

Societate condusă printr-un sistem dualist, Capital social subscris și varsat: 424.939.437,20 Lei

Sediul social: Bulevardul Carol I nr. 31-33, Sector 2, Cod 020912, București, România

Call Center Constatate Daune: 004.021.9599, Fax:004-021-601.12.88, e-mail: office@asirom.ro, www.asirom.ro

Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară,

Număr de înmatriculare în Registrul Asigurătorilor: RA-023/2003, Cod LEI: 529900GDYJ3BVB71LV69.

Număr de ordine în Registrul Comerțului: J40/304/1991, Cod Unic de Înregistrare: 336290,

Numere Notificări în Registrul de evidență a prelucrării de date cu caracter personal: 704, 705

CONDIȚII DE ASIGURARE

PENTRU ASIGURAREA DE SĂNĂTATE – GrupMED

Versiunea 5 / Ianuarie 2019

Cuprins

Condiții Generale de Asigurare	2
Definiții	2
Art. 1. Obiectul Asigurării	3
Art. 2. Încheierea contractului	3
Art. 3. Prima de Asigurare / Regularizarea Primei de Asigurare	4
Art. 4. Neplata primei de asigurare	4
Art. 5. Drepturile și obligațiile părților	4
Art. 6. Declarații false	5
Art. 7. Încetarea Contractului de asigurare	5
Art. 8. Excluderi	5
Art. 9. Timpul operativ și teritorialitatea acoperirii. Alte prevederi Contractuale	6
Condiții Specifice de Asigurare	7
1. Acoperire pentru Consultații medicale din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	7
2. Acoperire pentru Investigații medicale din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	7
3. Acoperire pentru Imagistică medicală din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	7
4. Acoperire pentru Transport medical cu ambulanța (Accident sau Îmbolnăvire)	7
5. Acoperire pentru Recuperare post-spitalizare din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	7
6. Acoperire pentru Recuperare medicală din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	8
7. Acoperire pentru Monitorizare sarcină	8
8. Acoperire pentru Proceduri chirurgicale în ambulatoriu / Spitalizare de zi (Accident sau Îmbolnăvire)	8
9. Monitorizarea bolilor cronice și afecțiuni preexistente	8
10. Acoperire pentru A doua opinie medicală	8
11. Acoperire pentru Spitalizare și intervenții chirurgicale din orice cauză în spital privat (Accident sau Îmbolnăvire).....	9
12. Acoperire pentru Spitalizare în spital de stat (Accident sau Îmbolnăvire)	9
13. Acoperire pentru Naștere	9
14. Acoperire pentru Intervenții chirurgicale majore în afara României (Accident sau Îmbolnăvire)	9
15. Acoperire pentru Tratament Stomatologic în ambulatoriu (Accident sau Îmbolnăvire)	10
16. Acoperire pentru Tratament Stomatologic Extins (Accident sau Îmbolnăvire)	10
17. Acoperire pentru Prevenție (screening).....	10
18. Acoperire pentru Procurarea de proteze/orteze din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	10
19. Acoperire pentru Procurarea de medicamente din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire).....	11
20. Acoperire de bază pentru Deces din orice cauză	11
21. Acoperire pentru Boli (afecțiuni) grave	11
22. Acoperire pentru Procurarea de ochelari.....	13
23. Acoperire pentru Vaccinări	13

Definiții

Asigurător: Asigurarea Românească – Asirom Vienna Insurance Group S.A.;

Asigurat: Membru al Grupului, desemnat de Contractant;

Accident: Eveniment imprevizibil, neintenționat din partea Asiguratului/Coasiguratului, care a survenit brusc și neașteptat, în perioada asigurată, datorat forțelor externe, violente și necontrolabile. Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate unor îmbolnăviri nu sunt acoperite (de exemplu: accidentul vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptura vasculară; enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă);

Afecțiune acută: Afecțiune sau boală instalată brusc sau având o evoluție cu o durată de maxim 90 zile, care în urma unui tratament adecvat, pe termen scurt, conduce la recăpătarea stării de sănătate de dinainte de instalarea acesteia.

Afecțiune preexistentă: Orice boală, vătămare din accident sau altă condiție medicală a Asiguratului/Coasiguratului diagnosticată de către un medic sau manifestată înaintea datei de început a Contractului, cu excepția bolilor care au fost vindecate în totalitate;

Beneficiar: Moștenitorii legali ai Asiguratului / Coasiguratului, ori un alt beneficiar, desemnat în scris de acesta, pentru acoperirea de deces. Pentru acoperirile suplimentare, beneficiar este persoana asigurată / coasigurată

Boală cronică: Afecțiune medicală sau psihiatrică cunoscută, care are o perioadă lungă de evoluție sau care prezintă recăderi frecvente, necesitând repetate îngrijiri medicale de specialitate sau de monitorizare (de exemplu: diabetul zaharat, hepatita cronică, pancreatita cronică, poliartrita reumatoidă, insuficiență cardiacă; enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă). În cadrul bolilor cronice intră și orice alte afecțiuni favorizate de consumul excesiv de alcool, substanțe toxice sau stupefiante, respectiv de fumat, precum și alte afecțiuni cu caracteristici similare d.p.d.v. al evoluției clinice;

Contractant: Persoana juridică care încheie Contractul de asigurare cu Asigurătorul și care plătește prima de asigurare;

Coasigurat: soțul/soția cu vârsta de maxim 65 de ani la intrarea în asigurare, copiii Asiguratului, cu vârsta cuprinsă între 1 și 18 ani sau 1 – 25 ani, dacă acesta își desfășoară studiile într-o unitate de învățământ de zi acreditată de Ministerul Educației și Cercetării și este în întreținerea părinților, la data începerii asigurării;

Contract de asigurare: Polița de asigurare împreună cu condițiile de asigurare, procedura de accesare și despăgubire a serviciilor medicale, oferta de asigurare, precum și orice alte acte adiționale sau anexe la contract;

Centru de coordonare: Dispecerat permanent la care Asiguratul trebuie să apeleze în cazul producerii unui eveniment asigurat. Centrul de coordonare menține legătura între Asigurat, Asigurător și prestatorii de servicii medicale, în ceea ce privește desfășurarea procesului de soluționare a daunelor;

Caz de urgență medicală/urgență medico-chirurgicală: Acea situație în care, în lipsa acordării asistenței medicale imediate, viața Asiguratului ar fi pusă în pericol, sau s-ar produce daune ireparabile ale sănătății fizice a acestuia.

Caz de urgență stomatologică: urgență medicală care implică leziuni ale elementelor componente ale cavității bucale: dinții și structurile de susținere ale acestora (gingia, buzele, obrații, limba) și care provoacă durere.

Franșiză: Suma de plată în sarcina Asiguratului/Coasiguratului, în raport cu beneficiile prezentelor condiții de asigurare;

Grup: Toți angajații Contractantului (persoane care au un contract de muncă individual, convenție civilă de prestări de servicii ori un contract de mandat cu reprezentare de muncă, cu Contractantul). Numărul minim de persoane asigurate dintr-un grup este de 10;

Îmbolnăvire (boală): Modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate, contractată sau care se manifestă pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării și care a fost diagnosticată de un medic, după data de început a contractului de asigurare;

Distribuitor: Reprezentant de vânzări, persoană fizică sau juridică, autorizat să desfășoare activitatea de intermediere de asigurări conform reglementărilor legale în vigoare, care în baza unui contract de agent/broker cu Asigurătorul, are drepturi și atribuții privind încheierea contractului de asigurare.

Indemnizație: suma de bani pe care o plătește Asigurătorul în cazul producerii unui risc asigurat;

Intervenție chirurgicală: procedură sau tehnică medicală efectuată de către un medic chirurg la recomandarea unui medic de specialitate, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții: este practică într-un bloc operator al unei unități medicale (spital care are autorizare/acreditare explicită pentru furnizarea serviciului medical respectiv, din partea autorităților abilitate) și presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale. Sunt acoperite și intervențiile chirurgicale realizate laparoscopic, endoscopic sau fibrosopic;

Medic: Persoană care deține drept de liberă practică medicală, acreditată conform legislației;

Medicament: Substanță sau amestec de substanțe care prezintă proprietăți curative sau preventive în cazul unor afecțiuni, ca și orice produs care poate fi administrat în vederea stabilirii unui diagnostic medical sau a restaurării, corectării și modificării funcțiilor organice, și se regăsește în lista oficială a medicamentelor din România;

Medicina complementară/alternativă sau naturistă: Servicii medicale care nu sunt incluse în sistemul principal al serviciilor medicale de sanătate, dar folosite ca terapii adjuvante sau înlocuirea terapierilor și tratamentelor clasice (exemple: proceduri terapeutice naturiste, biologice, de nutriție, bioelectromagnetice și energetice, apiterapie, aromaterapie, acupunctură, homeopatie, presopunctură, reflexoterapie, medicină tradițională chinezească etc.).

Mică chirurgie: gama de intervenții chirurgicale pentru care nu este necesară spitalizarea (cum ar fi incizii, excizii, drenaje, sutura unei plăgi);

Necesitate medicală: Modificări ale stării de sănătate care impun prezentarea la medic în vederea stabilirii unui diagnostic și prescrierea unui tratament adecvat;

Orteză: Aparat ortopedic destinat protejării, imobilizării sau susținerii corpului sau a unei părți a acestuia, la nivelul căruia este fixat direct;

Proteză: Structură artificială, dispozitiv sau aparat, care reconstituie o parte a corpului uman (Organ, membru sau o parte dintr-un membru) absentă, afectată sau distrusă;

Poliță de asigurare: Înscrișul probator al încheierii contractului de asigurare emis și semnat de asigurător;

Prestator de servicii medicale: Unitate medicală spitalicească sau ambulatorie, autorizată conform legislației în vigoare, care se ocupă de furnizarea sau intermedierea serviciilor medicale;

Proceduri de subscriere a riscului: totalitatea normelor și reglementărilor stabilite de către Asigurător în scopul evaluării, cuantificării și clasificării riscului preluat, din punct de vedere financiar, medical și ocupațional și al stilului de viață. Asigurătorul își rezervă dreptul de a verifica anumite informații cu privire la grupul de asigurați, inclusiv starea de sănătate a acestora.

Procedura de accesare a serviciilor medicale: Totalitatea normelor și reglementărilor stabilite de Asigurător ce stabilesc modul în care pot fi accesate serviciile medicale acoperite de Asigurare și condițiile de instrumentare a dosarelor de dauna, în baza poliței de asigurare..

Puseu acut: simptomatologie instalată brusc sau cu o evoluție de scurtă durată care, în urma unui tratament adecvat, pe termen scurt, duce la reîntoarcerea la starea de sănătate de dinainte de instalarea acesteia;

Puseu acut al unei boli cronice și/sau al unei afecțiuni pre-existente: agravarea bruscă a simptomatologiei unei boli cronice sau a unei afecțiuni pre-existente sau apariția unor semne/ simptome severe noi, care impun intervenția medicală în scopul prevenirii leziunilor organice/ decompensărilor funcționale ireversibile.

Recomandare medicală: Document medical, eliberat de un medic specialist, ce conține următoarele informații: datele de identificare ale Asiguratului/Coasiguratului, simptomatologia prezentă la momentul primirii recomandării medicale, diagnostic cert sau suspiciune în conformitate cu simptomatologia prezentată, istoricul simptomatologiei sau al diagnosticului menționat de medic în recomandare, serviciile medicale detaliate și recomandate în conformitate cu simptomatologia și diagnosticul menționat de medic, data emiterii recomandării medicale, parafa și semnătura medicului specialist care a emis recomandarea medicală; ;

Reînnoire: Continuitatea valabilității contractului de asigurare, pentru o nouă perioadă, în condiții stabilite printr-o nouă negociere;

Rețeaua de prestatori: Totalitatea prestatorilor de servicii medicale, agreeți de către Centrul de coordonare;

Risc asigurat: Accident sau Îmbolnăvire, la care este expusă viața sau sănătatea Asiguratului/Coasiguratului;

Serviciu medical: Totalitatea procedurilor medicale (chirurgicale sau non-chirurgicale) care i se prestează Asiguratului/Coasiguratului, în vederea stabilirii unui diagnostic ori pentru monitorizarea sau tratamentul unei afecțiuni. **Spitalizare:** Forma de internare pentru tratarea urmărilor unui Accident sau Îmbolnăviri, care are loc într-o instituție de tratament acreditată în acest sens conform legislației (spital), pentru mai mult de 24h și se desfășoară prin întocmirea Foi de Observație Clinică Generală (FOCG). Spitalizarea continuă se face la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii sau în cazul urgențelor medico-chirurgicale. Nu este acoperită spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului/Coasiguratului.

Spitalizare de zi: Forma de internare pentru tratarea urmărilor unui Accident sau Îmbolnăviri, care are loc într-o instituție de tratament acreditată în acest sens conform legislației, ce nu presupune șederea peste noapte.

Spital privat: Unitate medicală dotată cu paturi a carei funcționare este autorizată de Ministerul Sănătății și este înmatriculată la Oficiul Național al Registrului Comerțului ca firmă cu capital privat.

Spital de stat: Unitate medicală dotată cu paturi a carei funcționare și administrare este autorizată și reglementată de Ministerul Sănătății.

Sport extrem: este o activitate sportivă cu un grad ridicat de pericol inerent, ce implică de cele mai multe ori viteză, înălțime, un nivel ridicat de efort fizic sau echipamente specializate (de exemplu: utilizarea de parapante, parașutismul, deltaplanorismul, sărituri cu coarda elastică, rafting, scufundări autonome care implică utilizarea unor sisteme de respirație sub apă, alpinism, mountain bike; enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă);

Suma asigurată: Suma pentru care s-a încheiat asigurarea și în limita căreia plătește Asigurătorul;

Tratament (medical / îngrijire medicală): ansamblul de mijloace igienice, dietetice, medicamentoase, balneare, climaterice, chirurgicale etc. cu care se tratează o Boală / Accident.

Tratament sau serviciul medical în scop estetic: Ansamblul de mijloace igienice, dietetice, medicamentoase, balneare, climaterice, chirurgicale etc. Utilizate în vederea modificării aspectului fizic și care nu sunt neceare din punct de vedere medical pentru tratarea unei boli.

Art. 1. Obiectul Asigurării

1.1. Obiectul asigurării îl constituie viața și sănătatea Asiguraților/Coasiguraților.

1.2. Asigurarea de grup se încheie pe o perioadă de un an, cu posibilitatea reînnoirii anuale.

1.3. Toți Asigurații vor fi incluși în asigurare cu respectarea condițiilor de asigurare.

1.4. Perioada de includere în asigurare a Coasiguraților, care aparțin unor Asigurați, se face imediat ce Asiguratul respectiv a fost inclus în asigurare. Dacă Coasiguratul nu a fost inclus în asigurare în această perioadă, atunci el nu poate fi inclus în asigurare decât cel mai devreme de la data de aniversare a contractului. Asigurătorul va stabili condițiile în care pot fi incluși Coasigurații sau poate refuza includerea în asigurare a acestora dacă numărul Coasiguraților nu este cel puțin egal cu cel al Asiguraților, precum și în alte cazuri justificate.

1.5. Contractantul are obligația de a informa Asigurații/Coasigurații cu privire la termenii contractuali.

1.6. Contractul de asigurare se încheie pentru Asigurații Grupului a căror vârstă este cuprinsă între 16 ani și 70 de ani și care îndeplinesc Procedurile de subscriere a riscului. În cazul în care Contractantul dorește includerea în asigurare a unor persoane care depășesc vârstele menționate mai sus, Contractantul va solicita acordul expres al Asigurătorului, în acest sens.

Art. 2. Încheierea contractului

2.1. Contractantul are obligația de a trimite Asigurătorului Cererea de asigurare și celelalte documente semnate de către acesta, precum și dovada achitării primei de asigurare. De asemenea, Contractantul va trimite o listă cuprinzând numele, prenumele, CNP-ul Asiguraților, cetățenia și nivelul de acoperire ales de aceștia, cu cel puțin 72 de ore lucrătoare înainte de data la care aceștia solicită includerea în asigurare. În cazul în care există și Coasigurați, atunci Contractantul va trimite o listă similară, precizând și Asiguratul al cărui aparținător este. Listele Asiguraților / Coasiguraților se vor actualiza la datele convenite între Contractant și Asigurător.

2.2. În cazul în care un Asigurat/Coasigurat părăsește grupul, atunci Contractantul are obligația să înștiințeze Asigurătorul în 48 ore lucrătoare, prin trimiterea unor liste similare cu cele de la art. 2.1.

2.3. În cazul în care un Asigurat care părăsește grupul avea incluși în asigurare și dependenți, atunci și aceștia vor fi excluși din asigurare odata cu data de ieșire din asigurare a Asiguratului de care aparțin.

2.3. În cazul în care se solicită includerea în grup a unui Asigurat/Coasigurat, atunci Contractantul are obligația să înștiințeze Asigurătorul cu cel puțin 72 ore lucrătoare înainte, prin trimiterea unei cereri de suplimentare și unor liste similare cu cele de la art. 2.1.

2.4. Asigurătorul emite Polița de asigurare în baza documentelor primite de către Contractant. Contractul este valabil începând cu ora 00:00 a datei de început specificată în Polița de asigurare și doar pentru riscurile menționate explicit în Polița de asigurare.

2.5. Pentru persoanele incluse în asigurare după data de început a Contractului, asigurarea este valabilă începând cu ora 00:00 a datei înscrisă în actul adițional și doar pentru riscurile menționate explicit în Polița de asigurare.

2.6. Asigurătorul va emite carduri de asigurare nenominale pentru toți Asigurații/Coasigurații.

2.7. În anumite cazuri, în funcție de acoperiri, dimensiunea grupurilor, vârstele persoanelor, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita completarea unei declarații individuale de sănătate, pentru Coasigurați. Într-un astfel de caz, Asigurătorul va comunica Contractantului decizia privind începerea asigurării pentru respectivele persoane.

Art. 3. Prima de Asigurare / Regularizarea Primei de Asigurare

3.1. La solicitarea Contractantului, Asigurătorul poate calcula prima de asigurare pentru sub-categorii de personal. În cadrul unei categorii de personal care beneficiază de aceleași acoperiri, prima este identică pentru toți Asigurații /Coasigurații.

3.2. Prima de asigurare totală se plătește anual sau în rate semestriale, trimestriale sau lunare. Ratele de primă trebuie să fie plătite la termenele scadente, specificate în Contractul de asigurare.

3.3. Prima de asigurare trebuie plătită în întregime și la termenele stabilite în contract, pentru toți Asigurații/Coasigurații incluși în asigurare. În cazul în care prima de asigurare este achitată doar parțial, atunci Contractul se consideră a fi neachitat.

3.4. În cazul în care Asigurătorul și Contractantul nu stabilesc o altă metodă de calcul, atunci regularizarea primei de asigurare pentru Asigurații/Coasigurații intrați în asigurare, respectiv pentru cei ieșiți din asigurare se va face, pentru fiecare persoană în parte, proporțional cu perioada acoperită prin asigurare, iar orice fracțiune de lună se va considera ca o lună întregă de asigurare.

Art. 4. Neplata primei de asigurare

4.1. În cazul în care Contractantul nu achită ratele de asigurare la scadență, Asigurătorul acordă o perioadă de păsuire de 30 de zile pentru plata ratelor, începând cu data de scadență a celei dintâi rate neachitate, situația contractului de asigurare rămânând neschimbată. În primele 7 zile din perioada de păsuire se pot accesa serviciile conform poliței de asigurare, următoarele zile din perioada de păsuire, serviciile sunt valabile doar cu rambursarea costurilor, în baza dosarului de daună.

4.2. În cazul în care ratele de asigurare nu sunt plătite în perioada de păsuire, acoperirea prin asigurare se întrerupe, fără ca o notificare, punere în întârziere sau altă formalitate prealabilă să mai fie necesară și fără restituirea primelor plătite anterior, și poate fi reluată (repusă în termen) într-o perioadă de maxim 3 luni de la prima scadență neachitată, prin plata primelor de asigurare datorate și a penalităților de întârziere stabilite de Asigurător.

4.3. Repunerea în termen (reluarea acoperirii) are loc la ora 00.00 a zilei imediat următoare zilei în care s-au plătit integral primele/ratele de asigurare restante și penalitățile de întârziere.

4.4. Extinderea termenelor de plată a ratelor de asigurare restante nu este valabilă dacă nu este aprobată în scris de către Asigurător.

Art. 5. Drepturile și obligațiile părților

5.1. Asigurătorul se obligă să acopere Costul serviciilor medicale pentru Riscurile care se produc în perioada de valabilitate a asigurării și care au fost acceptate de Centrul de coordonare sau de Asigurător, mai puțin acoperirea Franșizei (dacă există).

5.2. **Pentru serviciile din Rețeaua de prestatori, toate serviciile medicale vor fi acoperite doar dacă au fost efectuate cu respectarea condițiilor de asigurare și dacă există documente justificative de decontare pentru toate serviciile medicale prestate, detaliate pentru fiecare serviciu medical prestat. Asiguratul/Coasiguratul personal sau printr-un reprezentant al acestuia are obligația ca, înainte de angajarea oricărei cheltuieli medicale, de a comunica Centrului de coordonare detalii complete asupra problemelor medicale apărute și asupra naturii îngrijirilor medicale solicitate și de a obține acceptul acestuia.**

Costul total suportat de către Asigurător nu poate depăși limitele înscrise în Contractul de asigurare. **În cazurile de urgență medicală, definite conform prezentului Condiții de asigurare, Contractantul / Asiguratul / Coasiguratul are obligația de a comunica situația și de a obține acceptul Centrului de coordonare, în termen de maxim 48 ore de la momentul instalării situației de urgență.**

5.3. În cazul în care Asigurătorul a precizat explicit în Polița de asigurare că despăgubirile se pot face și în afara Rețelei de prestatori agreeți de Asigurător atunci, pentru aceste cazuri, **plata se va efectua sub formă de indemnizație, după cum e prevăzut de condiția specială de asigurare, până la limita specificată în Polița de asigurare.** Asiguratul/Coasiguratul este obligat să prezinte Asigurătorului documentele medicale și fiscale eliberate de prestatorul de servicii medicale. **În aceste situații, accesarea serviciilor se poate face în baza procedurii agreeate cu ASIROM și înscrisă în oferta / polița de asigurare.** Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita orice alte documente necesare pentru soluționarea dosarului de daună, cu scopul verificării corectitudinii acordării despăgubirii. Rambursarea cheltuielilor se va face cu respectarea prezentelor Condiții de asigurare, iar Asiguratul/Coasiguratul trebuie să achite Franșiza specificată în Poliță (după caz). În cazul în care nu este specificată posibilitatea de a accesa serviciile din afara Rețelei de furnizori, atunci această opțiune nu se acordă pentru Asigurații/Coasigurații respectivi.

5.4. În cazurile descrise la articolul mai sus menționat, decontarea sau plata indemnizațiilor, după caz, se va face după instrumentarea dosarului de daună în baza, documentelor solicitate conform procedurii de accesare a serviciilor și/sau altor documente solicitate de Asigurător și necesare în instrumentarea dosarelor de daună, cu respectarea Condițiilor speciale de asigurare pentru fiecare risc asigurat în parte. Documentația necesară întocmirii dosarului de daună, într-un astfel de caz, este:

- Formulare tipizate ASIROM – cerere de despăgubire, declarație și consimțământul privind prelucrarea datelor cu caracter personal a drepturilor din asigurare (formular atasat) – se va completa obligatoriu câmpul Descrierea evenimentului, se vor semna și data documentele;
- Documente medicale care atestă accesarea serviciului medical (raport medical, recomandare medicală, etc)
- Documentele justificative de plată : bon fiscal – va conține denumirea serviciului medical și costul aferent acestuia, chitanță - va conține denumirea serviciului medical și costul aferent acestuia
- Copie act identitate asigurat/tutore/co-asigurat si dupa caz certificat naștere copil;
- Copie extras bancar din care să reiasă contul în care se va plăti despăgubirea – titular cont persoana asigurata/tutore/Coasigurat;
- în caz de Accident, în plus trebuie prezentate: copie după procesul-verbal de constatare a Accidentului încheiat de organele competente sau orice alte acte care pot dovedi producerea Accidentului (ex: documente medicale eliberate de instituția medicală care a tratat Asiguratul/Coasiguratul, declarații ale martorilor etc.) și valoarea alcoolemiei (în cazul evenimentelor rutiere).

5.5. Asiguratul/Coasiguratul are obligația de a notifica și de a pune la dispoziția Asigurătorului documentele justificative de decontare în original, conform art. 5.4, în termen de 30 de zile calendaristice de la data la care acesta a primit asistența medicală, respectiv de la data externării din spital, sub sancțiunea decaderii din dreptul a mai solicita indemnizația corespunzătoare. Termenul de 30 de zile este un termen de decadere agreeat de

parti astfel cum prevede art. 2547 din Codul civil. Termenul de plată a drepturilor din asigurare de către Asigurător este de 30 zile de la data la care Asiguratul/Coasiguratul a depus toate documentele solicitate de ASIROM

5.6. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita și alte documente, în scopul determinării valabilității solicitării și a valorii Indemnizației. Asigurătorul poate solicita ca Asiguratul/Coasiguratul să fie consultat de către un medic desemnat de către acesta.

5.7. Refuzul Contractantului/Asiguratului/Coasiguratului de a pune la dispoziția Asigurătorului documentele solicitate dă dreptul Asigurătorului de a refuza plata Indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu pot fi stabilite cauza, modul de producere și urmările riscurilor asigurate.

5.8. Orice document medical solicitat de ASIROM va fi depus în original (sau în copie avizată de unitatea medicală care le-a eliberat), pe cheltuiala Asiguratului/Coasiguratului. Actele medicale doveditoare ce vor fi prezentate de asigurați vor fi completate potrivit normelor legale în vigoare, având toate datele înscrise vizibil și clar, fără modificări, ștersături sau adăugiri și vor purta toate semnăturile, parafele și ștampilele necesare, inclusiv, în mod obligatoriu, codul medicului.

5.9. Documentele vor fi depuse în limba română sau însoțite de traducerea legalizată în limba română, efectuată de un traducător autorizat.

5.10. Stabilirea drepturilor și încasarea acestora se face după depunerea de către cei în drept să primească indemnizația, a actelor prevăzute mai sus.

5.11. În caz de neîndeplinire de către Asigurat/Coasigurat a obligațiilor prevăzute mai sus Asigurătorul are dreptul să refuze plata oricăror sume, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat și cuantumul drepturilor din asigurare.

5.12. Suma convenită în baza contractului de asigurare se plătește în termen de cel mult 30 zile din ziua primirii de către Asigurător a ultimului document necesar, din cele prevăzute în prezentele condiții. Plata se efectuează către Asigurat/Coasigurat/moștenitori, suma putând fi trimisă prin mandat poștal sau prin virament bancar.

5.13. Asigurătorul nu decontează cheltuielile medicale și nu plătește indemnizațiile de asigurare dacă cei în drept să le primească nu și-au îndeplinit obligațiile prevăzute în Condițiile de asigurare sau dacă au trecut mai mult de 2 ani de la termenul pentru plata sumelor rezultate din asigurare.

5.14. Asigurătorul își rezervă dreptul de a reduce sau de a nu plăti indemnizația de asigurare sau de a nu acoperi costurile serviciilor medicale, în cazul în care se constată încercări de fraudă din partea Asiguratului/Contractantului/ Prestatorului de servicii medicale. În eventualitatea în care se constată efectuarea unor plăți necuvenite din partea Asigurătorului, acesta își rezervă dreptul de a se întoarce împotriva Asiguratului/Coasiguratului/moștenitorilor pentru plățile necuvenite, pentru recuperarea sumelor plătite în mod eronat.

5.15. La încheierea Contractului de Asigurare și pe întreg parcursul acestuia, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita detalii suplimentare referitoare la Contractant/Asigurat/Coasigurat/Beneficiari, necesare pentru respectarea prevederilor legislative referitoare la prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism.

Art. 6. Declarații false

6.1. Contractul de asigurare este nul în caz de declarație inexactă sau de reticență făcută cu rea-credință de către Contractant/Asigurat/Coasigurat, cu privire la împrejurări (în special cu privire la vârsta, la starea de sănătate ori la starea de invaliditate a asiguratului) care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurător, l-ar fi determinat pe acesta să nu își dea consimțământul ori să nu îl dea în aceleași condiții, chiar dacă declarația sau reticența nu au avut influență asupra producerii riscului asigurat. În acest caz primele plătite rămân dobândite de ASIROM, care poate cere și plata primelor convenite până la momentul la care a luat cunoștință de cauza de nulitate.

6.2. Declarația inexactă sau reticența din partea Asiguratului/Coasiguratului ori a Contractantului asigurării, a căror rea-credință nu a putut fi stabilită, nu atrage nulitatea contractului. În această situație, la constatarea declarației inexacte sau reticenței, Asigurătorul are dreptul:

a) dacă constatarea s-a făcut anterior producerii riscului asigurat, fie să mențină contractul de asigurare, solicitând majorarea primei de asigurare, fie să rezilieze contractul la împlinirea unui termen de 10 zile de la data notificării primite de Asigurat/Contractant, restituindu-i acestuia din urmă primele plătite anterior aferente perioadei în cadrul căreia asigurarea nu mai funcționează;

b) dacă constatarea s-a făcut ulterior producerii riscului asigurat, să reducă suma asigurată în raport cu proporția dintre nivelul primelor plătite și nivelul primelor ce ar fi trebuit să fie plătite.

6.3. În cazul rezilierii de către Asigurător a Contractului de asigurare pentru declarații false/incomplete, Asigurătorul este degrevat de orice obligații.

Art. 7. Încetarea Contractului de asigurare

7.1. Asigurarea încetează în următoarele cazuri:

a) Pentru tot grupul: neplata primelor de asigurare la data prevăzută în Contractul de asigurare sau în termenul de păsuire specificat în art. 4.1. din Condițiile generale; nerespectarea obligațiilor contractuale de către una dintre părți; în cazul rezilierii/denușării Contractului de asigurare de către oricare dintre părți, în termen de 30 zile de la data primirii notificării scrise; prin acordul părților; la ora 24 a datei expirării specificată în Poliță.

b) Pentru un Asigurat/Coasigurat: la data la care are loc încetarea raporturilor contractuale, din orice motiv, între Asigurat și Contractant, inclusiv datorită pensionării; la ora 24 a datei expirării specificată în Poliță.

Art. 8. Excluderi

Dacă nu este specificat altfel în Polița de asigurare, atunci Asigurătorul nu acoperă costurile următoare:

1. Serviciile medicale aferente monitorizării afecțiunilor preexistente și cronice datei de început a contractului. rămân acoperite serviciile medicale cuprinse în acoperirea pentru "Monitorizare boli cronice și afecțiuni preexistente", dacă aceasta este înscrisă în Poliță. Suplimentar rămâne acoperit puseul acut al unei boli cronice sau afecțiuni preexistente.

În cazul în care Contractul este plătit în termen (fără întârzieri) și este reînnoit fără întrerupere, atunci data de referință pentru calculul bolilor preexistente și a handicapurilor preexistente este data de început a primei polițe (reînnoite fără întrerupere, dacă există), altfel este data de început a contractului curent;

2. Servicii de spitalizare pentru tratamente stomatologice, inclusiv chirurgicale, ortodontice sau orice tratamente adresate alveolelor dentare;

3. Servicii medicale în vederea diagnosticării sau tratamentul evenimentelor care nu presupun o necesitate medicală sau care au fost solicitate de Asigurat / Coasigurat, inclusiv vaccinarea profilactică și expertizarea medicală. Rămân acoperite procedurile cuprinse în acoperirea pentru prevenție (screening), dacă aceasta este înscrisă în Poliță;

4. Serviciile medicale inclusiv tratamentele care nu sunt efectuate de personal medical calificat sau serviciile medicale/tratamentele/prestate sau recomandate de un cadru medical care este membru de familie al asiguratului, incluzând soțul/soția, fratele/sora, părinții sau copiii;

5. Serviciile medicale din categoria **Medicina complementară/alternativă sau naturistă**, ca de exemplu, dar nelimitându-ne la: acupunctură, tratamente chiropractice, osteopatie, reflexologie, podiatrie, energoterapie, aromaterapie;
6. Servicii medicale și tratamentele care au legătură directă sau indirectă cu detoxifierea, cure de odihnă, tratamente în sanatorii, tratamente preventive, spitalizări pentru recuperare medicală, convalescență, tratamente paleative, geriatrie, gerontologice
7. Circumcizia cu sau fără indicație medicală/chirurgicală;
8. Servicii medicale aferente unor evenimente care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război, chiar și nedecarat, zone de conflict, invazie, ocupație militară, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte;
9. Servicii medicale necesare ca urmare a exploziilor sau emanațiilor de căldură sau radiațiilor provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice;
10. Serviciile medicale necesare ca urmare a practicării unor sporturi extreme, cum ar fi parașutismul, deltaplanismul, utilizarea de parapante, săriturile cu coarda elastică, rafting, box, curse de cai, scufundări autonome care necesită utilizarea unor sisteme de respirație sub apă, surfing-ului, windsurf-ului, speologiei, alpinismului etc., precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă);
11. Servicii medicale care au legătura cu monitorizarea hemofiliei, tuberculozei pulmonare, chiar dacă în poliță există acoperirea "Monitorizarea bolilor cronice și preexistente);
12. Serviciile medicale recomandate în vederea diagnosticării/tratamentului/monitorizării (inclusiv puseul acut) al bolilor cu transmitere sexuală precum și consecințele/complicațiile acestora.
13. Servicii medicale care au legătură cu tratamentul cancerului, rămâne acoperită monitorizarea cancerului, dacă în poliță există acoperirea "Monitorizarea bolilor cronice și preexistente".
14. Serviciile medicale cauze au legatură cu infectarea cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății) sau orice condiție medicală ori boală legată direct sau indirect de acesta;
15. Serviciile medicale necesare ca urmare a participării Asiguratului/Coasiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
16. Serviciile medicale aferente unor bolilor infecțioase sau a parazitozelor endemice contactate pe perioada în care Asiguratul/Coasiguratul s-a aflat pe teritoriul unei țări recunoscute oficial drept zona cu potențial de contaminare, de boli declarate oficial de către organele competente ca epidemii sau pandemii;
17. Serviciile medicale aferente bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă, precum și serviciile medicale care au legătură cu obezitatea – inclusiv consultațiile de nutriție sau prescrierea de diete sau tratamente și monitorizarea acestora sau a tulburărilor de alimentație, inclusiv chirurgia bariatrică;
18. Serviciile medicale necesare ca urmare a faptului că Asiguratul / Coasiguratul nu respectă / ignoră / acționează împotriva indicațiilor și recomandărilor medicului care îl tratează; de asemenea, nu sunt acoperite urmările automedicației sau a tratamentului urmat de Asigurat/Coasigurat fără prescripție medicală;
19. Serviciile medicale ca urmare a comiterii, de către Asigurat, a unei infracțiuni săvârșite cu intenție, incriminate de dispozițiile Codului penal;
20. Serviciile medicale cauzate de de consumul de alcool sau a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri, sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
21. Serviciile medicale cauzate de fumatul continuu și consecințele acestuia;
22. Serviciile medicale cauzate de erorile medicale sau neglijența personalului medical sau oricăror deficiențe în acordarea asistenței medicale;
23. Servicii medicale efectuate în **scop estetic** – inclusiv rinoplastia, septoplastie, cura chirurgicală a deviației de sept, sau corecției acuității auditive. De asemenea, rămân acoperite costurile aferente reparării consecințelor unui Accident;
24. Servicii medicale efectuate în **scop estetic** care au legatură cu **excrescențe** ale pielii (exemplu de servicii excuze: electrocauterizare/cauterizare, excizie, crioterapie, rezecție, vaporizare laser, chiuretare, etc.). Excepție fac situațiile în care excrescențele pielii au fost traumatizate sau se transformă în leziuni hemoragice.
25. Servicii medicale care au legatură cu afecțiunile congenitale;
26. Serviciile medicale legate de graviditate, naștere sau consecințele acestora. Rămân acoperite consecințele avortului post-traumatic / terapeutic;
27. Serviciile medicale care au legătură cu infertilitatea, sterilitatea/fertilizarea în vitro/inseminare artificială, schimbarea de sex sau donarea de organe, precum și a celor efectuate exclusiv în scop explorator sau diagnostic;
28. Serviciile medicale care au legătură cu tentativa de sinucidere sau automutilare intenționată a Asiguratului/Coasiguratului; sinuciderea nu este considerată Accident;
29. Serviciile medicale homeopatice sau de medicină alternativă, procedurile terapeutice nerecunoscute din punct de vedere medical sau neautorizate de instituțiile medicale competente din România, precum și consecințele acestora;
30. Serviciile medicale cauzate de împrejurările care nu sunt datorate unor Accidente/Îmbolnăviri petrecute în perioada asigurată, ori pentru care Asiguratul/Coasiguratul nu a respectat procedurile de accesare comunicate de Asigurator sau pentru care nu există documente medicale/fiscale justificative, conform procedurilor/normativelor legale în vigoare;
31. Serviciile medicale cauzate de cazurile de urgență care, în conformitate cu legislația în vigoare, sunt în responsabilitatea exclusivă a serviciului public de ambulanță;
32. Serviciile medicale aferente modificărilor/corectării indicilor de refracție, inclusiv lentile, ochelari, intervenția chirurgicală de cataractă. etc

Art. 9. Timpul operativ și teritorialitatea acoperirii. Alte prevederi Contractuale

- 9.1. Prezența asigurare este valabilă numai pe teritoriul României. În condițiile în care Contractantul a achiziționat și acoperirea pentru „Operații chirurgicale majore în afara României”, atunci acoperirea se extinde, conform prevederilor din Condițiile speciale.
- 9.2. Acoperirile sunt valabile 24h /24h.
- 9.3. Contractul de asigurare va fi guvernat de legislația din România.
- 9.4. Toate cheltuielile, taxele și impozitele aplicabile Primelor de asigurare sau Indemnizațiilor de asigurare sunt în sarcina Contractantului/Beneficiarului/Centrului de coordonare, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.
- 9.5. Orice nemulțumire din partea Contractantului/Asiguratului/Coasiguraților/Beneficiarilor va fi soluționată pe cale amiabilă. În acest sens, cererea va fi transmisă, în scris, către Sediul social al Asiguratorului. Acesta va înregistra reclamația și va proceda la soluționarea nemulțumirii formulate.

Reclamantul va primi ulterior, prin intermediul unei înștiințări oficiale, punctul de vedere al Asigurătorului, conținând clarificările necesare și modalitatea de soluționare a cererii. Dacă, din punctul de vedere al reclamantului, răspunsul Asigurătorului nu corespunde cerințelor sale, la solicitarea acestuia, părțile pot conveni la organizarea unei întâlniri, în cadrul căreia să se soluționeze cererea. În situația în care nu s-a reușit soluționarea cazului pe cale amiabilă, se vor urma căile/procedurile prevăzute de lege.

9.6. Contractul de asigurare se desființează de drept în cazul în care, înainte ca obligația Asigurătorului să înceapă a produce efecte, riscul asigurat s-a produs ori producerea acestuia a devenit imposibilă, precum și dacă, după ce obligația menționată a început să producă efecte, intervenirea riscului asigurat a devenit imposibilă. În acest caz, dacă Contractantul a plătit, fie și parțial, prima de asigurare, Asigurătorul va restitui partea din aceasta proporțională cu perioada neexpirată a contractului de asigurare.

9.7. Prevederile prezentelor Condiții generale de asigurare se aplică împreună cu prevederile Condițiilor speciale de asigurare, precum și cu dispozițiile legale în vigoare. Prevederile condițiilor speciale de asigurare se completează cu prevederile Condițiilor generale de asigurare, în măsura în care acestea nu contravin acoperirilor din condițiile de asigurare speciale.

Condiții Specifice de Asigurare

Dacă nu este specificat altfel în Polița de asigurare, atunci Asigurătorul acoperă acoperă serviciile medicale astfel:

1. Acoperire pentru Consultații medicale din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

1. Dacă Accidentul sau Îmbolnăvirea, produse în perioada de valabilitate a Contractului, au drept urmare necesitatea ca Asiguratul/Coasiguratul să efectueze o consultație medicală pentru diagnosticare unei afecțiuni, Asigurătorul va acoperi costurile aferente, în limita specificată în Poliță. Costurile care depășesc limita anuală, precum și Franșiza (dacă aceasta a fost specificată în Poliță), vor fi suportate de către Asigurat/Coasigurat.

2. Pentru ca această acoperire să fie operantă, consultul medical trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și să fie ca urmare a unei **Necesități medicale**

3. Specilități medicale pentru care se acoperă consultul: Alergologie, ATI, Boli Infecțioase, Boli metabolice, Cardiologie, Chirurgie generală, Consult chirurgie de specialitate, Dermatologie, Diabet, Endocrinologie, Fiziokinetoterapie, Gastroenterologie, Imunologie, Hematologie, Medicina Generală, Medicina Internă, Nefrologie, Neurologie, Oftalmologie, Oncologie, ORL, Obstetrică – Ginecologie, Ortopedie, Pediatrie, Pneumofiziologie, , Proctologie, Psihiatrie; Radiologie, Reumatologie, Urologie, Serologie, Senologie,

4. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire consultațiile de nutriție și evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

2. Acoperire pentru Investigații medicale din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

1. Dacă Accidentul sau Îmbolnăvirea, produse în perioada de valabilitate a Contractului, au drept urmare necesitatea ca Asiguratul/Coasiguratul să efectueze un set de investigații medicale în vederea stabilirii unui diagnostic, Asigurătorul va acoperi costurile aferente, în limita specificată în Poliță. Costurile care depășesc limita anuală, vor fi suportate de către Asigurat/Coasigurat.

2. Se acoperă: analize de laborator, explorări funcționale și investigații medicale recomandate de medicul generalist sau specialist, în cadrul unui consult, pentru diagnosticare (ex: EKG, EKG efort, Holter TA, Holter EKG, Audiometrie, , EEG etc).

2. Pentru ca această acoperire să fie operantă, investigațiile medicale trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a prestatorului de servicii medicale.

3. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire atât analizele de genetică și biologie moleculară cât și evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

3. Acoperire pentru Imagistică medicală din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

1. Dacă Accidentul sau Îmbolnăvirea, produse în perioada de valabilitate a Contractului, au drept urmare necesitatea ca Asiguratul/Coasiguratul să efectueze un set de proceduri imagistice în vederea stabilirii unui diagnostic, Asigurătorul va acoperi costurile aferente, în limita specificată în Poliță..

2. Pentru ca această acoperire să fie operantă, procedurile imagistice trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a prestatorului de servicii medicale.

3. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire evenimentele care au legătura cu Stomatologia și cele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

4. Acoperire pentru Transport medical cu ambulanța (Accident sau Îmbolnăvire)

1. Dacă Accidentul sau Îmbolnăvirea, produse în perioada de valabilitate a Contractului, au drept urmare necesitatea ca Asiguratul/Coasiguratul să fie transportat cu ambulanța în regim de ambulanță privată, Asigurătorul va acoperi costurile aferente, în limita sumei asigurate specificate în Poliță. Costurile care depășesc **limita anuală**, precum și Franșiza (dacă aceasta a fost specificată în Poliță), vor fi suportate de către Asigurat/Coasigurat.

2. Transportul cu ambulanța în regim de ambulanță privată se va efectua de la locul accidentului sau de la locul în care se află Asiguratul/Coasiguratul care reclamă starea de necesitate medicală, care **nu îi pune viața** în pericol, însă îl împiedică să se deplaseze singur sau cu un autovehicul (ex: autoturism). Transportul cu ambulanța se va face la cea mai apropiată unitate medicală care este autorizată să preia cazurile de urgență medicală conform legii

3. Nu se acoperă Transportul cu ambulanța în regim de ambulanță privată pentru situațiile următoare: tratamente uzuale efectuate la recomandarea medicului în regim ambulatoriu (exemplu: toaletarea plagilor, administrarea de substanțe/perfuzii/medicamente, recoltarea de probe biologice, etc).

4. În cazul în care transportul cu Ambulanța de la prima unitate medicală către o altă unitate medicală este solicitat de către Asigurat fără ca acest lucru să fie absolut necesar și justificat din punct de vedere medical, transportul respectiv nu va fi acoperit.

5. Pentru ca această acoperire să fie operantă, transportul medical cu ambulanța trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a prestatorului de servicii medicale.

6. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

5. Acoperire pentru Recuperare post-spitalizare din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

1. Dacă Accidentul sau Îmbolnăvirea, care au condus la o spitalizare continuă în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, au drept urmare necesitatea efectuării unor proceduri de recuperare medicală specializată a Asiguratului/Coasiguratului, Asigurătorul acoperă costurile procedurilor de recuperare efectuate, în limita sumei asigurate specificate în Poliță. Costurile care depășesc suma asigurată, precum și Franșiza (dacă aceasta a fost specificată în Poliță), vor fi suportate de către Asigurat/Coasigurat.
2. Prin prezenta acoperire sunt suportate de către Asigurător costurile pentru următoarele proceduri de recuperare medicală: Kinetoterapie, Balneofizioterapie, Hidrokinetoterapie, Masaj terapeutic, Electroterapie, Terapie cu ultrasunete. Nu se acoperă procedurile de recuperare efectuate la domiciliul Asiguratului/Coasiguratului.
3. Pentru ca această acoperire să fie operantă, recuperarea specializată trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a unui medic specialist, fiind despăgubită doar dacă a avut loc după o perioadă de spitalizare continuă.
4. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

6. Acoperire pentru Recuperare medicală din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

1. Dacă Accidentul sau Îmbolnăvirea, au drept urmare necesitatea efectuării unor proceduri de recuperare medicală specializată a Asiguratului / Coasiguratului, Asigurătorul acoperă costurile procedurilor de recuperare efectuate, în limita sumei asigurate specificate în Poliță. Costurile care depășesc suma asigurată, precum și Franșiza (dacă aceasta a fost specificată în Poliță), vor fi suportate de către Asigurat/Coasigurat.
2. Prin prezenta acoperire sunt suportate de către Asigurător costurile pentru următoarele proceduri de recuperare medicală: Kinetoterapie, Balneofizioterapie, Hidrokinetoterapie, Masaj terapeutic, Electroterapie, Terapie cu ultrasunete. Nu se acoperă procedurile de recuperare efectuate la domiciliul Asiguratului/Coasiguratului.
3. Pentru ca această acoperire să fie operantă, recuperarea medicală specializată trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a unui medic specialist.
4. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

7. Acoperire pentru Monitorizare sarcină

1. În perioada de valabilitate a Contractului sunt acoperite procedurile medicale care au ca scop urmărirea evoluției sarcinii Asiguratei / Coasiguratei. Acoperirea este în limita sumei asigurate specificate în Poliță. Costurile care depășesc suma asigurată, precum și Franșiza (dacă aceasta a fost specificată în Poliță), vor fi suportate de către Asigurat / Coasigurat. Procedurile medicale acoperite vor fi: consultații medicale, analize de laborator, investigații imagistice.
2. Pentru ca această acoperire să fie operantă, procedurile medicale trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare.
3. Acoperirea nu se poate acorda în primele nouă luni de la data includerii în asigurare a Asiguratei/Coasiguratei respective.
4. Prezenta acoperire nu include nașterea și/sau complicațiile acesteia, fiind acoperite doar cheltuielile efectuate în vederea urmăririi evoluției sarcinii, conform punctelor 1, 2 și 3 de mai sus.
5. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire atât analizele de genetică și biologie moleculară cât și evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

8. Acoperire pentru Proceduri chirurgicale în ambulatoriu / Spitalizare de zi (Accident sau Îmbolnăvire)

1. Dacă Accidentul sau Îmbolnăvirea suferite de Asigurat/Coasigurat, au drept urmare necesitatea efectuării unor proceduri chirurgicale care nu necesită spitalizare sau aplicarea unor tratamente în timpul consultului de diagnosticare, Asigurătorul va acoperi contravaloarea facturilor emise pe numele acestuia de către prestatorul de servicii medicale din Rețea, în limita sumei asigurate specificate în Polița de asigurare. Costurile care depășesc suma asigurată, precum și Franșiza (dacă acestea au fost specificate în Poliță), vor fi suportate de către Asigurat / Coasigurat.
2. De asemenea, se acoperă spitalizare de zi a Asiguratului/Coasiguratului ca urmare a unui Accident sau îmbolnăvire suferite în perioada de valabilitate a Contractului.
3. Proceduri medicale acoperite (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): puncții (puncție sinusală / osoasă / medulară / pleurală etc); biopsii; extracții de corpi străini; suturi de plăgi și microchirurgia traumatismelor; electrochirurgia / electrocauterizarea /cauterizarea tumorilor cutanate / leziunilor; polipectomii; toaleta chirurgicale; terapii chirurgicale în ambulator (a abceselor, a arsurilor termice <10%, a flegmoanelor, a hematoamelor, a panaritiului etc); infiltrații – doar manopera, injecții de medicamente etc.
3. Pentru ca această acoperire să fie operantă, serviciile trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a prestatorului de servicii medicale.
4. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

9. Monitorizarea bolilor cronice și afecțiuni preexistente

1. În cazul în care Asiguratul/Coasiguratul suferă de o boală cronică sau preexistentă Asigurătorul va acoperi costul serviciilor medicale care au ca scop monitorizarea bolilor cronice și a afecțiunilor pre-existente.
2. Se acoperă următoarele servicii medicale: consultații medicale, analize de laborator, explorări funcționale, investigații medicale și imagistice recomandate de medicul specialist, în cadrul unui consult pentru monitorizarea unei afecțiuni pre-existente sau boala cronică
3. Pentru ca această acoperire să fie operantă, serviciile trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a medicului specialist.
3. Sunt excluse din această acoperire atât analizele de genetică și biologie moleculară cât și evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

10. Acoperire pentru A doua opinie medicală

1. În cazul în care Asiguratul / Coasiguratul are un diagnostic legat de o afecțiune, boală gravă, rară sau de o intervenție chirurgicală, atunci acesta poate să solicite o a doua opinie medicală, la unul dintre medicii specialiști din rețea. Prin solicitarea unei noi opinii medicale se acoperă, în limita sumei asigurate specificate în Polița de asigurare, costurile aferente: consultațiilor medicale, investigațiilor medicale și imagistice. Costurile care depășesc suma asigurată, precum și Franșiza (dacă acestea au fost specificate în Poliță), vor fi suportate de către Asigurat/Coasigurat.
2. Pentru ca această acoperire să fie operantă, serviciile trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a prestatorului de servicii medicale.
3. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această atât analizele de genetică și biologie moleculară cât și evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

11. Acoperire pentru Spitalizare și intervenții chirurgicale din orice cauză în spital privat (Accident sau Îmbolnăvire)

1. În cazul în care Asiguratul / Coasiguratul este internat într-un spital privat sau într-o rezervă privată dintr-un spital de stat sau este supus unor intervenții chirurgicale, ca urmare a unui puseu acut al unui Accident/ afecțiuni cronice sau preexistente, pentru spitalizări cu o durată mai mare de 24 ore, Asiguratul va acoperi contravaloarea facturilor emise pe numele acestuia, în limita numărului de zile și a sumei asigurate specificate în Polița de asigurare. Costurile care depășesc suma asigurată, precum și Franșiza (dacă aceasta a fost specificată în Poliță), vor fi suportate de către Asigurat / Coasigurat.
2. Sunt acoperite toate costurile efectuate în regim de spitalizare, cum ar fi: cazarea, consultații medicale, analize de laborator, investigații imagistice și funcționale, intervenții chirurgicale, medicamente, consumabile și dispozitive medicale furnizate în regim de spitalizare.
3. De asemenea nu se acoperă serviciile medicale inclusiv celele cu intervențiile chirurgicale sau spitalizarea pentru rinoplastia, septoplastie, cura chirurgicală a deviației de sept, sau corecției acuității auditive sau vizuale (exemplu: intervenția chirurgicală de cataractă etc). Rămân acoperite costurile aferente reparării consecințelor unui Accident.
4. Pentru ca această acoperire să fie operantă, serviciile trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a prestatorului de servicii medicale.
5. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare. De asemenea, nu se consideră spitalizare internarea în: unitățile destinate îngrijirii persoanelor dependente de alcool sau de substanțe psihoactive; unitățile destinate îngrijirii bătrânilor și azilele de bătrâni; unitățile medico-sociale sau spitalele, ori secțiile destinate internării cazurilor sociale; structurile denumite "spitalizare de zi"; instituțiile de îngrijiri medicale la domiciliu; sanatoriile balneare și secțiile de balneofizioterapie; clinicile de chirurgie estetică și înfrumusețare, cu excepția tratării urmărilor unui accident; sanatoriile și preventoriile TBC, precum și unitățile sau secțiile de pneumoftiziologie sau fiziologie, cu excepția situațiilor în care din documentele medicale reiese cu exactitate faptul că pacientul a fost tratat în astfel de instituții pentru alte afecțiuni decât tuberculoza sau complicațiile acesteia; unitățile sau secțiile care furnizează servicii medicale de recuperare-reabilitare medicală, cu excepția situațiilor în care se efectuează tratamente recuperatorii pentru un Accident petrecut în perioada de valabilitate a asigurării;

12. Acoperire pentru Spitalizare în spital de stat (Accident sau Îmbolnăvire)

- În cazul în care Asiguratul/Coasiguratul este internat într-un spital de stat, ca urmare a unui Accident sau unei Îmbolnăviri suferite în perioada de valabilitate a Contractului, pentru spitalizări de durată, cel puțin egală cu 24 ore, Asiguratul va plăti o indemnizație egală cu valoarea înscrisă în Poliță, înmulțită cu numărul de zile de spitalizare, **în limita numărului de zile specificate în Polița de asigurare**
2. De asemenea nu spitalizarea pentru rinoplastia, septoplastie, cura chirurgicală a deviației de sept, sau corecției acuității auditive sau vizuale (exemplu: intervenția chirurgicală de cataractă etc). Rămân acoperite costurile aferente reparării consecințelor unui Accident.
 3. Pentru ca această acoperire să fie operantă, serviciile trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a prestatorului de servicii medicale.
 4. Dacă nu este specificat altfel în Poliță, atunci această acoperire **este limitată la maxim 30 zile de spitalizare** per an de asigurare.
 5. Ziua de spitalizare este considerată ca fiind perioada continuă de spitalizare a Asiguratului/Coasiguratului egală cu 24 ore. Ziua de externare nu se indemnizează
 6. Pentru această acoperire plata indemnizațiilor se va efectua în conformitate cu articolele din Condițiile generale de asigurare.
 7. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

13. Acoperire pentru Naștere

1. În cazul în care Asigurata/Coasigurata este spitalizată într-un spital privat, în vederea unei nașteri naturale sau unei cezariene, atunci Asiguratul va acoperi costurile respectivelor proceduri medicale. Costurile care depășesc suma asigurată, precum și Franșiza (dacă aceasta a fost specificată în Poliță), vor fi suportate de către Asigurat/Coasigurat.
2. Pentru ca această acoperire să fie operantă, procedurile medicale sus-menționate trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a prestatorului de servicii medicale.
3. Acoperirea nu se poate acorda în primele nouă luni de la data includerii în asigurare a Asiguratei/Coasiguratei respective.
4. Nu este acoperit avortul la cerere, cu excepția avortului post-traumatic/terapeutic sau în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului, diagnosticate de către medicul de specialitate.
5. În cazul în care Asigurata/Coasigurata naște într-un spital de stat, atunci se va acorda o indemnizație de naștere egală cu jumătate din suma asigurată specificată în Poliță pentru această acoperire.
6. Pentru această acoperire despăgubirea/indemnizația de naștere se va efectua în conformitate cu articolele din Condițiile generale de asigurare.
7. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

14. Acoperire pentru Intervenții chirurgicale majore în afara României (Accident sau Îmbolnăvire)

1. În cazul în care, ca urmare a producerii oricărui Risc suferit în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asiguratul/Coasiguratul necesită anumite intervenții chirurgicale majore care nu se pot efectua în România, atunci Asigurătorul va acoperi costurile respectivelor intervenții chirurgicale majore, pe baza documentelor justificative de decontare emise în original de către furnizorul medical. Acoperirea este operantă doar pentru țările din Uniunea Europeană. De asemenea, sunt incluse și costurile de transport, însă doar dacă este obligatorie evacuarea medicală aeriană, conform recomandării medicului specialist. Costurile care depășesc suma asigurată, precum și Franșiza (dacă aceasta a fost specificată în Poliță), vor fi suportate de către Asigurat/Coasigurat.

2. Pentru ca această acoperire să fie operantă, intervențiile chirurgicale majore trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a medicului specialist.

3. Acoperirea nu este valabilă în primele trei luni de la data includerii în asigurare a Asiguratului/Coasiguratului respectiv.

4. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare, precum și operațiile chirurgicale majore corespunzătoare bolilor grave enumerate la acoperirea pentru **Boli (afecțiuni) grave**, dacă acestea au fost acoperite prin asigurare (nu se cumulează beneficiile de pe aceste două acoperiri).

15. Acoperire pentru Tratament Stomatologic în ambulatoriu (Accident sau Îmbolnăvire)

1. Dacă Accidentul sau Îmbolnăvirea, produse în perioada de valabilitate a Contractului, au drept urmare necesitatea ca Asiguratul/Coasiguratul să sufere un tratament dentar de urgență, Asigurătorul va acoperi costurile aferente în limitele specificate în polița de asigurare.

2. Se acoperă: **Stomatologie generală:** Consultatie stomatologie generala completa anterior inceperii oricarui tratament (evaluare starii de sanatate a gurii, aspectului dentar, etc); Situația bucala și dentara detaliata (evaluarea starii de sanatate a fiecarui dinte/ masea in vederea stabilirii unui plan de tratament); Plan de tratament individualizat si explicatii privind planul de tratament.

Stomatologie urgență: drenaj endodontic; pansament calmant; incizie abces intraoral; drenaj abces intraoral.

3. Orice alte cheltuieli stomatologice, care nu sunt specificate mai sus, nu sunt acoperite.

4. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare. De asemenea, sunt excluse din prezenta acoperire costurile legate de protezele dentare, ceramica dentară, implantul dentar, cosmetica dentară.

16. Acoperire pentru Tratament Stomatologic Extins (Accident sau Îmbolnăvire)

1. Dacă Accidentul sau Îmbolnăvirea, produse în perioada de valabilitate a Contractului, au drept urmare necesitatea ca Asiguratul/Coasiguratul să sufere un tratament dentar de urgență, Asigurătorul va acoperi costurile aferente în limitele specificate în polița de asigurare.

2. Servicii acoperite:

Stomatologie generală: Consultatie stomatologie generala completa anterior inceperii oricarui tratament (evaluare starii de sanatate a gurii, aspectului dentar, etc); Situația bucala și dentara detaliata (evaluarea starii de sanatate a fiecarui dinte/ masea in vederea stabilirii unui plan de tratament); Plan de tratament individualizat si explicatii privind planul de tratament.

Stomatologie urgență: drenaj endodontic; pansament calmant; incizie abces intraoral; drenaj abces intraoral; Decapasonare; Tratament alveolita; Tratament luxatie dentara; Cimentare coroana dentara (chiar daca coroana a fost realizata in alta clinica); Echilibrare ocluzala limitata (slefuire selective); Tratament stomatite; Chiuretaj subgingival in camp inchis; Ablatie coroana dentara si elemente de agregare (pentru tratare durere aparuta la un dinte inclus in lucrarea protetica); Ablatie obturatie coronara veche

Profilaxie dentară (Prevenție): Detartraj ultrasunete (curatare depuneri tartru); Periaj profesional (curatare dinti cu pasta de dinti si perii speciale); Fluorizare imediata (aplicare topica de fluor); Desensibilizare /dinte; Instructaj periaj corect.

Chirurgie Oro-Maxilo-Facială: Extractie dinte mobil de cauza parodontala (se excepta sutura, chiuretaj, anestezie); Extractie rest radicular (sunt exceptati dintii care necesita prezenta medicului chirurg; se excepta sutura, chiuretaj, anestezie); Extractie simpla a unui dinte afectat de carie ce nu mai poate fi salvat (sunt exceptati dintii care necesita prezenta medicului chirurg; se excepta sutura, chiuretaj, anestezie); Extractie corp strain ce nu necesita prezenta medicului chirurg.

Odonto – Terapie: Plombe pe dinte (curatare carie, preparare cavitate, obturare cu compozit, include toate procedurile necesare)

Protetică dentară: Amprenta dentara in vederea realizarii lucrarilor protetice (coroane dentare, punti,proteze totale, proteze partiale); Amprenta preliminară in vederea confectionarii unei linguri individuale; Amprenta functionala in lingura individuala; Amprenta in lingura inchisa (in vederea realizarii coroanelor pe implant dentar); Amprenta in lingura deschisa (in vederea realizarii coroanelor pe implant dentar); Inregistrarea ocluziei cu sablon; Cimentare provizorie (coroane dentare, punti dentare realizate in clinica); Cimentare defintiva (coroane dentare, punti dentare realizate in clinica); Recimentare defintiva (coroane dentare, punti dentare realizate in clinica); Slefuire pentru coroana metalo-ceramica; Slefuire pentru coroana integral ceramica; Slefuire pentru coroana zirconiu; Proba capa metal, ceramica, zirconiu; Proba macheta lucrari protetice.

3. Orice alte servicii stomatologice care nu sunt specificate mai sus, nu sunt acoperite, iar costul acestora va fi suportat de Asigurat.

4. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

17. Acoperire pentru Prevenție (screening)

1. În perioada de valabilitate a Contractului Asiguratul/Coasiguratul are dreptul să efectueze, odată pe an, un set de proceduri de prevenție (screening), al căror cost va fi acoperit de Asigurător în limita sumei asigurate specificate în Poliță / conform detalierei înscrise în Poliță.

Costurile care depășesc limita anuală, precum și Franșiza (dacă aceasta a fost specificată în Poliță), vor fi suportate de către Asigurat/Coasigurat.

2. Pentru ca această acoperire să fie operantă, procedurile de prevenție trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare.

3. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

18. Acoperire pentru Procurarea de proteze/orteze din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

1. Dacă Accidentul sau Îmbolnăvirea, produse în perioada de valabilitate a Contractului, au drept urmare necesitatea ca Asiguratul / Coasiguratul să utilizeze, pentru prima dată, proteze/orteze, Asigurătorul va acoperi costurile aferente, o singură dată pe an de asigurare în limita sumei asigurate specificate în Poliță. Costurile care depășesc suma asigurată, precum și Franșiza (dacă aceasta a fost specificată în Poliță), vor fi suportate de către Asigurat / Coasigurat.
2. Sunt considerate proteze, respectiv orteze, următoarele: proteze interne sau externe pentru membre; aparate auditive; centură ortopedică; încălțăminte ortopedică; corsaj ortopedic.
Nu sunt acoperite costurile pentru repararea, reconstrucția sau înlocuirea unei proteze/orteze deja existente ori a celei procurate în baza contractului de asigurare.
3. Pentru ca această acoperire să fie operantă, costurile procurării de proteze/orteze trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a medicului specialist.
4. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare. De asemenea, sunt excluse din prezenta acoperire costurile legate de protezele dentare, ceramica dentară, implantul dentar, cosmetica dentară, cu excepția celor recomandate expres de către medicul specialist și acceptate de către Centrul de Coordonare, dacă au fost efectuate ca urmare a consecințelor unui Accident petrecut în perioada asigurată.

19. Acoperire pentru Procurarea de medicamente din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

1. Dacă Accidentul sau Îmbolnăvirea, produse în perioada de valabilitate a Contractului, au drept urmare necesitatea ca Asiguratul/Coasiguratul să urmeze un tratament care necesită procurarea de medicamente, sau alte materiale necesare administrării tratamentului (de exemplu: branule, seringi), Asigurătorul va acoperi sumele în baza bonului fiscal, în limita sumei asigurate specificate în Poliță. Costurile care depășesc suma asigurată, precum și Franșiza (dacă aceasta a fost specificată în Poliță), vor fi suportate de către Asigurat / Coasigurat. Dacă părțile nu au stabilit altfel, Franșiza va fi de 50 RON / eveniment.
2. Pentru ca această acoperire să fie operantă, tratamentele cu medicamente trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a medicului.
3. Pentru toate rețetele medicale eliberate, Medicul trebuie să emită Rapoarte medicale complete, care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului/Coasiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale și recomandările/investigațiile medicale/tratamentele indicate.
4. Prin prezenta acoperire nu se oferă despăgubire pentru medicamentele care sunt oferite gratuit conform Listelor de Medicamente Gratuite elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.
5. Pentru medicamentele compensate (conform listelor de medicamente compensate frunzate de Stat) se va despăgubi doar contravaloarea contribuției Asiguratului/Coasiguratului – în baza bonului fisca din care reiese suma plătită de acesta și în limitele prevăzute de legislația în vigoare.
6. Pentru această acoperire despăgubirea se va efectua în conformitate cu Condițiile generale de asigurare.
7. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

20. Acoperire de bază pentru Deces din orice cauză

1. Dacă Accidentul sau Îmbolnăvirea, produse în perioada de valabilitate au ca urmare decesul Asiguratului/Coasiguratului în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asigurătorul plătește suma asigurată prevăzută în Polița de asigurare pentru această acoperire.
2. Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor art. 5 din Condițiile Generale de Asigurare. În acest caz, în plus, se vor depune și următoarele documente: copia certificatului de deces și a actului constatator al decesului, precum și copia certificatului de moștenitor.
3. Asigurarea este valabilă pentru decesul asiguratului/coasiguratului produs atât pe teritoriul României cât și în afara acestuia.
4. Indemnizația de asigurare pentru deces nu se cumulează cu cea de la acoperirea "Boli (afecțiuni) grave" – dacă aceasta acoperire există pe poliță.
4. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare,

21. Acoperire pentru Boli (afecțiuni) grave

Definiții:

Tumora benignă la creier: reprezintă o tumoră la creier care amenință viața, dând naștere unor simptome caracteristice de presiune intracraniană crescândă, cum ar fi edem papilar, simptomele mentale, convulsii și deficiențe senzoriale, iar pentru ca această boală să fie acoperită prin asigurare este necesar să fie îndeplinite una din următoarele condiții:

- să fie necesară efectuarea unei intervenții chirurgicale de îndepărtare completă ori de reducere, pe cât posibil, a tumorii, sau
- tumora să fi fost tratată sub forma de chimioterapie sau de radioterapie, sau
- tumora să fie considerată a fi inoperabilă și în creștere, sau
- să fi fost inițiată o îngrijire paleativă.

Nu sunt acoperite prin asigurare: chisturi, calcifieri, granulome, malformații în sau pe artere sau vene ale creierului, hematoame și tumori în glanda pituitară sau în coloana vertebrală.

Coma: stare de inconștiență, cu nici o reacție la stimulii externi sau la nevoi interne, care persistă în mod continuu timp de cel puțin 96 de ore și care necesită utilizarea unor sisteme de susținere a vieții. Pentru a fi acoperită prin asigurare, coma trebuie să fie rezultat al unui deficit neurologic, care îi cauzează Asiguratului / Coasiguratului imposibilitatea permanentă și ireversibilă:

- de a se mișca în interiorul unei incinte, din cameră în cameră, pe o suprafață dreaptă, sau
- de a se hrăni, dacă hrana a fost deja preparată și pusă la dispoziția lui, sau
- de a comunica cu mediu exterior prin vorbire, sau
- dacă a determinat un rezultat MMSE mai mic de 16.

De asemenea, va fi plătită o sumă asigurată și dacă Coma durează de 2 luni.

By-pass coronarian: efectuarea unei intervenții chirurgicale by-pass (de îmbinare) coronarian arterial prin intermediul unei toracotomii, pentru a corecta sau a trata boli coronariene și arteriale.

Atac de cord: se înțelege diagnosticul clar precizat al decesului (moartea) unei părți din mușchii inimii, ca urmare a alimentării deficitare cu sânge a zonei corespunzătoare. Pentru ca această să fi acoperit prin asigurare trebuie îndeplinite toate criteriile de mai jos:

- durere caracteristică în capul pieptului, centrală, sugestivă pentru atacul de cord;
- creșterea diagnosticată a markerilor cardiaci specifici, caracteristici pentru atacul de cord;
- noi modificări ECG de infarct;
- dovada reducerii funcției ventriculului stâng, cum ar fi reducerea părții de evacuare a ventriculului stâng, sau hipochinezie și achinezie semnificativă, sau anomalii ale mișcării pereților cordului, ca urmare a atacului de cord;

Insuficiența renală cronică: stadiu terminal de insuficiență renală ireversibilă a funcționării ambilor rinichi, în urma căreia dializa renală regulată este inițiată sau se realizează transplant renal.

Cancerul: prezența unei tumori maligne, caracterizată printr-o creștere progresivă, necontrolată, prin răspândirea celulelor maligne, invazia și distrugerea țesutului înconjurător normal. Tratament intervenționist major sau intervențiile chirurgicale majore trebuie să fie considerate necesare sau îngrijirea paliativă trebuie să fi fost inițiată. Cancerul trebuie să fie pozitiv diagnosticat cu confirmare histopatologică.

Următoarele tumori sunt excluse:

- Tumori reprezentând modificări maligne de tip carcinom in situ (inclusiv displazia cervicală CIN-1, CIN-2 și CIN-3) precum și carcinoamele cu stadiul Ta conform clasificării internaționale în vigoare TNM, American Joint Committee on Cancer sau tumori a căror descriere histologică este de tip premalign;
- Melanoame cu grosime determinată prin examen histologic mai mică de 1,5 mm sau care au un nivel de invazie inferior nivelului 3 Clark;
- Toate hiperkeratozele sau carcinoamele celulelor bazale ale pielii, cu excepția situației în care invazia s-a extins către alte organe;
- Toate carcinoamele scuamocelulare ale pielii, cu excepția situației în care invazia s-a extins către alte organe;
- Sarcom Kaposi și alte carcinoame asociate infecției HIV;
- Tumorile de prostată cu stadiul sub T2N0M0 conform clasificărilor internaționale în vigoare TNM, American Joint Committee on Cancer;
- Leucemia limfocitară cronică sub stadiul RAI I sau stadiul Binet A-I.

Transplant de organe majore: transplantul de organe de la un om la alt om, reprezentat prin donarea pentru Asigurat / Coasigurat a unui sau mai multe organe din următoarea listă: rinichi, ficat, inimă, plămâni, pancreas sau transplantul de măduvă osoasă. Transplantul a oricăror alte organe sau altor părți de organe, țesuturi sau celule este exclusă.

Accidentul vascular cerebral: moartea unei regiuni a creierului, survenită ca urmare a unui eveniment cerebro-vascular. Accidentul vascular cerebral trebuie să conducă la un deficit neurologic permanent, care cauzează incapacitatea permanentă și ireversibilă a vieții asiguratului, dar cu încadrare în gradul I de invaliditate, conform dispozițiilor legale.

Estimarea condițiilor de mai sus nu pot fi făcute mai devreme de trecerea a 3 luni de la data accidentului vascular cerebral. De asemenea, trebuie să existe dovezi clare care se văd cu ajutorul unui CT, RMN sau prin tehnici similare de imagistică, prin care se poate evidenția că accidentul vascular cerebral s-a produs sau au avut loc una din unul din următoarele două evenimente:

- infarctul țesutului cerebral;
- hemoragia intracraniană sau sub-arachnoidiană.

Necesitate medicală: un tratament, procedură, serviciu sau internare într-un spital sau într-un centru pentru transplant care:

- este indicat și esențial pentru diagnosticarea sau tratamentul bolii sau leziunii Asiguratului / Coasiguratului;
- nu depășește în scop, durată și intensitate nivelul de îngrijire necesar pentru a oferi Asiguratului / Coasiguratului diagnosticarea sau tratamentul adecvat;
- este efectuat pe bază de prescripție medicală;
- este efectuat în concordanță cu regulamentele profesionale și normele de bună practică medicală acceptate de comunitatea medicală a țării în care se oferă

Eveniment asigurat:

Diagnosticarea, pentru prima dată, în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, a Asiguratului / Coasiguratului, cu una dintre bolile (afecțiunile) enumerate mai jos (denumite boli grave) sau necesitatea ca Asiguratul / Coasiguratul să suporte una dintre intervențiile chirurgicale de mai jos, dacă diagnosticarea bolii a avut loc în perioada de valabilitate a contractului de asigurare:

- Tumori benigne la creier;
- Coma;
- By-pass coronarian;
- Atac de cord;
- Insuficiența renală cronică;
- Cancer;
- Transplant de organe majore;
- Accident vascular cerebral.

Simptomele cerebrale cauzate de migrene, leziuni cerebrale rezultate prin lovituri sau hipoxie, precum și bolile vasculare care afectează ochiul, nervul optic sau funcții vestibulare sunt excluse. Orice afecțiune / intervenție chirurgicală care nu respecta definițiile de mai sus nu este considerată boala gravă.

Descrierea acoperirii:

1. Răspunderea ASIROM la contractele încheiate în baza prezentei condiții suplimentare începe după trecerea unei perioade de așteptare de 90 de zile de la data de includere în asigurare a Asiguratului / Coasiguratului. La contractele de asigurare care se reînnoiesc, înainte de expirarea asigurării anterioare, răspunderea ASIROM continuă fără a mai fi necesară trecerea perioadei de excludere. Nu vor fi indemnizate cazurile care nu se încadrează în definițiile de mai sus, precum și cele menționate explicit ca excluseri, în prezentele Condiții de asigurare.

2. La contractele repuse în vigoare potrivit prevederilor „Art. 4. Neplata primei de asigurare” din Condițiile generale de asigurare, răspunderea ASIROM pentru riscul suplimentar de boli (afecțiuni) grave reîncepe după trecerea unei perioade de așteptare de 90 de zile de la data la care a reînceput valabilitatea asigurării.

3. Prin asigurarea suplimentară de boli grave sunt acoperite unul din următoarele riscuri:

- a) diagnosticarea Asiguratului / Coasiguratului în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, cu una dintre bolile (afecțiunile) grave prevăzute de condiția de asigurare sau;
- b) intervenția chirurgicală efectuată de Asigurat / Coasigurat în perioada de valabilitate a asigurării și numai dacă intervenția este una dintre cele prevăzute de condițiile de asigurare, respectiv așa cum este definită în prezentele condiții de asigurare suplimentare și doar dacă această intervenție a fost efectuată ca urmare a unei necesități medicale așa cum este definită mai sus.
4. Riscurile enumerate sunt acoperite prin prezenta asigurare numai dacă acestea sunt datorate unei boli (afecțiuni) grave care a fost diagnosticată pentru prima dată pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare.
5. Necesitatea medicală va fi stabilită de ASIROM prin experții săi, pe baza definiției de mai sus. Faptul că tratamentul și serviciul medical au fost recomandate, aprobate sau oferite de un doctor nu este suficient pentru a fi considerat necesar din punct de vedere medical.
6. ASIROM are dreptul să ceară Asiguratului / Coasiguratului să depună toate documentele necesare și, de asemenea, să investigheze prin mijloace specifice toate procedurile care au fost îndeplinite până la momentul stabilirii diagnosticului, precum și să ceară Asiguratului / Coasiguratului, dacă consideră necesar, să efectueze o examinare medicală de un medic desemnat, suportând cheltuielile aferente. Dacă Asiguratul / Coasiguratul refuză să pună la dispoziția societății documentele medicale solicitate sau să se supună examinării medicale, ASIROM poate refuza plata indemnizației asigurate dacă din acest motiv nu a putut finaliza evaluarea și/sau determina drepturile din asigurare.
7. Dacă după plata unor indemnizații de asigurare pentru acoperirea de boli (afecțiuni) grave și ca urmare a aceluiași Eveniment asigurat, survine decesul Asiguratului / Coasiguratului, ASIROM va plăti diferența ce poate exista între suma asigurată plătită pentru boli (afecțiuni) grave și suma asigurată pentru deces, atunci când suma asigurată pentru deces este mai mare. În cazul în care suma asigurată pentru deces este mai mică decât suma asigurată pentru boli (afecțiuni) grave deja plătită, atunci ASIROM nu va mai plăti și suma asigurată pentru riscul de deces.
8. ASIROM nu datorează indemnizația asigurată în cazul în care decesul Asiguratului / Coasiguratului survine în termen de 20 de zile de la diagnosticarea unei de boli (afecțiuni) grave sau în termen de 20 de zile de la data intervenției chirurgicale efectuată pentru o boală (afecțiune) gravă.
9. Orice document medical solicitat de ASIROM va fi depus în original, pe cheltuielile Asiguratului / Coasiguratului / Beneficiarului, în limba română sau însoțit de traducerea în limba română, efectuată de un traducător autorizat.
10. ASIROM nu este responsabil pentru calitatea serviciilor oferite de instituțiile medicale sau de personalul medical. Prezenta asigurare suplimentară nu dă dreptul Asiguratului /Coasiguratului /Beneficiarului la încasarea vreunei sume din asigurare, în cazul unui prejudiciu produs ca urmare a erorilor medicale sau neglijenței.
11. Prezenta condiție de asigurare suplimentară de boli (afecțiuni) grave se aplică numai împreună cu prevederile Condițiilor generale și se completează cu acestea.

22. Acoperire pentru Procurarea de ochelari

1. Dacă Asiguratul / Coasiguratul este diagnosticat, pentru prima dată, cu deficiențe de vedere, care necesită corectare prin achiziționarea de ochelari, Asigurătorul va acoperi costurile aferente cu procurarea acestora, o singură dată pe an de asigurare în limita sumei asigurate specificate în Poliță. Costurile care depășesc suma asigurată, precum și Franșiza (dacă aceasta a fost specificată în Poliță), vor fi suportate de către Asigurat / Coasigurat
2. Prin procurarea de ochelari se acoperă costurile cu achiziționarea de rame și lentile. Nu sunt acoperite costurile pentru repararea, reconstrucția sau înlocuirea unei rame / lentile deja existente ori a celei procurate în baza contractului de asigurare.
3. Pentru ca această acoperire să fie operantă, costurile procurării de ochelari trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă medicului specialist. Documentele de decontare trebuie să conțină și refertaul/scrisoarea medicală din partea medicului specialist în care este menționat că până la data consultului, Asiguratul/Coasiguratul nu a necesitat corecție optică.
4. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

23. Acoperire pentru Vaccinări

1. În cazul în care Asiguratului/Coasiguratului îi este necesară efectuarea unui vaccin, Asigurătorul va acoperi costurile cu manopera acestuia, până la limita menționată în Polița de asigurare.
2. Pentru ca această acoperire să fie operantă, serviciile trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a prestatorului de servicii medicale.
3. Dacă nu este specificat altfel în poliță, Sunt excluse din această acoperire, costurile cu vaccinul și evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

Alte detalii / informații furnizate privind asigurarea, la data încheierii acesteia:

- ⇒ ASIGURAREA este guvernată de Legea Română. Eventualele neînțelegeri dintre părți se vor soluționa pe cale amiabilă, iar dacă acest lucru nu este posibil, litigiul va fi soluționat de instanțele judecătorești competente.
- ⇒ Procedurile de soluționare a petițiilor (**reclamațiilor**) aplicabile prezentului contract de asigurare sunt cele prevăzute de Norma Autorității de Supraveghere Financiară nr.24/2014, privind procedura de soluționare a petițiilor, referitoare la activitatea ASIROMilor și brokerilor de asigurare. Orice petiție, cerere, reclamație se adresează în scris ASIROM și este soluționată conform procedurilor interne ale societății, accesibile publicului la sediile și pe site-ul societății, termenul de răspuns la acestea fiind cel prevăzut de art.3, lit.c din norma susmenționată, respectiv 30 de zile de la data înregistrării petiției, indiferent dacă soluția este favorabilă sau nefavorabilă. Această modalitate de soluționare a petițiilor nu limitează dreptul petentului de a se adresa Autorității de Supraveghere Financiară și/sau de a sesiza instanțele competente, potrivit legii.
- ⇒ În conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr.38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți și în condițiile stabilite prin Regulamentul Autorității de Supraveghere Financiară nr.4/2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN), consumatorul (asiguratul/contractantul/beneficiarul) are dreptul de a apela la soluționarea alternativă a eventualelor litigii cu ASIROM (comerciant), prin exprimarea acestei opțiuni, în scris, către SAL-FIN, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare. Consumatorii pot supune litigiul procedurilor SAL administrate de SAL-FIN dacă fac dovada că, în prealabil, au încercat să soluționeze litigiul direct cu asiguratorul (comerciantul) în cauză. Procedurile administrate și organizate de către SAL-FIN nu aduc atingere dreptului persoanei de a apela la mediere, dreptului la formularea de petiții sau dreptului persoanei de a se adresa instanțelor judecătorești competente.
- ⇒ La data încheierii contractului de asigurare și emiterii poliței, cheltuielile cu primele de asigurare plătite de angajator, în numele angajatului, care nu sunt incluse în veniturile salariale ale angajatului, nu sunt deductibile fiscal, iar despăgubirile, sumele asigurate și orice alte drepturi ce se acordă asiguraților, beneficiarilor sau oricăror persoane păgubite, din orice fel de asigurare, constituie venit neimpozabil (art.62, lit.g din Codul Fiscal).
- ⇒ În vederea protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării și terțelor persoane păgubite, în conformitate cu prevederile Legii nr.213/2015 privind Fondul de garantare a asiguraților, prin contribuția Asiguratorilor, se constituie **Fondul de garantare a asiguraților** destinat plăților de despăgubiri/indemnizații rezultate din contractele de asigurare, încheiate conform legii, în cazul insolvenței unui ASIROM.
- ⇒ Contractantul se obligă să informeze toți asigurații cu privire la prezentul contract și să obțină acordul acestora privind încheierea contractului de asigurare de grup și prelucrarea datelor cu caracter personal conform formularului specific pus la dispoziție de Asigurator. De asemenea, Contractantul se obligă să pună la dispoziția Asiguratorului, la cererea expresă a acestuia, formularul de mai sus, completat de Asigurați.

NUME, PRENUME REPREZENTANT CONTRACTANT:

NUME, PRENUME INTEREDIAR ASIROM:

.....
Am fost informat și am luat cunoștință de conținutul integral al condițiilor de asigurare și că prezentul document a fost emis în 2 exemplare (câte un exemplar de fiecare parte contractantă), iar încercarea de modificare prin fals se pedepsește conform Legii penale.

COD INTEREDIAR ASIROM

Am informat contractantul de conținutul integral al condițiilor de asigurare și am predat un exemplar însoțit de polița de asigurare.

.....
Semnătură reprezentant contractant

.....
Data

.....
Semnătură Intermediar ASIROM

.....
Data

Citiți cu atenție și în întregime Condițiile de asigurare în baza cărora se încheie prezentul contract de asigurare. În cazul producerii evenimentelor cuprinse în asigurare, adresați-vă celei mai apropiate unități ASIROM.

Prezentul document semnat de contractant certifică informarea Asiguratului/Coasiguratului asupra conținutului integral al Condițiilor de asigurare, dar nu face dovada încheierii contractului de asigurare decât însoțit de polița de asigurare emisă de ASIROM.