



SUSTINUTA DE



FORMULAR DE TRANSFER

VA RUGAM SA COMPLETATI ACEST FORMULAR UTILIZAND EXCLUSIV **MAJUSCULE** SI BIFAND RUBRICILE RELEVANTE. ESTE IMPORTANT SA NE FURNIZATI URMATOARELE INFORMATII PENTRU A VA EVALUA IN MOD CORESPUNZATOR CEREREA. **IN CAZUL IN CARE NU RASPUNDETI LA INTREBARI, VOM CONSIDERA CA LIPSA UNUI RASPUNS INSEAMNA CA NU AVETI NIMIC DE DECLARAT. ACEASTA CERERE TREBUIE SA FIE COMPLETATA DE DVS. IN CAZUL IN CARE TREBUIE SA EFECTUATI O CORECTIE, VA RUGAM SA MARCATI MODIFICAREA.**

1.

DATELE DVS. PERSONALE (VA RUGAM SA NE INFORMATI CU PRIVIRE LA ORICE MODIFICARE A ADRESEI DVS.) REFERITOARE LA SOLICITANTUL PRINCIPAL (CONTRACTANTUL POLITEI)

CONTRACTANTUL POLITEI (denumirea societatii / angajatorului / numele si prenumele)

ADRESA DE CORESPONDENTA (A se completa doar daca doriti sa primiti corespondenta de la noi la o adresa diferita de cea a Adresei resedintei)

ADRESA RESEDINTEI PERMANENTE

DATA DE NASTERE (zz/ll/aaaa)

CUI SOCIETATE / CNP / NR PASAPORT

CETATENIA (In cazul in care aveti cetatenie dubla, va rugam sa precizati tarile)

TARA IN CARE LOCUITI MAJORITATEA ANULUI

OCUPATIA

EMAIL

TELEFON MOBIL

2.

OPTIUNEA DVS. PRIVIND PLANUL SI FRANSIZA

Acoperirea va incepe de la data mentionata pe Certificatul de Asigurare/Certificatul de Membru, cu conditia sa fi primit si acceptat cererea dvs.

PLAN: AZURE LOCAL RIDER

OPTIUNEA PRIVIND FRANSIZA: Fransiza anuala aplicabila tuturor indemnizatiilor, per persoana, per an de asigurare

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

ZONA DE APLICARE A ACOPERIRII ROMANIA

3. ASIGURARE ANTERIOARA SAU EXISTENTA

EU/ NOI SUNT/ SUNTEM DE ACORD CU TRANSFERUL POLITEI INCEPAND CU

(zz/ll/aaaa)

- a. pe un plan existent conform noilor **Termeni si Conditii Generale** ale planurilor de asigurare **MediHelp International Plans, Asiguratorul fiind Inter Partner Assistance S.A.**
- b. toate informatiile furnizate in Formularul de Aplicare initial sau alte declaratii medicale si evidenta dosarelor de dauna din perioada anterioasa de asigurare vor fi baza politei dintre Persoanele **Asigurate si Asigurator, Inter Partner Assistance S.A.**
- c. Eu/ Noi, in numele Persoanelor Asigurate am citit si inteles **Documentul de Informare privind Produsul de Asigurare (PID), Termenii si Conditii Generale** ale Politei si detaliile politei.

DENUMIREA ASIGURATORULUI (ASIGURATORILOR) SI PLANUL (PLANURILE):

DATA EXPIRARII POLITEI:

4. VALUTA SI PLATA PRIMEI DVS.

VALUTA: € / ALEGETI FRECVENTA DE PLATA:

DATA DE ACTIVARE PREFERATA (zz/ll/aaaa)

ANUAL

SEMI-ANUAL

TRIMESTRIAL

5.A. MEMBRI CARE URMEAZA A FI ACOPERITI (BENEFICIAR/I)*

FORMULA DE ADRESARE NUME SI PRENUME

1.

RELATIA CU DVS. (sot, partener, fiu/fiica)

DATA NASTERII (zz/ll/aaaa)

CNP/PASAPORT

NATIONALITATEA

OCUPATIA

RESEDINTA

FORMULA DE ADRESARE NUME SI PRENUME

2.

RELATIA CU DVS. (sot, partener, fiu/fiica)

DATA NASTERII (zz/ll/aaaa)

CNP/PASAPORT

NATIONALITATEA

OCUPATIA

RESEDINTA

FORMULA DE ADRESARE NUME SI PRENUME

3.

RELATIA CU DVS. (sot, partener, fiu/fiica)

DATA NASTERII (zz/ll/aaaa)

CNP/PASAPORT

NATIONALITATEA

OCUPATIA

RESEDINTA

FORMULA DE ADRESARE NUME SI PRENUME

4

RELATIA CU DVS. (sot, partener, fiu/fica)

DATA NASTERII (zz/ll/aaaa)

CNP/PASAPORT

NATIONALITATEA

OCUPATIA

RESEDINTA

*In cazul mai multor membri de familie, va rugam sa continuati si sa utilizati un Formular de Aplicare separat, daca este necesar.

5.B CERERE DE UPGRADE A PLANULUI (REDUCEREA FRANSIZEI)

VA RUGAM SA COMPLETATI ACEASTA SECTIUNE NUMAI DACA DORITI SA REDUCETI FRANSIZA EXISTENTA. EU/PERSOANELE ASIGURATE* DORESC SA IMI/NE DORIM SA SCHIMBAM PLANUL MEU/AL NOSTRU*:

SA MICSOREZ FRANSIZA:

DE LA

LA

MOTIVUL ACTUALIZARII PLANULUI:

DECLARATII PERSONALE: VA RUGAM SA RASPUNDETI LA TOATE INTREBARILE

5.B.1. A consultat cineva vreodata un medic, a fost internat in spital sau intr-un azil de batrani sau a suferit de o boala intermitenta sau recurenta in ultimii cinci ani? DA NU

5.B.2 A consultat cineva un medic, un fizioterapeut, un asistent medical, un osteopat sau un chiropractician sau a primit o reteta pentru medicamente in ultimele 12 luni (sau exista vreun tratament in curs sau planificat, un diagnostic sau in curs de diagnosticare)? DA NU

5.B.3. A suferit sau are cineva simptome de orice alta afectiune, handicap sau problema de sanatate, de exemplu, probleme ginecologice sau menstruale, complicatii ale sarcinii, semne sau simptome de vene varicoase, probleme de spate, afectiuni dentare anormale, afectiuni ale picioarelor (de exemplu, monturi), nereguli digestive, probleme de piele sau probleme cu inima, membrele, ochii, nervii? DA NA

5.B.4. A avut cineva cancer in ultimii cinci ani sau asteapta in prezent tratament, investigatii sau controale pentru cancer? DA NU

*stergeti unde nu este cazul

6. CONSIMTAMANT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Cererea dvs. de asigurare este procesata de catre MediHelp International, asigurata Inter Partner Assistance S.A. si reasigurata prin AXA PPP Healthcare Limited. Anumite aspecte ale administrarii politei dvs. sunt sustinute de AXA Global Healthcare (Marea Britanie) Limited sau de si AXA Life & Health Reinsurance Solutions (parte din AXA Group). Politicile privind confidentialitatea ale AXA – Global Healthcare pot fi gasite la:

www.axaglobalhealthcare.com/globalassets/shared/documents/agh-privacy-policy.pdf.

Politicile de confidentialitate ale MediHelp International pot fi gasite la: <https://www.medihelp.ro/protectia-datelor-si-confidentialitate>

Va rugam sa va asigurati ca orice persoana acoperita de aceasta polita, citeste acest rezumat integral si politicile privind confidentialitatea datelor de pe website-ul nostru. Dorim sa va reasiguram ca nu vom vinde niciodata informatiile cu caracter personal ale membrilor catre terti. Vom folosi informatiile 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 dvs. medicale, atunci cand este necesar sa actionam in acest sens.

Colectam informatii despre dvs. si despre membrii familiei care sunt acoperiti de planul dvs. de la dvs., de la acei membri ai familiei, de la furnizorii dvs. medicali, angajatorul dvs. (in cazul in care faceti parte dintr-o asigurare de grup), brokerul dvs. de asigurari, daca aveti unul, si de la furnizorii terti de informatii.

Va prelucram informatiile doar in scopul gestionarii calitatii dvs. de membru si a cererilor dvs. 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 divulga informatiile dvs. altor persoane sau organizatii. De exemplu, vom actiona in acest sens pentru:

- A gestiona cererile dvs. de despagubire, de exemplu, pentru a trata cu medicii dvs.;
- A facilita acordarea indemnizatiilor sau pentru a administra in alt mod polita dvs.; si
- 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 asa ati agreeat'.

Pentru a putea sa va administram polita, putem transfera si accesa informatiile dvs. in tarile din intreaga lume, inclusiv India si SUA, unde se desfasoara anumite activitati de 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, exclusiv 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. Va puteti retrage consimtamantul de prelucrare a datelor personale, 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. In anumite cazuri, aveti dreptul sa ne solicitati sa incetam prelucrarea informatiilor dvs. sau sa ne spuneti daca nu doriti sa primiti anumite informatii de noi, cum ar fi comunicari de marketing. De asemenea, ne puteti solicita o copie a informatiilor pe care le detinem despre dvs. si ne puteti cere sa corectam informatiile eronate.

In cazul in care doriti sa va exercitati oricare dintre drepturi, sunati-ne la (+ 40) 311 097 046 sau scrieti-ne.

1. In conformitate cu Regulamentul general european privind protectia datelor (Regulamentul UE 2016/679, „GDPR”), aplicabil de la data de 25 mai 2018, imi exprim in mod expres consimtamantul pentru ca Asiguratorul si MediHelp sa imi prelucreze DATELE CU CARACTER PERSONAL REFERITOARE LA SANATATEA MEA, date care sunt absolut necesare pentru prestarea serviciului de asigurare corespunzator politei de asigurare pe care am incheiat-o sau, dupa caz, ale carei efecte mi se aplica.

Sunt de acord sa imputernicesc Asiguratorul sa efectueze orice anchete, sa solicite documente de la medicii curanti, care pot ajuta la evaluarea completa a starii mele de sanatate. Autorizez orice medic, spital, clinica sau orice alta unitate de asistenta medicala, care detine date sau informatii si/sau documente referitoare la sanatatea mea, sa furnizeze, la cererea scrisa a Asiguratorului, informatii complete privind orice boala, accident, tratament, examinare, consultatie sau spitalizare pe care am efectuat-o.

In cazul in care se produce un Eveniment/Risc asigurat, imputernicesc Asiguratorul/MediHelp sa intreprinda toate demersurile in vederea obtinerii documentelor necesare pentru stabilirea extinderii obligatiei de a plati Indemnizatia de Asigurare, exceptand de la obligatia de secret profesional medicii care m-au examinat/tratat, precum si orice institutie publica sau privata care detine informatii referitoare la starea mea de sanatate si la istoricul starii mele de sanatate, atat in cursul vietii mele si ulterior, in caz de deces, indiferent de cauze.

Am inteles ca, in cazul in care refuz sa imi dau in mod expres consimtamantul cu privire la prelucrarea datelor referitoare la starea de sanatate, Asiguratorul nu va putea sa execute contractul de asigurare la care sunt parte sau ale carui efecte mi se aplica, inclusiv, dar fara a se limita la, plata despagubirii.

DA NU NUME SI PRENUME

SEMNATURA

2. Imi dau in mod expres consimtamantul pentru ca Asiguratorul si MediHelp sa imi trimita buletine informative cu privire la produsele si serviciile acestora, inclusiv in vederea imbunatatirii acestora, beneficii pe care as putea sa le accesez, oferte promotionale sau oportunitati de asigurare (SCOP DE MARKETING).

DA NU NUME SI PRENUME

SEMNATURA

3. Imi dau in mod expres consimtamantul sa primesc corespondenta electronica, prin utilizarea datelor mele de contact furnizate in acest formular, in vederea incheierii contractului si/sau prin derularea acestuia, instiintari privind facturile scadente, acest tip de corespondenta producand aceleasi efecte ca si corespondenta in format fizic.

DA NU NUME SI PRENUME

SEMNATURA

7. DECLARATIE SI SEMNATURA

- a. Declar ca:
- potrivit cunostintelor si convingerilor mele, declaratiile din acest formular sunt complete, adevarate si corecte;
 - Voi cita Termenii, Conditiiile Generale si Contractul, atunci cand le voi primi, si sunt de acord sa ma supun acestora, cu exceptia cazului in care anulez inscrierea in termen de 30 de zile de la data acceptarii cererii mele.
- b. Sunt de acord ca acceptarea cererii mele se va efectua in baza acestor declaratii.
- c. Inteleg ca, in cazul in care apar modificari ale informatiilor pe care le-am furnizat inainte de data de incepere a politei mele/noastre, trebuie sa va informez imediat, in scris.
- d. Inteleg ca odata ce polita a inceput sa isi produca efectele, nu veti plati pentru tratamentul vreunei afectiuni medicale (sau al unei afectiuni medicale aferente) de care membrul/membrii sufera (u) deja la momentul afilierii, cu exceptia cazului in care aceasta a fost prezentata integral in aceasta cerere si acceptata de dvs. Aceasta include orice astfel de afectiune (i) medicala (e) sau simptome, tratate sau nu, si orice afectiune (i) medicala (e) anterioara (e) care revin(e) sau pe care ar trebui sa o (le) cunosc in mod rezonabil chiar daca eu/noi nu am consultat un medic.
- e. Inteleg ca, in calitate de Contractant legal al acestei polite de asigurare, toata corespondenta despre aceasta cerere, inclusiv corespondenta aferenta cererii de despagubire, imi va fi trimisa, cu exceptia cazului in care va scriu pentru a va indica altfel. De asemenea, inteleg ca documentele politei, comunicariile scrise si detaliile privind afilierea vor fi emise in limba engleza/romana.
- f. Inteleg ca anumite tari solicita rezidentilor, indiferent daca sunt expatriati sau de alt tip, sa incheie asigurarea de sanatate prin

intermediul unui furnizor local sau sa detina o asigurare care indeplineste anumite cerinte obligatorii si ca este posibil ca asigurarea furnizata de dvs. sa nu indeplineasca aceste cerinte specifice tarii si, prin urmare, o asigurare suplimentara poate fi necesara. Totodata, inteleg ca, in anumite situatii, pot exista consecinte sub forma sanctiunilor fiscale sau de alta natura, in cazul in care rezidentul nu detine asigurarea locala necesara pe langa polita de asigurare medicala internationala. In cazul in care aveti orice nelamuriri cu privire la cerinte legate de asigurarea suplimentara in tara mea principala de resedinta (astfel cum este definita la sectiunea 1 Despre Contractantul Politei), inteleg ca imi revine responsabilitatea de a verifica cu autoritatile locale, pentru a stabili daca exista cerinte suplimentare privind asistenta medicala carora trebuie sa ma supun.

- g. Prin semnarea si returnarea acestui formular:
- Confirm ca declaratiile prezentate in aceasta cerere sunt corecte si ca am autoritatea de a incheia aceasta polita in numele oricarui membru al familiei.
 - Inteleg ca brokerul, agentul, agentia sau persoanele care actioneaza in numele meu (al nostru) si care preiau aceasta cerere de la mine (noi) este un reprezentant independent si actioneaza in numele meu (al nostru) si nu in numele administratorului Planului si nici al Asiguratorului care ofera aceasta asigurare. Nici administratorul planului si nici asiguratorul care ofera aceasta asigurare nu pot fi trasi la raspundere pentru nicio circumstanta in cazul in care brokerul, agentul, agentia sau persoanele care actioneaza in numele meu (al nostru), care preia aceasta cerere, nu reuseste acum sau in viitor sa transmita sau sa comunice orice documentatie sau sa modifice sau sa renunte la orice parte a acestei cereri sau la acoperirea, restrictiile, conditiile continute in Termenii si conditiile generale sau la orice informatie solicitata de administratorul planului sau de asigurator.

Important: Sunteti sfatuit sa pastrati o evidenta a tuturor informatiilor furnizate in legatura cu aceasta cerere, inclusiv orice scrisori pe care ni le trimiteti in legatura cu aceasta. In cazul in care doriti o copie a acestei cereri, va rugam sa ne informati in termen de 90 (nouazeci) de zile. Dupa completarea acestui formular si semnarea Declaratiei, va rugam sa le trimiteti la: client@medihelp.ro. Declaratia este valabila timp de 30 (treizeci) de zile de la data semnarii. **Voi prezenta Asiguratorului orice modificare a starii de sanatate si/sau a consultatiei medicale si/sau a elementelor materiale ale cererii care au loc dupa semnarea acestui formular de cerere, dar inainte de emiterea politei. In cazul in care un fapt important nu este dezvaluit in aceasta cerere, inteleg ca orice polita emisa poate sa nu fie valabila.**

Recunosc si confirm ca:

- Sunt pe deplin satisfacut de informatiile declarate in prezenta cerere si include informatiile pe care le-am furnizat,
- Am primit o copie a Termenilor si conditiilor generale si a Documentului de informare despre produs,
- Am avut posibilitatea de a examina Termenii si Conditiiile Generale si Documentul de Informare despre Produs, de a formula intrebari si de a solicita clarificari in legatura cu acesti Termeni si Conditii Generale si Documentul de Informare despre Produs (toate acestea au primit raspuns de la Asigurator intr-un mod satisfactor),
- Inteleg Termenii si conditiile generale si Documentul de informare despre produs,
- Sunt de acord cu acestea.

- 1. Analiza nevoii clientului
 2. Solicitarea de oferta
 3. Asistenta post-vanzare

si

MEDIHELP INTERNATIONAL BROKER DE ASIGURARE S.R.L

- Calculul si emiterea ofertei de asigurare
- Suportul in vanzare
- Comunicarea cu asiguratorul referitor la documentatia de asigurare a produsului
- Incasarea primei de asigurare de la asigurat, in baza imputernicirii primite din partea societatii de asigurare.

NUMELE CONTRACTANTULUI

DATA

SEMNATURA CONTRACTANTULUI

INTERMEDIAR

CODUL INTERMEDIARULUI

SEMNATURA INTERMEDIARULUI