

Your International Healthcare Partner



International Private Medical Insurance

MediSky International Plans

# FORMULAR DE APLICARE

VĂ RUGĂM SĂ COMPLETAȚI CU **MAJUSCULE** ASIGURÂNDU-VĂ CĂ TOATE CÂMPURILE IMPORTANTE SUNT COMPLETATE. UN FORMULAR INCOMPLET VA ÎNTÂRZIA PROCESAREA CERERII DUMNEAVOASTRĂ.

<b>1 ÎNCEPEREA ACOPERIRII</b>				
Acoperirea este condiționată de acceptarea cererii dumneavoastră, care va fi confirmată de un certificat de asigurare eliberat pe numele dumneavoastră. Vă rugăm să menționați data de la care solicitați acoperirea: DD/MM/YYYY				
<b>2 DETALII SOLICITANT</b> (Trebuie să ne anunțați despre orice schimbare a datelor de contact, astfel încât să ne putem asigura că toată corespondența va ajunge la dumneavoastră cu promptitudine).				
Vom avea în vedere solicitantii sub vârsta de 66 de ani.				
Dl. <input type="checkbox"/> Dna. <input type="checkbox"/>		Prenume:		Nume:
Data nașterii: DD/MM/YYYY		Sex: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Țara de origine:
Naționalitate:		Adresa completă în țara de reședință principală:		
Număr de telefon:		Adresă de email:		CI nr.:
Ocupație:		Detalii despre orice asigurare actuală de sănătate, națională sau internațională, deținută: (nume, data de începere, numărul contractului)		
<b>3 DETALII PLAN</b>				
LIGHT 1		LIGHT 2		LIGHT 3
30 000 Euro <input type="checkbox"/>		75 000 Euro <input type="checkbox"/>		150 000 Euro <input type="checkbox"/>
Zona de acoperire: Europa / Turcia				
<b>4 PERSOANE ASIGURATE</b>				
	<b>Persoană aflată în întreținere 1</b>	<b>Persoană aflată în întreținere 2</b>	<b>Persoană aflată în întreținere 3</b>	<b>Persoană aflată în întreținere 4</b>
Relația cu solicitantul (copil > 18)	Sot/Sotie/Partener <input type="checkbox"/> Copil <input type="checkbox"/>	Copil <input type="checkbox"/>	Copil <input type="checkbox"/>	Copil <input type="checkbox"/>
Prenume				
Nume				
Data nașterii	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY
Sex	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Ocupație				
Țara de reședință				
Naționalitate				
Detalii despre orice asigurare actuală de sănătate, națională sau internațională	Numele Asigurătorului: Numărul Poliței:			
<b>5 DETALII PLATĂ (DETALII DESPRE MODALITATEA DE PLATĂ VOR FI INCLUSE PE FACTURA DUMNEAVOASTRĂ)</b>				
Monedă: Euro Prin transfer bancar	În avans de către Persoana Asigurată Frecvența plăților: Timestrial <input type="checkbox"/> Semestrial <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>			
<b>6 DETALII INTERMEDIARE</b>				
Nume:				
Adresă poștală:				

Număr de telefon:	Număr de mobil:
Număr de fax:	Adresă Email:
<b>7</b>	<b>PROTECȚIA DATELOR</b>
<p>Pentru a vă procesa cererea, informațiile furnizate mai sus vor fi procesate electronic. Acest formular, împreună cu oricare / toate atașamentele, vor fi, prin urmare, transferate către Departamentul medical al MediSky International, Varșovia, strada Trębacka 4, Polonia.</p> <p>În conformitate cu «legea protecției datelor» (în legea franceză) din 06 ianuarie 1978, modificată ulterior printr-o lege adoptată la 06 august 2004, aveți dreptul de a accesa, corecta, modifica și șterge datele dumneavoastră personale trimițând cererea către: MGEN - Centre de gestion de la Verrière - Gestion CNIL - Cs 10601 La Verrière 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex.</p> <p>Prin semnarea acestui formular, acceptați că acesta va fi transferat către Departamentul medical al MediSky, cât timp este respectată confidențialitatea medicală.</p>	
<b>8</b>	<b>DECLARAȚIE</b>
<p>Vă rugăm să citiți cu atenție următoarele declarații și semnați mai jos doar dacă le înțelegeți și le acceptați.</p> <p>(a) Eu, subsemnatul, declar că informațiile furnizate, precum și răspunsurile mele la întrebările de mai sus, pentru mine și pentru orice membru al familiei mele numit pe acest formular, sunt corecte și adevărate, și că nu am declarat și nu am omis să declar nimic care l-ar putea induce în eroare pe Asigurător, și înțeleg că pot fi sancționat conform articolelor L.221-14 și 15 din Codul Societăților Comerciale de Asigurări Mutuale Franceze în caz de declarație falsă, omisiuni sau răspunsuri inexacte.</p> <p>(b) <b>Confirm că am primit, am citit și am înțeles definițiile complete, beneficiile, excluderile și condițiile acestei politici. Accept că niciun beneficiu nu va fi plătit pentru cancerul care este diagnosticat în termen de 60 de zile de la data înscrierii sau dacă am suferit în orice moment de afecțiunea la care se referă solicitarea.</b></p> <p>(c) Accept că această poliță va fi supusă termenilor și condițiilor standard în vigoare la momentul începerii acestei polițe.</p> <p>(d) Accept că MediHelp / MediSky își rezervă dreptul de a anula aderarea la acest Plan în cazul în care o sumă datorată nu este plătită până la sau la data scadenței.</p> <p>(e) <b>Autorizez MediHelp / MediSky să acționeze pentru și în numele tuturor persoanelor numite în formular în legătură cu administrarea acestei polițe, ceea ce poate include dezvăluirea informațiilor medicale sensibile furnizate de mine, de medicul meu curant sau de orice furnizor medical.</b> Această autorizație va rămâne în vigoare până când voi trimite o solicitare scrisă către VYV International Benefits pentru a o revoca.</p> <p>(f) <b>Declar că ofer MediHelp/ MediSky acces deplin la toate datele mele medicale, bilete de spitalizare, sau alte documente legate de obiectivele de subscriere și evaluare a solicitărilor de despăgubire.</b></p> <p><b>În calitate de solicitant, semnez această Declarație și acest Formular de Cerere pentru și în numele tuturor persoanelor incluse în acest formular.</b></p>	
Semnătura Solicitantului:	Data: DD/MM/YYYY
Semnătura precedată de cuvintele scrise de mână „Citit și aprobat”:	Pentru utilizarea exclusivă de către birou – Date și stampilă agent

Notă importantă: Versiunea în limba Română a acestui formular reprezintă o traducere a textului din limba Engleză. Într-un litigiu de orice fel, limba Engleză va prevala.

S.C. MEDIHELP INTERNATIONAL BROKER DE ASIGURARE S.R.L. - International Headquarters, Strada Dr. Constantin Caracas Nr. 24, București, Romania, T: 4021.222.0593, F: 4021.222.0691, E: office@medihelp.ro www.medihelp-assistance.com.

MEDISKY International Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością za societate înregistrată în registrul antreprenorilor din cadrul Registrului Curții Naționale, menținut de Curtea Districtuală al orașului capitală Varșovia, Departamentul Comercial XII al Registrului Curții Naționale, Polonia, sub numărul KRS 0000628122 și a cărui sediu social se află în Varșovia, Strada Trębacka nr. 4 4. MGEN, număr SIREN 775 685 399, reglementată de prevederile Volumului II din codul companiilor de asigurări mutuale franceze - 3-7 Square Max Hymans, 75748 PARIS Cedex 15. VYV-IB, cu ORIAS sub numărul 16002500, RCS Paris sub numărul 813 36 1441, 3-7 Square Max Hymans, 75648 Paris Cedex 15, sub supravegherea Autoritatea de Supraveghere Prudențială și Rezoluție (ACPR) 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09, Franța.