

ASIGURAREA DE SANATATE

Condiții specifice

1. PREAMBUL

- 1.1. Prezentele Condiții Specifice sunt valabile numai împreună cu Condițiile Generale privind asigurarea facultativa a autovehiculelor.
- 1.2. Toate prevederile Condițiilor Generale privind asigurarea facultativa a autovehiculelor sunt aplicabile în măsura în care nu contravin prevederilor din prezentele Condiții Specifice.
- 1.3. Prin interpretarea cumulată a documentelor menționate la art. 1.1 și în concordanță cu prevederile art. 1.2., se convine că:
 - (i) în situația în care există, în documentele menționate, capitole cu același titlu / conținut, prevederile acestora se cumulează;
 - (ii) în situația în care, în urma acestei cumulări, apar contradicții, se consideră aplicabile numai prevederile din prezenta.

2. DEFINIȚII ȘI INTERPRETĂRI

În tot cuprinsul acestor condiții specifice termenii de mai jos au numai înțelesul atribuit prin următoarele definiții:

- 2.1. Accident: eveniment brusc, întâmplător, extern, produs independent de voința Asiguratului, care prin acțiunea asupra corpului provoacă afectarea stării de sănătate a Asiguratului.
- 2.2. Accident auto: eveniment brusc, întâmplător, extern persoanelor aflate în autovehiculul asigurat, produs ca urmare a circulației vehiculului respectiv, independent de voința Asiguratului, care prin acțiunea asupra corpului, provoacă afectarea stării de sănătate a Asiguratului, independent de orice boală a Asiguratului. Sunt acoperite numai accidentele auto produse în timpul în care persoanele asigurate se aflau în în autovehicul
- 2.3. Asigurat: Titularul interesului cu privire la evenimentul asigurat, respectiv persoana fizică care locuiește în România, cu vârsta la data producerii evenimentului asigurat cuprinsa între 18 și 65 ani (inclusiv) și care are dreptul la pachetul de servicii medicale de bază în temeiul asigurărilor sociale de sănătate, conform prevederilor legale.
Prin Asigurat se înțelege:
 - pentru acoperirea oferita conform Secțiunii I - servicii medicale în regim ambulatoriu ca urmare a unei boli / accident: Utilizatorul autovehiculului - persoana fizica nominalizată în Poliță sau orice persoană care are consimțământul Contractantului / Asiguratului (persoana juridică care detine cu titlu de proprietate autovehiculul respectiv) de a conduce autovehiculul;
 - pentru acoperirile oferite conform Secțiunii II - servicii medicale în regim ambulatoriu și/sau de spitalizare ca urmare a unui accident auto: persoană fizica, nominalizata sau nenominalizata în Polita, și care este conducatorul autovehiculului la momentul producerii evenimentului asigurat.
 - Beneficiar: persoana îndreptățită să primească despăgubirea
- 2.4. Beneficiar: persoana îndreptățită să primească despăgubirea / indemnizația în cazul producerii evenimentului asigurat (Asiguratul).
- 2.5. Boală: O stare anormală care afectează funcțiile organismului Asiguratului și care este diagnosticată de către un medic autorizat.
- 2.6. Call – center (dispecerat): serviciu telefonic prin care pot fi solicitate informații cu privire la Polița de asigurare și/sau Lista rețelei de Furnizori de Servicii Medicale precum și prin care pot fi efectuate programări.
- 2.7. Consultație medicală: anamneza și examinarea Asiguratului, în vederea stabilirii diagnosticului și tratamentului.
- 2.8. Despăgubire / Indemnizație convenită: suma stabilită conform Poliței, datorată de OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP Asiguratului ca urmare a producerii evenimentului asigurat
- 2.9. Diagnosticare: Servicii Medicale întreprinse de Furnizorul de Servicii Medicale utilizate în scopul examinării medicale a Asiguratului.
- 2.10. Eveniment asigurat: risc asigurat care s-a produs în timpul perioadei de asigurare, cauzator de prejudicii și în urma căruia se naște dreptul la despăgubire. (accesarea serviciilor medicale

- acoperite prin Poliță), cauzator de daune și în urma căruia se naște dreptul la despăgubire / indemnizație.
- 2.11. Furnizor de Servicii Medicale: Medic, personal medical și/sau instituție medicală care sunt autorizate și licențiate de autoritățile competente să presteze Servicii Medicale conform nivelului universal de cunoaștere medicală și care acționează în limitele autorizației primite.
 - 2.12. Medicina experimentală: Servicii Medicale care nu sunt incluse în practicile general acceptate și utilizate în medicină, care nu sunt predate în cadrul universităților de medicină sau altor instituții de învățământ, care așteaptă aprobarea oficială de la autoritățile statului sau sunt în faza de testare.
 - 2.13. Medicament: orice substanță sau combinație de substanțe care poate fi folosită sau administrată la om, fie pentru restabilirea, corectarea sau modificarea funcțiilor fiziologice prin exercitarea unei acțiuni farmacologice, imunologice sau metabolice, fie pentru stabilirea unui diagnostic medical.
 - 2.14. Risc asigurat: eveniment viitor, posibil dar incert (necesitatea medicală), acoperit de OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, a cărui producere ar putea cauza prejudicii;
 - 2.15. Servicii Medicale în regim ambulatoriu: Servicii Medicale, necesare din punct de vedere medical pentru tratarea Bolilor, Tulburărilor și Vătămărilor corporale și care nu sunt efectuate în timpul spitalizării Asiguratului: **consultații de specialitate, analize de laborator, investigații medicale, tratamente în ambulatoriu.**
 - 2.16. Servicii Medicale în regim de spitalizare: Servicii Medicale necesare din punct de vedere medical pentru tratarea Bolilor, Tulburărilor și Vătămărilor corporale, și care sunt efectuate pe durata spitalizării Asiguratului: **cazare, consultații, investigații, intervenții chirurgicale, medicamente și consumabile furnizate în regim de spitalizare**
 - 2.17. Spital: Instituție medicală autorizată de autoritățile competente și licențiată să efectueze Servicii Medicale conform nivelului universal de cunoaștere medicală și care acționează în limitele autorizației primite.
 - 2.18. Tratament: Toate Serviciile Medicale utilizate în scopul evaluării, diagnosticării și/ sau tratării unei Boli, Tulburări, Vătămări corporale ca urmare a unui accident auto.
 - 2.19. Tratament profilactic: Orice Tratament aplicat în scopul menținerii stării de sănătate și/sau prevenirii răspândirii bolii.
 - 2.20. Tratament necesar din punct de vedere medical: Un Tratament este necesar din punct de vedere medical, dacă conform rezultatelor obiective ale examenelor medicale și conform cunoștințelor științifice generale la momentul efectuării Serviciului Medical, este argumentată desfășurarea sa. Asiguratorul este îndreptățit să analizeze și să stabilească (conform nivelului universal de cunoaștere medicală) dacă Tratamentul este necesar din punct de vedere medical.
 - 2.21. Tulburare: Orice manifestare și/ sau simptom care indică o deteriorare a stării de sănătate.
 - 2.22. Vătămare corporală: Orice deteriorare morfologică a unui organ, țesut, sistem sau a întregului organism.
 - 2.23. Zi de spitalizare: ziua calendaristică indiferent de ora internării și externării Asiguratului.

3. OBIECTUL ASIGURĂRII / RISCURILE ȘI COSTURILE/ CHELTUIELILE ACOPERITE

- 3.1. Obiectul asigurării constă în protecția acordată de OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP Asiguratului, prin acoperirea cheltuielilor cu serviciile medicale accesate ca urmare a unei boli și/sau unui accident survenite în timpul perioadei de asigurare, în legătura cu tratamente necesare din punct de vedere medical și oferite acestuia în condițiile și limitele Poliței.
- 3.2. Acoperirea oferită de prezenta Poliță se referă numai la servicii medicale acordate în baza unei recomandări valide a unui medic, în cazul consultațiilor, nu este necesară recomandarea scrisă a medicului dar consultația trebuie să fie necesară din punct de vedere medical. O recomandare medicală este validă doar dacă aceasta conține următoarele informații: numele complet al Asiguratului, data nașterii sau codul numeric personal, diagnosticul (cert sau prezumptiv), recomandarea medicală, data efectuării recomandării, semnătura și parafa medicului.
- 3.3. Pentru acoperirea oferită conform Secțiunii I - servicii medicale în regim ambulatoriu ca urmare a unei boli / accident răspunderea OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP se limitează exclusiv la cheltuielile cu serviciile medicale care nu sunt acoperite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

- 3.4. Acoperirile oferite conform Secțiunii 2 sunt aplicabile numai dacă sunt consecința unui accident auto.
- 3.5. OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP are dreptul de a analiza și stabili conform nivelului universal de cunoaștere medicală dacă un tratament este necesar din punct de vedere medical.
- 3.6. Sarcina probei necesității medicale a unui tratament este a Asiguratului.

4. LIMITE TERITORIALE

- 4.1. Asigurarea de sănătate este valabilă pentru servicii medicale efectuate de furnizori de servicii medicale localizați pe teritoriul României, în cadrul rețelei agreeate de furnizori de servicii medicale sau în afara acesteia, conform prevederilor Poliței.

5. EXCLUDERI

OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP nu își asumă răspunderea cu privire la decontarea serviciilor medicale constând în și/sau acordate ca urmare a:

- 5.1. servicii medicale care nu sunt necesare din punct de vedere medical;
- 5.2. servicii medicale efectuate Asiguratului de către o persoană care nu este licențiată să practice medicina;
- 5.3. oricărei afecțiuni sau oricărei stări existând dinainte de data intrării în vigoare a Poliței; unui accident survenit în afara perioadei de asigurare;
- 5.4. consumului sau administrării de medicamente, altele decât cele prescrise și/sau administrate Asiguratului conform recomandărilor scrise ale unui medic practician; autotratării/automedicației, inclusiv urmările acesteia;
- 5.5. consecințelor consumului de alcool, droguri, alte substanțe toxice, precum și a metodelor de dezințoxicare, inclusiv urmările acestora;
- 5.6. comiterii de către Asigurat sau participării la comiterea unei infracțiuni sau a unei fapte penale prevăzute de lege;
- 5.7. participării la orice activități sportive sau recreative periculoase incluzând, dar fără a se limita la (enumerarea este ilustrativă nu limitativă), cascadoria, acrobația;
- 5.8. accidentelor consecință a oricărei afectări mentale sau oricărei afectări a stării de conștiință produse ca urmare a unui accident vascular cerebral, a unor crize epileptice sau atacuri convulsive;
- 5.9. accidentelor consecință a oricărei tulburări psihice și psihiatrice sau autovătămare, tulburările de comportament;
- 5.10. sinuciderii, tentativei de sinucidere a Asiguratului. consecințelor acțiunilor intenționate (premeditate) ale persoanelor Asigurate;
- 5.11. medicinei experimentale, inclusiv urmările acesteia;
- 5.12. participării ca subiect la studii medicale, chimice, cercetări științifice legate de sănătate chiar dacă nu sunt declarate astfel, inclusiv urmările acestora;
- 5.13. protezelor corpului existente în momentul încheierii Contractului, inclusiv înlocuirea lor și urmările lor secundare/îmbolnăvirile secundare;
- 5.14. servicii medicale de chirurgie estetică sau orice serviciu medical efectuat din motive estetice, inclusiv urmările lor;
- 5.15. servicii medicale medico-dentare, inclusiv urmările acestora;
- 5.16. unui tratament prescris și neurmat de către un Asigurat;
- 5.17. servicii medicale pentru dorința de a avea copii/fertilitate, în vederea investigării sterilității, contracepție, avort voluntar, schimbărilor sexului, inclusiv urmările acestora;
- 5.18. tuberculozei, infecției HIV, SIDA, inclusiv urmările acestora directe sau indirecte;
- 5.19. îmbolnăvirilor mintale, psihice, psihiatrice și tulburărilor de comportament, inclusiv urmările acestora;
- 5.20. servicii medicale psihologice;
- 5.21. emiterii oricăror documente medicale care nu sunt destinate diagnosticării / tratării unei Boli, Tulburări și/sau Vătămări corporale;
- 5.22. servicii medicale paliative și/sau profilactice, de nutriție, control preventiv, rutină, screening, dializa,

- 5.23. dispozitivelor medicale utilizate sau recomandate în timpul spitalizării, medicamente sau substanțe utilizate sau recomandate pe durata efectuării serviciilor medicale în regim ambulatoriu (cu excepția substanței de contrast aferente investigațiilor);
- 5.24. servicii medicale de balneofiziokinetoterapie,;
- 5.25. servicii medicale de corecție a vederii (cum ar fi, dar fără a se limita la intervenții chirurgicale de corecție a vederii, intervenții laser de corecție a vederii);
- 5.26. servicii medicale prestate în afara locației Furnizorilor de Servicii Medicale (ex: vizite la domiciliu);
- 5.27. efectuării oricăror servicii medicale în absența Asiguratului (telemedicină, interpretare analize, consult la distanță, consult pe internet etc.);
- 5.28. medicinei alternative sau neconvenționale (cum ar fi, dar fără a se limita la: acupunctură, homeopatie, fitoterapie, medicina hiperbară); serviciilor de logopedie; serviciilor de terapie durerii.
- 5.29. epidemiilor, pandemiilor recunoscute de către autoritățile competente;
- 5.30. spitalizării în cadrul următoarelor instituții medicale: spitalele de geriatrie și gerontologie, azilele de bătrâni, casele de odihnă, centrele de recuperare, reabilitare sau balneo-climaterice sau centrele de tratament kinetoterapeutic, secțiile de recuperare medicală ale spitalelor clinice, instituțiile destinate tratării bolilor psihice, inclusiv secțiile de psihiatrie ale spitalelor, centrele care oferă asistență la domiciliu, și instituțiile a căror destinație specifică este îngrijirea și tratarea dependențelor.

6. SUMA ASIGURATĂ

- 6.1. Sumele asigurate sunt cele înscrise în Specificația Poliței. Acestea sunt stabilite separat pentru cele 2 Secțiuni ale acoperirii – Secțiunea 1 – servicii medicale în regim ambulatoriu ca urmare a unei boli / accident; Secțiunea 2 – servicii medicale în regim ambulatoriu și/sau de spitalizare ca urmare a unui accident auto.
- 6.2. Prin plata unei despagubiri / indemnizații în urma producerii unui eveniment asigurat, suma asigurată se micșorează, pentru restul perioadei de asigurare, cu despagubirea / indemnizația plătită, asigurarea continuând cu suma rămasă, fără ca aceasta să afecteze prima de asigurare stabilită.

7. CALL CENTER (DISPECERAT)

- 7.1. La dispoziția Asiguraților va fi pus un serviciu care servește pentru programare și informare. Orice serviciu medical prestat de către unul dintre furnizorii de servicii medicale menționat în lista rețelei de furnizori de servicii medicale va fi programat numai prin intermediul Call Center-ului.
- 7.2. Prin intermediul Call Center-ului nu se acordă sfaturi medicale. OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP nu poate fi ținută răspunzătoare pentru nicio declarație a Call Center-ului care poate fi interpretată de către Asigurat ca fiind sfat medical.
- 7.3. Asigurații pot obține de la Call Center informații exacte despre furnizorii de servicii medicale cu care colaborează OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP.
- 7.4. Prin intermediul Call Center-ului nu pot fi efectuate programări la furnizori de servicii medicale din afara rețelei de furnizori agreați

8. OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI / CONTRACTANTULUI

- 8.1. Contractantul este obligat să aducă la cunoștința Asiguraților acele prevederi ale Poliței care se referă la drepturile și obligațiile Asiguraților și să le obțină acordul cu privire la asigurarea de care beneficiază;
Prin exercitarea de către Asigurat a dreptului la plata despagubirilor și/sau indemnizațiilor convenite prin Poliță:
 - se confirmă consimțământul acestuia privind conținutul Poliței încheiată de către Contractant;
 - se prezumă că, până la proba contrară, există consimțământul Utilizatorului:
 - privind conducerea autovehiculului implicat în accidentul de vehicule și,
 - utilizarea beneficiului Poliței - Secțiunea 1 "servicii medicale în regim ambulatoriu ca urmare a unei boli / accident".

8.2. Asiguratul este obligat:

- să furnizeze, la solicitarea OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, orice informație și/sau documente necesare în vederea evaluării evenimentului asigurat, stării de sănătate sau a obligației de plată a OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP. La cererea OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, Asiguratul este obligat să se supună unei consultații efectuate de către un medic desemnat de către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP și pe cheltuiala acestuia din urmă;
 - să acționeze, după posibilități, pentru diminuarea daunei și să se abțină de la săvârșirea oricăror acțiuni care sunt considerate un impediment în procesul de însănătoșire cum ar fi nerespectarea indicațiilor medicale sau prestarea unor activități contraindicate în raport cu afecțiunea sau vătămarea suferită etc.;
 - în cazul accesării serviciilor medicale la furnizori din rețeaua agreată: să comunice OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP prin intermediul Call-Center-ului menționat în Poliță, în termen de cel mult 24 ore de la apariția riscului asigurat și înainte de angajarea oricărei cheltuieli medicale, detalii complete asupra problemelor medicale apărute și asupra naturii îngrijirilor medicale solicitate și să obțină acceptul acesteia;
 - în cazul accesării serviciilor medicale la furnizori din afara rețelei agreate: să notifice electronic prin e-mail-ul menționat în Poliță și să pună la dispoziția OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP documentele justificative de decontare în copie și original, conform art.), în termen de 30 de zile calendaristice de la data la care acesta a primit asistența medicală, respectiv de la data externării din spital;
 - să faciliteze eventualele investigații referitoare la circumstanțele producerii riscului asigurat;
- 8.3. În caz de neîndeplinire de către Contractant / Asigurat a obligațiilor prevăzute în Poliță (inclusiv privind termenele de înștiințare aferente și/sau refuzul Contractantului / Asiguratului de a pune la dispoziția OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP documentele solicitate) dau dreptul OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP să refuze plata oricăror sume, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat, modul de producere și cuantumul despăgubirii / indemnizației din asigurare.

9. CONSTATAREA ȘI EVALUAREA DAUNELOR; STABILIREA ȘI PLATA DESPĂGUBIRILOR

- 9.1. Acoperirea prin asigurare este valabilă dacă serviciile medicale sunt oferite atât de către furnizorii din cadrul rețelei agreate, cât și de către furnizorii din afara rețelei, conform prevederilor Poliței.
- 9.2. Lista rețelei de furnizori de servicii medicale se poate modifica oricând pe durata perioadei de asigurare. Asigurații se pot informa oricând la Call Center sau pe pagina de Internet a OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP - www.omniasig.ro despre furnizorii de servicii medicale disponibili. Anumiți medici sau servicii medicale pot să nu fie disponibili/e pentru decontarea directă a serviciilor medicale în cadrul rețelei de furnizori de servicii medicale.
- 9.3. Valoarea despăgubirii plătite de OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, reprezentând contravaloarea costurilor serviciilor medicale stabilite în baza documentelor justificative emise de furnizorii de servicii), inclusiv indemnizația pentru cazare în spitale publice nu poate depăși sumele asigurate menționate în Poliță.
- 9.4. Decontarea serviciilor medicale se face direct între furnizorul de servicii medicale și OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, cu excepția situațiilor când se apelează la furnizorii din afara rețelei agreate.
- 9.5. OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP este îndreptățit să solicite medicilor, personalului medical și/sau instituțiilor medicale documente medicale cu privire la starea de sănătate a Asiguratului și toate datele medicale referitoare la evenimentul asigurat în scopul evaluării obligației sale de plată.
- 9.6. Prevederi specifice În cazul accesării serviciilor medicale la furnizori din rețeaua agreată:
- serviciile medicale necesită o aprobare anterioară a OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP; acestea trebuie solicitate de către Asigurat la Call Center, cu excepția situațiilor când se apelează la furnizorii din afara rețelei agreate;
 - Asiguratul va primi răspunsul (acceptul sau refuzul) privind acoperirea unui serviciu medical, ca regulă, în maxim două zile lucrătoare de la data solicitării acestuia, prin

- intermediul Call Center-ului. În cazul în care vor fi necesare documente și/sau un consult medical al Asiguratului, acestea vor fi solicitate și/sau determinate în cursul acestor două zile. În acest caz Asiguratul va primi răspunsul în termen de două zile lucrătoare, ca regulă, de la data la care documentele solicitate complete și corecte au fost primite de către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP;
- OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP va efectua programarea serviciilor medicale în cel mai scurt timp posibil din momentul aprobării, în conformitate cu prevederile Poliței, în limitele orarului și disponibilității furnizorilor de servicii medicale și în conformitate cu preferințele Asiguratului;
 - În cazul în care Asiguratul nu poate respecta programarea pentru servicii medicale stabilită de către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, aceasta trebuie anulată la Call Center cu cel puțin 24 de ore înainte de data acesteia. În caz contrar, Asiguratul va suporta eventualele cheltuieli survenite. Răspunderea Asiguratului pentru aceste cheltuieli nu va putea fi antrenată dacă Asiguratul nu onorează programarea din motive independente de voința sa.
 - În cazul în care s-au efectuat servicii medicale care nu sunt acoperite prin Polita., furnizorul de servicii medicale va face decontarea acestora direct cu Asiguratul/pacientul.
 - Asiguratul trebuie să prezinte furnizorului de servicii medicale înainte de efectuarea oricărui serviciu actul său de identitate.
- 9.7. Prevederi specifice acordării indemnizației zilnice de spitalizare ca urmare a unui accident auto acoperit prin Secțiunea 2 :
- se acorda în cazul spitalizării Asiguratului într-un spital privat sau de stat;
 - indemnizația fixă pe zi de spitalizare menționată în Polita se acorda pentru fiecare zi de spitalizare petrecută de Asigurat într-un spital privat sau de stat, pentru un număr de maximum 10 zile pe an de asigurare;
 - OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP va achita indemnizația zilnică de spitalizare dacă spitalizarea este necesară din punct de vedere medical după perioada de spitalizare a Asiguratului pe baza documentelor medicale puse la dispoziție de către acesta. Indemnizația de spitalizare se acordă începând cu a patra zi de spitalizare. Pentru primele 3 zile de spitalizare nu se acordă indemnizație.
- 9.8. Prevederi specifice acordării indemnizației pentru servicii medicale în regim de spitalizare ca urmare a unui accident auto acoperite prin Secțiunea 2:
- pentru a fi acoperită prin asigurare, spitalizarea trebuie efectuată în cadrul unui spital privat;
 - OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP va achita costurile aferente spitalizării numai după perioada de spitalizare a Asiguratului în baza documentelor medicale puse la dispoziție de către acesta;
 - OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP va acoperi prin asigurare Serviciile medicale în regim de spitalizare doar în baza documentelor medicale care justifică necesitatea medicală a spitalizării (recomandarea medicului specialist, bilete de trimitere, documente referitoare la istoricul medical al Asiguratului și orice alte documente necesare OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP pentru stabilirea obligației sale de plată).
- 9.9. Acoperirile oferite prin asigurare ca urmare a unui accident auto în cadrul Secțiunii 2 - Indemnizația pentru servicii medicale în regim de spitalizare și indemnizația zilnică de spitalizare nu se cumulează.
- 9.10. Prevederi specifice acordării indemnizației pentru medicamente ca urmare a unui accident auto acoperit prin Secțiunea 2 :
- se acopera 100% din plata Asiguratului pentru medicamente de uz uman cu scop terapeutic, care sunt necesare din punct de vedere medical și care sunt autorizate de Agenția Națională a Medicamentului, dar nu mai mult de suma asigurată aferentă Indemnizației pentru Medicamente menționate în Polita..
 - OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP va rambursa costurile pentru medicamente numai în baza unor documente justificative (copia rețetei, bonul fiscal) și doar dacă diferența dintre data eliberării rețetei și data bonului fiscal nu este mai mare de 5 zile.
 - OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP va achita indemnizația pentru medicamente după achiziționarea acestora de către Asigurat pe baza documentelor puse la dispoziție

de către acesta, cu respectarea prevederilor articolului 15 de mai jos.

- 9.11. În cazul în care Asiguratul nu este de acord cu refuzul acoperirii unui serviciu medical solicitat, el trebuie să notifice în scris OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP în legătură cu dezacordul său în decurs de o lună de la data la care OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP a notificat Asiguratul cu privire la refuzul acestuia. (Răspunderea OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP în cazul unei decizii greșite conform alineatului (precedent este limitată la costul serviciilor medicale refuzate.

9.12. Procedura de accesare a serviciilor medicale

<p>Procedura de accesare a serviciilor medicale la furnizori din <u>rețeaua agreată</u> a OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP (disponibilă și pe pagina de Internet - www.omniasig.ro)</p> <p>1. Asiguratul sună la call-center.</p> <p>1.a. Call-center-ul verifică:</p> <ul style="list-style-type: none"> Validitatea contractului de asigurare și a calității de Asigurat (sunt verificate numărul poliței, datele de identificare ale Asiguratului - nume / prenume; CNP); Necesitatea medicală a solicitării Asiguratului (prin discuție cu Asiguratul); Acoperirea serviciului medical solicitat (din perspectiva excluderilor contractuale; includerea serviciului medical solicitat în acoperirea contractuală, inclusiv evaluarea limitelor de acoperire); Disponibilitatea serviciului medical solicitat la furnizorii din rețeaua agreată a OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP <p>1.b. Prin intermediul Call-center-ului se face selecția clinicii / medicului (recomandarea / programarea) ținând cont de solicitarea Asiguratului și informațiile furnizate cu privire la existența biletului de trimitere / simptomelor resimțite.</p> <p>2. Call-center-ul</p> <p>2.a. Call center-ul face programarea la clinică / medic conform pct.1</p> <p>OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP facilitează Asiguratului efectuarea serviciilor medicale în cel mai scurt timp posibil din momentul deciziei, în conformitate cu prevederile contractului de asigurare și în limitele orarului furnizorilor de servicii medicale și a disponibilității furnizorilor de servicii medicale.</p> <p>2.b. Call center-ul emite și transmite atât către furnizorul de servicii cât și către Asigurat confirmarea programării (telefonic, SMS, e-mail).</p> <p>3. Asiguratul se prezintă la programare cu un act de identitate (CI/BI sau pașaport valabil)</p> <p>4. Furnizorul de servicii medicale</p> <p>4.a. Furnizorul prestează serviciul medical</p>	<p>Procedura de accesare a serviciilor medicale la furnizori din <u>afara rețelei agreate</u> a OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP</p> <p>1. Asiguratul își alege furnizorul de servicii medicale.</p> <p>2. Furnizorul prestează serviciul medical și emite documentele justificative.</p> <p>3. Asiguratul plătește serviciile medicale accesate.</p> <p>4. Asiguratul solicită furnizorului de servicii medicale setul de documente necesar pentru rambursare, conform condițiilor de asigurare.</p> <p>4.a. Documente cu privire la serviciile medicale efectuate</p> <p>4.a.1. raport medical, completat de medic, semnat și stampilat; Acest formular trebuie să menționeze obligatoriu diagnosticul stabilit de medic; rezultatele la analize / investigații medicale realizate în ambulatoriul de specialitate și/sau pe perioada spitalizării);</p> <p>4.a.2. Biletul de ieșire din spital (în cazul spitalizării);</p> <p>4.a.3. Documentele justificative pentru utilizarea unui grad înalt de confort (cazare/masă în cazul spitalizării).</p> <p>4.b. Documente fiscale în original (facturi și chitanțe, bonuri fiscale, cu menționarea serviciilor / tratamentelor medicale efectuate).</p> <p>5. Asiguratul transmite în scris către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, în termenele menționate în Poliță, cererea de despăgubire</p>
---	--

<p>4.b. Furnizorul de servicii medicale din rețea este obligat să prezinte Asiguratului spre semnare formularul cu serviciile medicale efectuate. Prin semnarea acestuia de către Asigurat, Asiguratul confirmă că i-au fost efectuate serviciile medicale specificate în formularul de autorizare</p> <p>Clarificarea oricăror neconcordanțe cu privire la acoperirea prin asigurare a serviciilor medicale efectuate Asiguratului de către furnizorul de servicii medicale rămân a fi rezolvate exclusiv, dacă nu se agreează altfel, între OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP și furnizorii din rețeaua acestuia. În cazul în care este necesar, OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP va putea solicita informații și Asiguratului în măsura în care acesta deține informațiile necesare clarificării neconcordanțelor.</p> <p>4.c. Furnizorul transmite OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP setul de informații / documentele necesare instrumentării dosarului de daună.</p> <p>La cerere, Asiguratul poate avea acces la documentele medicale deținute de către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP pentru serviciile medicale acoperite prin Poliță. De asemenea, tot la cerere, pot fi furnizate, dacă acest lucru nu contravine drepturilor unor terțe părți, copii ale actelor care servesc pentru stabilirea obligației de plată, a motivului și a valorii acesteia.</p>	<p>(disponibilă pe pagina de Internet - www.omniasig.ro), astfel:</p> <ul style="list-style-type: none">- în format fizic, la sediul OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP: str. Dr Grigore Mora , nr. 23, sector 1, București;- în format electronic (e-mail) la adresa <p>Cererea de despăgubire va fi însoțită de:</p> <ul style="list-style-type: none">• documentele de la pct. 4 și următoarele:• acte de identitate (Copie act identitate Asigurat și copie act identitate persoană desemnată pentru încasarea sumelor datorate de OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP în baza asigurării)• documentul care atesta calitatea de Asigurat;• dovada producerii accidentului (Copiile proceselor verbale/rapoartelor poliției sau ale oricăror instituții care au constatat sau care au investigat accidentul. <p>6. OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP analizează informațiile prezentate în raport cu acoperirea Poliței încheiate și aprobă sau respinge rambursarea costurilor solicitate.</p>
---	---

- 9.13. Solicitarea rambursării cheltuielilor / plății indemnizației trebuie transmisă către OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP în decursul a maxim 30 de zile de la data efectuării serviciilor a căror rambursare se solicită / pentru care se solicită indemnizație, cu respectarea prevederilor art. 9.10 specifice acordării indemnizației pentru medicamente ca urmare a unui accident auto. OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP are dreptul de a refuza plata în cazul în care, ca urmare a depășirii intervalului de timp anterior menționat, acesta nu poate finaliza evaluarea solicitării.
- 9.14. Plata oricăror sume către Asigurat conform prevederilor Politei se va face prin transfer bancar, în lei, în România OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP va achita Asiguratului sumele datorate în contul furnizat de acesta în termen de maxim 20 zile de la data la care este primit de la Asigurat ultimul document solicitat în vederea stabilirii obligației de plată.