

TARIF DE PRIME
privind asigurarea medicală pentru călătorii în străinătate

Tabelul 1 - Tarif de bază pentru turiști

Durata călătoriei (în zile)	Prima de asigurare de persoană (LEI)	Durata călătoriei (în zile)	Prima de asigurare de persoană (LEI)	Durata călătoriei (în zile)	Prima de asigurare de persoană (LEI)
2	180 000	27	570 000	52	840 000
3	210 000	28	580 000	53	860 000
4	230 000	29	590 000	54	880 000
5	250 000	30	600 000	55	900 000
6	270 000	31	600 000	56	915 000
7	300 000	32	610 000	57	930 000
8	320 000	33	620 000	58	945 000
9	340 000	34	630 000	59	960 000
10	360 000	35	640 000	60	975 000
11	380 000	36	650 000	61 - 89	975 000 + 7 500 x nr. de zile excedent peste 60
12	400 000	37	660 000		
13	420 000	38	670 000		
14	440 000	39	685 000	90	1 200 000
15	450 000	40	700 000	91 - 119	1 200 000 + 10 000 x nr. de zile excedent peste 90
16	460 000	41	710 000		
17	470 000	42	720 000		
18	480 000	43	730 000	120 zile	1 500 000
19	490 000	44	740 000	121 - 179	1 500 000 + 12 500 x nr. de zile excedent peste 120
20	500 000	45	750 000		
21	510 000	46	760 000		
22	520 000	47	770 000	180	2 250 000
23	530 000	48	780 000	181 - 364	2 250 000 + 8 000 x nr. de zile excedent peste 180
24	540 000	49	790 000		
25	550 000	50	800 000		
26	560 000	51	820 000	365	3 750 000

Anco

Tabelul 2 - Tarif special de prime pentru oameni de afaceri și șoferi TIR

Durata călătoriei	Prima de asigurare de persoană (LEI)	Durata călătoriei	Prima de asigurare de persoană (LEI)
2 - 15 zile	285 000	91 - 120 zile	645 000
16 - 30 zile	375 000	121 - 150 zile	720 000
31 - 60 zile	430 000	151 - 180 zile	870 000
61 - 90 zile	570 000	181 - 365 zile	1 200 000

Tabelul 3 - Coeficienți de ajustare a Tarifului de bază (Tabelul 1) sau a Tarifului special de prime (Tabel 2)

Cauza ajustării	Planul de acoperire				
a) aria de valabilitate	A	B	A+C	B+C	C
Țări limitrofe României	0,50	0,70	-	-	-
Spațiul Schengen și Uniunea Europeană	-	-	-	-	1,00
Orice țară, cu excepția celor din Spațiul Schengen, Uniunea Europeană, SUA, Canada și Israel	0,70	0,90	-	-	-
Orice țară, cu excepția SUA, Canada și Israel	-	-	1,00	1,10	-
Orice țară, inclusiv SUA, Canada și Israel	-	-	1,50	2,00	-
SUA, Canada și Israel	1,00	2,00	-	-	-
b) vârsta Asiguratului					
sub 3 ani	1,20				
între 3 și 6 ani	1,10				
între 6 și 65 de ani	1,00				
între 65 și 70 de ani	1,50				
între 70 și 75 de ani	2,00				
peste 75 de ani	-				
c) felul activității prestate în străinătate					
Comerț, finanțe, bănci, asigurări, administrație, educație, cercetare, sănătate, medicină, servicii sociale, turism, cultură și alte asemenea	1,00				
Munci agricole, industrie chimică, alimentară, textilă, pielărie, hârtie și tipărituri, electricitate, gaze, ateliere de reparații	1,25				
Activități sportive, transporturi rutiere sau feroviare, pădurari, industria cauciucului, mase plastice, petrol, rafinării, extracția minereurilor feroase și neferoase, construcții civile sau industriale	1,50				
Metalurgie, explozivi, exploatare miniere, cariere, lucrători pe platforme marine/utilaje portuare/șantiere navale/marinari pe rute internaționale, măcelari, scafandri, militari în misiuni de luptă	-				
(-) Nu se acceptă încheierea asigurării !					

CONDIȚII PRIVIND ASIGURAREA MEDICALĂ PENTRU CĂLĂTORII ÎN STRĂINĂTATE**OBIECTUL ASIGURĂRII**

1. ALLIANZ - ȚIRIAC ASIGURĂRI S.A., în calitate de Asigurător, acoperă, potrivit pct. 4 de mai jos, costurile medicale și/sau de repatriere determinate de îmbolnăvirea subită sau de un accident suferit de Asigurat în timpul călătoriei sale în străinătate.
2. Asigurările pot fi încheiate de persoane fizice care au domiciliul sau rezidența în România.
3. Acoperirea prin asigurare este valabilă pe aria teritorială menționată în poliță. Asigurarea nu este valabilă în țările în care Asiguratul are domiciliul sau al căror cetățean este.

RISCURI ACOPERITE

4. În caz de accident sau îmbolnăvire subită, Asigurătorul despăgubește cheltuielile medicale impuse de tratamentul de urgență, necesar a fi efectuat pe timpul șederii temporare în străinătate a Asiguratului, precum și cheltuielile de repatriere.
- 4.1 În condițiile prezentei asigurări, cheltuielile medicale se referă numai 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) spitalizare, în măsura în care aceasta:
 - are loc într-un spital public, în regim comun;
 - se face sub supravegherea directă a unui medic, având la dispoziția sa facilități suficiente de diagnosticare și terapie;
 - se desfășoară numai conform metodelor recunoscute din punct de vedere științific și testate clinic în acea țară.

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. Asigurătorul își rezervă dreptul de a acoperi costurile tratamentului în condiții de spitalizare numai până când starea medicală a Asiguratului permite repatrierea pentru continuarea tratamentului adecvat în România;

 - 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;
- 4.2 Cheltuielile de repatriere se referă numai la:
 - a) cheltuieli ocazionate de repatrierea medicală, prin *repatriere medicală* înțelegându-se transportul Asiguratului, efectuat în condiții speciale, din străinătate la spitalul cel mai apropiat de domiciliul său, care poate oferi tratamentul adecvat, precum și transportul unui cadru medical însoțitor, în cazul în care acesta este recomandat de medic;
 - b) cheltuieli ocazionate de repatrierea corpului neînsuflețit, inclusiv cheltuielile efectuate pentru obținerea autorizației de repatriere.

SUMA ASIGURATĂ

5. Suma asigurată, respectiv răspunderea maximă cumulată a Asigurătorului, în baza prezentei polițe, este conform planului bifat, astfel:

Plan A: 10.000 Euro, pentru toate țările cu excepția celor din spațiul Schengen și din Uniunea Europeană;

Plan B: 30.000 Euro, pentru toate țările cu excepția celor din spațiul Schengen și din Uniunea Europeană;

Plan C: 50.000 Euro, pentru țările din spațiul Schengen și din Uniunea Europeană;

6. Limita maximă de indemnizare în cazul cheltuielilor de repatriere este:

Plan A: 5.000 Euro;

Plan B: 7.000 Euro;

Plan C: 7.000 Euro.

EXCLUDERI

7. Asigurătorul nu plătește despăgubiri pentru:

a) boli cronice sau afecțiuni pre-existente începerii valabilității poliței (inclusiv acutizarea sau recidiva acestora), precum și consecințele acestora; excluderea este valabilă și pentru alte proceduri medicale sau accidente efectuate sau întâmplare înainte 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 revolte, rebeliuni, revoluții, război (declarat sau nu), invazie externă, război civil; lupte, 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 eveniment menționat anterior;

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 factură să pună în pericol sănătatea oamenilor;

d) boli sau accidente cauzate direct sau indirect de forme de energie nucleară;

e) îndepărtarea defectelor sau anomaliiilor/malformațiilor fizice (chirurgie plastică);

f) 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;

g) orice costuri legate de dereglări mentale, psihiatrice sau psiho-somatice;

h) cheltuieli în legătură cu nașterea copilului, tratamente sau controale medicale specifice stării de graviditate. 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;

i) proceduri medicale de investigare sau de tratament cu caracter experimental, specifice cercetării medicale, precum și consecințele acestora;

j) tratamente de medicină alternativă, proceduri terapeutice nerecunoscute din punct de vedere medical și neautorizate de instituții medicale competente și consecințele acestora;

k) reabilitare și fizioterapie sau cheltuieli efectuate pentru procurarea, înlocuirea sau refacerea protezelor de orice fel, a ochelarilor de vedere, inclusiv a lentilelor de contact;

- l) tratamente stomatologice definitive, tratamente de canal, ortodonție, paradontologie, detartrare, dinti artificiali, coroane/punți dentare;
- m) examinări de rutină, controale sau verificări medicale generale (tip fișă medicală), inclusiv vaccinări de rutină impuse sau solicitate de autorități medicale locale;
- n) servicii medicale care nu sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului sau pentru efectuarea tratamentului, precum și intervenții chirurgicale sau tratamente medicale care pot fi amânate până la revenirea în țară a Asiguratului;
- o) medicamente sau tratamente necesare a fi administrate sau acordate pe parcursul deplasării în străinătate, dar care erau cunoscute sau prescrise înainte de începerea călătoriei;
- p) cheltuieli de repatriere pentru care nu există acordul prealabil al Asigurătorului, precum și cheltuielile medicale după data la care, deși posibilă, repatrierea medicală nu s-a efectuat ca urmare a unei decizii a Asiguratului;
- q) orice vătămare cauzată prin auto-rănire, intenție de sinucidere sau sinucidere;
- r) boli sau accidente pe care persoana asigurată le-a provocat intenționat sau prin comiterea unei infracțiuni sau ca rezultat al stării de ebrietate sau al consumului de alcool, droguri, produse farmaceutice;
- s) boli sau accidente rezultate în urma desfășurării unor activități ce nu corespund cu scopul declarat al călătoriei.

ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII, PERIOADA ASIGURATĂ

8. Asigurarea se încheie înaintea începerii călătoriei în străinătate, iar polița de asigurare va fi emisă numai după plata integrală a primei de asigurare. Asigurarea se încheie pentru o perioadă minimă de 2 zile și maximă de 12 luni.
9. Răspunderea Asigurătorului începe la data menționată în poliță ca fiind data începerii perioadei de valabilitate a asigurării, dar nu înainte de trecerea frontierei pentru efectuarea călătoriei în străinătate.

10. Răspunderea Asigurătorului încetează la data expirării perioadei de valabilitate înscrisă pe polița de asigurare, din momentul în care Asiguratul trece granița în România. Totuși, dacă un accident sau o îmbolnăvire, care au survenit în perioada de valabilitate a poliței, necesită tratament curativ și după expirarea perioadei de valabilitate a poliței, obligația Asigurătorului de a plăti despăgubiri în baza poliței de asigurare se poate extinde cu cel mult patru săptămâni, în măsura în care Asiguratul aduce dovezi că repatrierea nu a fost posibilă.

PROCEDURA DE URMAT ÎN CAZ DE ACCIDENT SAU ÎMBOLNĂVIRE

11. În caz de accident sau îmbolnăvire subită Asiguratul are obligația de a telefona imediat la centrul non-stop de alarmă al Elvia Assistance și să furnizeze informații cu privire la evenimentul produs și la datele din polița sa de asigurare. Asigurătorul va despăgubi cheltuielile telefonice, în măsura în care se dovedește efectuarea lor.

STABILIREA ȘI PLATA DESPĂGUBIRILOR

12. Plata cheltuielilor medicale se face direct de către Elvia Assistance, în numele Asigurătorului, cu excepția cazurilor în care Asigurătorul prevede o altă procedură.
13. În cazul în care nu se urmează procedura prevăzută la pct. 11, este necesar să se comunice Asigurătorului motivul nerespectării ei. În acest caz, Asigurătorul își rezervă dreptul de a despăgubi numai cheltuielile pe care le consideră strict legate de tratamentul de urgență sau de a refuza plata despăgubirii, dacă din acest motiv nu se poate stabili și asuma vreo responsabilitate în baza prevederilor prezentelor condiții.

14. Plata despăgubirii se face pe baza documentelor prezentate în original, documente care devin proprietatea Asigurătorului. Asigurătorul poate pretinde ca documentele emise într-o limbă străină să fie însoțite de o traducere legalizată, costurile acestora fiind suportate de către persoana asigurată. În cazul în care Asigurătorul a suportat costul traducerii, acesta va fi scăzut din despăgubirea cuvenită.

15. Documentele necesare pentru soluționarea cererii de despăgubire sunt:

- declarația Asiguratului cu privire la descrierea evenimentului și la cuantumul cheltuielilor efectuate;
- polița de asigurare;
- documente medicale care să ateste diagnosticul și tratamentul urmat;
- facturi emise pe numele Asiguratului și chitanțe privind cheltuielile medicale sau de repatriere efectuate, inclusiv cele pentru produse farmaceutice;
- orice alte documente relevante pentru soluționarea cererii.

În cazul tratamentului dentar, facturile trebuie să conțină informații privind dinții tratați și tratamentul aplicat.

16. În cazul pretențiilor de rambursare a cheltuielilor de repatriere a corpului neînsuflețit al Asiguratului, trebuie prezentat certificatul de deces al acestuia și documentele care să ateste cauza, locul decesului și dovada efectuării cheltuielilor pentru care s-a emis pretenția de rambursare (facturi și chitanțe emise și plătite de persoana care solicită rambursarea cheltuielilor).

OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI

17. Pretențiile de despăgubire trebuie prezentate Asigurătorului cel mai târziu la o lună de la terminarea tratamentului sau de la revenirea în țară ori, în cazul decesului, după repatrirea corpului neînsuflețit.

18. Asiguratul trebuie să furnizeze Asigurătorului toate informațiile exacte și complete cu privire la starea sa de sănătate la începerea călătoriei, precum și toate informațiile solicitate de Asigurator, necesare stabilirii realității producerii evenimentului asigurat și cuantumului despăgubirii. De asemenea, la cererea expresă a Asigurătorului, trebuie prezentate dovezi cu privire la data exactă la care a început călătoria în străinătate și durata acesteia.

19. Asiguratul autorizează Asigurătorul să obțină toate informațiile considerate necesare de la terțe persoane (medici, instituții medicale) și să elibereze aceste terțe persoane de obligația de a păstra secretul cu privire la cazul respectiv.

20. În caz de neîndeplinire a obligațiilor prevăzute la pct. 17-19, Asigurătorul are dreptul să refuze plata despăgubirii dacă din această cauză nu a putut determina realitatea producerii evenimentului asigurat și întinderea prejudiciului.

DISPOZIȚII FINALE

21. Polița de asigurare poate fi reziliată de Asigurat numai dacă cererea de reziliere se face cel mai târziu până la ora 00:00 a zilei menționate în polița ca dată de începere a contractului de asigurare. În acest caz, Asigurătorul restituie prima de asigurare, mai puțin cheltuielile suportate în legătură cu emiterea poliței. După intrarea în vigoare a contractului de asigurare, prima de asigurare nu se mai rambursează.

22. În cazul în care, la încheierea asigurării, declarația Asiguratului este neadevărată sau dacă cererea de despăgubire este frauduloasă ori are la bază declarații false, Asigurătorul va refuza plata despăgubirii.

23. Orice litigiu care apare între Asigurat și Asigurător, în legătură cu aplicarea prevederilor prezentelor condiții de asigurare, se rezolvă de instanțele de judecată competente din România.

ALLIANZ - ȚIRIAC ASIGURĂRI S.A.