

ASIGURAREA PRIVATA DE SĂNĂTATE PENTRU ANGAJAȚII ȘI MEMBRII DE FAMILIE

Adobe

Iulie 2026

Groupama

Adobe

MARSH

REGINA MARIA
REȚEAUA PRIVATĂ DE SĂNĂTATE



SUMAR

Introducere	3
Pachete de asigurare	4
Cum accesați serviciile medicale acoperite de asigurare	6
Ce sunt și cum utilizați serviciile Regina Maria	12
Cum beneficiază de asigurarea de sănătate un membru de familie?	15
Serviciile medicale care nu se acoperă prin asigurare	16
Date de contact	19
Întrebări frecvente	20

Groupama



INTRODUCERE

MAI MULT PENTRU SĂNĂTATEA ANGAJAȚILOR ADOBE ROMÂNIA ȘI A MEMBRILOR DE FAMILIE

Adobe România este permanent preocupată să îmbunătățească condițiile de muncă şi de viață ale angajaților săi. Astfel, fiecare angajat Adobe România beneficiaza de o Asigurare de Sănătate încheiată cu Groupama. Aceasta oferă avantaje consistente:

- Toți angajații vor beneficia de acelaşi plan de acoperiri. Suplimentar, pot alege pachetul de stomatologie, care ofera access la o lista de servicii în clinicile MG Dental.
- Angajații noi, cu 1 ale lunii, vor putea beneficia de asigurare începând cu data angajării, iar cei angajați cu 16 ale lunii, vor beneficia de asigurare începând cu prima zi a lunii următoare datei angajării.
- Soțul/ soția/ partenerul și copii pot fi inclusi în asigurare, prima fiind plătită de Adobe. Planul de acoperiri este același cu cel al angajatului, cu excepția acoperirii pentru ochelari.
- Serviciile incluse pachetul de asigurare sunt disponibile atât în Rețeaua Regina Maria cât și în afara ei.
- Serviciile de recuperare medicală sunt disponibile cu recomandare de la medic de recuperare.
- Suma asigurată pentru spitalizare este de 15.000 LEI/an/asigurat (în România sau în afara țării).
- Indemnizația de naștere este disponibila în limita sumei de 10.000 LEI/eveniment, atât în Rețeaua Regina Maria cât și în afara ei.
- Angajații beneficiază de acoperire pentru ochelari de vedere sau pentru o pereche de lentile de contact cu dioptrii. Acoperirea este disponibilă în limita sumei de 500 lei/angajat/an.

Pentru a descoperi în detaliu care sunt serviciile medicale oferite de Asigurarea de sănătate, precum şi modul de accesare al acestora, vă invităm să citiți acest ghid.

Groupama

PACHETE DE ASIGURARE

PACHET ANGAJAȚI ȘI DEPENDENȚI ADULȚI

1. Servicii Ambulatorii		Pachet Priority: consultatii, analize, investigatii, conform anexa
		Teritorialitate: în România, în Rețeaua Regina Maria și în afara Rețelei - conform Anexei Priority
2. Servicii Stomatologie		Pachet Dental Adobe
		Teritorialitate: în România, în Rețeaua MG Dental Conform Anexă Servicii Dental, pachet disponibil pentru angajații și dependenții care au optat pentru acest plan
3. Servicii cu Spitalizare		Pachet Premium
		Teritorialitate: în România (în Rețeaua Regina Maria și în afara Rețelei) și în străinătate
		În limita a 15.000 Lei/an de asigurare
Intervenții Chirurgicale și Spitalizare* *fără intervenție chirurgicală, inclusiv spitalizarile continue sau de zi, pe durata cărora se efectuează doar proceduri de diagnosticare	în Rețeaua Regina Maria, cu decontare directa	Până la sublimita pentru servicii cu spitalizare, inclusiv pentru spitalizare de zi
	în afara Rețelei Regina Maria, în spital privat, cu rambursarea costurilor	
	în spital de stat	Indemnizație zilnică: 400 lei/zi în primele 7 zile, apoi 200 lei/zi, maxim 25 zile/an de asigurare, până la sublimita pentru servicii cu spitalizare
4. Naștere** **număr nelimitat nașteri/an/grup asigurat Acoperirea se aplică numai pentru femeile asigurate de plan		În limita a 10.000 Lei/ eveniment
		Teritorialitate: în România, în Rețeaua Regina Maria și în afara Rețelei
5. Cheltuieli medicale pentru planificare familiala		În limita a 12.750 Lei
		Teritorialitate: în România
Fecundare artificială		Până la sublimita de 10.200 Lei/an de asigurare
Adopție		Până la sublimita de 2.550 Lei/an de asigurare
6. Cheltuieli medicale pentru ochelari de vedere *		În limita a 500 Lei

***În cazul angajaților, asigurătorul va plăti cheltuielile suportate de angajat pe perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, pentru achiziționarea unei perechi de lentile pentru ochelari de corecție a vederii și costul ramei de ochelari, sau pentru o pereche de lentile de contact cu dioptrii, pentru un singur eveniment asigurat într-un an de asigurare, la prima diagnosticare a afecţiunii oculare care necesită corecţie optică sau când este necesară schimbarea dioptriilor, în baza recomandării medicale valide a medicului oftalmolog şi chitanţelor/facturilor fiscale/bonurilor emise pe numele angajatului, până la sublimita prevăzută explicit pentru această acoperire suplimentară. Costul manoperei și alte servicii sau produse adiacente nu sunt acoperite.



PACHET DEPENDENȚI COPII

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">1. Servicii Ambulatorii</td><td>Pachet Priority Junior: consultații, analize, investigații conform anexă</td></tr>
<tr><td>Teritorialitate: în România, în Rețeaua Regina Maria și în afara Rețelei - conform Anexei Priority Junior</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">2. Servicii Stomatologie</td><td>Pachet Dental Adobe</td></tr>
<tr><td>Teritorialitate: în România, în Rețeaua MG Dental Conform Anexă Servicii Dental, pachet disponibil pentru dependenții înrolați în acest plan</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">3. Servicii cu Spitalizare</td><td>Pachet Premium</td></tr>
<tr><td>Teritorialitate: în România (în Rețeaua Regina Maria și în afara Rețelei) și în străinătate.</td></tr>
<tr><td>a) În limita a 15.000 Lei/an de asigurare, pentru copii începând cu vârsta de 30 de zile
b) În limita a 10.500 Lei/an de asigurare, pentru copii cu vârsta între 10 și 30 de zile</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Intervenții Chirurgicale și Spitalizare*

*fără intervenție chirurgicală, inclusiv spitalizarile de zi sau continue, pe durata cărora se efectuează doar proceduri de diagnosticare</td><td>în Rețeaua Regina Maria, cu decontare directă</td><td rowspan="2">Până la sublimita pentru servicii cu spitalizare, inclusiv pentru spitalizare de zi</td></tr>
<tr><td>în afara Rețelei Regina Maria, în spital privat, cu rambursarea costurilor</td></tr>
<tr><td>în spital de stat</td><td>Indemnizație zilnică: 400 lei/zi în primele 7 zile, apoi 200 lei/zi, maxim 25 zile/an de asigurare, până la sublimita pentru servicii cu spitalizare</td></tr>
</table>

CUM ACCESAȚI SERVICIILE MEDICALE ACOPERITE DE ASIGURARE

Pentru servicii medicale în rețeaua privată de sănătate Regina Maria

- Suni la Call Center 021 9767 și te programezi pentru consultație
- Te prezinți cu cartea de identitate, la clinica aleasă, la data și ora stabilite, pentru rezolvarea problemei de sănătate.
- Groupama Asigurări plătește costurile aferente serviciilor incluse în pachet, prin decontarea directă.

Pentru servicii medicale accesate în afara rețelei private de sănătate Regina Maria.

- Poți suna la call center-ul Groupama pentru a te informa și anunța intenția de acces.
- Vei contacta direct și vei prezenta cartea de identitate, la clinica aleasă, la ora și data stabilite pentru rezolvarea problemei de sănătate.
- Decontarea costurilor după transmiterea documentelor.

Pentru accesarea serviciilor medicale în ambulatoriu inclusiv camera de gardă în afara rețelei se va deconta prețul cel mai mic dintre 90% din valoarea serviciului, dar nu mai mult de 1.000 RON pentru un serviciu medical. Termenul de despăgubire din momentul depunerii ultimului document este de 15 zile lucrătoare.

Prezenta procedură este aplicabilă și serviciilor acoperite prin asigurare, efectuate în rețeaua Regina Maria, de medici cu plata integrală sau în locațiile neacoperite (ex. Kinetic) și achitate de angajatul asigurat/ persoana dependentă, cu decontare 100% a prețului plătit, în limita a 1.000 lei/ serviciu.

Decontarea costurilor se va realiza în urma notificării online a evenimentului. Serviciul este disponibil pe www.groupama.ro la secţiunea Daune/ Notificare daune online sau apăsând butonul:

NOTIFICĂ ONLINE

Notificarea se poate realiza oricând, de oriunde, chiar și de pe telefonul mobil în doar 3 pași:

- acord GDPR, pentru ca informaţiile oferite să poată fi prelucrate în vederea instrumentării dosarului de daună
- după completarea CNP-ului, selectezi tipul daunei și data evenimentului.
- informaţii despre eveniment - locul producerii evenimentului (ţara și orașul) • date despre persoana asigurată (nume/ prenume/ CNP/ telefon/ email/ cont bancar) • descriere eveniment și diagnostic stabilit de medic (se va completa așa cum este trecut în actele medicale) • upload documente necesare

Se va genera Formularul de avizare. După finalizarea notificării vei primi, pe adresa de e-mail menţionată în formular, un mesaj de confirmare a înregistrării notificării de daună și numărul unic de referinţă.

☎ Pentru suport suplimentar cu privire la dosarul de despăgubire poți contacta Groupama la **021 9767** sau Marsh Broker la **adobe@marsh.com**.

De reținut!

În situația unei urgențe medicale care îți pune viața în pericol (grad 1 și 2), este necesar să suni la 112, serviciul național de preluare a urgențelor. În cazul unei alte urgențe medicale (grad 3 și 4) trebuie să apelezi numărul unic de urgență Regina Maria: 021.9942. Pentru mai multe detalii vă rog să parcurgeți Ghidul de Urgențe.



Asigurarea privată de sănătate ADOBE a fost concepută să funcționeze în mod optim prin rețeaua extinsă de clinici Groupama și Regina Maria, astfel încât să beneficiați de decontare directă a serviciilor medicale primite.
Totuși, dacă doriți să accesați serviciile medicale oferite de un medic sau o clinică în afara rețelei Groupama și Regina Maria, sau locurile cu plata în reteaua Regina Maria, va trebui să plătiți costul serviciului, după care să solicitați asigurătorului rambursarea cheltuielilor.
Serviciile accesate în rețea sunt acoperite 100%, conform pachetului de acoperiri. Pentru rambursarea serviciilor cu plată în rețeaua Regina Maria, procentul de rambursare este de asemenea 100%, dar maxim 1000 Ron/serviciu. Pentru serviciile în afara rețelei, procentul de rambursare este 90%, maxim 1000 Ron/serviciu.

Atenție! Serviciile accesate în afara rețelei vor fi disponibile în baza documentelor medicale din care sa reiasă **necesitatea medicală!**

Recomandare: înainte de a accesa servicii medicale în afara rețelei Groupama și Regina Maria, vă rugăm să verificați dacă serviciul de care aveți nevoie este acoperit, fie pe Portalul intern de Beneficii, fie contactand Call-centerul Marsh (telefon: 031 631 32 18, e-mail: adobe@marsh.com).

Cum vă puteți programa pentru a accesa serviciile medicale prin decontare directă în rețeaua proprie Regina Maria?

Alegeți una dintre variantele de mai jos:

- Apelați: **021 9767 Call Center Groupama** disponibil de luni până duminică în intervalul orar 08.00-20.00
- Utilizați aplicația **Regina Maria**.
- Healthline Regina Maria 021 9942 – disponibil 24/7 pentru urgenţe minore şi sfaturi medicale.

CUM PUTEȚI DECONTA SERVICIILE MEDICALE ACCESATE ÎN REȚEAUA GROUPAMA – REGINA MARIA ȘI PARTENERII?

În clinicile Regina Maria
Faceți o programare și confirmați acoperirile la Call Center Groupama 021 9767* sau prin aplicația mobilă Contul Meu Regina Maria

În rețeaua de parteneri
Vă programați direct la clinica parteneră menționând că sunteți asigurat Groupama – Regina Maria

Vă prezentați la programare și beneficiați de serviciile medicale (cu ID)

Plata se face de către Groupama direct în clinică/ spital

*Puteți apela Call center-ul **021 9767** pentru a verifica dacă clinica dorită este clinică parteneră și dacă serviciul pe care doriți să îl accesați este acoperit în decontare directă.

Pentru **Adopție și Fecundare artificială vă rugăm apelați Alo Groupama: 0374 110 110**

CUM PUTEȚI DECONTA SERVICIILE MEDICALE ACCESATE ÎN AFARA REȚELEI GROUPAMA?

Vă programați la o clinică sau un spital din afara rețelei Regina Maria

Accesați serviciile de care aveți nevoie achitând serviciile de care ați beneficiat

Depuneți dosarul complet de rambursare pe platforma online Groupama avizari-online.groupama.ro

Groupama vă rambursează costurile în contul transmis, în termen de 15 zile lucrătoare de la data depunerii ultimului document solicitat

DOCUMENTE NECESARE PENTRU DOSARUL DE RAMBURSARE

Servicii medicale în ambulatoriu (fără internare)

› **Copie carte identitate** asigurat, solicitant, beneficiar plată/pașaport pentru persoanele rezidente
› **Bon fiscal/document de plată** din care să rezulte achitarea serviciului medical.

Documentele de plată trebuie să conțină denumirea corectă și completă a serviciilor medicale, precum și prețul acestora.

* Notă: nu vor fi acceptate ca documente de plată valide bonurile fiscale/chitanțele în care nu apar denumirile corecte ale serviciilor medicale și costurile defalcate ale fiecărui serviciu medical efectuat și achitat; pentru evitarea oricărei confuzii, documentele de plată ce înregistrează pachete de servicii (cum ar fi: consult + ecografie, pachet ...) nu sunt considerate valide.
* Nota: chitanța POS nu reprezintă un document valid de plată.

› Pentru consultații/controale medicale: **raport medical/scrisoare medicală** validă (parafat/ă, datat/ă, semnat/ă, emis pe numele persoanei asigurate)
› Pentru alte servicii medicale:

• **Recomandare medicală** pentru efectuarea serviciului medical (parafată, datată, semnată, emisă pe numele persoanei asigurate)

• **Documente medicale valide** care să certifice efectuarea serviciilor: rezultat investigații, buletine de analize, fișa de tratament, etc. (parafat, datat, semnat, emis pe numele persoanei asigurate)

Pentru ca recomandarea medicală (biletul de trimitere) să fie validă trebuie să conțină următoarele informații:

- unitatea medicală care a eliberat recomandarea;
- numele și prenumele asiguratului/ persoanei dependente;
- diagnosticul (cert sau prezumtiv);
- investigația/investigațiile recomandata(e) de către medic (din care să reiasă necesitatea medicală a acestor investigații);
- parafa și semnătura medicului care eliberează recomandarea;
- data eliberării.

Pentru ca serviciile recomandate să fie acoperite:

1. recomandarea trebuie să fie **lizibilă**, să conțină nume pacient, diagnostic, data, parafa și semnătură medic; recomandarea trebuie să fie obținută anterior efectuării serviciilor medicale.
2. trebuie eliberată de un **medic a cărui specialitate medicală** este încadrată în categoria specialităților clinice; pentru claritate: recomandările emise de medici cu specialități paraclinice (cum ar fi: medicina de laborator, radiologie – imagistica medicală) nu sunt considerate valide, fiind adresate medicului curant și nu pacientului. Prin excepție, recomandările de ecografie mamară și mamografie emise de către medici cu specialitatea radiologie - imagistică medicală care dețin suplimentar competența de senologie imagistică sunt considerate valide, cu condiția ca această competență suplimentară să se regăsească în parafa de pe recomandarea pacientului.
3. recomandarea trebuie să **respecte limitele de competență profesională ale medicului trimițător**: conform specialității medicului, acesta să dețină competența profesională de a gestiona medical afecțiunea certificata prin diagnosticul de trimitere (de exemplu: pentru CT, RMN, analize de alergologie, imunologie, hormoni nu se acceptă trimiteri de la specialitățile de medicină primară: Medicină Generală, Medicină de Familie și Medicină Internă).
4. pentru serviciile de recuperare medicală: este considerată valida recomandarea de la medici cu specialitatea recuperare medicală, Pentru claritate: recomandările emise de medici cu oricare altă specialitate sau de către fizio kinetoterapeuți nu sunt considerate valide.

Pentru ca raportul medical (scrisoarea medicală) eliberat în urma consultului să fie valid trebuie să conțină următoarele informații:

- unitatea medicală care a eliberat raportul medical;
- numele și prenumele asiguratului/ persoanei dependente;
- elementele consultului: motivele prezentării/ simptomatologie, antecedente personale patologice, istoricul bolii, examen clinic obiectiv, diagnostic, investigația/ investigațiile recomandate de către medicul examinator;
- parafa și semnătura medicului care eliberează raportul medical;
- data eliberarii.

Responsabilitatea obținerii și furnizării documentației corecte și complete revine în întregime asiguratului, indiferent de locația în care au fost efectuate serviciile medicale.

* În timpul verificării documentelor transmise, Groupama poate solicita suplimentar alte documente pentru a determina legalitatea plăţii sau pentru a determina nivelul corespunzător al indemnizaţiei de asigurare.

Spitalizare și intervenții chirurgicale

› **Copie carte identitate** asigurat, solicitant, beneficiar plată/ pașaport pentru persoanele rezidente
› **Bilet de externare din spital**, cu mențiunea perioadei de spitalizare (parafat, datat, semnat, emis pe numele persoanei asigurate)
› **Factură** cu detalierea sumelor pentru fiecare serviciu medical efectuat
› **Bon fiscal/ document de plată** din care să rezulte achitarea serviciului medical

Documentele/ Notele de plată/ chitanțele pentru spitalizare, intervenții chirurgicale în afara Rețelei de sănătate, trebuie să cuprindă:

- numele persoanei tratate;
- diagnosticul stabilit;
- detalii asupra tratamentului medical administrat sau a serviciului medical prestat și data efectuării acestora;
- costul detaliat al fiecarei proceduri/ serviciu medical/ tratament/ intervenție chirurgicală;
- durata internării.

Plata indemnizației de asigurare se va face în lei, într-un cont bancar al asiguratului/ beneficiarului, specificat în Formularul pentru anunțarea evenimentului asigurat, deschis la o bancă de pe teritoriul României.
În cazul în care documentația transmisă către asigurător este incompletă, iar asiguratul/ persoana dependentă nu a furnizat informațiile solicitate de asigurător prin telefon sau email, asigurătorul va contacta asiguratul/ persoana dependentă în vederea obținerii documentelor suplimentare.

DECONTAREA DISPOZITIVELOR DE VEDERE

› **Copie carte identitate** asigurat, solicitant, beneficiar plată/ pașaport pentru persoanele rezidente
› **Recomandare medicală/ Prescripție medicală/ Rețeta** cu mențiunea diagnosticului stabilit (parafat/ă, datat/ă, semnat/ă, emis/ă pe numele persoanei asigurate)
› **Bon fiscal/ document de plată/ factura** din care să rezulte achitarea medicamentelor

*** În timpul verificării documentelor transmise, Groupama poate solicita suplimentar alte documente pentru a determina legalitatea plăţii sau pentru a determina nivelul corespunzător al indemnizaţiei de asigurare**.

CE SUNT ȘI CUM UTILIZAȚI SERVICIILE REGINA MARIA

APLICAȚIA CONTUL MEU

Ce poți face prin intermediul aplicației mobile? Care sunt avantajele?

- **Asociezi contul copilului tău** pentru a avea acces oricând la istoricul lui medical și la programări.
- **Programări online**. Te programezi rapid la medic in clinicile proprii, direct de pe telefon sau calculator, online sau prin aplicație, fără a mai apela Call Center-ul.
- **Clinica Virtuala**: consultatii la peste 20 specialitati si peste 500 medici, la nivel national
- **Dosarul medical**. Ai acces oricând și de oriunde la Dosarul tău medical complet. Mai exact, la toate consultațiile și investigațiile efectuate, la diagnostic și rețetele medicale primite.
- **Self check-in**. Scurtezi timpul de așteptare în clinicile Regina Maria pentru că afli rapid cabinetul în care ai programare și nu mai este nevoie să te prezinți la recepție.
- **Facturi și plati.** Acces direct la facturi și posibilitatea de plată online**.**
- **Chat**. Ghidul tău digital (Maria), cu ajutorul căruia te poți programa/ anula o programare și afla informațiile care te interesează**.**

***** Poți accesa portalul Contul meu în doua moduri:
- website www.reginamaria.ro și
- Aplicația Regina Maria, disponibilă pe Android și iOS.



CLINICA VIRTUALĂ REGINA MARIA

Serviciul de telemedicină te ajută să intri în legătură cu un medic specialist pentru a beneficia de asistență medicală prin videoconferință sau printr-un apel telefonic. În plus, reprezintă un beneficiu pentru situațiile medicale neprevăzute ce pot apărea în viața ta.

Avantaje:

- **Discuți cu medicul de oriunde te-ai afla:** indiferent de locul în care te afli, cu ajutorul unui calculator sau a telefonului mobil cu conexiune la Internet, te poți conecta prin video call pentru a intra în legătură cu medicul.
- Poți evita deplasarea la clinică solicitând un consult medical la distanță chiar din confortul casei tale.
- **Accesul la numeroase specialități medicale:** ai la dispoziție o echipă de medici profesioniști și numeroase specialități.
- **Timp dedicat exclusiv pentru tine**

Cum Accesezi Serviciul De Telemedicină?

- Instalezi aplicația “Contul Meu”
- Activezi “Contul meu” (nume de utilizator și parola)
- Îți faci o programare direct din aplicație în Clinica Virtuală cu alegerea opțiunii de includere în asigurare
- La ora programării intri direct din aplicația Contul Meu în legatură directă cu medicul la care te-ai programat



HEALTHLINE MEDICAL

Ce este HealthLine-ul medical Regina Maria?

- Suport pentru abonați 24/7. Chiar și de sărbători. Pentru că sănătatea nu poate lua pauză.
- Echipe dedicate de medici, pentru adulți și copii.
- Ușurință în accesare. Număr unic: 021 9942. Apelabil din orice rețea.
- Sfaturi și suport medical atunci când ai nelămuriri sau ești într-o situație medicală complexă.

Cum funcționează HeathLine-ul medical?

Apelează numărul unic de HealthLine: 021 9942.

- Selectezi echipa de care ai nevoie – adulți sau pediatrie. Apelul tău va fi preluat de un medic generalist sau pediatru care îți va solicita datele de identificare și detalii cu privire la situația medicală în care te afli. Te va îndruma și îți va oferi recomandările de care ai nevoie.
- Asiguratul primește indicații de tratament la domiciliu, tratament care poate fi procurat fără prescripție medicală.
- Asiguratul primește recomandări de consult de specialitate în ambulatoriu sau în Clinica Virtuală Regina Maria.
- Asiguratul este îndrumat spre Camerele de Gardă Regina Maria sau către camera de gardă a unui spital public, în cazul anumitor situații complexe (suspiciune AVC, infarct miocardic, comă diabetică, traumatisme multiple etc.).



CUM BENEFICIAZĂ DE ASIGURAREA DE SĂNĂTATE UN MEMBRU DE FAMILIE*?

Pentru a include în asigurare persoanele dependente, trebuie să:

- accesezi site-ul My Adobe Benefits pentru includerea dependenților sau alte modificări
- trebuie să menții asigurarea minimum 12 luni.

** Membrii de familie care pot fi inclusi in asigurare sunt: copiii cu vârsta de maximum 23 de ani, care sunt în întreținerea părinților (nu realizează venituri), sunt necăsătoriti și locuiesc la același domiciliu cu angajatul Adobe România și/sau soțul/ soția sau un partener/ă, cu vârsta de minim 16 ani și maximum 64 de ani).*

IMPORTANT! Poți obține mai multe detalii la Call Center 021 9767.

Groupama

SERVCII MEDICALE CARE NU SE ACOPERA PRIN ASIGURARE

EXCLUDERI DIN ASIGURARE: situațiile expres prevăzute în condițiile de asigurare în care Asigurătorul este exonerat de obligația de plată a indemnizației/ prestației din asigurare, deși riscul s-a produs.

1.EXCLUDERI GENERALE

Asigurătorul nu datorează indemnizaţia de asigurare asiguratului, dacă riscul asigurat s-a produs, ca urmare a:

a) direct sau indirect, total sau parţial:
- stării de război declarat sau nu, operaţiunilor de război, invazie, război civil, revoluţie, rebeliune, grevă, insurecţie, conspiraţie, actelor de terorism sau sabotaj, evenimentelor violente cum ar fi lovituri de stat, legea marțială, starea de urgență, carantină, utilizarea de energie nucleară pe timp de pace sau de razboi, circumstanțelor excepționale;
- unor explozii atomice, radiaţii provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, sau infestări radioactive, contaminarea radioactivă urmare a radiaţiilor provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice, accident nuclear;
- unei catastrofe ecologice;
- sinuciderii, tentativei de sinucidere sau de auto-rănire a asiguratului și urmările acesteia, indiferent de starea de raţiune/ psihică a asiguratului;
- comiterii sau încercării de a comite, cu intenţie, de către asigurat a unor acţiuni prevăzute și pedepsite de legea penală, imprudenţe sau neglijenţe grave;

b) acţiunii directe a asiguratului aflat în stare de ebrietate sau cu un grad de alcoolemie peste 0,8 la mie în sânge sau peste 0,4 la mie în aerul expirat;

c) consumului excesiv de medicamente, droguri, alcool, inhalării intenţionate a unor substanţe nocive organismului sau administrării inadecvate a unor substanţe folosite în terapeutică;

d) provocării cu intenţie de către asigurat prin intermediul altei persoane;

e) operaţiilor chirurgicale sau a tratamentelor care nu sunt prevăzute în prezenta asigurare, cum ar fi operațiile estetice, cu excepția celor necesare din cauza unei vătămări corporale acoperite de acest contract;

f) fecundării artificiale, întreruperii voluntare de sarcină și complicațiile acestora;

g) cheltuielilor de achiziționare și montare sau refacere a protezelor artificiale pentru diverse părți ale corpului sau aparatelor corectoare și auxiliare acestora, ochelari de vedere sau lentile de contact, altele decat cele acoperite prin prezentul contract de asigurare;

h) epidemiei naţionale sau pandemiei, confirmate de autorităţile competente;

i) SIDA, complexul asociat SIDA, boli cu transmitere sexuală sau dacă asiguratul este depistat HIV pozitiv, HIV sau consecințele acestora, orice infecție, îmbolnăvire, pierdere sau cheltuială legată de HIV și/sau orice boală de HIV, inclusiv SIDA și/sau orice mutație derivată sau variații ale celor de mai sus, cauzate în orice mod;

j) medicinei experimentale, medicină alternativă, homeopatie etc.;

k) schimbării de sex;

l) studiilor de determinare a hărţii genetice sau alte metode de diagnostic şi tratament genetic;

m) solicitărilor asiguratului, fără ca starea de sănătate a acestuia să necesite: efectuare de transplant, donare de organe, tratamente ulterioare, aferente acestora;

n) oricărei cure de odihnă sau de recuperare în sanatorii, centre de sănătate sau de odihnă, case de convalescenţă sau în alte instituţii similare, cure de dezalcoolizare sau de dezintoxicare, geriatrie;

o) spitalizării, după data de externare recomandată de către medicul specialist sau peste numărul de zile acoperit de prezenta asigurare;
p) riscurilor cauzate sau provocate intenționat de asigurat;
q) oricărui tratament pentru orice afecțiune mintală sau nervoasă, indiferent de clasificarea acesteia, condiție psihică, depresie mintală sau dezordine mintală, tratament de odihnă sau de refacere în urma efectelor abuzului de alcool sau de droguri sau de substanțe similare;
r) folosirii de către Asigurat a unor medicamente sau tratamente, care nu au fost prescrise de către o autoritate medical recunoscută;
s) oricărei infecții apărute în timpul spitalizării, ca urmare a nerespectării standardelor medicale;
t) oricărui tratament într-o instituție de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre pentru covalescență, centre de dezintoxicare, centre de sănătate etc.), centre de consult extern sau centru de reabilitare;
u) otrăvirii sau inhalării de gaze otrăvitoare;
v) malpraxisului;
w) orice alt serviciu medical care nu este cuprins în„Lista de servicii medicale” sau în Limita de acoperire.

Asigurătorul nu datorează indemnizaţia de asigurare, în cazul în care, la data producerii riscului asigurat, asiguratul:
a) este înrolat în serviciul militar sau este în misiune;
b) practică sporturi sau activităţi considerate periculoase cum ar fi: alpinismul, cursele cu vehicule motorizate terestre, acvatice sau aeriene, paraşutismul, planorismul, acrobaţia, cascadoria (enumerarea este ilustrativă şi nu exhaustivă), dacă acestea nu au fost acceptate de Asigurător ca urmare a evaluării riscului;
c) zboară în calitate de pasager, pilot al unui aparat de zbor sau membru al echipajului, altul decât cel aparţinând unei societăţi autorizate de transporturi aeriene de persoane care efectuează zboruri pe rute regulate şi cu orar afişat.

Asigurătorul nu datorează indemnizaţia de asigurare în oricare dintre cazurile de mai jos:
a) indiferent de situaţia medicală a asiguratului, alte servicii de asigurare în afara celor detaliate în mod explicit în„Lista de acoperiri” și în„Lista de servicii medicale”;
b) Asigurătorul nu va plăti pentru vreun serviciu medical, dacă acest serviciu medical nu a fost aprobat şi/ sau recunoscut de către Asigurător;
c) pentru serviciile medicale necesare în vederea îngrijirii sănătății/ corectării consecințelor vătămătoare ale unui un serviciu medical executat în mod necorespunzător, efectuat altfel decât conform standardelor medicale;
d) pentru cheltuieli efectuate de către asigurat pentru servicii medicale/ tratamente executate de către o persoană care nu are calitatea de medic sau nu este tratat într-o unitate medicală, în sensul acceptat de definiţiile acestui Contract;
e) pentru medicamente de care are nevoie asiguratul, pentru tratament;
f) un serviciu medical executat în afara graniţelor României, cu excepția spitalizării, a intervențiilor chirurgicale în afara Rețelei acoperite prin prezentul contract de asigurare.

2. EXCLUDERI PRIVIND ASIGURARE SERVICII CU SPITALIZARE – SPITALIZARE ŞI INTERVENŢII CHIRURGICALE

Pentru prezenta clauză suplimentară se aplică excluderile specificate în Condiţiile generale de asigurare, precum şi următoarele excluderi specifice, dacă riscul asigurat este cauzat direct sau indirect, total sau parţial, de:
a) otrăvirea sau intoxicaţia prin introducerea de substanţe solide sau lichide pe cale orală;
b) afecţiunile stomatologice, dacă nu sunt consecinţa directă a unui accident;

a) afecţiunile stomatologice, dacă nu sunt consecinţa directă a unui accident;
b) chirurgia plastică şi reparatorie, cu excepţia cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecinţelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei clauze suplimentare;
c) chirurgia estetică, implantologia;
d) infertilitate, sterilitate, fecundare artificială, naștere;
e) întreruperea de sarcină, cu excepția cazurilor în care exista recomandarea medicului în baza existenței unei necesități medicale;
f) controalele medicale de rutină, cercetările exploratorii sau investigaţiile; tratamentul prin acupunctură, bioenergia sau metodele neconvenţionale; asistenţa medicală acordată de homeopaţi, medicina naturistă, medicina alternativă; tratamentul recuperator şi fizioterapia (ex. masaj, hidromasaj, kinetoterapia, tratamentele balneoclimaterice etc.);
g) serviciile medicale necesare în vederea îngrijirii sănătății/ corectării consecințelor vătămătoare ale unui un serviciu medical executat în mod necorespunzător, efectuat altfel decât conform standardelor medicale;
i) bolile cu transmitere sexuală;
j) epidemia naţională sau pandemia, confirmate de autorităţile competente;
k) nașterea;
l) tentativa de sinucidere sau de auto-rănire a asiguratului, indiferent de starea sa de raţiune;
m) manevrele care nu implică folosirea unei tehnici invazive, extragerea corpilor străini, superficiali, de la nivelul pielii, conjunctivei, corneei, intranazali etc, dacă acestea nu sunt efectuate în cadrul unui eveniment cu spitalizare, excepție făcând serviciile acoperite de Anexa 6;
n) afecţiunile superficiale ale ţesutului cutanat şi subcutanat (incizii, excizii, sutură), dacă acestea nu sunt efectuate în cadrul unui eveniment cu spitalizare, excepție făcând serviciile acoperite de Anexa 6;
o) orice investigaţii invazive, inclusiv tehnicile de diagnosticare sau cele preoperatorii, altele decât cele acoperite de Anexa 6;
p) servicii cu spitalizare pentru copii născuți prematur, internarea continuă după naștere, internarea în absența unei necesități medicale.

3. EXCLUDERI PRIVIND CLAUZA SUPLIMENTARĂ PENTRU NAȘTERE

Pentru prezenta clauză suplimentară se aplică excluderile specificate în Condiţiile Generale de asigurare, precum şi următoarele excluderi specifice:
a) infertilitatea, sterilitatea, fecundarea artificială;
b) întreruperea de sarcină, dacă nu a fost recomandată medical;
c) nașterea care nu a avut loc în spital.

DATE DE CONTACT

Asigurător: **GROUPAMA**	**Call Center: 021 9767** **(gratuit, L-D, 08.00-20.00)**	• Programări în rețea proprie • Informații despre clinicile din rețea
Broker de asigurare: **MARSH**	**Info Line: 031 631 32 18** **(luni-vineri: 09:00-18:00)** **Email:** **adobe@marsh.com**	• Informații despre asigurare • Procedura de accesare: în rețea și în afara rețelei • Procedura de rambursare în afara rețelei • Sugestii și reclamații legate de asigurător

Ce este de făcut atunci când aveți dificultăți în accesarea serviciilor sau doriți să transmiteți o sesizare?

Pasul 1: Pentru orice informații, probleme sau nemulțumiri (cu privire la clinici, Call Center etc.), trebuie întâi să contactați asigurătorul la numărul 021 9767. Solicitarea voastră va fi preluată, analizată și soluționată cu suport din partea unui supervizor.

Pasul 2: Dacă soluția oferită de asigurător nu răspunde așteptărilor voastre puteți să escaladați către brokerul Marsh (Call Center Marsh: 031 631 32 18 sau email: adobe@marsh.com care va prelua cazul, va discuta cu asigurătorul în numele vostru și va menține legătura cu voi până la soluționare.

Groupama



INTREBĂRI FRECVENTE

1. Cum aflu dacă un serviciu medical solicitat este acoperit de asigurarea privată de sănătate?
În ghidul asiguratului găsești informații despre serviciile medicale acoperite prin asigurare. Serviciile pentru ambulatoriu sunt detaliate în anexa Priority, iar cele pentru stomatologie în anexa Dental.

2. Asigurarea privată de sănătate îmi acoperă și consultațiile pentru problemele medicale apărute înainte de începutul asigurării?
Da, asigurarea privată de sănătate acoperă și bolile pe care le ai dinainte de începerea asigurării, însă nu și costurile efectuate de tine înainte de această dată.

3. Dacă am o afecțiune care trebuie monitorizată la un anumit interval de timp, această monitorizare este acoperită?
Da, monitorizarea afecțiunilor preexistente și a bolilor cronice este acoperită pentru asigurații angajați și dependenții adulți. Pentru a putea face această monitorizare este nevoie de recomandarea medicală în care să fie specificat diagnosticul și perioada la care trebuie efectuată monitorizarea.

4. În cazul în care doresc o a doua opinie în Rețeaua Regina Maria cum procedez?
În cazul în care dorești o a doua opinie medicală în Rețeaua Regina Maria ai posibilitatea de a te programa folosind aplicația Contul meu Regina Maria sau apelând Call Center-ul Groupama la numărul 021 9767.

5. Pot beneficia de a doua opinie și în afara rețelei Regina Maria?

Da, poți beneficia de a doua opinie și în afara Rețelei Regina Maria, dar trebuie să respecți procedura de despăgubire în cazul accesării serviciilor medicale în afara Rețelei Regina Maria.

6. Cum pot avea acces la medicii cu plata?

Te programezi prin call center sau aplicație, vei plăti inițial costul serviciilor, iar cu documentele necesare vei întocmi un dosar de daună pentru despăgubirea 100% a costurilor, in limita sumei de 1.000 Ron/ serviciu.

7. Ce fac dacă am o urgență medicală?

Dacă te confrunți cu o urgență medicală care nu pune viața în pericol, poți contacta Healthline Regina Maria 24/7. Acesta este un serviciu oferit de medici cu linii separate pentru adulți și copii. În urma discuției cu medicul, acesta îți va indica pașii următori pentru rezolvarea problemei medicale (recomandări, direcționare către camera de gardă, etc.).

8. Cât timp aștept pentru a avea o programare confirmată în Call Center?

Call center-ul Groupama îți va oferi imediat următorul interval de programare disponibil, conform solicitării tale, în timpul apelului. Excepția o reprezintă câteva investigații speciale (cum ar fi servicii efectuate în regim de spitalizare de scurtă durată, endoscopii digestive, RMN cu sedare, etc). Pentru programarea acestor servicii vei fi contactat de un departament dedicat care îți oferă suportul necesar: te informează de ce documente medicale ai nevoie, îți comunică detaliile de examinare, pregătire a pacientului etc.

Cu ajutorul Aplicației Regina Maria programările se fac la un click distanță în clinicile proprii Regina Maria.

Programările în cadrul rețelei de clinici partenere Regina Maria se fac contactând direct telefonic clinica parteneră aleasă.

În toate scenariile de mai sus, nu este necesară nicio confirmare suplimentară pentru programare.

Daca ai nevoie mai rapid de programare, poți să achiți serviciul medical și îți va fi rambursata suma 100%, in limita sumei de 1.000 Ron/ serviciu.

9. Care sunt pașii necesari pentru a accesa un serviciu în afara rețelei – am nevoie de o preautorizare?

Dacă dorești să accesezi un serviciu medical în afara rețelei, poți merge direct la furnizorul preferat și apoi urmezi procedura de rambursare. Nu este necesară preautorizarea.

10. Cum se accesează serviciile de spitalizare și interventii chirurgicale?

Pentru intervenții chirurgicale și spitalizări, îți recomandăm să apelezi numărul de Call center pentru preautorizare.