

Clauza nr. 13-10**la polița nr. _____ din _____****privind asigurarea de accidente**

1. În baza condițiilor prezentei clauze, Asigurătorul extinde acoperirea poliței sus menționate și pentru cheltuielile medicale efectuate de Asigurat, cetățean străin aflat temporar în România, ca urmare a îmbolnăvirii subite sau a unui accident survenit în perioada cât acesta se află în România.
2. Prin completarea prevederilor și a sumei prevăzute la pct. 19 lit. b) din “Condiții privind asigurarea de accidente”, conform condițiilor prezentei Clauze, Asigurătorul acoperă toate cheltuielile medicale efectuate de Asigurat până la suma menționată în polița de asigurare.
3. Asigurările pot fi încheiate de cetățeni străini aflați temporar în România sau de persoane juridice române, în beneficiul cetățenilor străini invitați de acestea sau care desfășoară o activitate în folosul acestora.
4. Acoperirea prin asigurare a cheltuielilor medicale este valabilă numai pe teritoriul României.
5. Cheltuielile medicale se referă la:
 - a) tratamentul ambulatoriu al Asiguratului;
 - b) medicamente și materiale sanitare prescrise de medic, cu excepția protezelor;
 - c) proceduri de diagnosticare stabilite de medic;
 - d) spitalizarea Asiguratului, pentru o perioadă maximă de 30 de zile calendaristice pe an; în acest scop trebuie folosit spitalul din localitatea în care se află Asiguratul sau spitalul din localitatea cea mai apropiată, unde există posibilitatea aplicării tratamentului adecvat.
 - e) intervenții chirurgicale de urgență;
 - f) tratament stomatologic de urgență, dar numai pentru alinarea durerilor acute, pentru maximum doi dinți și în limita a 150 Euro pentru un dinte tratat;
 - g) cheltuieli pentru transportul efectuat de serviciile de ambulanță, până la cel mai apropiat spital sau la cel mai apropiat medic;
 - h) cheltuieli pentru transferul la o clinică de specialitate, dacă acesta este solicitat de medicul curant.
6. Oricare din cheltuielile prevăzute la pct. 5 lit.a-h) fac obiectul prezentei Clauze numai în condițiile în care:
 - a) orice consultație medicală sau tratament se efectuează de către un medic practician dintr-o unitate sanitară, clinică sau cabinet particular autorizate în România, sub supravegherea directă a medicului, având la dispoziția sa facilități suficiente de diagnosticare și terapie; în acest scop se poate folosi orice unitate sanitară din România, clinică sau cabinet particular, unde există posibilitatea aplicării tratamentului adecvat;
 - b) se desfășoară numai conform metodelor recunoscute, omologate și testate clinic în România.
7. În plus față de cheltuielile medicale menționate în prezenta Clauză, Asigurătorul suportă și cheltuielile de repatriere, în urma decesului Asiguratului, în limita sumei pentru cheltuieli, înscrisă în poliță.
8. În completarea celor prevăzute la pct. 7 din “Condiții privind asigurarea de accidente”, Asigurătorul nu plătește despăgubiri nici pentru:
 - a) boli cronice sau afecțiuni pre-existente începerii valabilității poliței, precum și consecințe ale acestora; excluderea este valabilă și pentru alte proceduri medicale sau accidente efectuate sau întâmplate cu un an înaintea începerii perioadei asigurate, precum și pentru consecințe ale acestora;

- b) orice costuri în legătură cu tratamentul cancerului, al bolilor cu transmitere sexuală, infectarea cu HIV, SIDA și consecințele acestora;
- c) orice evenimente cauzate direct sau indirect de acte de terorism, precum și pentru orice costuri legate direct sau indirect de acțiuni întreprinse cu scopul de a controla, a preveni sau a suprima orice act de terorism; prin *act de terorism* se înțelege un act care presupune folosirea forței sau a violenței (inclusiv amenințarea) de către o persoană sau un grup de persoane care acționează în nume propriu sau în numele oricărei organizații/guvern, comis în scopuri sau din motive politice, religioase, ideologice sau etnice ori cu intenția de a influența orice guvern sau de a răspândi teama în orice segment de populație, precum și fapta de a introduce sau răspândi în atmosferă, pe sol etc., produse, substanțe sau materiale de natură să pună în pericol sănătatea oamenilor;
- d) îndepărtarea defectelor sau anomaliilor/malformațiilor fizice (chirurgie plastică);
- e) orice costuri legate de cure de odihnă sau de recuperare în sanatorii, centre de sănătate sau odihnă, case de convalescență sau în alte instituții similare;
- f) cheltuieli în legătură cu sarcina, nașterea copilului, tratamente sau controale medicale specifice stării de graviditate ori ca urmare a modificărilor de natură cronică datorate sarcinii și consecințele acestora. Totuși, potrivit prevederilor prezentelor condiții, în cazul unor complicații acute apărute în primele 30 de săptămâni de sarcină, Asigurătorul va despăgubi cheltuielile care privesc strict procedurile medicale de salvare a vieții mamei și/sau copilului, cu condiția ca femeia însărcinată să nu fi împlinit vârsta de 38 de ani;
- g) proceduri medicale de investigare sau de tratament cu caracter experimental, specifice cercetării medicale, precum și consecințele acestora;
- h) tratamente de medicină alternativă, proceduri terapeutice nerecunoscute din punct de vedere medical și neautorizate de instituții medicale competente și consecințele acestora;
- i) reabilitare și fizioterapie sau pentru cheltuieli efectuate pentru procurarea, înlocuirea sau refacerea protezelor de orice fel, a ochelarilor de vedere, inclusiv a lentilelor de contact;
- j) tratamente stomatologice definitive, tratamente de canal, ortodontoză, paradontoză, detartrare, dinti artificiali, coroane/punți dentare;
- k) examinări de rutină, controale sau verificări medicale generale (tip fișă medicală), inclusiv vaccinări de rutină impuse sau solicitate de autorități medicale;
- l) tratamentul sau îngrijirea medicală acordată de către soț/soție, părinți sau copii.
- m) servicii medicale care nu sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului sau pentru efectuarea tratamentului sau care nu sunt impuse ca urmare a unei îmbolnăviri acute sau ca urmare a unei vătămări corporale din accident;
- n) medicamente sau tratamente prescrise înainte de începerea valabilității poliței de asigurare;
- o) cheltuieli medicale în condiții de spitalizare sau de internare în clinici de specialitate și/sau cheltuieli de repatriere care nu au fost avizate în prealabil la Asigurător.

9. Plata cheltuielilor medicale se poate face:

- a) direct către unitatea sanitară, clinica sau cabinetul particular care a tratat Asiguratul, punând la dispoziția Asigurătorului următoarele informații și documente:
 - numele Asiguratului;
 - numărul poliței de asigurare;
 - factura pe baza căreia urmează să se încaseze plata serviciilor medicale prestate Asiguratului (consultații, spitalizare, tratament etc.);
 - documentele medicale care atestă diagnosticul Asiguratului și serviciile medicale prestate acestuia și pentru care s-a emis factura de încasare a contravalorii serviciilor medicale; aceste documente trebuie să conțină detalii asupra tratamentului aplicat și data la care acesta a fost efectuat;

- b) către Asigurat, în cazul în care acesta a efectuat plata serviciilor medicale care i-au fost prestate de către o unitate sanitară, clinică sau cabinet particular sau a suportat cheltuielile medicale în cazul unui tratament ambulatoriu. În acest caz, informațiile și documentele solicitate de Asigurător sunt:
- polița de asigurare;
 - actul de identitate (pașaportul);
 - chitanțe fiscale pe baza cărora Asiguratul a efectuat plata serviciilor medicale prestate de o unitate sanitară, clinică sau cabinet particular, și/sau cu care acesta a cumpărat medicamentele sau materialele sanitare necesare tratamentului;
 - documente medicale (inclusiv rețete) care atestă diagnosticul Asiguratului, serviciile medicale plătite de acesta și medicamentele și/sau materialele sanitare necesare tratamentului și pentru care s-au eliberat chitanțele fiscale; aceste documente trebuie să conțină detalii asupra tratamentului aplicat și data la care acesta s-a efectuat;
10. Cererile de rambursare a cheltuielilor medicale trebuie adresate Asigurătorului în termen de 10 zile calendaristice de la terminarea tratamentului.
11. Asiguratul trebuie să furnizeze, la cererea Asigurătorului, toate informațiile și documentele necesare stabilirii circumstanțelor producerii evenimentului asigurat și cuantumului indemnizației de asigurare.
12. În vederea stabilirii valorii indemnizațiilor de asigurare, Asiguratul trebuie să autorizeze Asigurătorul să obțină toate informațiile considerate necesare, de la terțe persoane (medici, unități sanitare, etc) și să elibereze aceste persoane de obligația de a păstra secretul cu privire la cazul respectiv.
13. Perioada de valabilitate este cea din polița la care prezenta clauză se anexează.

Procedura de urmat în caz de îmbolnăvire sau de accident

- A.** În cazul în care sunteți spitalizat în urma unui accident sau a unei îmbolnăviri, contactați Asigurătorul sau înmânați polița de asigurare unui cadru medical care vă asigură asistență, pentru a ne contacta la tel 021/ 208 2171
- B.** În cazul în care ați efectuat deja plata serviciilor medicale, pentru depunerea documentelor în vederea rambursării cheltuielilor vă rugăm contactați sucursala la care ați încheiat polița de asigurare.

14. Alte mențiuni

.....

.....

15. La prezenta clauză se aplică toate prevederile din "Condiții privind asigurarea de accidente" de pe verso-ul poliței la care prezenta este anexă, în măsura în care nu contravin prevederilor din prezenta.

Data emiterii:

Încheiată în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte semnatară.

ASIGURAT,

ASIGURĂTOR,
Allianz-Țiriac Asigurări S.A.

.....
(nume, semnătură, ștampilă)

.....
(nume, semnătură, ștampilă)

Această pagină este lăsată intenționat necompletată.