

ASIGURAREA AEGON DIAGNOSE.ME JUNIOR

CONDIȚII GENERALE

CONDIȚII DE ASIGURARE

Articolul 1. Definiții	2
Articolul 2. Contractul de asigurare	3
Articolul 3. Începutul și încetarea asigurării	3
Articolul 4. Suma asigurată	4
Articolul 5. Prima de asigurare	4
Articolul 6. Reînnoirea contractului	4
Articolul 7. Taxe și comisioane	5
Articolul 8. Modificarea datelor contractuale	5
Articolul 9. desemnarea și schimbarea beneficiarului în caz de deces	5
Articolul 10. Obligațiile Contractantului	5
Articolul 11. Obligațiile Asigurătorului	5
Articolul 12. Riscurile asigurate	5
Articolul 13. Excluderi	6
Articolul 14. Stabilirea și plata indemnizației de asigurare	6
Articolul 15. Serviciul Diagnose.me	7
Articolul 16. Dispoziții finale	7

ANEXA 1

SERVICII FURNIZATE DE DIAGNOSE.ME

A. Descriere	9
B. Procedura de urmat pentru accesarea serviciilor	9

ANEXA 2

LISTA DE DIAGNOSTICE

11

ARTICOLUL 1. DEFINIȚII

Accident: eveniment imprevizibil, survenit independent de voința Asiguratului, care cauzează vătămări corporale, datorate acțiunii subite și violente asupra organismului a unor factori externi fizici (mecanici, termici, electrici, etc.) sau chimici, cu excepția infecțiilor (virale, bacteriene, fungice, etc.) și substanțelor terapeutice care acționează asupra sistemului imunitar.



Asigurat: persoană fizică, cetățean român sau străin cu domiciliul/ rezidența în România, a cărei viață sau sănătate este asigurată prin contractul de asigurare.

Asigurător: Aegon Towarzystwo Ubezpieczen na Zycie S.A., cu sediul în ul. Woloska 5, 02-675 Warszawa, număr de ordine în Registrul Asiguratorilor și Reasiguratorilor și intermediarilor în asigurări și/ sau reasigurări RX-912, reprezentat pe teritoriul României de Aegon Towarzystwo Ubezpieczen na Zycie S.A. Varsovia - Sucursala Florești, cu sediul pe str. Avram Iancu, Nr. 506-508, Et. 5, 407280 Floresti, Cluj, România, Nr.O.R.C.:J12/3192/2011, CUI: 29501352, Operator de date cu caracter personal:22362/2012.

Beneficiar: persoană fizică îndreptățită, după caz, să primească conform condițiilor contractuale sau legii, indemnizația de asigurare. Beneficiarul serviciului Diagnose.me este Asiguratul.

Boală: starea anormală, patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/ sau funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de medicul specialist conform criteriilor clinice, paraclinice sau de laborator specifice.

Contractant: persoană fizică, cetățean român sau străin cu domiciliul/ rezidența în România care încheie contractul de asigurare cu Asiguratorul și care își asumă responsabilitatea de a plăti primele de asigurare la termenele stabilite.

Consult medical: evaluare medicală în caz de îmbolnăvire a Asiguratului, prestată de un medic specialist, care presupune emiterea unei a doua opinii prin analiza documentației și a probelor medicale, pe baza cărora a fost stabilit diagnosticul inițial al Asiguratului.

Data de intrare în vigoare a contractului de asigurare: data înscrisă în contractul de asigurare, la care începe răspunderea Asiguratorului.

Data de maturitate a contractului de asigurare: data la care se împlinește un an de la data de intrare în vigoare sau de la data reînnoirii contractului de asigurare, dată la care încetează răspunderea Asiguratorului.

Deces din accident sau boală: decesul Asiguratului survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare ca urmare a unui accident sau unei boli produse/diagnosticate în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

Deces din accident: decesul Asiguratului survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare ca urmare a unui accident produs în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

Diagnose.me: platformă online, reprezentată de compania Diagnose.me BV, cu sediul în Amsterdam, Olanda, care facilitează furnizarea de rapoarte de a doua opinie de către o echipă de medici specialiști internaționali pentru Asigurații care au ales să utilizeze serviciile intermediare de către aceasta.

Eveniment asigurat: eveniment care stă la baza producerii riscului asigurat în urma căruia Asigurătorul acordă despăgubiri în baza condițiilor de asigurare.

Indemnizație de asigurare: suma plătită Beneficiarului în cazul producerii riscului asigurat în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

Moneda contractului de asigurare: moneda în care sunt exprimate primele de asigurare și sumele asigurate. Moneda contractului de asigurare este lei.

Moștenitori: persoanele desemnate conform legislației române în vigoare privitoare la succesiune.

Perioada de valabilitate a contractului de asigurare: perioada cuprinsă între data de intrare în vigoare a contractului de asigurare și data de maturitate a contractului de asigurare.

Perioada de așteptare: perioada cuprinsă între data de intrare în vigoare a contractului de asigurare și data primei diagnosticări a unei afecțiuni pentru care se solicită a doua opinie. Perioada de așteptare este de 30 de zile calendaristice.

ARTICOLUL 2. CONTRACTUL DE ASIGURARE

1. Contractul de asigurare se încheie pentru o perioadă inițială de un an cu posibilitate de reînnoire pentru perioade succesive egale cu perioada inițială.
2. Poate fi asigurată o persoană cu vârsta de minimum 1 an la data intrării în vigoare a contractului de asigurare și maximum 18 de ani la data de maturitate a contractului. În cazul Asiguratului minor, toate drepturile vor fi exercitate de către Contractant, care are calitatea de reprezentant legal al Asiguratului.
3. Contractantul trebuie să aibă la data intrării în vigoare a contractului de asigurare vârsta minimă de 18 ani, iar la maturitatea contractului de asigurare, vârsta maximă a acestuia nu poate să depășească 85 de ani.
4. Contractantul dispune de dreptul de a renunța la contractul de asigurare, fără a fi necesară invocarea vreunui motiv, în termen de 20 zile calendaristice, calculate de la data intrării în vigoare a contractului de asigurare. În acest sens, Contractantul va anunța pe e-mail Asigurătorul. În acest caz, Asigurătorul va restitui valoarea primei de asigurare, dacă în acest interval nu a fost solicitată nicio despăgubire ca urmare a producerii evenimentului asigurat.



ARTICOLUL 3. ÎNCEPUTUL ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII

1. Răspunderea Asigurătorului în baza contractului de asigurare începe la ora 0:00 a zilei următoare emiterii contractului de asigurare sau la o dată ulterioară solicitată de către Contractant, cu condiția achitării primei de asigurare.
2. Răspunderea Asigurătorului în baza contractului de asigurare încetează într-una din următoarele situații:
 - a. la data de maturitate;
 - b. la producerea decesului Asiguratului;
 - c. la inițiativa Contractantului, prin denunțare unilaterală;
 - d. la inițiativa Asigurătorului, conform condițiilor contractuale.
3. Decizia de denunțare unilaterală a contractului de asigurare, emisă după termenul de 20 zile calendaristice, se comunică de către Contractant prin e-mail. Contractul va înceta de plin drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, la ora 0:00 a zilei următoare înregistrării solicitării Contractantului la sediul Asigurătorului.



4. În cazul denunțării unilaterale a contractului, Asigurătorul va returna partea din prima aferentă perioadei cuprinse între data denunțării și data maturității contractului de asigurare. Valoarea primei de returnat se calculează astfel:

$R = P - C$, unde

R – valoarea primei de returnat

P – valoarea inițială a primei

C – costuri* (calculate pro rata).

*costuri – reprezintă costurile suportate de Asigurător în legătură cu contractul de asigurare pentru perioada dintre data intrării în vigoare și data denunțării unilaterale pentru: analiza cererii de asigurare, emiterea contractului de asigurare, procesarea contractului de asigurare, costul riscului asigurat și al serviciului Diagnose.me.

5. Contractul de asigurare încetează de drept, automat, în momentul încheierii colaborării dintre Asigurător și Diagnose.me BV.

ARTICOLUL 4. SUMA ASIGURATĂ

Suma asigurată pentru riscurile asigurate este menționată în contractul de asigurare.



ARTICOLUL 5. PRIMA DE ASIGURARE

1. Contractantul are obligația să achite prima de asigurare în lei la data achiziționării produsului de pe www.aegonmarket.ro. Achitarea acesteia condiționează îndeplinirea obligațiilor Asigurătorului, conform contractului de asigurare.

2. Plata se poate face prin mijloacele online puse la dispoziție pe www.aegonmarket.ro.



ARTICOLUL 6. REÎNNOIREA CONTRACTULUI

1. Contractul de asigurare se poate reînnoi anual cu respectarea următoarelor condiții:

- vârsta Asiguratului să nu depășească limita de 18 ani la maturitatea contractului de asigurare reînnoit, iar vârsta Contractantului să nu depășească limita de 85 ani la maturitatea contractului de asigurare reînnoit;
- plata primei de asigurare înainte de maturitatea contractului de asigurare.



2. Dacă prima de asigurare nu a fost achitată înainte de maturitatea contractului de asigurare în vigoare, există o perioadă de grație de 30 de zile calendaristice în care se poate efectua plata primei de asigurare. În perioada de grație, Asiguratul beneficiază de protecția oferită de asigurare. În cazul în care Contractantul nu a efectuat plata primei de asigurare nici în cadrul perioadei de grație, protecția prin asigurare încetează începând cu ora 00:00 a zilei imediat următoare zilei expirării termenului de grație. Dacă în perioada de grație se produce evenimentul asigurat, iar prima de asigurare nu a fost plătită, valoarea acesteia se va deduce din indemnizația de asigurare.

3. Reînnoirea contractului de asigurare va fi confirmată prin emiterea unei anexe de reînnoire la contractul de asigurare.

4. În situații excepționale, Asigurătorul poate propune modificarea valorii primei de asigurare. Această modificare va fi comunicată cu 30 de zile calendaristice înainte de data reînnoirii.

5. La reînnoirea contractului de asigurare nu se mai aplică perioada de așteptare de 30 de zile calendaristice în cazul primei diagnosticări a unei afecțiuni pentru care se solicită a doua opinie.

ARTICOLUL 7. TAXE ȘI COMISIOANE

Asigurătorul suportă toate taxele și comisioanele bancare referitoare la plățile efectuate de către acesta (indemnizații de asigurare, restituiri de prime).



ARTICOLUL 8. MODIFICAREA DATELOR CONTRACTUALE

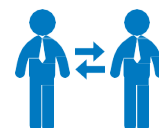
1. Contractantul poate modifica date precum adresă, nume și/sau prenume online, pe platforma www.24aegon.ro, telefonic la numărul de Customer Service Center 0264.224.224, sau prin transmiterea unei cereri pe adresa de e-mail info@aegon.ro.



2. Orice răspuns adresat Contractantului cu privire la solicitările de modificare a datelor contractuale se transmite pe adresa de e-mail a Contractantului sau se înmânează reprezentanților legali ai acestuia.

ARTICOLUL 9. DESEMNAREA ȘI SCHIMBAREA BENEFICIARULUI ÎN CAZ DE DECES

1. Contractantul poate nominaliza unul sau mai mulți Beneficiari în caz de deces cu precizarea procentului din indemnizație convenit fiecăruia și cu condiția existenței interesului asigurabil.



2. Contractantul poate modifica Beneficiarii și/sau procentele din indemnizație oricând pe durata asigurării, înainte de producerea evenimentului asigurat. În cererea de modificare se vor menționa datele de identificare ale noului Beneficiar, precum și procentul din indemnizație.

3. Dacă decesul Asiguratului se produce ca urmare a unui act intenționat al Beneficiarului, pentru care s-a pronunțat o hotărâre penală împotriva acestuia, rămasă definitivă și irevocabilă, Beneficiarul este decăzut din dreptul de a încasa indemnizația de asigurare. Prin urmare, plata se va face către ceilalți Beneficiari desemnați, sau către moștenitorii Asiguratului, în conformitate cu legislația în vigoare referitoare la succesiune.

ARTICOLUL 10. OBLIGAȚIILE CONTRACTANTULUI

Contractantul este obligat să achite prima de asigurare, în conformitate cu prevederile relevante din cererea de asigurare.

ARTICOLUL 11. OBLIGAȚIILE ASIGURĂTORULUI

Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare, conform Condițiilor de Asigurare, pentru riscurile asigurate menționate în prezentele Condiții Generale.

ARTICOLUL 12. RISCURILE ASIGURATE

1. Riscurile asigurate în baza contractului de asigurare sunt:

- a. decesul din accident sau boală;
- b. decesul din accident.

2. Riscurile sunt acoperite atât pe teritoriul României, cât și în afara acestuia.



ARTICOLUL 13. EXCLUDERI

1. Asigurătorul nu datorează indemnizație de asigurare pentru riscul asigurat cauzat de:
 - a. Participarea activă a Asiguratului la operațiuni de război, război civil, invazie, ocupație militară, ostilități, rebeliune, tulburări civile, insurecții, dictatură militară sau lovituri de stat, revolte, greve, acte de terorism sau de sabotaj, acte de vandalism, forțe armate sau de menținere a păcii;
 - b. Participarea Asiguratului, cu vinovăție, în orice formă sau modalitate, la săvârșirea unei fapte ce constituie infracțiune, potrivit legii de la data săvârșirii faptei;
 - c. Pandemii sau epidemii confirmate de autoritățile competente;
 - d. Contaminări radioactive sau chimice datorate utilizării unei arme sau dispozitiv pe bază de energie sau radiație termonucleară;
 - e. Accidente aeriene, cu excepția accidentelor survenite atunci când Asiguratul călătorește ca pasager într-un avion al unei companii de transport aerian autorizate să efectueze transportul de persoane;
 - f. Accidente provocate intenționat sau tentativa de sinucidere, automutilare sau autovătămare a Asiguratului, indiferent de starea sa mintală;
 - g. Boli mintale, tulburări psihice sau de natură nervoasă ale Asiguratului;
 - h. Consecințele folosirii de către Asigurat a drogurilor, stupefiantelor și narcoticelor fără prescripție medicală;
 - i. Consecințele consumului de alcool de către Asigurat.



ARTICOLUL 14. STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

1. Indemnizația în caz de deces din boală

În caz de deces, survenit în perioada de valabilitate a Contractului de Asigurare ca urmare a unei boli diagnosticate pentru prima oară pe perioada de valabilitate a Contractului de Asigurare, Asigurătorul va plăti Beneficiarului o indemnizație egală cu suma asigurată pentru deces din accident sau boală.

2. Indemnizația în caz de deces din accident

În caz de deces, survenit în perioada de valabilitate a Contractului de Asigurare ca urmare a unui accident care este produs în perioada de valabilitate a Contractului de Asigurare, Asigurătorul va plăti Beneficiarului o indemnizație egală cu suma asigurată pentru deces din accident sau boală la care se adaugă suma asigurată pentru deces din accident.

3. În vederea plății indemnizației de deces, Beneficiarul este obligat să prezinte Asigurătorului, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la producerea decesului, următoarele:

- a. documente care să dovedească legitimitatea Beneficiarului de a obține indemnizația;
- b. certificatul de deces în copie legalizată sau hotărâre judecătorească de declarare a decesului, după caz;
- c. copia certificatului medical constatator al decesului vizat de Registrul de Stare Civilă;
- d. copia actelor legale încheiate de organele competente cu privire la evenimentul în urma căruia a survenit decesul.

4. Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza plata indemnizației în cazul în care nu au fost puse la dispoziția sa documentele mai sus menționate și de a solicita și alte documente necesare pentru analizarea cauzelor și împrejurărilor producerii riscului asigurat.
5. Beneficiarul este obligat să furnizeze toate informațiile și documentele solicitate de Asigurător și să permită acestuia să facă investigații cu privire la circumstanțele producerii riscului asigurat.
6. Înscrierea în fals, anularea sau orice modificare intervenită cu privire la valabilitatea juridică sau în conținutul documentelor medicale prezentate de către Beneficiar pot atrage după caz exonerarea Asigurătorului privind plata indemnizației.
7. Plata indemnizației se va face în lei într-un cont bancar al Beneficiarului deschis la o bancă pe teritoriul României. Asigurătorul va efectua plata indemnizației în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data la care documentația solicitată este completă.
8. În cazul în care nu a fost stabilit un Beneficiar în caz de deces sau dacă Beneficiarul desemnat a decedat sau a fost revocat înaintea sau la data producerii riscului asigurat, plata se face moștenitorilor Asiguratului, în calitate de Beneficiari conform legislației române în vigoare în ceea ce privește succesiunea. Dacă Beneficiarul decedează după data producerii riscului asigurat, drepturile sale sunt transferate asupra moștenitorilor Beneficiarului conform legislației române în vigoare în ceea ce privește succesiunea.
9. În cazul în care riscul asigurat s-a produs în afara teritoriului României atunci documentele necesare pentru analizarea cauzelor și împrejurărilor în care s-a produs riscul asigurat vor fi traduse în limba română, de către un traducător autorizat, iar costul traducerii va fi suportat de către Beneficiar.

ARTICOLUL 15. SERVICIUL DIAGNOSE.ME

Contractul de Asigurare are atașat serviciul Diagnose.me care îi permite Asiguratului să beneficieze de o a doua opinie în cazul îmbolnăvirii și diagnosticării cu una din afecțiunile menționate în Anexa 2 la prezentele Condiții de Asigurare. Pentru evitarea oricărui dubiu, platforma online administrată de Diagnose.me BV este exclusiv responsabilă pentru calitatea și conformitatea serviciilor furnizate direct Asiguratului.

ARTICOLUL 16. DISPOZIȚII FINALE

1. Legea aplicabilă prezentului contract de asigurare este legea română. Dispozițiile contractuale se completează cu cele legale în materie, și anume Codul Civil, Codul Fiscal, Legea 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare și Legea 236/2018 privind distribuția de asigurări, precum și legislația secundară elaborată de Autoritatea de Supraveghere Financiară. Dacă pe parcursul derulării contractului de asigurare, prevederile legale vor suferi modificări cu impact asupra unor dispoziții contractuale, atunci se vor aplica prevederile legale în vigoare la momentul respectiv.
2. Pentru orice posibile diferențe de opinii care ar putea apărea între părți cu privire la încheierea, interpretarea, executarea sau încetarea relațiilor contractuale se va încerca soluționarea în prealabil pe cale amiabilă, părțile urmând a se convoca în vederea concilierii diferendului într-un loc și la un termen precis determinate. În urma efectuării acestei proceduri, se va încheia un proces-verbal care va constata voința părților. Neajungerea la un acord sau neprezentarea nejustificată la conciliere permite sesizarea instanțelor judecătorești competente de la sediul Asigurătorului, în vederea soluționării litigiilor.
3. Contractantul are dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor, potrivit dispozițiilor Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 și a regulamentelor și procedurilor emise de Autoritatea de Supraveghere Financiară precum și cu privire la condițiile de accesare a procedurilor de soluționare a litigiilor, cu condiția să facă



dovada că, în prealabil, a încercat să soluționeze litigiul direct. Soluționarea alternativă a litigiilor se efectuează de Entitatea de Soluționare Alternativă a Litigiilor (SAL-FIN) în domeniul financiar nebanca, ce funcționează exclusiv în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară. Pentru soluționarea alternativă a litigiilor Contractantul trebuie să își exprime această opțiune în mod voluntar și să se adreseze SAL-FIN în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare.

4. Comunicarea între părțile contractante se va realiza prin mijloacele electronice (de exemplu pe e-mail și pe platforma online www.24aegon.ro).

5. La calculul primelor de asigurare și/sau indemnizațiilor de asigurare s-au utilizat tabele de mortalitate și morbiditate care pot fi obținute la cerere de la Asigurător.

6. În ceea ce privește stabilitatea financiară a companiei Aegon, menționăm că cel mai bun garant în acest sens este legislația europeană Solvency II, la care se supune și compania noastră. Raportul privind solvabilitatea și stabilitatea financiară a companiei în conformitate cu regimul Solvency II se regăsește pe site-ul companiei: <https://www.aegon.ro/RO-Homepage-Viata/Despre-Aegon/solvabilitate/>.

Dacă aveți nevoie de informații suplimentare, consultantții Aegon vă stau la dispoziție cu plăcere.

Ne puteți contacta telefonic la numărul de **Customer Service Center 0264 224 224**

sau prin e-mail la adresa info@aegon.ro.

ANEXA 1 - SERVICII FURNIZATE DE DIAGNOSE.ME

A. DESCRIERE

1. Serviciile furnizate de platforma online Diagnose.me vor putea fi accesate gratuit cu îndeplinirea ambelor condiții de mai jos:
 - după intrarea în vigoare a contractului de asigurare și numai pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare, cu respectarea perioadei de așteptare;
 - în cazul îmbolnăvirii și diagnosticării Asiguratului cu una din afecțiunile menționate în Anexa 2.
2. Serviciile oferite de rețeaua de medici specialiști organizată de platforma online Diagnose.me includ:
 - Consult medical realizat de un medic specialist internațional;
 - Raport medical transmis în termen de 7 zile lucrătoare;
 - Raport medical tradus în limba română.
3. Asiguratul poate solicita două rapoarte medicale privind două afecțiuni medicale diferite în cursul unui an de asigurare. După primirea raportului medical se pot adresa două întrebări suplimentare într-un interval de 14 zile lucrătoare.
4. Asiguratul are dreptul de a primi consult medical (a doua opinie) pentru afecțiuni medicale grave, acute sau complicații ale acestora. Lista diagnosticelor pentru care se poate solicita consult medical (a doua opinie) se regăsește în Anexa 2.
5. În cazul diagnosticării cu una din afecțiunile menționate în Anexa 2 există o perioadă de așteptare de 30 de zile calendaristice de la data intrării în vigoare a contractului de asigurare, perioadă de la expirarea căreia se poate solicita consultul medical (a doua opinie). Documentația medicală și alte informații medicale necesare medicilor specialiști pentru realizarea consultului medical (a doua opinie) trebuie să fie datate cu cel puțin 30 de zile calendaristice după intrarea în vigoare a contractului de asigurare. Perioada de așteptare nu se aplică contractelor reînnoite.
6. Procesarea și transmiterea documentației medicale și a altor informații medicale furnizate de către Asigurat precum și păstrarea relației cu medicii specialiști care vor asigura consultul medical în baza prezentelor condiții contractuale sunt responsabilitatea exclusivă a Diagnose.me.
7. Consulturile medicale oferite, în baza prezentelor condiții de asigurare, de către medicii specialiști internaționali organizați de platforma online Diagnose.me, sunt responsabilitatea exclusivă a Diagnose. me. Asiguratorul nu își asumă nicio răspundere și nu va fi tras la răspundere pentru conformitatea studiilor realizate, erorile sau omisiunile apărute în acordarea consulturilor medicale sus menționate.

B. PROCEDURA DE URMAT PENTRU ACCESAREA SERVICIILOR

În cazul diagnosticării Asiguratului cu una din afecțiunile medicale menționate în Anexa 2, Asiguratul va parcurge următoarele etape pentru obținerea unui consult medical (a doua opinie):

1. Creează un cont personal pe platforma online Diagnose.me conform cu instrucțiunile detaliate în Condițiile de utilizare a platformei;
2. Descrie în detaliu, complet și cu acuratețe afecțiunea medicală pe care o are sau diagnosticul stabilit de medic, utilizând formatul pus la dispoziție de platforma online și oferă informațiile solicitate;
3. Încarcă pe platforma online Diagnose.me documentația medicală și studiile imagistice complete – pot fi încărcate cel mult două RMN/CT, 5 radiografii, 5 pagini A4 conținând documente medicale (raport medical, rezultate ale analizelor de laborator, altele);
4. Diagnose.me selectează o listă cu medicii specialiști potriviți pentru afecțiunea medicală pentru care s-a

solicitat consultul medical (a doua opinie);

5. Asiguratul primește pe e-mail din partea Diagnose.me un link ce conține lista cu medicii specialiști recomandați;

6. Asiguratul selectează medicul specialist care se va ocupa de cazul său;

7. Diagnose.me atribuie cazul medicului specialist ales de către Asigurat;

8. Diagnose.me traduce informațiile, documentația și studiile imagistice;

9. Medicul specialist realizează consultul și emite raportul medical;

10. Raportul medical este tradus în limba română de către Diagnose.me;

11. Raportul medical este transmis Asiguratului. Acesta poate adresa două întrebări suplimentare pentru eventuale neclarități.

ANEXA 2 – LISTA DE DIAGNOSTICE

1. Tuberculoză
2. Meningită virală
3. Neoplasm malign esofagian
4. Neoplasm malign gastric
5. Neoplasm malign al intestinului subțire
6. Neoplasm malign al colonului
7. Neoplasm malign rectal
8. Neoplasm malign hepatic și al căilor biliare intrahepatice
9. Neoplasm malign al vezicii biliare
10. Neoplasm malign pancreatic
11. Neoplasm malign al laringelui
12. Neoplasm malign al traheei
13. Neoplasm malign al osului și al cartilajului articular al membrelor
14. Melanom malign al pielii
15. Mezoteliom
16. Sarcom Kaposi
17. Neoplasm malign al sânului
18. Neoplasm malign al colului uterin
19. Neoplasm malign ovarian
20. Neoplasm malign al prostatei
21. Neoplasm malign al testiculelor
22. Neoplasm malign renal, cu excepția pelvisului renal
23. Neoplasm malign al vezicii urinare
24. Neoplasm malign al meningelui
25. Neoplasm malign cerebral
26. Neoplasm malign al măduvei spinării, nervilor cranieni și al altor părți ale sistemului nervos central
27. Limfomul Hodgkin
28. Limfomul folicular
29. Limfomul non-folicular
30. Leucemie limfoidă
31. Leucemie mieloidă
32. Leucemie monocitară
33. Demență vasculară
34. Boala Alzheimer
35. Scleroză multiplă
36. Neuromielita optică (boala Devic)
37. Migrenă fără aură (migrenă obișnuită)
38. Migrenă cu aură (migrenă clasică)
39. Sciatică paralizantă – paralizia Bell
40. Paralizie cerebrală
41. Infarct miocardic acut
42. Cardiomiopatie
43. Hemoragie intracerebrală
44. Infarctul cerebral datorat embolismului arterelor pre-cerebrale
45. Infarctul cerebral datorat ocluziei nespecificate sau stenoză a arterelor pre-cerebrale
46. Infarctul cerebral datorat trombozei arterelor cerebrale
47. Infarctul cerebral datorat embolismului arterelor cerebrale

48. Ateroscleroza
49. Anevrismul și disecție de aortă
50. Embolismul arterial și tromboza
51. Flebită și tromboflebită
52. Pneumonie bacteriană
53. Emfizemul
54. Alte afecțiuni pulmonare cronice obstructive
55. Edem pulmonar
56. Pneumotorax
57. Chisturile regiunii orale
58. Hernie
59. Calculul vezicii biliare cu colecistită acută
60. Calculul vezicii biliare cu alte colecistite
61. Calculul vezicii biliare fara colecistite
62. Pancreatită acută
63. Vasculită limitată la piele
64. Artrită reumatoidă seropozitivă
65. Chistul meniscal
66. Menisc Discoid (congenital)
67. Osteocondrită disecantă a genunchiului
68. Instabilitate cronică a genunchiului
69. Deranjament intern al genunchiului
70. Osteofit
71. Spondiloză
72. Spondilolisteză
73. Disfuncția discului cervical cu mielopatie
74. Disfuncția discului cervical cu radiculopatie
75. Radiculopatie
76. Cervicalgia
77. Sciatică
78. Dureri lombare
79. Tendinită calcificată
80. Bursita mâinii
81. Osteoporoză cu fractură patologică
82. Osteomielită
83. Hiperplazia prostatei
84. Edem
85. Comoție
86. Leziuni cerebrale difuze
87. Hemoragie subdurală traumatică
88. Dislocări, entorse și deformări ale încheieturilor și ligamentelor centurii scapulare