

Subscriere medicală integrală – formular de aplicare

Asigurarea de sănătate cu acoperire internațională My Global Health

Te rugăm să completezi integral și corect acest formular, folosind doar MAJUSCULE, pentru a evalua în mod corespunzător cererea de asigurare.

În cazul în care faci o corecție, te rugăm să marchezi modificarea. Dacă nu răspunzi la una dintre întrebările de mai jos, vom considera că nu ai nimic de declarat.

1. DATE SOLICITANT PRINCIPAL / CONTRACTANT ASIGURARE

1.1. Solicitant principal/contractant persoană fizică (nume și prenume)

CNP

Dată naștere (zz.ll.aaaa)

Adresa de domiciliu (județ, localitate, stradă, număr, cod postal)

Adresa de corespondență (se completează în cazul în care este diferită de adresa de domiciliu)

Țara de reședință (în care locuiești în mod obișnuit)

Cetățenie (precizează țările, în cazul dublei cetățenii)

Ocupația

E-mail

Mobil

1.2. Solicitant principal/contractant persoană juridică (denumire)

CUI societate (cod unic de înregistrare)

Reprezentant legal al societății (nume și prenume)

E-mail

2. OPȚIUNE PRIVIND ASIGURAREA - SOLICITANT PRINCIPAL/CONTRACTANT

2.1. Opțiunea ta privind pachetul de asigurare, aria geografică de acoperire și franșiza, se aplică tuturor persoanelor incluse în acest formular. Te rugăm să bifezi (✓) în rubricile relevante.

BLUE Plan	☐	AZURE Plan	☐
EUROPA	☐	EUROPA + ISRAEL	☐
0 €	☐	75 €	☐
150 €	☐	250 €	☐
500 €	☐	1.000 €	☐
2.500 €	☐	4.500 €	☐

COBALT Plan	☐	ADMIRAL Plan	☐	ROYAL Plan	☐
GLOBAL	☐	GLOBAL cu excepția S.U.A.	☐		
0 €	☐	150 €	☐	300 €	☐
625 €	☐	1.250 €	☐	2.500 €	☐
6.250 €	☐				

Plan opțional: STOMATOLOGIE + OFTALMOLOGIE ☐

2.2. Acoperirea începe la data menționată în poliță, cu condiția să fi primit și acceptat cererea ta de asigurare.

Data preferată de începere a acoperirii (zz.ll.aaaa)

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

2.3. Moneda poliței este Euro. Te rugăm să alegi frecvența de plată a primei.

Anual	☐	Semestrial	☐	Trimestrial	☐
-------	--------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------

3. INFORMAȚII PRIVIND DEȚINEREA UNEI ALTE POLIȚE DE ASIGURARE

Ești/ai fost asigurat sau ai aplicat pentru o altă asigurare medicală internațională?

Da	☐	Nu	☐
----	--------------------------	----	--------------------------

În cazul unui răspuns pozitiv, te rugăm să detaliezi mai jos.

Denumire asigurător (asigurători) și plan (planuri) deținut (e)

Data expirare poliță (zz.ll.aaaa)

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Contactează-ne



4. DATE MEMBRI DEPENDENȚI**4.1** Membru dependent soț/soție (*nume și prenume*)

CNP

Dată naștere (zz.ll.aaaa)

Reședință

Naționalitate

Ocupație

4.2 Membru dependent copil (*nume și prenume*)

CNP

Dată naștere (zz.ll.aaaa)

Reședință

Naționalitate

4.3 Membru dependent copil (*nume și prenume*)

CNP

Dată naștere (zz.ll.aaaa)

Reședință

Naționalitate

4.4 Membru dependent copil (*nume și prenume*)

CNP

Dată naștere (zz.ll.aaaa)

Reședință

Naționalitate

5. INFORMAȚII PRIVIND ISTORICUL MEDICAL ȘI STAREA DE SĂNĂTATE

Important:

- În cadrul acestui formular de aplicare, declarațiile trebuie să fie formulate în scris. Declarațiile verbale nu sunt acceptate;
- Trebuie să declari, cu bună credință, istoricul tău medical și al membrilor dependenți, chiar dacă anterior ai fost asigurat;
- Nu va fi acoperită nicio afecțiune medicală care a apărut înainte de data acestui formular de aplicare sau era previzibilă la momentul aplicării, cu excepția cazului în care ai declarat-o și a fost acceptată de asigurător în scris, înainte de începerea acoperirii;
- În cazul nedeclarării unei afecțiuni pre-existente, asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza plata oricăror solicitări de despăgubire, de a retrage acoperirea oferită unei persoane sau de a rezilia polița de asigurare;
- Te rugăm să declari integral orice afecțiuni cunoscute sau suspectate și simptomele cu care s-au confruntat oricare dintre persoanele incluse în acest formular, chiar dacă nu ai consultat, încă, medicul specialist.

5.1. Declarație solicitant principal și membri dependenți

Te rugăm să completezi unde este necesar și să bifezi (✓) în rubricile NU / DA. În cazul în care bifezi DA, este necesar să completezi detaliile.

- Te rugăm să precizezi înălțimea și greutatea actuale:

	Înălțime (cm)	Greutate (kg)
Solicitant principal		
1. Membru dependent soț/soție		
2. Membru dependent copil		
3. Membru dependent copil		
4. Membru dependent copil		

- Ai/ați fumat, sau utilizat, orice produse din tutun sau produse din tutun fără fum (inclusiv, dar fără a se limita la țigarete, țigări, pipe și tutun de mestecat)?

	NU	DA	Consum mediu (bucăți/zi)	Ai renunțat la fumat? (data încetării)	Motivul încetării
Solicitant principal					
1. Membru dependent soț/soție					
2. Membru dependent copil					
3. Membru dependent copil					
4. Membru dependent copil					

5.2. Declarație solicitant principal și membri dependenți, privind starea de sănătate

Te rugăm să răspunzi la toate întrebările, prin bifă (✓) în rubrica relevantă. În cazul în care unul sau mai multe răspunsuri sunt afirmative, este necesar să detaliezi în secțiunea 5.3.

Ai fost diagnosticat/ investigat/ tratat/ supravegheat medical cu/ pentru următoarele afecțiuni medicale?	Solicitant principal		1. Membru dependent sot/soție		2. Membru dependent copil		3. Membru dependent copil		4. Membru dependent copil	
a. Durere în piept, tensiune arterială ridicată, atac de cord, murmur, palpitație, accident vascular, colesterol ridicat, afecțiuni congenitale, anemie, afecțiuni cardiace, ale sângelui sau vasculare?	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐
b. Nodul, polip, chist, formațiuni tumorale?	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐
c. Diabet, afecțiuni tiroidiene, boli metabolice sau boli endocrine?	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐
d. Hepatită cronică, ciroză hepatică, alte afecțiuni hepatice, infecția cu HIV/SIDA, afecțiuni ale vezicii biliare sau orice afecțiuni gastrointestinale?	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐
e. Afecțiuni ale rinichilor și vezicii urinare, infecții urinare recurente, incontinență, pietre la rinichi, nefrită sau afecțiuni ale sistemului genito-urinar (ex. vezică, prostată), boli ale sânului sau orice boli ale aparatului reproducător, fibromatoză, endometrioză, tulburări menstruale, afecțiuni testiculare?	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐
f. Orice afecțiuni musculo-scheletale, afecțiuni ale articulațiilor/oaselor, artrită, boli ale coloanei vertebrale, dureri de spate, probleme ale cartilajelor sau ligamentelor, fracturi, osteoporoză, gută, alte afecțiuni inflamatorii sau orice boli autoimune, lupus, poliartrita reumatoidă?	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐
g. Afecțiuni ale ochilor, urechilor, nasului, gâtului sau orice afecțiuni respiratorii, astm, pneumonie, tuberculoză, emfizem, tulburare obstructivă cronică a căilor respiratorii, COVID-19?	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐
h. Afecțiuni neurologice, epilepsie, leziuni cerebrale, paralizie, scleroză multiplă, dependență de alcool sau droguri, afecțiuni psihiatrice, depresie sau tulburări de anxietate?	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐
i. Afecțiuni stomatologice cronice, tratament stomatologic specializat, tratament maxilo-facial în curs sau recomandat?	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐

(CONTINUARE) Ai fost diagnosticat/ investigat/ tratat/ supravegheat medical cu/ pentru următoarele afecțiuni medicale?	Solicitant principal		1. Membru dependent sot/soție		2. Membru dependent copil		3. Membru dependent copil		4. Membru dependent copil	
j. În ultimii 5 ani ai primit tratament medical sau ți s-a prescris medicație pentru orice afecțiune care a durat mai mult de 7 zile (altele decât afecțiuni minore, cum ar fi răceală sau gripă)?	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐
k. În ultimii 5 ani ai efectuat, sau intenționezi în viitorul apropiat să efectuezi, următoarele servicii medicale:										
1. Teste de diagnosticare, cum ar fi: analize de sânge, ecografii, radiografii, CT, RMN, EKG, teste de urină sau alte investigații, cu excepția consultului obligatoriu de medicina muncii?	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐
2. Intervenții chirurgicale sau tratamente medicale, cu excepția celor pentru afecțiunile menționate anterior, în acest chestionar?	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐
l. Aștepti rezultatele analizelor sau investigațiilor pentru o afecțiune medicală nedagnosticată sau prezinți simptome pentru care nu ai un diagnostic?	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐
m. Sarcină	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐
1. Ești însărcinată? Dacă da, te rugăm să precizezi vârsta sarcinii: săptămâni.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Urmezi, sau ai urmat, orice formă de tratament de fertilizare?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ai, sau ai avut, complicații asociate cu sarcina?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
n. Pentru solicitanții minori, te rugăm să răspunzi la următoarele întrebări:										
1. Copilul s-a născut prematur (la mai puțin de 37 de săptămâni de gestație) sau a fost adoptat, născut prin mamă surrogat sau din orice procedură de concepție asistată? Dacă da, te rugăm să furnizezi un set complet de rapoarte de sănătate ale copilului.					DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐
2. A existat vreo complicație la naștere, cum ar fi: „blue baby”, tulburări respiratorii sau orice afecțiuni congenitale sau ereditare, anomalii sau deformări?					DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐
3. Pentru copilul cu vârsta sub 3 ani, te rugăm să precizezi dacă a fost spitalizat:					DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐
• mai mult de 5 zile, în primele 6 luni de la naștere					DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐
• în spital sau în camera de primiri urgențe, cu mai mult de trei 3 luni înainte de depunerea acestei cereri					DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐

(CONTINUARE) Ai fost diagnosticat/ investigat/ tratat/ supravegheat medical cu/ pentru următoarele afecțiuni medicale?	Solicitant principal		1. Membru dependent sot/soție		2. Membru dependent copil		3. Membru dependent copil		4. Membru dependent copil	
o. Ai fost consultat, diagnosticat, îngrijit, tratat, ai luat sau ai fost sfătuit să iei medicamente, pentru orice tip de cancer, tumoră malignă, limfom Hodgkin, limfom non-Hodgkin, leucemie, melanom sau ai avut orice teste, de depistare a cancerului, anormale sau orice teste care indică faptul că ai putea avea cancer?	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐	DA ☐	NU ☐

Notă: Ai dreptul să nu comunici informații și documente cu privire la cancer, dacă a fost diagnosticat/ tratat și te-ai recuperat complet (remisie completă) și au trecut mai mult de 7 ani de la sfârșitul protocolului oncologic aferent sau dacă tu sau oricare dintre solicitanți, înainte de a împlini vârsta de 18 ani, ai fost diagnosticat/ tratat și te-ai recuperat complet (remisie completă) și au trecut mai mult de 5 ani de la încheierea protocolului oncologic aferent. Definiția recuperării complete și a încheierii protocolului oncologic este inclusă în condițiile de asigurare ale acestui produs.

5.3. Informații suplimentare, privind starea de sănătate a solicitantului principal și a membrilor dependenți

Te rugăm să oferi informații suplimentare, în cazul în care ai răspuns afirmativ la oricare dintre întrebările din secțiunea de mai sus (secțiunea 5.2, întrebările 5.2a.– 5.2o.). Menționează toate afecțiunile medicale sau simptomele nediagnosticsate. Trebuie să declari orice afecțiune de care ai suferit și care poate avea un impact asupra sănătății tale viitoare. În cazul în care ai orice îndoială referitoare la relevanța unei afecțiuni pentru formularul de aplicare, trebuie să o declari cu bună-credință. Ne rezervăm dreptul de a solicita un raport medical pe cheltuiala ta.

În cazul în care ai nevoie de spațiu suplimentar, te rugăm să utilizezi Secțiunea 5.4 – Informații suplimentare.

Nume și prenume	Întrebare nr. (ex 5.2a.)	Natura afecțiunii și diagnosticul final	Când a început și când a încetat? (llaaaa)/(llaaaa)	Tratament prescris	Starea de sănătate actuală (tratamentul continuă, recuperare completă, recurent sau posibil să reapară)

(CONTINUARE)

Nume și prenume	Întrebare nr. (ex 5.2a)	Natura afecțiunii și diagnosticul final	Când a început și când a încetat? (/Laaaa) / (/Laaaa)	Tratament prescris	Starea de sănătate actuală (tratamentul continuă, recuperare completă, recurent sau posibil să reapară)

5.4. Informații suplimentare

Folosește această secțiune dacă ai nevoie de mai mult spațiu pentru a răspunde la întrebările din secțiunea 5.2. Specifică numărul întrebării, numele și prenumele persoanei și detaliile medicale aferente.

6. CONSIMȚĂMÂNT CU PRIVIRE LA PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Formularul de aplicare este procesat de MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L., împuternicit în acest sens de către Allianz-Tiriac Asigurări S.A.

Politicele Allianz-Tiriac, privind confidențialitatea, pot fi găsite la https://www.allianztiriac.ro/ro_RO/aspecte-legale.html

Politicele MediHelp, privind confidențialitatea, pot fi găsite la <https://www.medihelp.ro/protectia-dator-si-confidentialitate>

Te rugăm să te asiguri că orice persoană inclusă în această poliță citește integral acest rezumat și politicile privind confidențialitatea datelor, de pe site-urile noastre. Te asigurăm că nu vom vinde niciodată informațiile cu caracter personal, ale tale sau ale membrilor, către terți. Le vom folosi doar în moduri permise de lege, care includ doar colectarea informațiilor necesare. Vom obține consimțământul tău pentru prelucrarea informațiilor personale, cum ar fi cele medicale, atunci când este necesar să acționăm în acest sens.

Colectăm informații despre tine și despre membrii incluși în această poliță, de la acei membri, de la furnizorii medicali pe care i-ai/i-ai accesat, de la angajatorul tău (în cazul în care faci parte dintr-o asigurare de grup), de la brokerul tău de asigurări dacă ai unul, și de la furnizorii terți de informații.

Îți prelucrăm informațiile doar în scopul gestionării calității tale de asigurat și a cererilor de despăgubire, inclusiv investigarea fraudei. De asemenea, avem obligația legală de a întreprinde demersuri, cum ar fi raportarea suspiciunilor de infracțiuni, către instituțiile responsabile de aplicare a legii. Totodată, efectuăm anumite tipuri de prelucrare, pentru desfășurarea activității, cum ar fi cercetarea, aflarea mai multor informații despre tine sau analiză statistică, de exemplu pentru a ne ajuta să luăm decizii cu privire la prime de asigurare și marketing.

Putem divulga informațiile tale altor persoane sau organizații. De exemplu, vom acționa în acest sens pentru:

- a gestiona cererile de despăgubire, de exemplu, pentru a comunica cu medicii tăi;
- a facilita acordarea indemnizațiilor sau pentru a administra în alt mod polița de asigurare; și
- a ne ajuta să prevenim și să identificăm infracțiunile și cazurile de malpraxis medical, prin discuții cu alți asigurați și agenții relevante; și
- a permite altor societăți, parte din grupul Allianz, să te contacteze, în cazul în care așa ai agreeat.

Pentru a putea să îți administrăm polița de asigurare, putem transfera și accesa informațiile tale în țările din întreaga lume. Înainte de a acționa în acest sens, ne vom asigura că datele sunt protejate și divulgate doar persoanelor fizice autorizate, exclusiv în vederea prestării de servicii aferente poliței sau cererii tale de despăgubire. Orice transfer intern al datelor va fi efectuat doar în conformitate cu legile și reglementările relevante privind protecția datelor. Îți poți retrage consimțământul de prelucrare a datelor personale, dar dacă acționezi în acest sens, nu vom putea prelucra cererile de despăgubire sau administra în mod corespunzător polița de asigurare.

Te vom informa în cazul în care se produce o încălcare a securității datelor, și informațiile tale personale sau medicale sunt divulgate părților neautorizate. Notificarea va fi transmisă în termen de 72 de ore de la confirmarea incidentului. În anumite cazuri, ai dreptul să soliciți încetarea prelucrării datelor tale sau încetarea transmiterii de informații, cum ar fi comunicări de marketing. De asemenea, poți solicita o copie a informațiilor pe care le deținem despre tine și ne poți solicita să corectăm informațiile eronate.

În cazul în care dorești să îți exerciți oricare dintre drepturi, ne poți contacta telefonic la **(+40) 371 521 229** sau ne poți scrie la client@medihelp.ro.

1. În conformitate cu regulamentul general european, privind protecția datelor (Regulamentul UE 2016/679, „GDPR”), aplicabil începând cu 25.05.2018, îmi exprim în mod expres consimțământul pentru ca Allianz-Tiriac și MediHelp să îmi prelucreze **datele cu caracter personal, inclusiv datele cu privire la starea mea de sănătate**, date care sunt absolut necesare pentru prestarea serviciului de asigurare corespunzător poliței de asigurare pe care am încheiat-o sau, după caz, ale cărei efecte mi se aplică. Sunt de acord să împuternicesc Allianz-Tiriac și MediHelp să efectueze orice anchete și să solicite documente de la medicii curanți care pot ajuta la evaluarea completă a stării mele de sănătate. Autorizez orice medic, spital, clinică sau orice altă unitate de asistență medicală, care deține date sau informații și/sau documente referitoare la sănătatea mea, să furnizeze, la cererea scrisă a Allianz-Tiriac

sau MediHelp, informații complete privind orice boală, accident, tratament, examinare, consultație sau spitalizare pe care am efectuat-o.

În cazul producerii unui eveniment asigurabil, împuternicesc Allianz-Tiriac și MediHelp să întreprindă toate demersurile în vederea obținerii documentelor necesare pentru stabilirea încadrării în riscurile acoperite de poliță și plata costurilor cuvenite, exceptând medicii care m-au examinat/ tratat de la obligația de secret profesional, precum și orice instituție publică sau privată care deține informații referitoare la starea mea de sănătate și la istoricul meu medical, atât în cursul vieții mele, cât și ulterior, în cazul nefericit al decesului, indiferent de cauze.

Am înțeles că, în cazul în care refuz să îmi dau în mod expres consimțământul cu privire la prelucrarea datelor referitoare la starea mea de sănătate, asigurătorul nu va putea să execute contractul de asigurare la care sunt parte sau ale cărui efecte mi se aplică, inclusiv, dar fără a se limita la, plata despăgubirii.

DA	NU	Nume și prenume	Semnătură
☐	☐		

2. Îmi dau în mod expres consimțământul ca Allianz-Tiriac și MediHelp să îmi transmită comunicări cu privire la produsele și serviciile acestora, inclusiv în vederea îmbunătățirii acestora, beneficii pe care aş putea să le accesez, oferte promoționale sau oportunități de asigurare (în scop de marketing).

DA	NU	Nume și prenume	Semnătură
☐	☐		

3. Îmi dau în mod expres consimțământul pentru a primi corespondența electronică prin utilizarea datelor mele de contact furnizate în acest formular, în vederea încheierii sau derulării contractului, înștiințări privind facturile scadente, acest tip de corespondență producând aceleași efecte ca și corespondența în format fizic.

DA	NU	Nume și prenume	Semnătură
☐	☐		

7. DECLARAȚII ȘI SEMNĂTURĂ

a. Declar că:

- potrivit cunoștințelor și convingerilor mele, declarațiile din acest formular sunt complete, adevărate și corecte;
- voi citi condițiile generale privind asigurarea de sănătate cu acoperire internațională My Global Health, precum și toate documentele contractuale atunci când le voi primi, și sunt de acord să mă supun acestora, cu excepția cazului în care solicit rezilierea în termen de maximum 30 de zile de la data începerii valabilității poliței de asigurare;
- sunt de acord ca evaluarea cererii de asigurare să fie efectuată în baza acestor declarații.

b. Înțeleg că:

- în cazul unor modificări ale informațiilor pe care le-am furnizat înainte de data de începere a politei de asigurare, trebuie să vă informez imediat, în scris;
- odată ce polița începe să își producă efectele, nu veți plăti pentru tratamentul vreunei afecțiuni medicale pre-existente (sau al unei consecințe a acesteia), cu excepția cazului în care afecțiunea a fost prezentată

integral în acest formular și acceptată de asigurător. Este inclusă orice afecțiune medicală sau simptom, anterioare datei de intrare în valabilitate a poliței, tratate sau nu, care revin sau pe care ar fi trebuit să le cunosc în mod rezonabil chiar dacă eu/noi nu am consultat un medic;

- în calitate de contractant al acestei polițe de asigurare, toată corespondența despre această cerere de asigurare, inclusiv corespondența aferentă cererilor de despăgubire, îmi vor fi transmise, cu excepția cazului în care vă scriu pentru a vă indica altfel. De asemenea, înțeleg că documentele poliței, comunicările scrise și detaliile privind preluarea în asigurare vor fi emise în limba română, iar la solicitarea mea expresă asigurătorul, prin intermediul MediHelp, îmi poate furniza în scop informativ anumite documente contractuale traduse liber în limba engleză;
- anumite țări solicită rezidenților, indiferent dacă sunt expatriați sau de alt tip, să încheie asigurarea de sănătate prin intermediul unui furnizor local sau să dețină o asigurare care îndeplinește anumite cerințe obligatorii și că este posibil ca asigurarea de sănătate cu acoperire internațională My Global Health să nu îndeplinească aceste cerințe specifice și, prin urmare, o asigurare suplimentară poate fi necesară. Totodată, înțeleg că, în anumite situații, pot exista consecințe, sub forma sancțiunilor fiscale sau de alta natură, în cazul în care rezidentul nu deține asigurarea obligatorie locală, suplimentar asigurării facultative de sănătate. În cazul în care aveți orice nelămuriri cu privire la cerințe legate de asigurarea suplimentară în țara de reședință (așa cum este definită la secțiunea 1.1 – Țara de reședință), înțeleg că îmi revine responsabilitatea de a verifica cu autoritățile locale pentru a stabili dacă există cerințe suplimentare privind asistența medicală, cărora trebuie să mă supun.

c. Prin semnarea și returnarea acestui formular:

- confirm că declarațiile din acesta sunt corecte și că am autoritatea de a încheia această poliță de asigurare în numele oricărui membri ai familiei;
- înțeleg că brokerul, agentul, agenția sau persoanele care acționează în numele meu (nostru), preiau acest formular de aplicare și acționează în numele meu (nostru), și nu administratorul planului sau asigurătorul care oferă această asigurare. Nici administratorul planului, nici asigurătorul care oferă această asigurare, nu pot fi trași la răspundere pentru nicio circumstanță, dacă brokerul, agentul, agenția sau persoanele care acționează în numele meu (nostru) și acceptă acest formular, nu reușesc acum, sau în viitor, să transmită sau să comunice orice documentație, să modifice sau să renunțe la orice parte a acestui formular sau la acoperiri, restricții, condiții cuprinse în documentele contractuale sau orice informație solicitată de administratorul planului sau de asigurător;
- confirm că voi prezenta asigurătorului orice modificare a stării de sănătate care are loc după semnarea acestui formular de aplicare, dar înainte de emiterea poliței de asigurare. Dacă un fapt important nu este dezvăluit în formular, înțeleg că orice poliță de asigurare emisă ar putea să nu fie valabilă.

Important: Ești sfătuit să păstrezi o evidență a tuturor informațiilor furnizate în legătură cu acest formular, inclusiv orice scrisori pe care ni le trimiți în legătură cu acesta. În cazul în care dorești o copie a formularului, te rugăm să ne informezi în termen de maximum 90 de zile. După completare și semnare, te rugăm să îl transmiți la: client@medihelp.ro. Declarația este valabilă timp de 30 de zile de la data semnării.

Recunosc și confirm că:

- a. sunt pe deplin mulțumit de informațiile declarate în formularul de aplicare;
- b. am primit o copie a documentului Termeni și condiții generale privind asigurarea de sănătate cu acoperire internațională My Global Health și a Documentului de informare privind produsul de asigurare (PID);
- c. am avut ocazia să analizez documentele anterior menționate, să formulez întrebări și să solicit clarificări în legătură cu acestea, primind răspuns într-un mod satisfăcător din partea asigurătorului, prin intermediul MediHelp;

- d. înțeleg Termenii și condițiile generale privind asigurarea de sănătate cu acoperire internațională My Global Health și Documentul de informare privind produsul de asigurare (PID);
- e. sunt de acord cu documentele și serviciile enumerate mai jos, furnizate de:

1. Analiza nevoii clientului;
2. Solicitare de ofertă;
3. Asistență post – vânzare;

și cu documentele și serviciile enumerate mai jos, furnizate de MediHelp International Broker de Asigurare S.R.L.

4. Calculul și emiterea ofertei de asigurare;
5. Suportul în vânzare;
6. Comunicarea cu asigurătorul, referitor la documentația contractuală;
7. Încasarea primei de asigurare de la contractant, în baza împuternicirii primite din partea societății de asigurare.

Contractant (nume/prenume/denumire)

Data

Semnătură

Intermediar (denumire)

Codul RBK al intermediarului

Semnătură