



ASIGURAREA VOLUNTARĂ DE SĂNĂTATE

ASIGURAREA VOLUNTARĂ DE SĂNĂTATE

Asigurarea voluntară de sănătate este o formă (facultativă) de asigurare destinată acoperirii totale sau parțiale a costurilor ocazionate de accesarea unei diversități de servicii medicale în ambulatoriu, spitalizare, intervenții chirurgicale și nu numai, ocazionate de producerea unui risc asigurat, cum ar fi o îmbolnăvire sau un accident (din care a rezultat o vătămare corporală), sau poate compensa diminuarea veniturilor cauzată de producerea riscului asigurat (fie o boală, fie un accident).

O asigurare voluntară de sănătate poate fi cumpărată de orice persoană fizică (care va avea calitatea de asigurat sau va putea cumpăra această asigurare pentru, de exemplu, copilul minor care va dobândi astfel calitatea de asigurat) sau juridică (caz în care asigurarea se încheie pentru angajați, aceștia urmând a fi asigurați). În cazul anumitor polițe, asigurarea poate fi extinsă și către soț/soție și copii, aceștia având calitatea de co-asigurați.

Contractantul este persoana prevăzută în contractul de asigurare, care este responsabilă de plata primei.

În cazul persoanelor fizice, contractantul poate fi și asigurat, însă sunt cazuri în care altă persoană poate fi desemnată ca asigurat și acceptată de asigurător.

Prima de asigurare reprezintă suma de bani plătită de contractant asigurătorului, așa cum este menționat în contractul de asigurare.

Neplata primei de asigurare de către contractant, în termenul prevăzut în contractul (polița) de asigurare, permite asigurătorului să fie exonerat de la plata indemnizației de asigurare sau poate să conducă chiar la suspendarea ori încetarea contractului (poliței).

Suma asigurată este suma de bani plătită de asigurător asiguratului în cazul producerii riscului asigurat conform condițiilor de asigurare. Suma asigurată este stabilită prin contractul de asigurare voluntară de sănătate. În limita acestei sume, se compensează cheltuielile cu serviciile medicale accesate în caz de producerea unui eveniment asigurat. De asemenea, suma asigurată poate fi și o indemnizație zilnică, anume o sumă fixă plătită în cazul producerii riscului asigurat.

Fiecare asigurător are condițiile proprii de asigurare, dar, în general, asigurările voluntare de sănătate pot acoperi riscuri variate, cele mai des întâlnite fiind:

- Servicii medicale în clinici private, din țară sau străinătate;
- serviciile medicale în ambulatoriu (consultațiile la medicul generalist, la medicul specialist, investigații și analize medicale în scop de diagnosticare, tratamente și proceduri clinice non- chirurgicale);
- spitalizarea;
- intervențiile chirurgicale;
- serviciile de ambulanță;
- tratament la domiciliu și recuperare medicală după un episod de spitalizare;
- servicii de monitorizare a sarcinii;
- indemnizația pentru maternitate;
- indemnizația pentru spitalizare;
- decontarea costurilor cu proteze și orteze;
- tratamentele stomatologice.

Este foarte important să citiți cu atenție condițiile de asigurare pentru a înțelege ce riscuri sunt acoperite pentru a putea lua o decizie informată.



Este important să acordați atenție capitolului Excluderi, existent în toate contractele de asigurare și care variază de la asigurător la asigurător. Motivul existenței acestora este fie că riscurile excluse pot fi acoperite mai bine de alte asigurări, fie că asigurătorul nu poate să acopere riscurile respective, acestea nefiind asigurabile. De exemplu, pot fi excluse:

- tratamentele medicale alternative (acupunctura, yoga etc.),
- tratamentele oncologice,
- chirurgia plastică,
- tratamentele stomatologice (în unele cazuri, acestea pot fi însă acoperite, în funcție de produsul dezvoltat de asigurător),
- afecțiunile cauzate de abuzul de alcool, substanțe psihotrope, medicamente etc.,
- sinuciderea sau tentativa de sinucidere,
- bolile profesionale sau anumite afecțiuni pre-existente,
- vătămările corporale produse cu intenție de către asigurat.

Asigurările voluntare de sănătate oferă posibilitatea asiguratului de a accesa mai multe clinici sau spitale unde poate primi servicii medicale. În cazul accesării unei astfel de asigurări, în funcție de tipul de serviciu medical necesar, de obicei acestea se pot folosi astfel:

- asiguratul alege din lista de clinici partenere/agreate ale asigurătorului clinica și/sau medicul dorit, sună la call-center și obține acordul asigurătorului pentru a accesa serviciul medical. La unitatea spitalicească, asiguratul arată cardul de asigurat sau numărul poliței de asigurare sau CI/certificatul de naștere în cazul copiilor sau orice altă metodă de identificare agreată cu asigurătorul său.
- costurile generate de accesarea serviciilor de ambulanță pot fi plătite de asigurat și recuperate ulterior de la asigurător în limita sumei asigurate sau pot fi decontate direct de către asigurător către furnizorul de servicii, tot în limita sumei asigurate (în funcție de caracteristicile produsului oferit de asigurător).
- pentru orice asigurare, procedura aferentă despăgubirii este specifică fiecărui asigurător.

Asigurarea voluntară de sănătate este un produs financiar folosit de oameni pentru a se proteja pe ei și pe cei dragi lor. Dacă alegeți un astfel de produs, vă vor fi utile aceste recomandări:

- Aveți dreptul de a cunoaște în totalitate, încă din faza pre-contractuală, condițiile contractului de asigurare. Aveți posibilitatea de a cere asigurătorului contractul pentru a-l analiza înainte de semnare și puteți adresa întrebări dacă doriți informații suplimentare sau clarificări.
- Solicitați asigurătorului să vă prezinte riscurile și serviciile medicale acoperite. Dacă considerați necesar, puteți cere asigurătorului extinderea acestei liste, dar trebuie să știți că, de obicei, asigurătorul solicită plata unei prime suplimentare pentru extinderea acoperirilor.
- Citiți cu atenție toate clauzele din contract. Nevoile dumneavoastră trebuie să fie în concordanță cu riscurile care vor fi incluse în asigurare, de aceea este important să cunoașteți ce riscuri sunt sau nu sunt acoperite de această asigurare.
- În cazul în care asigurarea facilitează accesarea serviciilor medicale exclusiv prin intermediul unor anumite clinici partenere asigurătorului, analizați dacă acestea sunt cele preferate de dumneavoastră sau dacă vă sunt accesibile.
- Cereți societății de asigurări să vă pună la dispoziție lista tuturor costurilor, comisioanelor sau taxelor care sunt specificate în contract sau în legătură cu acesta. Este important să cunoașteți încă de la început toate costurile pe care le implică încheierea asigurării de sănătate.

Mai multe informații sunt disponibile la www.asfromania.ro.

PROTECȚIA CONSUMATORILOR

Prin depunerea unei petiții (reclamație sau sesizare), ASF poate constata dacă societățile își îndeplinesc corespunzător sau nu obligațiile asumate prin contract.

Petiția se poate transmite ASF prin servicii poștale, la sediu (prin intermediul registraturii), prin utilizarea secțiunii dedicate petițiilor pe site-ul ASF www.asfromania.ro/consumatori/petitii sau, în cazul unui litigiu apărut în relația contractuală, care nu poate fi rezolvat pe cale amiabilă, se poate apela la Entitatea de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul financiar non-bancar (SAL-Fin) – www.salfin.ro.



Material realizat în colaborare cu Grupul Consultativ de Dialog Permanent în Domeniul Protecției Consumatorilor de Servicii Financiare Nebancare



**AUTORITATEA
DE SUPRAVEGHERE
FINANCIARĂ**

Autoritatea de Supraveghere Financiară (ASF)
Str. Splaiul Independenței nr. 15, sector 5, cod poștal 050092, București
TELVERDE: 0800.825.627
office@asfromania.ro, www.asfromania.ro
<https://www.facebook.com/asf.romania/>