

FORMULAR DE APLICARE PENTRU GRUP

IN CAZUL IN CARE COMPLETATI ACEST FORMULAR DE MANA, VA RUGAM SA SCRITI DOAR CU MAJUSCULE.

1. DESPRE POLITA COMPANIEI DVS.

Puteti opta pentru niveluri diferite ale acoperirii, cu optiuni si niveluri ale fransizei suplimentare pentru angajati, in functie de structura ierarhica a companiei. Va rugam sa indicati mai jos TOATE optiunile care se vor aplica acestei polite pentru grup si sa utilizati fisa de inregistrare a membrului de grup pentru a specifica nivelurile sau optiunile specifice pentru fiecare membru.

DATA DE INCEPUT A ASIGURARII DVS (ZZ/LL/AAAA)

CATI ANGAJATI DORITI SA ASIGURATI INITIAL IN BAZA ACESTEI POLITE?

Odata ce polita intra in vigoare, puteti adauga membri suplimentari in orice moment, completand o noua fisa de inregistrare a membrului de grup.

TIPUL DE ASIGURARE ALES

In cazul in care aveti nevoie de niveluri diferite de acoperire pentru categorii diferite de angajati/membri, va rugam sa bifati rubricile care aplica si utilizeaza fisa de inregistrare a membrului de grup pentru a specifica detaliile referitoare la fiecare categorie de angajat/membru. Va rugam sa completati Sectiunea 2.5 si sa actualizati cerintele privind eligibilitatea referitoare la acest grup.

Alegeti tipul de plan si bifati (✓) rubrica relevanta:

OPTIUNEA PRIVIND NIVELUL ACOPERIRII:

BLUE AZURE COBALT ADMIRAL ROYAL

OPTIUNEA PRIVIND FRANSIZA: BLUE SI AZURE / Fransiza anuala aplicabila tuturor indemnizatiilor, per persoana, per an de polita:

€ 0 €75 €150 €250 €500 €1000 €2500 €4500

OPTIUNEA PRIVIND FRANSIZA: COBALT, ADMIRAL, ROYAL/ Fransiza anuala aplicabila tuturor indemnizatiilor, per persoana, per an de polita:

€ 0 €150 €300 €625 €1250 €2500 €6250

ZONA DE ACOPERIRE

EUROPA EUROPA + ISRAEL GLOBAL, EXCEPTAND SUA GLOBAL

Primele dvs. se platesc in Euro (€).

2 NOTE CARE SA VA AJUTE CU FORMULARUL DE APLICARE

Tipul de subscriere

TIPUL DE SUBSCRIERE	FORMULARE SUPLIMENTARE NECESARE
Acoperirea conditiilor medicale pre-existente de la 20 de angajati	- Fisa de inregistrare a membrului de grup - Formularul de aplicare pentru membrii in vârsta de 65 de ani si peste
Subscriere medicala integrala: De la 3 la 19 angajati	- Fisa de inregistrare a membrului de grup - Formularul de aplicare pentru toti membrii
Continuitatea excluderilor medicale personale Intre 3 si 19**, in cazul in care va transferati de la alt asigurator	- Fisa de inregistrare a membrului de grup **Formularul de aplicare pentru transfer pentru membrii care nu au implinit varsta de 65 de ani - Formularul de aplicare integral pentru membrii in varsta de 65 de ani si peste - Certificatul de membru emis de asiguratorul dvs. actual
*Aceasta este o lista a membrilor, care contine informatii privind angajatii /colaboratorii eligibili si persoanele aflate in intretinerea acestora (daca este cazul) care urmeaza a fi asigurate in temeiul politei.	

Exista tari care solicita rezidentilor, indiferent daca sunt expatriati sau au alta calitate, sa incheie asigurare prin intermediul unui furnizor local sau sa detina o asigurare care indeplineste anumite cerinte obligatorii. Este posibil ca aceasta polita de asigurare MediHelp sa nu indeplineasca aceste cerinte specifice la nivel de tara si, prin urmare, poate fi necesara o asigurare suplimentara. In anumite situatii, pot exista consecinte sub forma sanctiunilor fiscale, in cazul in care un rezident nu detine asigurarea locala necesara pe langa polita de asigurare medicala internationala a acestuia. Va va reveni obligatia de a va asigura ca fiecare dintre angajatii dvs. si membrii familiei acestora detin asigurarea solicitata de tara principala de resedinta a acestora (astfel cum este definita in Sectiunea 3 Despre companie).

La momentul completarii acestui Formular de aplicare

- Acest formular trebuie sa fie completat si semnat de catre Secretarul Grupului care este imputernicit de Companie sa incheie acest contract privind furnizarea de asigurare medicala privata.
- In cazul in care acest formular urmeaza a fi completat de catre intermediarul sau brokerul dvs. de asigurari in numele dvs., utilizand informatiile pe care le-ati furnizat, trebuie sa cititi intrebarile si sa raspundeti cu atentie inainte de a semna Sectiunea 7 Declaratia Companiei la final. Intermediarul sau brokerul dvs. de asigurari actioneaza in numele dvs. in acest sens.

Dupa ce v-ati completat Cererea

- Va rugam sa va verificati datele cu grija si sa va asigurati ca ati semnat si datat Sectiunea 7 Declaratia Companiei.
- Returnati formularul (formularele) completat (e) intermediarului sau brokerului dvs. de asigurari.
- Va recomandam sa pastrati o evidenta a tuturor informatiilor furnizate in legatura cu aceasta Cerere, inclusiv orice corespondenta pe care ne-o adresati, putem sa va trimitem o copie a prezentei Cereri, cu conditia sa ne informati in termen de trei luni.

Definitii ale cuvintelor si frazelor

- Unele dintre cuvintele si frazele pe care le utilizam in acest formular au un sens specific, de exemplu atunci cand ne referim la tratament.
- Dvs. si al dvs.** – Atunci cand utilizam dvs. si al dvs., ne referim la Secretarul Grupului, la angajatul si la orice membru al familiei asigurat prin polita noastra.
- Noi, noua si al nostru** – Atunci cand utilizam noi, noua si al nostru, ne referim la Inter Partner Assistance SA, MediHelp International Broker de Asigurare si AXA Global Healthcare, care actioneaza in numele re-asiguratorului, AXA PPP healthcare Limited.

3. DESPRE COMPANIE

DENUMIREA COMPLETA A COMPANIEI / DENUMIREA INREGISTRATA

INFORMATII PRIVIND INREGISTRAREA COMPANIEI/ADRESA INREGISTRATA

Va rugam sa furnizati informatii complete privind adresa, inclusiv codul postal si tara (dupa caz)

CUI

ADRESA DE CORESPONDENTA A COMPANIEI (DACA ESTE DIFERITA)

Vom trimite corespondenta aici. Va rugam sa furnizati informatii complete privind adresa, inclusiv codul postal si tara, dupa caz.

NATURA ACTIVITATII COMPANIEI

NUMARUL TOTAL DE ANGAJATI/COLABORATORI CARE URMEAZA A FI ASIGURATI

TOTAL DE ANGAJATI DIN COMPANIE

BAZA ASIGURARII:

CATEGORIA DE ANGAJATI/MEMBRI AI FAMILIEI (PERSOANE AFLATE IN INTRETINERE) (DE EX., CONDUCEREA SUPERIOARA, ETC.)	PLAN	ZONA DE ACOPERIRE	FRANSIZA	OPTIONAL (STOMATOLOGIE SI OPTALMOLOGIE) DA / NU APLICABILA DOAR PLANURILOR COBALT, ADMIRAL, ROYAL	
				DA	NU
				DA	NU
				DA	NU
				DA	NU

DATE DE CONTACT ALE SECRETARULUI GRUPULUI

Va rugam sa furnizati date de contact unde sa va putem gasi. Va rugam sa includeti tara si prefixul, daca este cazul.

TELEFON

EMAIL

COMPANIA RECUPEREAZA INTEGRAL SAU O PARTE
DIN PRIMELE DE ASIGURARE DE LA ANGAJATII SAI?

DA

NU

DACA RASPUNSUL ESTE AFIRMATIV, COMPANIA
RECUPEREAZA TOTAL SAU PARTIAL PRIMELE AFERENTE
DIN PARTEA ANGAJATILOR:

ANGAJATI

DA

NU

MEMBRII DE FAMILIE
AI ANGAJATILOR

DA

NU

ELIGIBILITATEA FIECARUI ANGAJAT DE A INCEPE

DE LA DATA ANGAJARII

DE LA EFECTUAREA A ** _____ LUNA (LUNI) DE SERVICIU CONTINUU

** Va rugam sa precizati lunile de serviciu care urmeaza a fi efectuate de angajatul dvs.

VA TRANSFERATI DE LA O POLITA EXISTENTA LA PLANURILE INTERNATIONALE MEDIHELP?

NU

TRECETI LA 5 DECLARATII PRIVIND ISTORICUL MEDICAL

DA

TRECETI LA 4 DESPRE POLITA ACTUALA A GRUPULUI

4. DESPRE POLITA GRUPULUI ACTUALA

DENUMIREA SOCIETATII DE ASIGURARE ACTUALE

DATELE ACTUALE ALE POLITEI DE GRUP: POLITA DVS. NU POATE FI TRANSFERATA DACA A EXPIRAT DEJA.

DATA DE INCEPERE INITIALA (ZZ/LL/AAAA)

DATA DE EXPIRARE (ZZ/LL/AAAA)

Pentru evidentele si analizele noastre, va rugam sa anexati o copie a Istoricului cererilor dvs. de despagubire pe 3 ani, ultimul (actualul) Tabel de beneficii si o copie a certificatelor de membru/asigurare (daca este cazul).

DATA (ZZ/LL/AAAA)

Secretarul Grupului/Semnatarul Autorizat
este de acord cu transferul incepand cu

- o optiune de plan existenta, sub rezerva **Termenilor si Conditiei Generale**, la **Planurile Internationale MediHelp** si la **Asiguratorul, Inter Partner Assistance S.A.**
- toate informatiile furnizate in legatura cu orice declaratii privind starea de sanatate anterioara si orice experienta legata de cererile de despagubire, care precede aceasta schimbare si inlocuire, constituie baza acestui contract intre Grup si **Asigurator, Inter Partner Assistance S.A.**
- Secretarul Grupului/Semnatarul Autorizat este de acord ca Secretarul Grupului/Semnatarul Autorizat sa citeasca si sa inteleaga Documentul de informare privind produsul si **Termenii si Conditiei Generale** si detaliile aferente acestui contract de asigurare.

5. DECLARATII PRIVIND ISTORICUL MEDICAL

Pentru tipul de subscriere Acoperire a conditiilor medicale pre-existente, va rugam sa raspundeti la declaratia de mai jos, 5.1 sau 5.2. < Treceti la 6 Optiuni de plata.

Observatie: Membrii in varsta de 65 de ani sau mai mult trebuie sa completeze individual Formularul de aplicare.

Pentru tipul de subscriere al Subscrierii medicale integrale < Va rugam sa treceti la Sectiunea 6 Optiuni de plata.

Observatie: Membrii din grupuri de 3-19 angajati trebuie sa completeze individual Formularul de aplicare.

Pentru tipul de subscriere Continuitatea excluderilor medicale personale < Va rugam sa treceti la Sectiunea 6 Optiuni de plata.

Observatie: Membrii din grupuri de 3-19 trebuie sa completeze individual Formularul de aplicare de transfer.

Trebuie sa acordati o atentie deosebita, astfel incat sa furnizati raspunsuri exacte si complete la toate intrebarile.

In cazul in care nu acordati o atentie deosebita, iar informatiile furnizate de dvs. sunt inexacte sau incomplete, atunci, in functie de imprejurari, putem intreprinde una sau mai multe dintre urmatoarele actiuni:

- Anularea politei dvs.
- Declararea nulitatii politei dvs. (se considera ca polita dvs. nu a existat niciodata)
- Impunerea unor conditii diferite asigurarii dvs.; sau
- Refuzul de a solutiona integral sau partial orice cerere de despagubire sau reducerea cuantumului oricaror plati aferente cererilor de despagubire.

Va putem solicita sa furnizati informatii si/sau documentatie suplimentara pentru a ne asigura ca informatiile furnizate la momentul incheierii, modificarii sau reînnoirii politei dvs. au fost exacte si complete.

Va rugam sa nu presupuneti ca vom efectua orice cautari, verificari ale evidentelor dvs. sau ca vom contacta orice alta persoana pentru a verifica raspunsurile la oricare dintre intrebarile referitoare din acest Formular de aplicare pentru Grup sau oricare dintre informatiile pe care le-ati furnizat ca raspuns la aceste intrebari. Ramane responsabilitatea dvs. sa completati Formularul de aplicare pentru Grup si sa verificati daca informatiile din acest formular sunt exacte si complete.

Va rugam sa observati: Prin tratament intelegem servicii medicale sau chirurgicale (inclusiv medicatie prescrisa de un medic generalist, specialist), care sunt necesare pentru a diagnostica, ameliora sau vindeca o boala, maladie sau leziune.

5.1. Potrivit cunostintelor dvs., oricare dintre membrii care urmeaza a fi inclusi in aceasta schema a fost diagnosticat cu sau a primit orice forma de tratament/consultatie pentru orice forma de afectiune sau probleme cardiace, boala renala, probleme respiratorii cronice sau cancer in ultimii cinci ani?

NU
TRECETI LA **INTREBAREA 5.2**

DA
VA RUGAM SA FURNIZATI INFORMATII LA PAGINA 7

5.2. Potrivit cunostintelor dvs., orice membru care urmeaza a fi inclus in aceasta polita sufera de o problema de sanatate care este probabil sa conduca la necesitatea internarii in spital?

NU
TRECETI LA **SECTIUNEA 6 OPTIUNI DE PLATA**

DA
VA RUGAM SA FURNIZATI INFORMATII LA PAGINA 7

6. OPTIUNI DE PLATA

CUM DORITI SA VA PLATITI PRIMELE?

PRIN TRANSFER BANCAR

ANUAL

SEMI-ANUAL

TRIMESTRIAL

LUNAR

VA VOM CONTACTA IN LEGATURA CU DETALII REFERITOARE LA ACCEPTAREA POLITEI.

7. DECLARATIA COMPANIEI

Va rugam sa cititi cu atentie Notificarea privind confidentialitatea si urmatoarele declaratii si sa semnati mai jos doar daca le intelegeti si le acceptati.

NOTIFICARE PRIVIND CONFIDENTIALITATEA

Prin semnarea si returnarea acestui formular, indicati faptul ca aveti autoritatea sa va exprimati consimtamantul in numele angajatilor dvs., a oricaror membri ai familiei asigurati de polita dvs. si, in numele dvs. si al acestora, va dati consimtamantul pentru utilizarea informatiilor cu caracter personal, astfel cum se prevede in Notificarea privind confidentialitatea de mai jos. Secretarul Grupului isi da consimtamantul sa obtina acordul scris al fiecarui posibil asigurat in vederea prelucrarii datelor privind sanatatea acestuia si sa pastreze si sa predea, la cererea Asiguratorului/MediHelp, in termen de 2 zile lucratoare, documentele referitoare la Informatiile privind protectia si prelucrarea datelor cu caracter personal si la exprimarea acordului asiguratului referitor la prelucrarea datelor privind sanatatea.

Informatiile cu caracter personal ale Angajatului dvs.

Cererea dvs. de afiliere la polita este prin MediHelp International, asigurata prin Inter Partner Assistance S.A. si reasigurata prin AXA PPP Healthcare Limited. Anumite aspecte ale administrarii politei dvs. sunt asumate de AXA Global Healthcare (Marea Britanie) Limited sau de AXA Global Healthcare (Singapore) Pte. Limited, impreuna - AXA - Global Healthcare. Politica privind confidentialitatea a AXA - Global Healthcare poate fi gasita la:

<https://www.axaglobalhealthcare.com/globalassets/shared/documents/agh-privacy-policy.pdf>.

Va rugam sa va asigurati ca fiecare angajat sau membru al familiei au citit acest rezumat al Politicii privind confidentialitatea datelor al AXA - Global Healthcare. Dorim sa va reasiguram ca nu vom vinde niciodata informatiile cu caracter personal ale membrilor catre terti. Vom folosi informatiile angajatilor dvs. doar in moduri care sunt permise de lege, care includ doar colectarea informatiilor necesare. Vom obtine consimtamantul dvs. pentru prelucrarea informatiilor, cum ar fi informatiile medicale ale angajatilor dvs./ membrilor familiei, atunci cand este necesar sa actionam in acest sens.

Colectam informatii despre angajatii dvs. si despre membrii familiei acestora care sunt acoperiti de acest plan, de la furnizorii dvs./ acestora de asistenta medicala, de la dvs. in calitate de angajator, de la intermediarul sau brokerul dvs. de asigurari, daca aveti unul, si de la furnizorii terti de informatii.

Prelucram informatiile referitoare la angajatii dvs. doar in scopul gestionarii calitatii dvs./acestora de membru si a cererilor dvs./ acestora de despagubire, inclusiv investigarea fraudei. De asemenea, avem o obligatie legala de a intreprinde astfel de demersuri, cum ar fi raportarea suspiciunilor de infractiuni catre agentii de aplicare a legii. Totodata, efectuam anumite tipuri de prelucrare, deoarece ne ajuta sa ne desfasuram activitatea, cum ar fi cercetarea, aflarea mai multor informatii despre dvs., analiza statistica, de exemplu, pentru a ne ajuta sa luam decizii cu privire la prime si marketing.

Putem transmite informatiile aferente angajatilor dvs. altor persoane sau organizatii. De exemplu, vom actiona in acest sens pentru:

- A gestiona cererile acestora de despagubire, de exemplu, pentru a trata cu medicii acestora;
- A facilita furnizarea indemnizatiilor sau pentru a gestiona in alt fel polita cu intermediarul sau brokerul dvs. de asigurari;
- A ne ajuta sa prevenim si sa identificam infractiunile si cazurile de malpraxis medical prin discutii cu alti asiguratori si agentii relevante; si
- A permite altor societati AXA sa va contacteze, in cazul in care ati convenit.

Pentru a putea sa va administram polita, putem accesa informatiile dvs. si ale angajatilor din tarile din intreaga lume, inclusiv India si SUA, unde se desfasoara o anumita administrare, si Elvetia, unde AXA detine un centru de date european. Inainte de a actiona in acest sens, ne vom asigura ca datele dvs. sunt protejate si divulgate doar persoanelor fizice autorizate in vederea prestarii de servicii aferente politei dvs. sau cererii dvs. de despagubire. Orice transfer intern al datelor dvs. va fi efectuat doar in conformitate cu legile si reglementarile relevante privind protectia datelor.

Atunci cand utilizarea de catre noi a informatiilor dvs. se bazeaza pe consimtamantul dvs., va puteti retrage consimtamantul, dar daca actionati in acest sens, nu vom putea prelucra cererile de despagubire sau administra in mod corespunzator planul dvs.

Va vom informa in cazul in care se produce o incalcare a securitatii datelor si informatiile dvs. personale si medicale sunt divulgate partilor neautorizate. Notificarea va fi furnizata in termen de 72 de ore de la confirmarea incidentului.

În anumite cazuri, aveți dreptul să ne solicitați să încetăm prelucrarea informațiilor angajaților dvs. sau să ne spuneți că nu doriți să primim anumite informații de la noi, cum ar fi comunicări de marketing. De asemenea, ne puteți solicita o copie a informațiilor pe care le detinem cu privire la angajații dvs./membrii familiei acestora și ne puteți cere să corectăm informațiile eronate.

În cazul în care doriți să vă exercitați oricare dintre drepturi, sunați-ne la **(+ 40) 311 097046** sau scrieți-ne.

DECLARAȚIE ȘI SEMNATURA

a) Compania declară ca:

- potrivit cunoștințelor și convingerilor sale, declarațiile din acest formular de aplicare sunt complete, adevărate și corecte
- Secretarul Grupului va citi Termenii și Condițiile Generale, atunci când le va primi, iar Compania este de acord să se supună acestora, cu excepția cazului în care anulează înscrisura în termen de 30 de zile de la data acceptării cererii sale.

Compania este de acord ca acceptarea cererii sale se va efectua în baza acestor declarații.

b) Compania înțelege că, în cazul în care apar modificări ale informațiilor furnizate înainte de data de începere a acestei polițe, trebuie să ne informeze imediat, în scris.

c) În cazul în care Compania se transferă de la polița de grup existentă (Excluderile medicale personale continuate):

- Compania înțelege că putem accepta orice condiții de subscriere medicală aplicate de către asiguratorul nostru actual și își rezervă dreptul de a impune aceste condiții suplimentare asupra oricărui angajat și persoane aflate în întreținere asigurate la momentul de față care, de asemenea, sunt transferate.
- Totodată, Compania înțelege că, totuși, vom aplica propriile reguli cererilor de despăgubire viitoare, inclusiv excluderile și limitările noastre generale.
- Prin prezentul document, Compania se angajează să furnizeze certificate de înregistrare actuale și să anexeze exemplare originale ale certificatului (certificatelor) de asigurare actual (e).

d) Compania înțelege că, în calitate de titular legal al acestei polițe de asigurare, toată corespondența despre această cerere, cu excluderea corespondenței aferente cererii de despăgubire, va fi trimisă Secretarului Grupului, cu excepția cazului în care Compania ne scrie pentru a ne indica altfel. De asemenea, Compania înțelege că vom emite documentele privind polița, comunicările scrise și detaliile privind aderarea în limba engleză/română.

e) Compania înțelege că 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 oferită de noi să nu îndeplinească aceste cerințe specifice țării și, prin urmare, o asigurare suplimentară poate fi necesară. Totodată, Compania recunoaște că, în anumite situații, pot exista consecințe sub forma sancțiunilor fiscale sau de altă natură, în cazul în care rezidentul nu deține asigurarea locală necesară pe lângă polița de asigurare medicală internațională a acestora. Compania este de acord că îi va reveni obligația de a se asigura că fiecare dintre angajații săi și membrii familiei acestora deține asigurarea solicitată de țara principală de reședință a acestora (astfel cum este definită în Secțiunea 3 Despre companie). Compania înțelege că îi va reveni responsabilitatea de a verifica la autoritățile locale pentru a stabili dacă există orice cerințe suplimentare legate de sănătate pe care trebuie să le îndeplinească.

f) Prin semnarea și returnarea acestui formular, Secretarul Grupului garantează că are autoritatea să completeze această cerere în numele Companiei.

SEMNATURA SECRETARULUI GRUPULUI
(Acest formular trebuie semnat olograf. Nu acceptăm semnături electronice.)

DATA (ZZ/LL/AAAA)

Secretarul Grupului trebuie să fie autorizat să semneze în numele companiei

NUMELE COMPLET AL SECRETARULUI GRUPULUI ȘI FUNCȚIA ÎN CADRUL COMPANIEI

NUMELE BROKERULUI DE ASIGURARE/INTERMEDIARULUI

COD RBK

8 INFORMATII SUPLIMENTARE (INTREBARILE 5.1 SI 5.2)

In raspunsurile dvs., va rugam sa includeti:

- Numarul intrebării,
- Numele persoanei asigurate.