medicala a carei data va fi stabilita de asigurator

Plata primelor de asigurare

Prima de asigurare este stabilita individual de asigurator, atat pentru asigurat, cat si pentru persoanele dependente din contractul de asigurare, pe baza calculului actuarial, în functie de:

- Vârsta;
- Tipul pachetului de acoperiri;
- Suma asigurata;
- Durata asigurari;
- Ocupatia;
- Rezidenta;
- Evaluarea riscului.

Asiguratorul isi rezerva dreptul de a prelua in asigurare si riscuri crescute fata de nivelul de risc standard stabilit, in conditii si cu prime speciale de asigurare.

Prima de asigurare totala este calculata ca suma a primelor aferente tuturor persoanelor cuprinse in contractul de asigurare.

Contractantul/asiguratul este raspunzator pentru plata primelor/ratelor de prima de asigurare in cuatumul si la termenele convenite în polita de asigurare, atat pentru asigurarea de baza, cat si pentru eventualele clauze suplimentare atasate acestei asigurari. In cazul in care contractantul/asiguratul plateste doar o parte din prima/rata de prima de asigurare, polita de asigurari se considera neplatita. In cazul in care contractul de asigurare inceteaza, primele/ratele de prima de asigurare achitate în avans vor fi restituite.

Prima de asigurare poate fi platita integral, anticipat, prin plata anuala sau fractionat, prin plati esalonate (semestrial, trimestrial sau lunar).

Prima de asigurare/intaia rata de prima de asigurare se achita la data completarii cererii de asigurare.

In conditiile in care contractantul/asiguratul nu plateste prima/ratele de prima de asigurare la datele scadente convenite in polita de asigurare, asiguratul nu mai poate beneficia de serviciile medicale stabilite prin contractul de asigurare.

Fiecare luna de asigurare inceputa se considera luna intreaga.

Plata primei de asigurare in cazul fluctuatiei numarului de asigurati/angajati in cazul politelor de grup:

- Pentru un asigurat/angajat nou care intra in asigurare, se plateste prima de asigurare proportionala cu numarul de luni acoperite de asigurare;
- In ultima luna inainte de expirarea contractului nu se accepta in asigurare noi asigurați.

In cazul in care primele de asigurare datorate asiguratorului nu sunt achitate la scadenta, contractantul/asiguratul are posibilitatea sa le plateasca în termen de 15-30 de zile calendaristice de la data scadentei, termen numit „perioada de gratie”. In aceasta perioada, riscurile asigurate sunt acoperite numai daca primele de asigurare datorate asiguratorului sunt achitate integral in perioada de gratie. La expirarea perioadei de gratie, in cazul in care contractantul/asiguratul nu a achitat prima/rata de prima de asigurare, polita de asigurare se reziliaza de plin drept, de la data scadentei, fara notificare sau alta formalitate prealabila si fara interventia instantei de judecata. Asiguratorul nu are nici o raspundere cu privire la riscurile asigurate produse incepand cu data scadentei initiale la care era datorata rata de prima de asigurare neplatita.

In cazul în care asiguratorul considera ca neplata ratelor scadente este cauzata de evenimente neimputabile contractantului/asiguratului, contractul de asigurare poate fi repus în vigoare prin plata ratelor de prima restante, in termen de 30-60 de zile de la data ultimei prime de asigurare scadente neplatite, numai in baza declaratiei asiguratului ca in perioada de neplata nu

are pretentii pentru acordarea indemnizatiei de asigurare pentru eventuale evenimente asigurate.

Prima de asigurare se plateste in numerar, direct la banca sau prin virament în contul bancar al asiguratorului, sau numerar, direct la banca sau virement in conturile brokerului de asigurare in cazul in care contractul este intermediat, iar data platii este considerata cea specificata pe documentul doveditor al platii ca fiind data dispozitiei de plata. Documentul doveditor al platii trebuie sa contina obligatoriu numarul politei de asigurare, cuantumul primei de asigurare datorate, numele contractantului si numarul ratei de prima.

Plata primei de asigurare, pentru contractele cu suma asigurata in valuta, se face in lei, la cursul BNR din ziua platii. Plata indemnizatiei de asigurare si/sau a serviciilor medicale se face in lei, la cursul valutar din data facturarii serviciilor medicale prestate.

La momentul platii, contractantul/asiguratul trebuie sa solicite si sa pastreze dovada platii primei de asigurare.

Asiguratorul nu este obligat sa anunte contractantul/asiguratul de scadenta primei de asigurare si nici sa incaseze prima de asigurare la domiciliul, resedinta, sediul sau locul de munca al contractantului/asiguratului. Incasarea primei de asigurare la o astfel de locatie, chiar repetata, nu poate fi invocata drept derogare, pe viitor, de la prevederile mai sus mentionate.

Prima de asigurare pentru pachetul acoperit si pentru clauzele acoperite de asigurare este mentionata in polita de asigurare.

In contractul de asigurare de sanatate nu se acorda valori de rascumparare sau participare la profit.

Drepturile si obligatiile partilor

Asiguratul/contractantul are obligatia sa furnizeze informatii corecte si complete prin cererea de asigurare si celelalte documente ale contractului de asigurare.

Dupa instiintarea producerii riscului asigurat, pentru obtinerea indemnizatiei in caz de spitalizare, interventii chirurgicale sau nastere in afara retelei agreate de furnizori, asiguratul/contractantul/beneficiarul are obligatia sa depuna, la sediul asiguratorului, documentele solicitate de acesta referitoare la producerea riscului asigurat si/sau necesare la evaluarea acordarii indemnizatiei de asigurare/ platii costului serviciilor medicale.

Semnarea tabelului nominal/cererii de asigurare este obligatorie, prin aceasta ccontractantul/asiguratul imputerniceste asiguratorul sa obtina de la medicii curanti datele privind istoricul medical, starea de sanatate si tratamentul aplicat, dezlegandu-i de secretul profesional.

Asiguratul, rudele sale, reprezentantii legali, trebuie sa consimta la examinarea medicala a asiguratului de catre medicii agreati de asigurator.

Dupa producerea riscului asigurat, in termenul maxim convenit in contractul de asigurare, asiguratul are obligatia sa anunte asiguratorul si sa urmeze indicatiile primite privind prezentarea de urgenta la o unitate sanitara sau la un medic, pentru a fi examinat si ulterior sa urmeze tratamentul prescris.

Contractantul, daca este diferit de asigurat, este obligat sa aduca la cunostinta, sub semnatura, asiguratului/persoanelor ce urmeaza a fi cuprinse in asigurare, contractul de asigurare.

In cazul nerespectarii acestor obligatii, Asiguratorul poate refuza plata indemnizatiei de asigurare.

In cazul in care contractantul este o alta persoana decat asiguratul iar acesta decedeaza in perioada de valabilitate a contractului, drepturile si obligatiile sale sunt transferate asupra asiguratului, daca in contractul de asigurare nu este prevazut altfel.

În cazul în care contractantul este o persoană juridică și activitatea sa încetează în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, drepturile și obligațiile rezultate din contractul de asigurare sunt transferate asupra asiguratului.

Asiguratorul se obligă să acopere costul serviciilor medicale pentru riscurile care se produc în perioada de valabilitate a asigurării și care au fost acceptate, mai puțin acoperirea franșizei (dacă există).

Incetarea contractului de asigurare

Incetarea contractului de asigurare poate interveni în mai multe situații.

În cazul asigurărilor de grup, contractul poate înceta pentru tot grupul astfel:

- Neplata primelor de asigurare la data prevăzută în contractul de asigurare sau în termenul de grație specificat în condițiile generale;
- Nerespectarea obligațiilor contractuale de către una dintre părți;
- La solicitarea uneia dintre părți, printr-o notificare scrisă trimisă celeilalte părți, cu un număr de zile înainte, număr convenit prin contract.

Atât în cazul contractelor pentru grupuri cât și în cazul celor individuale, încetarea mai poate opera:

Pentru Asigurat:

- La data expirării perioadei de valabilitate a contractului, așa cum a fost stabilită în polița de asigurare;
- La data decesului asiguratului, produs în perioada asigurată;

- La data rezilierii contractului de asigurare de catre asigurat/asigurator, inclusiv ca urmare a neplatii primei de asigurare;
- La data denuntarii contractului de asigurare de catre asigurat/contractant/asigurator;
- La data platii intregii sume asigurate, a consumarii serviciilor medicale acoperite, specificate in contract sau in anexele la acesta;
- La data expirarii specificata în polita de asigurari;
- La prima aniversare dupa implinirea varstei de 65 de ani a asiguratului;
- La data pierderii calitatii de asigurat, prin pierderea calitatii de salariat/(membru) al asiguratului in raport cu contractantul asigurare, in cazul asigurarilor de grup

Pentru Persoana dependenta:

- La data expirarii perioadei de valabilitate a contractului, asa cum a fost stabilita in polita de asigurare;
- La data decesului persoanei dependente, produs in perioada asigurata;
- La data rezilierii contractului de asigurare de catre asigurat/asigurator, inclusiv ca urmare a neplatii primei de asigurare;
- La data denuntarii contractului de asigurare de catre asigurat/contractant/asigurator;
- La data platii intregii sume asigurate, a consumarii serviciilor medicale acoperite, specificate in contract sau in anexele la acesta;

- La data expirării specificată în polița de asigurare, după împlinirea vârstei maxime de acoperire pentru persoanele dependente;
- La data pierderii calității de asigurat, prin pierderea calității de salariat/(membru) al asiguratului în raport cu contractantul asigurare, în cazul asigurărilor de grup

Denunțarea contractului de asigurare de către una din părți se poate efectua numai cu notificarea scrisă, prealabilă, a celeilalte părți, cu cel puțin 20-30 de zile (în funcție de asigurător) înainte de denunțarea.

Contractul de asigurare poate înceta pentru orice alt motiv prevăzut de legislația în vigoare.

În cazul denunțării contractului de asigurare, primele de asigurare plătite în avans de către contractant/asigurat vor fi restituite, pentru perioada de asigurare rămasă neacoperită, numai dacă nu s-au plătit sau nu se datorează indemnizații de asigurare pentru riscurile asigurate produse în perioada de valabilitate a asigurării.

În cazul în care Contractul este denunțat din inițiativa contractantului, înainte de termenul de expirare a perioadei de asigurare prevăzut în polița, contractul de asigurare se consideră a fi denunțat, fără nicio obligație din partea asigurătorului.

Orice alte prime adiționale plătite, care au ajuns la scadență după rezilierea, denunțarea sau încetarea contractului, vor fi rambursate contractantului/asiguratului de către asigurător, la solicitarea scrisă a acestuia. Orice plată efectuată de către contractant/asigurat cu titlu de primă de asigurare, ulterior încetării contractului de asigurare, sau acceptată de către asigurător, nu va crea obligații asigurătorului, cu excepția obligației de restituire a sumei de bani încasate.

ACCESAREA POLITEI DE SANATATE

Modalitati de accesare a politei de asigurare de sanatate

Polita de asigurare de sanatate poate fi accesata in mai multe modalitati, in functie de asigurator si de pachetul ales.

Accesarea prin call center

In cazul in care asiguratorul detine un serviciu de call center, asiguratul, inainte de accesarea serviciilor de sanatate va contacta acest call-center care va efectua programarea si va da acordul de accesare asiguratului. In acelasi timp call-center-ul va transmite si clinicii acordul asiguratorului in ceea ce priveste asiguratul si serviciile pe care acesta le poate accesa si care vor fi decontate catre furnizor.

Accesarea prin prezentarea la furnizor

Exista asiguratorii care nu solicita o preaprobare a serviciilor medicale prin call center. Asiguratul se poate programa direct la clinica unde doreste sa acceseze serviciile. In acest caz furnizorul colecteaza datele necesare de la asigurat, le transmite asiguratorului, iar acesta din urma aproba direct furnizorului serviciile pe care urmeaza sa le deconteze. Dupa primirea aprobarii de la asigurator, furnizorul comunica asiguratului raspunsul si il programeaza pentru serviciile medicale.

Accesarea serviciilor in afara retelei proprii a asiguratului

Cei mai multe dintre asiguratori deconteaza serviciile medicale si in cazul in care nu se fac in rețeaua proprie de furnizor, prin decontare ulterioara de costuri catre asigurat. In acest caz nu este necesara nici o instiintare prealabila a asiguratorului. Asiguratul se prezinta la clinica/cabinetul/spitalul dorit, i se efectueaza serviciile solicitate pe care le achita. Ulterior se adreseaza asiguratorului pentru recuperarea sumelor platite prin depunerea la dosarul de dauna a documentelor justificative ale serviciilor accesate, respectiv a platilor efectuate.

Decontarea serviciilor medicale

Decontarea serviciilor medicale se face diferit in functie de accesarea acestora. Vom avea decontarea directa la furnizorul de servicii medicale din rețeaua de parteneri sau decontarea ulterioara care se face catre asigurat in cazul in care acesta s-a adresat unui furnizor care nu este in rețeaua de parteneri a asiguratorului.

Decontarea directa

In situatia in care asiguratorul opereaza prin call center, pentru a putea beneficia de serviciile medicale asiguratul trebuie sa urmeze cativa pasi:

- Sa anunte Call Center-ul la numarul de telefon dedicat, in maxim 24-72 de ore de la producerea riscului asigurat;
- Sa furnizeze datele cardului de asigurat/politei de asigurare precum si informatii referitoare la evenimentul produs;
- Sa urmeze indicatiile primite din Call Center;
- Sa prezinte personalului medical Cardul de Asigurat daca acesta exista, la prezentarea in unitatea medicala din rețeaua privata de

sanatate, impreuna cu actul de identificare cu fotografie (BI/CI, pasaport).

Daca asiguratul nu respecta obligatiile de mai sus sau indicatiile primite prin call center, asiguratorul poate sa refuze plata indemnizatiei de asigurare, daca din acest motiv nu a putut stabili cu certitudine responsabilitatile care ii revin conform contractului de asigurare.

In situatia in care asiguratorul nu are un call center prin care functioneaza, asiguratul contacteaza clinica/cabinetul/spitalul unde doreste sa beneficieze de serviciile medicale si urmeaza instructiunile primite din partea acestuia. Si in acest caz, daca asiguratul nu respecta procedura indicata poate primi un refuz la decontarea serviciilor medicale din partea asiguratorului.

Decontarea pentru servicii in afara retelei partenere de furnizori

Pentru evaluarea si stabilirea dreptului la indemnizatia de asigurare, daca procedurile medicale au fost efectuate in afara retelei de prestatori agreati, asiguratul este obligat sa prezinte asiguratorului urmatoarele documente:

- declaratia de dauna completata de asigurat;
- dovada ca Asiguratul este membru eligibil al grupului in cazul politelor de grup;
- dovada contractului de asigurare pentru politele individuale
- copie carte de identitate asigurat;
- documente justificative de decontare emise de catre prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite asiguratului in original (facturi, chitante, bonuri etc.);

- raport medical complet al procedurii efectuate care sa contina: datele de identificare ale asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul procedurii medicale, recomandarile/investigatiile medicale/ tratamentele indicate si rezultatele acestora;
- protocolul procedurilor efectuate;
- alte documente solicitate de asigurator.

In situatia in care asiguratul nu prezinta aceste documente, asiguratorul are dreptul sa refuze plata indemnizației de asigurare.

In cazul in care procedurile se efectueaza în afara rețelei de prestatori de servicii medicale agreati, termenul de notificare este, de regula, de maxim 30 de zile de la data producerii riscului asigurat. In caz de neindeplinire a acestei obligatii, asiguratorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat si a intinderii prejudiciului si are dreptul sa refuze preluarea costului procedurilor efectuate.

Asiguratorul isi rezerva dreptul de a evalua fiecare caz si de a despagubi doar procedurile care au stricta legatura cu evenimentul asigurat.

Declaratiile false

Contractantul asigurarii este raspunzator pentru corectitudinea informatiilor furnizate asiguratorului privind asiguratii/coasiguratii. Daca exista declaratii incorecte, toate indemnizatiile rezultand din contractul de asigurare vor fi ajustate in consecință, pe baza datelor corecte.

Daca contractantul/asiguratul vor furniza declaratii false sau informatii incomplete, in masura in care aceste informatii sunt esentiale pentru buna derulare a contractului de asigurare, asiguratorul are dreptul de a lua urmatoarele masuri, in functie de circumstantele concrete:

a) In cazul în care caracterul fals sau incomplet al declaratiilor/informatiilor furnizate este descoperit de catre asigurator inainte de producerea evenimentului asigurat, asiguratorul are următoarele drepturi:

- ✓ In cazul in care, daca i-ar fi fost aduse la cunostinta caracteristicile reale ale riscului grupului de asigurați (varsta, ocupatie etc.), ar fi incheiat contractul de asigurare in alte conditii, asiguratorul are dreptul de a modifica unilateral, in consecință, conditiile de acoperire pentru asiguratii de pe contract (prima, excluderi etc);
- ✓ In cazul in care, daca i-ar fi fost aduse la cunostinta caracteristicile reale si complete privitoare la risc, nu ar fi incheiat contractul de asigurare, asiguratorul are dreptul de a rezilia unilateral contractul de asigurare.

b) In cazul in care caracterul fals sau incomplet al declaratiilor/informatiilor furnizate este descoperit de catre asigurator ulterior producerii evenimentului asigurat, asiguratorul are următoarele drepturi:

- ✓ In cazul in care, daca i-ar fi fost aduse la cunostinta caracteristicile reale ale riscului grupului de asigurați (varsta, ocupatie etc.), ar fi incheiat contractul de asigurare in alte conditii, asiguratorul are dreptul de a reduce cuantumul indemnizatiei corespunzator raportului dintre prima stabilita si cea care ar fi trebuit platita, cunoscandu-se exact imprejurarile, respectiv de a nu acoperi costurile serviciilor medicale. In aceste circumstante, asiguratorul are totodata dreptul de a modifica unilateral, in consecinta, conditiile de acoperire contractuală a riscului producerii oricarora dintre evenimentele asigurate in baza contractului de asigurare;
- ✓ In cazul in care, daca i-ar fi fost aduse la cunostință caracteristicile reale si complete privitoare la risc, nu ar fi incheiat contractul de asigurare, asiguratorul are dreptul de a refuza plata indemnizatiei de asigurare si/sau a costurilor serviciilor medicale putand rezilia unilateral contractul de asigurare;

- ✓ In cazul in care asiguratul a furnizat informatii false sau incomplete cu privire la circumstantele producerii evenimentului/riscului asigurat, asiguratorul are dreptul de a refuza plata indemnizatiei de asigurare pentru dauna respectiva, respectiv de a nu acoperi costul serviciilor medicale putand exclude din asigurare asiguratul respectiv.

In cazul rezilierii de catre asigurator a contractului de asigurare pentru declaratii false/incomplete, asiguratorul este degrevat de orice obligatii.