

Your International Healthcare Partner



International Private Medical Insurance

MediSky International Plans

CONDIȚII GENERALE PENTRU PERSOANE FIZICE

Bine ați venit,

și vă mulțumim pentru că ați ales *Light*, Planul Internațional de Asigurare pentru Tratamentul împotriva Cancerului.

Acest plan este conceput pentru persoane fizice.

MediSky International depune toate eforturile pentru a acoperi nevoile dumneavoastră de asigurare medicală.

Stimate Asigurat,

Vă rugăm să verificați certificatul de asigurare și să vă asigurați că toate detaliile sunt corecte.

Dacă trebuie efectuate modificări, vă rugăm să ne informați imediat.

Acordați-vă câteva momente pentru a vă familiariza cu Polița dumneavoastră de asigurare și pentru a vă asigura că ați înțeles perfect următoarele probleme:

- Acoperirea (atât beneficii cât și limitări),
- Modul de administrare a Poliței de asigurare,
- Modul de utilizare a Poliței de asigurare, inclusiv primirea tratamentului și depunerea cererilor.

Polița dumneavoastră de asigurare a fost redactată folosind un limbaj simplu, pe cât posibil, și a fost concepută pentru a prezenta toate caracteristicile și beneficiile Planului de Asigurare pentru Tratamentul împotriva Cancerului, într-un format simplu și ușor de înțeles. La sfârșitul acestor Condiții Generale veți găsi un glosar de termeni.

Pachetul dumneavoastră de apartenență cuprinde următoarele documente:

- Ghidul de Membru (condiții generale) – document actual care include toate detaliile poliței de asigurare,
- Certificatul de Asigurare (condiții specifice) – care prezintă detaliile acoperirii asigurării dumneavoastră,

Veți găsi mai jos ghidul dumneavoastră Light Plan.

Mai jos sunt enumerate condițiile generale care oferă toate informațiile de care aveți nevoie, de la primirea tratamentului până la decontarea financiară a cheltuielilor de îngrijire medicală.

MGen a numit MediSky International să acționeze ca furnizor al anumitor servicii de administrare pentru terți, la nivel mondial.

Cuprins

<i>CAPITOLUL 1 – Obiectivele Contractului</i>	3
<i>CAPITOLUL 2 – Beneficii</i>	3
1. Persoane acoperite	3
2. Schimbarea nivelului tipului de asigurare.....	4
3. Lista de beneficii	4
<i>CAPITOLUL 3 – Prevederi generale ale contractului</i>	6
4. Data intrării în vigoare, durata și data reînnoirii contractului.....	6
5. Obligațiile persoanei asigurate	7
6. Modificări	7
7. Termenul de prescripție pentru cererile de despăgubire.....	8
8. Subrogare	8
9. Informare- Reclamație– Mediere.....	8
10. Protejarea datelor	9
11. Informații privind reglementarea și legislația aplicabilă	9
12. Limitarea sancțiunilor și clauza de excludere.....	10
13. Alte asigurări.....	10
14. Condiții de eligibilitate.....	10
15. Data intrării în vigoare a asigurării	10
16. Încetarea sau suspendarea asigurării	11
<i>CAPITOLUL 4 – Excluderi</i>	11
17. Riscuri și beneficii excluse.....	11
<i>CAPITOLUL 5 – Administrarea și instrumentarea cererilor de despăgubire</i>	12
18. Plan de administrare	12
19. Metode generale	12
20. Proceduri privind solicitarea despăgubirilor	12
21. Examinări medicale	13
22. Declarații false	14
<i>CAPITOLUL 6 – Prime</i>	14
23. Ratele primelor și baza de calcul.....	14
24. Plățile primelor.....	14
<i>CAPITOLUL 7 – Definiții</i>	14
<i>Anexa 1 – Servicii de Concierge– declarație de serviciu</i>	17



CAPITOLUL 1 – Obiectivele Contractului

Planul Internațional Light este un Plan de Asigurare pentru Tratatamentul împotriva Cancerului oferit de VYV International Benefits în numele MGEN (A se vedea mai multe detalii despre MGEN în “Definiții”).

Acest document este conceput pentru Persoanele fizice asigurate, acoperind resortisanții locali și expatriații, precum și persoanele eligibile aflate în întreținerea acestora, și nu necesită subscriere medicală (A se vedea capitolul “Definiții”).

Puteți alege unul din cele trei niveluri pentru planul dumneavoastră de asigurare:

1. **LIGHT 1** = 30 000 Euro
2. **LIGHT 2** = 75 000 Euro
3. **LIGHT 3** = 150 000 Euro

Contractul este format din:

- Condiții generale care definesc obligațiile reciproce și întreaga acoperire care poate fi selectată/aleasă,
- Condiții speciale (certificat de asigurare) care stipulează acoperirea efectivă, completarea și modificarea documentelor menționate în condițiile generale, precum și quantumul beneficiilor și primelor.

CAPITOLUL 2 – Beneficii

1. Persoane acoperite

Persoanele acoperite pot fi:

1.1 Persoana Asigurată

Doar Persoana Asigurată.

Solicitanții nou-asigurați sunt eligibili pentru acoperire în cadrul acestei polițe, cu condiția să aibă **sub 66 de ani la data acceptării lor**, cu condiția completării formularului de cerere adecvat pentru persoane fizice.

- Sau:



1.2 Persoana Asigurată (membru principal) și persoanele dependente, numite în continuare:

- Soț/Soție sau partener de același sex sau de sex opus (PACS sau echivalent);
- Copil, copil vitreg sau copil adoptat legal, cu condiția ca acesta să aibă vârsta sub 18 ani,

Un singur soț sau partener va fi considerat beneficiar.

Persoana Asigurată și persoanele dependente dobândesc calitatea de Persoane Asigurate imediat ce sunt înregistrate în Asigurare. Acoperirea va fi încheiată pentru persoanele dependente de îndată ce nu mai respectă condițiile menționate anterior și la aceeași dată cu încetarea poliței pentru Persoana Asigurată.

Beneficiile sunt plătite pentru tratamentul cancerului, care este administrat în perioada în care Persoana Asigurată deține polița activă.

2. Schimbarea nivelului Planului

Dacă Asigurătorul este de acord, Persoana Asigurată poate schimba Nivelul de acoperire numai la data reînnoirii anuale a poliței și informând Asigurătorul cu cel puțin două luni înainte de data reînnoirii. Toți membrii familiei ar trebui să fie asigurați în cadrul aceluiași Plan de Asigurare.

3. Lista de beneficii

3.1 Servicii medicale și servicii de spitalizare

Beneficiile constau în acoperirea costurilor medicale și de spitalizare suportate de Persoana Asigurată care suferă de o formă de cancer recunoscută de Asigurător (a se vedea capitolul 6 "Definiții").

Asistența medicală ce urmează să fie acoperită trebuie să fie recunoscută de către autoritățile medicale locale și asigurată de specialiști autorizați (în conformitate cu legile și reglementările exercitării acestei profesii în țara respectivă).

Serviciile medicale și de spitalizare sunt acoperite după cum urmează:



BENEFICII	LIGHT 1	LIGHT 2	LIGHT 3
Limită pe an și pe beneficiar	30 000 €	75 000 €	150 000 €
Consultații ale medicului curant	100%		
Consultații cu alți medici, atâta timp cât sunt în legătură cu tipul de cancer pentru care există acoperire	100%		
Consultații și monitorizare cu un psiholog în timpul tratamentului cancerului	100%		
Consultații și monitorizare cu un nutriționist în timpul tratamentului cancerului	100%		
Investigație de laborator	100%		
Investigații imagistice, proceduri invazive și non-invazive Cyber Knife	100%		
Chirurgie oncologică	100%		
Radioterapie	100%		
Medicamente și chimioterapie	100%		
Perucă în caz de pierdere a părului în urma chimioterapiei	100%		
Imunoterapie	100%		
Ecografie cu focus de intensitate mare	100%		
Servicii de îngrijire paramedicală la domiciliu	100%		
Spitalizare pentru mai mult de 24 de ore, inclusiv la terapie intensivă; proceduri de resuscitare.	100%		
Îngrijire paliativă la domiciliu sau într-un spital	100%		
Spitalizare pentru mai puțin de 24 de ore pentru intervenție chirurgicală de zi, chimioterapie sau orice investigații pe termen scurt	100%		
Mapare genetică	100% până la 2.000 €		
Beneficiu în numerar pentru serviciile primite într-un spital public sau privat, atunci când serviciile primite sunt acoperite de Asigurarea Națională de Sănătate	125 € pe noapte, până la un număr maxim total de 30 de nopți în fiecare perioadă de asigurare		
A doua opinie medicală	100%		
În caz de spitalizare pentru o formă de cancer: suma de bani a fi folosită la discreția persoanei asigurate	neacoperită	Plan 2 Suma limită de 5.000 €	Plan 3 Suma limită de 10.000 €



Servicii de concierge – în Franța și Turcia

Beneficiile serviciilor de concierge vor fi furnizate la cererea Persoanei Asigurate, fie de un furnizor de servicii medicale, fie de un furnizor de servicii de concierge și dacă este disponibil în țara unde se efectuează tratamentul, autorizat de Asigurător (a se vedea declarația din anexa 1).

Aceste beneficii sunt servicii legate de acordarea de asistență medicală în Franța, Persoanei Asigurate, dacă Persoana Asigurată urmează recomandările Asigurătorului:

- Însoțirea Persoanei Asigurate în Franța în timpul tratamentului,
- Asistență la rezervarea biletelor de avion spre Franța și înapoi pentru Persoana Asigurată și o persoană însoțitoare,
- Asigurarea transportului non-medical în Franța de la aeroport la clinică sau către alt loc de cazare a Persoanei Asigurate pe perioada tratamentului și înapoi la aeroport, pentru Persoana Asigurată și o persoană însoțitoare,
- Serviciile unui interpret sau traducător pentru Persoana Asigurată, în unitatea medicală selectată pentru perioada de tratament.

MediHelp/MediSky și MGEN nu sunt răspunzători pentru calitatea îngrijirii și nivelul serviciilor oferite de un furnizor extern de servicii de concierge. Această Poliță de Asigurare nu oferă Persoanei Asigurate nicio despăgubire, drept sau cauză de acțiune împotriva MediHelp/MediSky și MGEN pe baza unei acțiuni sau omisiuni a unui spital, medic sau alt furnizor de servicii de îngrijire sau alte servicii.

3.2 Zona de acoperire

Costurile medicale și de spitalizare trebuie să fi fost suportate în perioada de asigurare în următoarea zonă geografică:

- în Europa (cu excepția Regatului Unit și a Elveției)
- în Turcia

3.3 Suma beneficiilor

Suma beneficiilor este calculată pentru fiecare categorie de cheltuieli rezonabile și normale, în limite rezonabile și obișnuite.

‘Rezonabil și normal’ înseamnă cheltuielile pentru tratament, proceduri, consumabile sau alte servicii medicale, care sunt necesare din punct de vedere medical, dar care nu depășesc nivelul general al cheltuielilor la locația respectivă pentru astfel de tratamente, proceduri, consumabile sau alte servicii medicale.

În ceea ce privește tratamentul, procedurile, consumabile sau alte servicii medicale, ‘necesare din punct de vedere medical’, acestea:

- sunt adecvate și în concordanță cu simptomele și constatările sau diagnosticul și tratamentul direct al formei de cancer de care suferă Persoana Asigurată; și
- sunt în conformitate cu standardele general acceptate de practică medicală; și
- nu sunt asociate cu tratamente, proceduri, consumabile sau alte servicii medicale cu caracter experimental sau investigativ; și nu pot fi omise fără a afecta în mod negativ condiția medicală a Persoanei Asigurate.

CAPITOLUL 3 – Prevederi generale ale contractului

4. Data intrării în vigoare, durata și data reînnoirii contractului

Calitatea de membru a Persoanei Asigurate este specificată în certificatul de asigurare, semnat de Asigurător, și menționează în special:

- numărul Poliței de Asigurare,
- datele de intrare în vigoare (începutul și sfârșitul acoperirii),
- persoanele dependente,
- Nivelul *Planului Light* ales,
- primele care trebuie plătite pentru acoperirea dumneavoastră.

Data intrării în vigoare a acestui contract de un an este specificată în certificatul de asigurare. Contractul se reînnoiește prin acord tacit începând cu 1 ianuarie, pentru o perioadă de un an, dacă nu este reziliat de una dintre părți prin scrisoare recomandată, cu confirmare de primire, trimisă cu cel puțin două luni înainte de reînnoire.

De asemenea, contractul poate fi reziliat la inițiativa Asigurătorului, în caz de neplată a primei de asigurare, în conformitate cu termenii definiți în Articolul 24.

Drepturi de anulare pentru vânzarea directă sau vânzarea la distanță

Asigurătorul, prin MediSky, se angajează să trimită Persoanei Asigurate Principale informații privind drepturile de anulare pentru vânzarea directă sau vânzarea la distanță a Poliței de Asigurare.

Vânzare directă: Persoana Asigurată are dreptul de anulare în cazul vânzării directe la domiciliu sau la locul de muncă, atunci când acesta semnează în acest sens, o propunere de asigurare sau un contract, în scopuri care nu intră în sfera activității sale comerciale sau profesionale. Persoana Asigurată are la dispoziție paisprezece (14) zile calendaristice de la data începerii contractului pentru a-și exercita dreptul de anulare.

Vânzare la distanță: Prevederile de vânzare la distanță se aplică dacă Polița de Asigurare este încheiată prin una sau mai multe tehnici de vânzare la distanță, în special vândute prin corespondență sau prin internet. O perioadă de anulare de paisprezece (14) zile calendaristice se aplică în cazul vânzării la distanță, de la data începerii Poliței de Asigurare sau de la data când Persoana Asigurată primește condițiile și informațiile privind Polița de Asigurare menționate în articolul L.222-6 din codul consumatorului francez (dacă aceasta este după data începerii Poliței).

Data de începere a Poliței de Asigurare corespunde datei de începere a calității de membru. Acest drept de anulare nu se aplică dacă Polița este executată în întregime la solicitarea explicită a Persoanei Asigurate, înainte ca Persoana Asigurată să își exercite dreptul de anulare.

Pentru a își exercita dreptul de anulare (vânzare directă sau la distanță), Persoana Asigurată trebuie să îi trimită Asigurătorului, prin intermediul MediSky, ul. Trebacka 4, 00-074 Varșovia, Polonia, o scrisoare recomandată prin care își exprimă dorința de a își anula calitatea de membru. Se poate utiliza următorul model:

"Prin această scrisoare, eu, subsemnatul (numele complet și adresa) anulez Polița de Asigurare pe care am semnat-o în (locul de apartenență) și solicit rambursarea plății efectuate, corespunzătoare sumei de.... [în euro]. (Data și semnătura)."

Asigurătorul rambursează primele plătite în termen de treizeci (30) de zile calendaristice de la data primirii scrisorii recomandate. Calitatea de membru se consideră că nu a existat niciodată, iar acoperirea nu se aplică, de la primirea de către Asigurător a scrisorii de anulare trimisă prin poștă recomandată. După perioada de treizeci (30) de zile calendaristice, suma convenită acumulează dobândă la rata legală.

5. Obligațiile Persoanei Asigurate

Persoana Asigurată se angajează:

5.1 Să furnizeze Asigurătorului, prin intermediul MediSky, următoarele documente:

5.1.1 Un formular de aplicare semnat de Persoana Asigurată, atunci **când solicită obținerea statutului de membru**, în care precizează ce *plan Light* a fost selectat și ratele primelor.

Persoana Asigurată este de acord să justifice în orice moment declarațiile date Asigurătorului.

ÎN CAZ DE OMISIUNE SAU DECLARAȚIE FALSĂ DIN PARTEA PERSOANEI ASIGURATE, ASIGURĂTORUL ARE DREPTUL FIE SĂ DECLARE CONTRACTUL NUL ȘI NEAVENIT, FIE SĂ ÎL APLICE ÎN CONTINUARE, ÎN CONDIȚII NOI, STABILITE DE ASIGURĂTOR.

5.2 Asigurătorul, prin MediSky, se angajează să ofere fiecărei Persoane Asigurate în momentul începerii poliței, aceste condiții generale și să informeze Persoanele Asigurate în scris despre modificările care urmează să fie făcute, atunci când este cazul, cu privire la drepturile și obligațiile lor, în special înainte de orice reducere a acoperirii, orice schimbare a primei de asigurare, sau încetarea contractului, în conformitate cu codul companiilor de asigurări mutuale franceze.

Persoana Asigurată va răspunde în cazul nerespectării obligațiilor menționate anterior.

6. Modificări

Condițiile prezentului contract iau în considerare dispozițiile legislative și de reglementare aflate în vigoare la data intrării în vigoare a



contractului. Totuși, dacă acestea sunt modificate în perioada contractului, Asigurătorul își rezervă dreptul de a revizui contractul, în cel mai scurt timp de la data intrării în vigoare a noilor dispoziții.

Cu toate acestea, Persoana Asigurată își păstrează dreptul de a solicita rezilierea contractului fără preaviz, în termen de treizeci (30) de zile de la propunerea Asigurătorului.

Această reziliere produce efecte din prima zi a lunii calendaristice după solicitarea Persoanei Asigurate sau de la data intrării în vigoare a modificărilor propuse. În acest din urmă caz, acoperirea și condițiile primelor sunt menținute pe baza circumstanțelor existente anterior acestor modificări, până la data de încheiere a poliței.

7. Termenul maxim de trimitere a cererilor de despăgubire

Dispozițiile cu privire la termenul de limită asupra acțiunilor ce rezultă din Polița de Asigurare sunt reglementate de articolul L.221-11 și L.221-12 din codul companiilor de asigurări mutuale franceze reprodus mai jos:

Orice acțiuni care decurg dintr-un contract de asigurare sunt prescrise la doi ani de la evenimentul de la care au decurs acțiunile. Acest termen limită se aplică doar:

7.1. În caz de tănuire, omisiune, prezentare greșită sau declarație incorectă a riscului suportat, de la data la care Asigurătorul a aflat despre riscul menționat;

7.2. În cazul unei daune asigurate, de la data la care părțile interesate au aflat despre aceasta, dacă dovedesc că nu au avut cunoștință de aceasta, înainte de data respectivă.

Limitarea va fi întreruptă de către cauzele obișnuite de întrerupere a limitării acțiunii și selectarea evaluatorilor în urma unei cereri de despăgubire. Întreruperea limitării unei acțiuni poate rezulta și din trimiterea unei notificări prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire, de la Asigurator către Persoana Asigurată, referitoare la acțiunea privind plata primei, și de la Persoana Asigurată către Asigurator, cu privire la decontarea despăgubirii.

Cauzele obișnuite pentru întreruperea perioadei de limitare sunt definite în articolele de la 2240 la 2246 din Codul Civil Francez:

- Recunoașterea de către debitor a dreptului persoanei față de care s-a impus limitarea de timp,
- Proceduri legale,
- Măsurile luate pentru conservarea drepturilor în baza procedurii Codului Civil francez sau a unui ordin de executare silită,
- Prezentarea unei citații emise în raport cu unul sau mai mulți debitori sau un ordin de executare silită sau de recunoaștere de către debitor a dreptului persoanei față de care s-a impus limitarea de timp,
- Prezentarea unei citații emise în raport cu debitorul principal sau o recunoaștere a cazurilor de limitări de timp aplicabile garanțiilor.

8. Subrogare

Asiguratorul poate fi subrogat dreptului persoanei ce este îndreptățită la beneficii, pentru a exercita orice procedură de recurs împotriva oricărui terț responsabil. Asiguratorul renunță la dreptul său de a executa proceduri de recurs împotriva Persoanei Asigurate.

9. Informații – Reclamații – Mediere

Pentru orice informații sau reclamații cu privire la polița care face obiectul acestui document, fără a aduce prejudicii dreptului Persoanei Asigurate de a iniția proceduri legale pentru a pune în aplicare executarea poliței în caz de litigiu, aceasta poate contacta reprezentantul MediSky în următoarele circumstanțe:

- ✓ Informații și reclamații privind condițiile de acceptare în asigurare
- ✓ Informații și reclamații privind plata primelor
- ✓ Informații și reclamații în caz de solicitare a despăgubirilor

După primirea unei reclamații, MediSky va trimite Persoanei Asigurate sau persoanelor dependente, confirmarea primirii reclamației în maximum zece (10) zile lucrătoare.





Răspunsul va fi trimis Persoanei Asigurate sau persoanelor dependente în următoarele două (2) luni, cu excepția cazului în care apar circumstanțe excepționale.

Dacă Persoanele Asigurate nu sunt mulțumite de răspunsul MediSky, pot trimite o scrisoare standard sau un email către: VYV International

Benefits, 7 Square Max-Hymans 75748 Paris Cedex 15, Franța. Email: clients@vyv-ib.com.

În caz de dezacord cu o decizie a Asigurătorului și după epuizarea tuturor mijloacelor de apel oferite de Asigurător, în termen de cel mult un an de la data reclamației scrise, Persoana Asigurată sau persoanele dependente se pot adresa mediatorului (Ombudsman) MGEN la următoarea adresă: MGEN - Le Médiateur - 3, square Max Hymans - 75748 Paris Cedex 15, Franța - email : mediation@mgen.fr.

Avizul Ombudsman-ului nu are caracter obligatoriu pentru părțile în litigiu și acestea își păstrează dreptul de a sesiza o instanță competentă. Ombudsman-ul nu este autorizat să emită un aviz cu privire la condițiile de admisibilitate a asigurării. Termenii și condițiile intervenției Ombudsman-ului pot fi consultate pe site-ul [mgen.fr](http://www.mgen.fr) (secțiunea mediere: <http://www.mgen.fr>) sau obținute la cerere de la adresa poștală de mai sus.

Solicitantul poate, fără a aduce prejudiciu acțiunilor legale pe care are posibilitatea de a le folosi și plângerilor pe care are posibilitatea de a le formula față de Asigurător, să se adreseze către ACPR, 4, Place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09, Franța.

10. Protecția datelor

Crearea, modificarea, ștergerea sau utilizarea tuturor mijloacelor automate de procesare a informațiilor personale legate direct sau indirect de execuția poliței, trebuie efectuată în conformitate cu prevederile legale și de reglementare, în special cele prevăzute în Legea Franceză privind protecția datelor cu caracter personal 78-17 din 6 ianuarie 1978.

Conform Regulamentului general european privind protecția datelor 2016/679 din 27 aprilie 2016 ("GDPR") care a intrat în vigoare la data de 25 mai 2018, colectarea datelor cu caracter personal este necesară pentru gestionarea contractului de asigurare, de către Asigurător, de către serviciul de gestionare a daunelor în beneficiul terților, furnizorii de servicii, subcontractanții sau reasiguratorii săi. Prelucrarea datelor are ca scop: emiterea, administrarea și executarea contractelor de asigurare; elaborarea de statistici și studii actuariale; recursurile, gestionarea creanțelor și a litigiilor; implementarea prevederilor legale și de reglementare în vigoare: lupta împotriva spălării banilor, împotriva finanțării terorismului și împotriva fraudei; operațiuni legate de managementul clienților și dezvoltarea afacerilor. Beneficiarii acestor date sunt personalul autorizat corespunzător al Asigurătorului, serviciul acestuia de gestionare a daunelor în beneficiul terților, furnizorii săi de servicii, subcontractanții sau reasiguratorii săi, organizații sociale sau intermediari de asigurare.

Asigurătorul și MediSky își asumă să ia toate măsurile relevante pentru a menține securitatea informațiilor și pentru a preveni deformarea, deteriorarea sau comunicarea acestora către persoane neautorizate.

Aceste date cu caracter personal pot fi transferate către furnizori de servicii sau subcontractanți stabiliți în țări din afara Uniunii Europene. Aceste transferuri pot viza doar țările recunoscute de Comisia Europeană ca având un nivel adecvat de protecție a datelor cu caracter personal sau destinarii cu garanții adecvate. Aceste date vor fi păstrate pe toată durata contractului, până la expirarea atât a termenelor de prescripție, cât și a termenelor prevăzute de obligațiile de stocare.

Asiguratul are dreptul de acces, rectificare și ștergere a datelor sale personale. Prin consimțământul necesar pentru prelucrare, acesta are dreptul să-l retragă. În condiții de reglementare, Asiguratul are dreptul să solicite limitarea procesării datelor sau să se opună acesteia. Asiguratul are, de asemenea, dreptul de a furniza recomandări cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal după moartea sa. Orice solicitare pentru exercitarea drepturilor sale poate fi adresată responsabilului cu protecția datelor VYV Group: Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - PO Box 245 - 75755 Paris Cedex 15 sau dpo@groupe-vyv.com. Asiguratul are dreptul să depună o plângere la Commission Nationale Informatique et Libertés [CNIL] located at 3, Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 - Franța ; Tel: +33 (0) 1.53. 73.22.22.

11. Informații privind reglementarea și legislația aplicabilă

Planul Internațional Light este un Plan de Asigurare pentru Tratamentul împotriva Cancerului subscris de VYV International Benefits în numele MGEN. Între VYV International Benefits și MediHelp/MediSky a fost semnată o Poliță Principală pentru Persoane fizice.

Această Poliță Principală este reglementată de secțiunea 2 - Boala - definită în articolul R.211-12 din codul francez al companiilor de asigurări mutuale și este reglementată atât de prevederile acesteia, cât și de dispozițiile codului francez al companiilor de asigurări mutuale și legislația franceză aplicabilă. Declarațiile Persoanelor Asigurate constituie baza acestei Polițe.



Orice litigiu care rezultă din contractul de asigurare, sau în legătură cu acesta, este soluționat de instanțele din Paris, Franța.

Autoritatea de Supraveghere și Rezoluție Prudențială (ACPR) 4 Place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09, Franța, asigură respectarea angajamentelor asumate de către Asigurător.

12. Limitarea sancțiunilor și clauza de excludere

Asigurătorul nu va fi obligat să ofere acoperire și nu va fi răspunzător să plătească cereri de despăgubire sau să ofere vreun fel de beneficiu prevăzut în prezenta, în măsura în care furnizarea unei astfel de acoperiri, plata unei astfel de cereri de despăgubire sau furnizarea unui astfel de beneficiu ar expune Asigurătorul oricărei sancțiuni, interdicții sau restricții în baza rezoluțiilor Națiunilor Unite, sau unor sancțiuni comerciale sau economice, legi sau reglementări ale Uniunii Europene, ale Statelor Unite ale Americii sau altor legi sau reglementări aplicabile.

13. Alte asigurări

Dacă există vreo altă asigurare privată care acoperă oricare dintre beneficiile care sunt furnizate în baza Poliței pentru care se face o cerere de despăgubire, Persoana Asigurată trebuie să declare acest lucru Asigurătorului în momentul depunerii cererii. În aceste condiții, Asigurătorul nu va fi obligat să plătească sau să contribuie cu mai mult decât proporția corespunzătoare a acesteia.

În cazul în care se descoperă faptul că Persoana Asigurată a fost plătită pentru toate sau pentru o parte din costurile creanței de către altă sursă sau asigurare, Asigurătorul are dreptul la restituirea oricărei decontări plătite. Asigurătorul își rezervă dreptul de a deduce o asemenea rambursare din orice decontări de despăgubire iminente sau viitoare, sau de a anula Polița dumneavoastră de la data începerii acesteia, fără restituirea primei de asigurare.

În plus, în cazul în care există o rambursare de la o asigurare de stat obligatorie, Asigurătorul va rambursa și el, dacă există o factură și în baza limitelor pachetului de asigurare ales.

14. Condiții de eligibilitate

Toate persoanele cu vârsta sub 66 de ani sunt eligibile pentru acest plan de asigurare dacă au reședința în una dintre următoarele țări de origine: Bulgaria, Ungaria, Polonia sau România. Aceste persoane trebuie să completeze și să semneze un formular individual de aplicare.

Asigurătorul își rezervă posibilitatea ca acceptarea să fie condiționată de furnizarea oricăror informații suplimentare pe care le consideră necesare.

Persoanele Asigurate, precum și persoanele dependente, dacă este cazul, dobândesc statutul de Persoane Asigurate imediat ce sunt înscrise în asigurare.

Adăugarea persoanelor dependente: Persoana Asigurată poate solicita includerea unei persoane eligibile dependente în orice moment al perioadei de asigurare, cu condiția plății primei solicitate.

- Adăugarea unui soț/soție/partener legal este posibilă, cu condiția ca cererea pentru acești membri ai familiei să fie făcută în termen de o lună de la data căsătoriei/parteneriatului legal.
- Un nou-născut poate fi adăugat la acest contract de la data nașterii, cu condiția ca Asigurătorul să primească un formular completat de adăugare a persoanelor dependente, în termen de 30 de zile de la data nașterii. După această perioadă, Asiguratul va adăuga copilul nou-născut de la data la care primim notificarea scrisă și nu data nașterii acestuia.

Nu se va plăti niciun beneficiu în ceea ce privește cancerul diagnosticat în termen de 60 de zile de la data înscrierii sau dacă Persoana Asigurată a suferit anterior de afecțiunea la care se referă cererea.

15. Data intrării în vigoare a acoperirii

După intrarea în vigoare a contractului, acoperirea începe pentru fiecare persoană fizică ce dobândește statutul de Persoană Asigurată la următoarele date:



- Persoană fizică înscrisă la data intrării în vigoare a Poliței individuale: de la această dată.

- Persoană fizică înscrisă după data intrării în vigoare a Poliței individuale: de la data plății primei de asigurare.

Acoperirea pentru persoanele dependente, după cum este definită în Capitolul 2, intră în vigoare în același timp cu acoperirea pentru Persoana Asigurată sau imediat ce persoanele în cauză îndeplinesc condițiile impuse.

16. Încetarea sau suspendarea acoperirii

Cu excepția cazului unei reticențe deliberate, omisiune, declarație falsă sau inexactă, odată acceptată, Persoana Asigurată nu poate fi exclusă din polița de asigurare împotriva dorinței sale, cu condiția să facă parte din categoria de persoane asigurate de poliță.

În orice caz, acoperirea încetează pentru fiecare persoană asigurată:

- în caz de neplată a primelor, în conformitate cu Articolul 24 al acestui contract,
- în caz de fals în declarație,
- în caz de deces al Persoanei Asigurate,
- în cazul procedurilor de lichidare a Asigurătorului,
- sau cel târziu la împlinirea vârstei de 66 de ani.

Vă rugăm să rețineți că MediHelp / MediSky poate, de asemenea, să rezilieze această Poliță în conformitate cu dreptul de reziliere menționat în Polița Principală semnată cu Asigurătorul.

Acoperirea pentru persoanele dependente, după cum este definită în Capitolul 2, este încheiată (sau suspendată) în același timp cu acoperirea Persoanei Asigurate principale.

Încheierea acoperirii are ca efect, atât pentru Persoana Asigurată, cât și pentru membrii familiei sale, anularea dreptului la beneficiile tuturor îngrijirilor medicale după data de încheiere, chiar dacă acestea începuseră sau fuseseră prescrise înainte de această dată.

CAPITOLUL 4 – Excluderi

17. Riscuri și beneficii excluse

Asigurătorul nu va plăti niciun beneficiu niciunei Persoane Asigurate care suferă un eveniment ce dă naștere unui caz grav de cancer, care apare sau este cauzat, sau asociat, direct sau indirect, de oricare dintre următoarele:

- Simptomele (și / sau pentru tratamentul) cancerului care au fost prezente la Persoana Asigurată în orice moment înainte de înscrierea în cadrul Planului. Nu se va plăti niciun beneficiu pentru cancerul diagnosticat în termen de 60 de zile de la data înscrierii sau dacă Persoana Asigurată a suferit în orice moment anterior de afecțiunea la care se referă cererea de despăgubire;
- Consumul excesiv și extins de alcool sau ingestia de medicamente, cu excepția cazului în care ingestia de medicamente a fost prescrisă în mod corespunzător de către un membru practicant și calificat al profesiei medicale, cu excepția cazului în care a fost destinată tratării unei dependențe de droguri;
- Nerespectarea sfaturilor medicale;
- Orice sumă care depășește 500 de Euro pentru care Asigurătorul nu a dat aprobare prealabilă. În cazul în care Asigurătorul autorizează un tratament care ulterior se dovedește a fi legat de o afecțiune exclusă de poliță, de exemplu, tratament pentru o afecțiune medicală preexistentă, nedeclarată și neacceptată, Persoana Asigurată va fi responsabilă pentru toate costurile. Dacă este cazul, Persoana Asigurată trebuie să ramburseze toate costurile plătite de Asigurător;

- Orice facturi primite de Asigurător după mai mult de 24 de luni de la data acordării tratamentului sau serviciului, sau orice cheltuieli pentru care nu sunt disponibile documentele justificative;
- Orice cerere de despăgubire care rezultă dintr-o formă de cancer care nu este recunoscută de Asigurător și nu este acceptată în scris;
- Orice sume care depășesc limitele poliței;
- Orice costuri care apar după expirarea perioadei curente de asigurare;
- Orice călătorie în afara zonei de acoperire specificată în certificatul de asigurare;
- Orice cerere de despăgubire pentru o afecțiune care a fost cauzată de utilizarea, eliberarea sau expunerea la orice armă nucleară, dispozitiv sau agent chimic sau biologic;
- Orice cheltuieli de cazare și tratament la spa, clinică naturistă, centru de sănătate sau alte centre similare;
- Orice fapte intenționate, frauduloase, ilegale, criminale ale Persoanei Asigurate, inclusiv prezentarea eronată sau tăinuirea, sau consecințele acestora;
- Orice cheltuielă care la momentul apariției este acoperită de orice altă Poliță de Asigurare. În cazul în care există o altă acoperire în vigoare care poate efectua o plată parțială /integrală legată de evenimentul pentru care Persoana Asigurată solicită despăgubire, Persoana Asigurată trebuie să informeze Asigurătorul imediat;
- Orice tratament necesar ca urmare a expunerii la azbest;
- Orice pierderi care nu sunt acoperite direct de termenii și condițiile acestei polițe.

CAPITOLUL 5 – Administrarea și instrumentarea cererilor de despăgubire

18. Administratorul planului

VYV International Benefits (“Asigurătorul”) a numit Medisky International să acționeze ca furnizor al anumitor servicii de administrare pentru terți, la nivel mondial, inclusiv administrarea și instrumentarea cererilor de despăgubire, pre-autorizări (“Serviciile”) în legătură cu anumite planuri internaționale de asigurare de sănătate concepute de Medisky International și care urmează a fi subscrise de VYV International Benefits (“Asigurătorul”).

MediSky International va furniza anumite servicii de administrare, asumându-și gestionarea despăgubirilor, precum și pre-autorizarea clienților MediSky.

19. Procese Generale

19.1 Echipa dedicată pentru asistență clienți

Puteți contacta MediSky pentru Serviciul Asistență Clienți (centru de coordonare și asistență pentru Persoane Asigurate):

Prin telefon: +48 22 826 11 46 sau email: customer-care@medisky.pl
MediSky International Sp. z o.o. Ul. Trębacka 4, 00-074 Varșovia, Polonia

20. Proceduri privind solicitarea despăgubirilor

20.1 Pasul 1: Depunerea unei cereri de despăgubire

Persoana Asigurată trebuie să prezinte o notificare în scris privind boala, printr-o cerere de despăgubire completată și toate documentele doveditoare, către administratorul de plan, în nouăzeci (90) de zile de la diagnosticarea cancerului. Asigurătorul va rambursa numai costurile de tratament apărute după ce boala a fost recunoscută de Asigurător.



După caz, asiguratorul poate solicita orice altă documentație necesară pentru aplicarea acoperirii.

20.2 Pasul 2: Validarea Asiguratorului împreună cu experții oncologi

Administratorul planului verifică mai întâi eligibilitatea pentru tratament pentru Persoana Asigurată.

NESA, the New European Surgical Academy, este o asociație a celor mai buni lideri de opinie în oncologie și onco-chirurgie. Acoperirea asigurării oferă, prin intermediul NESA, cele mai bune sfaturi medicale și cele mai bune centre de excelență potrivite Persoanei Asigurate, în țara de origine sau în străinătate.

În cazul în care Persoana Asigurată alege să utilizeze NESA, aceasta din urmă trimite protocolul său de tratament Asiguratorului, care va valida informațiile împreună cu furnizorul său medical. Administratorul de plan propune Persoanei Asigurate acest Protocol de Tratament și propune organizarea tratamentului în diferite țări din aria de acoperire.

20.3 Pasul 3: Acceptarea finală

- În cazul în care Persoana Asigurată refuză tratamentul recomandat, aceasta trebuie să își organizeze tratamentul în spitalul pe care îl alege. Persoana Asigurată va plăti toate costurile, și va fi despăgubită de Asigurator conform planului ales (articolul 18),
- În cazul în care Persoana Asigurată acceptă tratamentul recomandat, furnizorul medical al Asiguratorului organizează protocolul de tratament în țara aleasă. Furnizorul medical selectează cea mai bună unitate medicală din rețeaua de centre de tratament și are grijă de organizarea și coordonarea protocolului de tratament.
100% din costurile reale sunt plătite direct furnizorului medical până la limita planului ales.

Indiferent de situație, rambursarea nu va depăși limitele poliței menționate în tabelul de beneficii.

Pentru tratamentul în Franța și Turcia

Împreună cu Asiguratorul, Furnizorul Medical va organiza toată logistica necesară transferării Persoanei Asigurate din țara de origine către Franța, Turcia, sau țara de tratament: transport, cazare, plata directă a facturilor medicale, vize, transferuri, etc.

După finalizarea tratamentului, furnizorul medical va lua toate măsurile pentru întoarcerea Persoanei Asigurate în țara sa de origine, având grijă de bunăstarea persoanei, asigurându-se că totul este bine organizat, oferind, de asemenea, orice monitorizare medicală necesară în lunile următoare.

20.4 Declararea solicitărilor de despăgubire

Nu vor fi acceptate copii, fotocopii sau duplicate ale facturilor. Vă rugăm să faceți și să păstrați copii ale oricăror documente originale trimise.

ÎN CAZUL ÎN CARE PERSONA ASIGURATĂ NU RĂSPUNDE LA SOLICITĂRILE PRIVIND DOCUMENTE SUPLIMENTARE ȘI/SAU NU RETURNEAZĂ FORMULARELE COMPLETATE CORESPUNZĂTOR, SOLICITAREA SA DE DECONTARE FINANCIARĂ VA FI AMÂNATĂ, DACĂ NU S-A STABILIT ALTFEL DE CĂTRE ASIGURĂTOR.

ORICE INFORMAȚIE FURNIZATĂ DE O PERSONĂ ASIGURATĂ CARE SE DOVEDEȘTE A FI ERONATĂ, FALSIFICATĂ SAU EXAGERATĂ, SAU ORICE ACȚIUNI FRAUDULOASE SAU COMPORTAMENT NEADECVAT AL UNEI PERSONE ASIGURATE, ATRAG RĂSPUNDEREA DIRECTĂ A PERSONEI ASIGURATE ASUPRA RAMBURSĂRII SUMELOR PLĂTITE ÎN MOD NECUVENT DE CĂTRE ASIGURĂTOR PE BAZA ACESTOR DATE INCORECTE.

21. Examinarea medicală

Pe durata unei solicitări de despăgubire, Asiguratorul are dreptul și oportunitatea, prin reprezentanții săi medicali, de a examina Persoana Asigurată oricând și de câte ori va solicita, în mod rezonabil.



22. Declarații false

DECLARAȚIILE FĂCUTE DE PERSOANA ASIGURATĂ CĂTRE MEDIHELP ȘI CĂTRE ASIGURĂTOR REPREZINTĂ BAZA ACOPERIRII. INDEPENDENT DE CAUZELE DE NULITATE, ACOPERIREA ACORDATĂ PERSOANEI ASIGURATE DE CĂTRE ASIGURĂTOR ESTE NULĂ ȘI NEAVENITĂ ÎN CAZ DE ASCUNDERE SAU DECLARAȚII FALSE ALE PERSOANEI ASIGURATE, ATUNCI CÂND FALSA REPREZENTARE SCHIMBĂ SUBIECTUL RISCULUI SAU ÎL DIMINUEAZĂ ÎN CONCEPȚIA ASIGURATORULUI, CHIAR DACĂ RISCUL OMIS SAU DISTORSIONAT DE PERSOANA ASIGURATĂ ESTE IRELEVANT PENTRU SOLICITAREA DE DESPĂGUBIRE.

PRIMELE PLĂTITE RĂMÂN ÎN POSESIA ASIGURĂTORULUI, CARE ESTE ÎNDREPTĂȚIT LA TOATE PRIMELE DATORATE, CA DAUNE.

CAPITOLUL 6 – Prime

23. Ratele primelor și baza de calcul

Sumele primelor, fără taxe, sunt stabilite în certificatul de asigurare eliberat Persoanei Asigurate.

Primele pot fi revizuite în conformitate cu dispozițiile articolului 6 - Modificări. Ratele pot fi revizuite în fiecare 1 ianuarie, în conformitate cu termenii tehnici ai Poliței. Cu toate acestea, revizuirea ratelor este efectivă la data aniversării contractului.

Atunci când Asigurătorul stabilește noi prime de asigurare, MediHelp / MediSky trebuie să informeze Persoana Asigurată cu trei (3) luni înainte de intrarea lor în vigoare. În caz de dezacord, Persoana Asigurată poate solicita încetarea certificatului său de membru prin scrisoare recomandată în termen de două (2) luni de la notificarea făcută de MediHelp / MediSky. Anularea va intra în vigoare la 1 ianuarie a anului următor, după primirea scrisorii recomandate de către Asigurător.

24. Plata primelor de asigurare

Primele sunt plătite anual, semestrial sau trimestrial, în avans, direct de către Persoana Asigurată. Impozitele și taxele, dacă este cazul, după cum stabilesc legile în vigoare, se vor adăuga la valoarea primelor și trebuie să fie plătite integral de către Persoana Asigurată.

În cazul în care persoana asigurată nu plătește toate primele în luna următoare de la data scadenței, acoperirea este suspendată timp de TREIZECI (30) de zile de la emiterea de către asigurător a unei scrisori recomandate în care se menționează notificarea oficială prevăzută în codul companiilor de asigurări mutuale franceze. Dacă, dincolo de această perioadă, Persoana Asigurată nu a efectuat plata solicitată, Polița poate fi reziliată fără alte formalități în următoarele ZECE (10) zile.

CAPITOLUL 7 – Definiții

Următoarele definiții se aplică beneficiilor incluse în planul dumneavoastră și altor termeni folosiți frecvent. Beneficiile pentru care sunteți acoperit sunt enumerate în lista dumneavoastră de beneficii. Oriunde apar următoarele cuvinte/expresii în documentele contractului, acestea vor fi întotdeauna definite după cum urmează.

Arie geografică: țările în care sunteți eligibil pentru beneficii, așa cum este menționat în certificatul de asigurare.

Asigurător: compania de asigurări care furnizează asigurarea. Cu aproape 4 milioane de persoane acoperite, MGEN, înființată în 1946, este un jucător important în protecția socială și ocupă numărul unu în Asigurări de sănătate în Franța. Sediul central al MGEN se află în Franța. VVV IB acționează în beneficiul MGEN pentru a oferi acest Plan de asigurare LIGHT pentru tratarea cancerului. MGEN, cod SIREN 775

685 399, reglementat de prevederile Volumului II al Codului companiilor de asigurări mutual franceze - 3-7 Square Max Hymans, 75748 PARIS Cedex 15, Franța.

Cancer :

- Bolile maligne sunt clasificate ca fiind creșterea necontrolată a celulelor, provenind de la diferitele organe ale corpului uman. Afecțiunile maligne pot fi limitate la organul însuși, sau răspândite în zonele înconjurătoare, cum ar fi ganglionii limfatici și organe îndepărtate, cum ar fi ficatul, plămâni, etc.;
- Tumorile maligne care apar în straturile epiteliale sunt denumite carcinoame;
- Tumorile maligne se pot dezvolta în orice organ al corpului, dar pot fi, de asemenea, parte dintr-un sistem, cum ar fi sistemul sanguin (de exemplu, leucemie) sau ganglionii limfatici. Tumorile se pot forma și pe piele (carcinom bazocelular, care are un grad foarte mic de malignitate sau melanom).

Cererea de despăgubire: costul total al unui tratament pentru cancer.

Certificat de asigurare: Condiții speciale care fac parte din polița Persoanei Asigurate, care menționează numele Persoanelor Asigurate, aria de acoperire, perioada de asigurare, nivelul ales și orice extensii opționale selectate, precum și orice prevederi speciale care se aplică Poliței.

Condiții preexistente: orice stare sau boală:

(i) care a existat anterior datei inițiale de începere a acestei Polițe sau o reparație (oricare intervine mai târziu), sau (ii) pentru care Persoana Asigurată a prezentat simptome sau semne (chiar dacă Persoana Asigurată nu a fost consultată de un medic) anterior datei inițiale de începere a acestei Polițe, sau (iii) dacă testele de diagnosticare au arătat existența patologică a afecțiunii sau a bolii anterior datei inițiale de începere a acestei Polițe.

Consultant medical: acest expert medical furnizează informații pentru companii și persoane fizice, care au nevoie de date precise și utile cu privire la condițiile medicale sau la cazuri specifice.

Data anuală de reînnoire: a doua zi după data de expirare, așa cum se arată în certificatul de asigurare.

Diagnostic: primul diagnostic pus de un medic autorizat, susținut de dovezi clinice radiologice, histologice și de laborator, acceptate de Asigurător.

Lista de beneficii: lista care detaliază acele beneficii aplicabile planului selectat de dumneavoastră și care ar trebui citite împreună cu certificatul de asigurare.

Medicamente prescrise: se referă la medicamente a căror vânzare și utilizare este legală și pot fi prescrise de către un medic. Produsele care pot fi cumpărate fără rețetă medicală nu sunt incluse în această definiție și nu sunt eligibile pentru rambursare.

MediHelp: este intermediarul care a subscris cu MGEN o Poliță Principală pentru persoane fizice, în scopul de a oferi această Poliță de Asigurare pentru tratamentul împotriva cancerului.

MediSky: este parte a MediHelp International Group. MediSky este administratorul de plan al Poliței.

Perioada limită: este perioada dincolo de care drepturile unei părți nu mai pot fi invocate.

Persoană Asigurată: se referă la Persoana Asigurată principală și la persoanele dependente, așa cum sunt menționate în Certificatul de Asigurare eliberat Persoanei Asigurate.

Persoane dependente: a se vedea articolul 14. Aceste persoane trebuie nominalizate pe certificatul de asigurare pentru a se califica pentru beneficii.

Plan de Asigurare: nivelul de beneficii (Light 1, Light 2, Light 3) după cum este menționat în Certificatul de Asigurare.

Protocol de tratament: se referă la o procedură medicală pentru vindecarea sau ameliorarea Cancerului diagnosticat.

Soț/soție: este persoana căsătorită cu Persoana Asigurată, care nu este separată sau divorțată conform unei hotărâri cu statut de judecată. Aceasta este o uniune înregistrată legal între două persoane de același sex sau genuri diferite. În această poliță, un partener civil este tratat ca soț/soție.

Spital: orice unitate care este autorizată ca spital medical sau chirurgical în țara în care își desfășoară activitatea și unde pacientul este supravegheat permanent de un medic. Următoarele unități nu sunt considerate spitale: case de odihnă și asistență medicală, spa-uri, centre de vindecare și stațiuni de sănătate.

Spitalizare de urgență: o ședere de peste 48 de ore consecutive într-un spital public sau privat, pentru o procedură de urgență, care este neprogramată și nu poate fi amânată.





Subscriere medicală: este un proces folosit de companiile de asigurări pentru a evalua dacă acceptă sau nu un solicitant pentru acoperire și / sau pentru a determina prima de asigurare a Poliței.

Tratament paliativ: tratament în cadrul căruia, scopul principal este de a ameliora temporar simptomele, în loc de a trata cauza medicală ce cauzează simptomele.

Țara de reședință: țara în care Persoana Asigurată (persoanele) inclusă în această poliță își are reședința principală, și în care trăiește, în fiecare perioadă de asigurare.

MGEN (medical), 3-7 Square Max Hymans, 75748 PARIS Cedex 15, governed by the French Mutual Insurance companies code.
MGEN International Benefits, 3-7 Square Max Hymans, 75648 Paris Cedex 15, France, RCS Paris 813 36 1441 ORIAS 16002500.

MediHelp, A: 24, Dr. C-tin Caracas Street, Bucharest, Romania

Medisky International sp. z o. o. with its registered seat in Warsaw, Trębacka 4 street, entered into a registry of entrepreneurs of the National Court Register kept by the District Court of the capital city of Warsaw in Warsaw, XII Commercial Division of the National Court Register under KRS no 0000628122, NIP 5252669863 - the insurance agent, entered into the registry of insurance agents under the number 11232800/A.





Anexa 1 – Servicii de Concierge – declarație

MEDIHELP

Constantin Caracas 24

Bucuresti 011155

ROMANIA

Paris, 1 Septembrie 2019

Ref:

Subiect: Propunere de Servicii

Stimate Domn/Doamnă,

MGEN, Asigurătorul *Planului Light de Asigurare pentru Tratatamentul împotriva Cancerului*, a numit DENOS, un furnizor medical independent francez situat în Paris, Franța, cu o rețea de peste 490 de medici și 90 de spitale în Franța și Belgia pentru a se ocupa de circuitul medical al pacienților.

Numeroase companii de asigurări încredințează acestui furnizor medical independent administrarea problemelor medicale ale membrilor lor cu boli grave.

Acest furnizor medical, împreună cu medicul curant al pacientului, identifică cea mai potrivită unitate de asistență medicală unde acesta poate primi cele mai bune îngrijiri conform tehnologiilor medicale de ultimă generație.

Înainte, pe parcursul și după perioada petrecută în unitatea de asistență medicală, acest furnizor medical are grijă de toată logistica și sprijinul medical de care pacientul poate avea nevoie.

Acest furnizor medical independent ar fi onorat să asiste pacienți ai *Planului Light de Asigurare pentru Tratatamentul împotriva Cancerului*, căutând tratamente de cel mai înalt nivel în țările noastre de acțiune.

Cu stimă,

François PIERRET

CEO Business Unit VYV IB

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.

