

CONDIȚII DE ASIGURARE

PENTRU ASIGURAREA DE SĂNĂTATE – GrupMED

Versiunea 6 / Ianuarie 2020

Cuprins

Condiții Generale de Asigurare	1
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	6
Art. 9. Timpul operativ și teritorialitatea acoperirii. Alte prevederi Contractuale	7
Art. 10. Prelucrarea datelor cu caracter personal	7
Condiții Specifice de Asigurare	8
1. Acoperire pentru Consultații medicale (Accident sau Îmbolnăvire)	8
2. Acoperire pentru Investigații medicale (Accident sau Îmbolnăvire)	8
3. Acoperire pentru Imagistică medicală (Accident sau Îmbolnăvire)	8
4. Acoperire pentru Transport medical cu ambulanța (Accident sau Îmbolnăvire)	8
5. Acoperire pentru Recuperare post-spitalizare (Accident sau Îmbolnăvire)	9
6. Acoperire pentru Recuperare medicală (Accident sau Îmbolnăvire)	9
7. Acoperire pentru Monitorizare sarcină	9
8. Acoperire pentru Proceduri chirurgicale în ambulatoriu / Spitalizare de zi (Accident sau Îmbolnăvire)	9
9. Monitorizarea bolilor cronice și afecțiuni preexistente	10
10. Acoperire pentru A doua opinie medicală	10
11. Acoperire pentru Spitalizare și intervenții chirurgicale în spital privat (Accident sau Îmbolnăvire)	10
12. Acoperire pentru Spitalizare în spital de stat (Accident sau Îmbolnăvire)	11
13. Acoperire pentru Naștere	11
14. Acoperire pentru Intervenții chirurgicale majore în afara României (Accident sau Îmbolnăvire)	11
15. Acoperire pentru Tratament Stomatologic în ambulatoriu (Accident sau Îmbolnăvire)	11
16. Acoperire pentru Tratament Stomatologic Extins (Accident sau Îmbolnăvire)	12
17. Acoperire pentru Prevenție (screening)	12
18. Acoperire pentru Procurarea de proteze/orteze (Accident sau Îmbolnăvire)	12
19. Acoperire pentru Procurarea de medicamente (Accident sau Îmbolnăvire)	12
20. Acoperire pentru Boli (afecțiuni) grave	13
21. Acoperire pentru Procurarea de ochelari	15
22. Acoperire pentru Vaccinări	15

Condiții Generale de Asigurare

Societatea Asigurarea Românească
 ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A.
 Bulevardul Carol I nr. 31-33, Sector 2, Cod 020912, București, România.
 Nr. de înregistrare în Registrul Comerțului: J40/304/1991, CUI: 336290.

Societate condusă printr-un sistem dualist:
 Capital social subscris și vărsat: 509.117.257,40 lei. Societate autorizată de
 Autoritatea de Supraveghere Financiară, Nr. Înmatriculare în Registrul
 Asiguratorilor: RA-023/2003, Cod LEI: 529900GDYJ3BVB71LV69.

Definiții

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

Asigurat: Membru al Grupului, desemnat de Contractant, persoană cu cetățenie română sau cu rezidență în România;

Accident: Eveniment imprevizibil, neintenționat din partea Asiguratului/Coasiguratului, care a survenit brusc și neașteptat, în perioada asigurată, datorat forțelor externe, violente și necontrolabile, și care face necesară accesarea serviciilor medicale în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare. 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);

Acoperire: Serviciile medicale incluse în polița de asigurare și care sunt accesate de Asigurat în perioada de valabilitate a politei;

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;

Avort spontan: Întreruperea spontană a sarcinii (prin-o cauză naturală, fără o intervenție din afară) înainte de săptămâna 20 de gestație (eliminarea spontană a produsului de concepție după săptămâna 20 poartă denumirea de pierdere spontană în stadiul avansat al dezvoltării sarcinii);

Avortul terapeutic (medical): Întreruperea unei sarcini din motive medicale, indiferent de vârsta gestațională, în cazurile în care mama își riscă viața dacă duce sarcina până la capăt, sau dacă fătul are o problemă ce va duce cu certitudine la moartea sa, înainte de naștere sau la scurt timp după aceea (întotdeauna este recomandat de către medic);

Avortul „la cerere” (provocat / voluntar): Întreruperea sarcinii la cererea femeii, dar nu pentru motive de afectare a mamei sau de suferință fetală;

Avort traumatic: Întreruperea involuntară a sarcinii rezultată în urma unui traumatism.

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 (mai mare de 90 de zile) sau care prezintă recăderi frecvente, necesitând repetate îngrijiri medicale de specialitate sau de monitorizare. 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;

Centru de coordonare: Dispecerat permanent la care Asiguratul trebuie să apeleze în cazul producerii unui risc asigurat. Centrul de coordonare menține legătura între Asigurat, Asigurător și prestatorii de servicii medicale, în ceea ce privește desfășurarea procesului de accesare a serviciilor medicale acoperite prin polița de asigurare;

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 aceștia își desfășoară studiile într-o unitate de învățământ de zi acreditată de Ministerul Educației și Cercetării și sunt în întreținerea părinților. La data începerii asigurării; Coasiguratul trebuie să fie persoană cu cetățenie română sau cu rezidență în România;

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

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, diagnosticată de un medic, după data de început a contractului de asigurare și care face necesară accesarea serviciilor medicale în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare;

Intermediar: 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 accesării serviciilor medicale acoperite prin Contractul de asigurare;

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 fibroscopic;

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 terapiei și tratamentelor clasice (exemplu: 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;

Perioada de valabilitate a politei: Perioada înscrisă în polița de asigurare, cuprinsă între data de început și sfârșit a politei și pe perioada căreia pot fi accesate serviciile medicale;

Perioada de păsuire: Durata de 30 zile calendaristice calculată începând cu prima zi a datei în care Prima de asigurare este scadentă. În perioada de grație, Asiguratul are acces la serviciile medicale din poliță doar cu decontare ulterioară, în baza dosarului de daună;

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: Înscrisul 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 reglementărilor emise de Asigurător ce stabilesc modalitatea prin care pot fi accesate serviciile medicale acoperite de asigurare cât și condițiile de instrumentare a dosarelor de daună;

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 medicali Asirom: Totalitatea prestatorilor de servicii medicale ce se afla în contract ce Asiguratorul

Risc asigurat: Accident sau Îmbolnăvire survenite în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare și care fac necesară accesarea serviciilor medicale acoperite conform Condițiilor de asigurare în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare ;

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 Ministerului Sănătății și este înmatriculată la Oficiul National al Registrului Comertului ca firmă cu capital privat.

Spital de stat: Unitate medicală dotată cu paturi a carei funcționare și administrare este autorizată și reglementată de Ministerului 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 Asigurătorul plătește indemnizația de asigurare;

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 sănătatea Asiguraților/Coasiguraților. Asigurătorul acoperă costurile serviciilor medicale accesate în perioada de valabilitate a politei, necesare în vederea stabilirii unui diagnostic ori pentru monitorizarea sau tratamentul unei afecțiuni, acoperite conform Condițiilor de asigurare.

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 Asiguratorului 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 Asigurator.

2.2. În cazul în care un Asigurat/Coasigurat părăsește grupul, atunci Contractantul are obligația să înștiințeze Asiguratorul 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 Coasigurați, atunci și aceștia vor fi excluși din asigurare odata cu data de ieșire din asigurare a Asiguratului de care aparțin.

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

2.5. Asiguratorul 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.

2.6. 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.

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

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

3.1. La solicitarea Contractantului, Asiguratorul 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 Asiguratorul 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, Asiguratorul acordă o perioadă de păsuire de 30 de zile pentru plata ratelor. În perioada de păsuire, serviciile medicale pot fi accesate doar cu decontarea ulterioară a costurilor, în baza dosarului de daună. În cazul în care primele de asigurare nu sunt achitate în termenul prevăzut, Asiguratorul nu va achita contravaloarea dosarelor de daună petrecute în perioada de păsuire.

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 2 luni de la prima scadență neachitată, prin plata primelor de asigurare datorate și a penalităților de întârziere stabilite de Asigurator.

4.3. Repunerea în termen (reluarea acoperirii) se face doar cu acceptul Asiguratorului.

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

Art. 5. Drepturile și obligațiile părților

5.1. Asiguratorul se obligă să acopere Costul serviciilor medicale accesate în perioada de valabilitate a asigurării, acoperite conform Condițiilor de asigurare.

5.2. Pentru serviciile accesate prin Rețeaua de prestatori, toate serviciile medicale vor fi acoperite doar dacă au fost efectuate în perioada de valabilitate a poliței, 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 Asigurator nu poate depăși limitele înscrise în polița de asigurare. În cazurile de urgență medicală, definite conform prezentelor 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 Asiguratorul a specificat expres în Polița de asigurare că serviciile medicale pot fi efectuate și în afara Rețelei de prestatori agreați de Asigurator atunci, pentru aceste cazuri, **plata contravalorii serviciilor medicale se va efectua sub formă de indemnizație de asigurare pentru serviciile medicale accesate în perioada de valabilitate a poliței, după cum e prevăzut de condiția specială de asigurare**, până la limita specificată în Polița de asigurare. Asiguratul/Coasiguratul este obligat să prezinte Asiguratorului 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 pusă la dispoziție la transmiterea ofertei / prin polița de asigurare.** Asiguratorul 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 Asigurator 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, chitanță, Ordin de plată care va fi însoțit de factura fiscală. Documentele de plată vor 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, conform art.

5.6. în termen de 30 de zile calendaristice de la data la care acesta a accesat serviciile medicale, respectiv de la data externării din spital, sub sancțiunea decaderii din dreptul de a mai solicita indemnizația corespunzătoare. Termenul de 30 de zile este un termen de decadere agreat 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

5.7. Cererea de despăgubire va fi semnată pe suport de hârtie de către asigurat și va fi transmisă în copie scanată asigurătorului. Copia scanată va fi transmisă asigurătorului fie de către asigurat de pe adresa de poștă electronică indicată de acesta ca adresă de corespondență, fie de către intermediarul care a distribuit asigurarea. De asemenea, documentele justificative vor fi depuse în copie scanată, fiind transmise în modalitatea anterior indicată. Părțile convin, în temeiul art. 256 C. proc. civ., că respectivele copii scanate transmise în modalitatea descrisă mai sus fac dovada deplină, până la proba contrarie, întocmai ca și originalele, în ceea ce privește orice aspect legat de executarea contractului de asigurare, fără nicio altă formalitate suplimentară.

5.8. 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.

5.9. 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.

5.10. Orice document medical solicitat de ASIROM va fi oferit de Asigurat/Coasigurat. 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.

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

5.12. Stabilirea drepturilor și plata indemnizațiilor de asigurare se efectuează după depunerea de către cei în drept să primească indemnizația, a documentelor prevăzute mai sus.

5.13. 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.

5.14. 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.

5.15. 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.

5.16. 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.

5.17. 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/denuțării 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 afecțiunilor preexistente și cronice, diagnosticate anterior 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 spitalizări pentru tratamente stomatologice, inclusiv chirurgicale, ortodontice sau orice tratamente adresate alveolelor dentare;
3. Servicii medicale care nu presupun o necesitate medicală sau care au fost solicitate de Asigurat / Coasigurat în scop de prevenție, 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 sau însuși asiguratul, incluzând soțul/soția, fratele/sora, părinții sau copiii;
5. Serviciile medicale și terapeutice din categoria **Medicina complementară/alternativă sau naturistă**, ca de exemplu, dar nelimitându-ne la: acupunctură, tratamente chiropractice, osteopatie, reflexologie, podiatrie, energoterapie, aromaterapie, proceduri terapeutice nerecunoscute din punct de vedere medical sau neautorizate de instituțiile medicale competente din România, precum și consecințele acestora;
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, deltaplanorismul, 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, trombofiliei, 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 caure 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. Servicii medicale și tratamentele aferente specialităților: psihologie, psihiatrie, nutriție, inclusiv servicii medicale care au legătura cu obezitatea, tulburările de alimentație, chirurgie bariatrică și ședinte de psihoterapie;
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 neprescrite 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 și tratamente efectuate în scop estetic.
24. Rinoplastia, septoplastia, cura chirurgicală a deviației de sept, corectarea acuității auditive și/sau vizuale, tratamentul excrescențelor pielii nu sunt acoperite cu sau fără indicație medicală/chirurgicală. 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, contracepție, dorința de a avea copii, schimbarea de sex sau donarea de organe, precum și a celor efectuate exclusiv în scop explorator sau diagnostic;
28. Serviciile medicale care au legatură cu tentativa de sinucidere sau automutilare intenționată a Asiguratului/Coasiguratului; sinuciderea nu este considerată Accident;

29. Serviciile medicale cauzate de împrejurările care nu sunt datorate unor Accidente/Îmbolnăviri petrecute în perioada asigurată, ori pentru care Asiguratul/Coasiguratul nu a respectat procedura de accesare comunicate de Asigurător sau pentru care nu există documente medicale/fiscale justificative, conform procedurilor/normativelor legale în vigoare;

30. Serviciile medicale cauzate de cazurile de urgență care, în conformitate cu legislația în vigoare, sunt în responsabilitatea exclusivă a serviciului public de ambulanță;

31. Serviciile medicale aferente modificărilor/corectării indicilor de refracție, inclusiv lentile, ochelari, intervenția chirurgicală de cataractă. Etc

32. Serviciile medicale efectuate în afara perioadei de valabilitate a poliței de asigurare.

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

9.1. Prezentă 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 neînțelegere între părțile contractante va fi soluționată pe cale amiabilă. Reclamațiile/ petițiile vor fi transmise, în scris, la Sediul social al Asigurătorului. Asigurătorul va soluționa reclamațiile în termen de 30 de zile de la data primirii acestora, în cazul în care nu sunt necesare alte informații sau documente pentru soluționarea reclamației. În acest din urmă caz, termenul de 30 de zile se prelungește proporțional cu durata transmiterii documentelor/ informațiilor solicitate. Asigurătorul transmite răspunsul la reclamație/ petiție prin mijloacele de comunicare agreeate între părți (poștă, e-mail, etc.). În cazul în care soluționarea cazului pe cale amiabilă nu este posibilă, părțile se pot adresa instanțelor de judecată sau autorităților competente..

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 există contradicții între prevederile condițiilor speciale și a condițiilor generale de asigurare, condițiile speciale de asigurare vor prevala.

Art. 10. Prelucrarea datelor cu caracter personal

10.1. Asigurătorul prelucrează datele dvs. personale în conformitate cu "Informarea ASIROM privind prelucrarea datelor cu caracter personal", a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 Aprilie 2016 (denumit în continuare GDPR) și a celorlalte prevederi legale aplicabile în materia protejării datelor cu caracter personal. „Informarea ASIROM privind prelucrarea datelor cu caracter personal” poate fi accesată în orice moment pe pagina web a societății: www.asirom.ro.

10.2. Prelucrarea de date personale înseamnă orice operațiune sau set de operațiuni efectuate asupra datelor cu caracter personal sau asupra seturilor de date cu caracter personal, cu sau fără utilizarea de mijloace automatizate, cum ar fi colectarea, înregistrarea, organizarea, structurarea, stocarea, adaptarea sau modificarea, extragerea, consultarea, utilizarea, divulgarea prin transmitere, diseminarea sau punerea la dispoziție în orice alt mod, alinierea sau combinarea, restricționarea, stergerea sau distrugerea.

10.3. Asiguratul/Contractantul, prin semnarea contractului de asigurare, declară că a înțeles că furnizarea de date cu caracter personal reprezintă o obligație necesară pentru încheierea contractului de asigurare iar scopul principal al prelucrării datelor cu caracter personal este încheierea și administrarea contractului de asigurare. Suplimentar acestui scop principal, datele personale sunt prelucrate și pentru următoarele scopuri:

- a) ofertarea și emiterea polițelor de asigurare, gestionarea contractelor de asigurare/ polițelor, inclusiv reînnoirea acestora, soluționarea daunelor, cedarea în reasigurare;
- b) efectuarea de profiluri și luarea deciziilor automate pentru evaluarea riscurilor asigurate și calculul primelor de asigurare; activitatea este necesară doar în cazul încheierii anumitor categorii de contracte de asigurare, prin raportare la suma asigurată;
- c) marketing, pentru informarea și acordarea de beneficii de loialitate, și pentru îmbunătățirea permanentă a calității serviciilor și produselor oferite (transmiterea de știri, promoții, produse noi); raportări interne sau către alte entități ale grupului din care ASIROM face parte;
- d) efectuarea de analize statistice / actuariale; soluționarea reclamațiilor și a solicitărilor din partea clienților;
- e) soluționarea potențialelor litigii, înaintate instanțelor (de drept comun sau arbitrale, din țară sau străinătate);
- f) identificarea clienților, efectuarea de verificări de integritate și detectarea și prevenirea potențialelor fraude (de exemplu prevenirea plăților nejustificate ale dosarelor de daună);
- g) comunicări sau raportări către autoritățile, instituțiile sau agențiile de stat sau guvernamentale abilitate;
- h) asigurarea măsurilor de securitate necesare (supraveghere audio-video);
- i) recuperarea creanțelor, acțiuni în regres.

10.4. Refuzul de furnizare a unor date cu caracter personal poate conduce la:

i) imposibilitatea Asigurătorului de a încheia contractul de asigurare ori de a continua relația contractuală cu Asiguratul/ Contractantul/ Co-asiguratul/ Beneficiarul;

sau

ii) imposibilitatea Asigurătorului de a-și onora obligațiile asumate față de Asiguratul/Contractantul/Co-asiguratul/Beneficiarul politei.

10.5. În situația în care acționați în calitate de reprezentant legal al unui Beneficiar/Asigurat minor/reprezentant al unei persoane juridice, prin semnarea contractului de asigurare, declarați că aveți capacitatea legală de a reprezenta cu drepturi depline Beneficiarul/Asiguratul minor/reprezentantul unei persoane juridice și de a încheia contractul de asigurare în numele acestuia.

10.6. Prin semnarea contractului de asigurare declar că am luat la cunoștință și înțeleg conținutul „Informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal”, declar că am acordul persoanelor ale caror date le furnizez și că mă oblig să o transmit tuturor persoanelor ale caror date cu caracter personal le furnizez pentru emiterea poliței de asigurare, în vederea informării corecte a acestora.

10.7. Prin semnarea contractului de asigurare Asiguratul/ Contractantul/Co-asiguratul declară și garantează în mod expres ca i-a fost adusă la cunoștință posibilitatea de a-și exercita dreptul de acces la date, dreptul de rectificare și de ștergere, dreptul la restricționarea prelucrării, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul de opoziție și dreptul de a nu face obiectul unei decizii bazate exclusiv pe prelucrare automată, inclusiv crearea de profile, precum și dreptul de adresare către justiție.

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 (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 acestor consultații efectuate în perioada de valabilitate a Poliței, 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. Specialități medicale pentru care se acoperă consultul: Alergologie și Imunologie, Anestezie și terapie intensivă, Boli Infecțioase, Boli metabolice, Cardiologie, Chirurgie generală, Dermatologie, Diabet, Endocrinologie, , Gastroenterologie, Hematologie, Medicina Generală, Medicina Internă, Nefrologie, Neurologie, Oftalmologie, Oncologie, ORL, Obstetrica – Ginecologie, Ortopedie, Pediatrie, Pneumoftiziologie, Proctologie, Psihiatrie; Psihologie, Radiologie, Reumatologie, Recuperare medicală, Urologie, Serologie, Senologie, Consult chirurgie de specialitate – nu se acopera consultul pentru chirurgie BMF
4. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire consultațiile de nutriție, stomatologie și evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare.

2. Acoperire pentru Investigații medicale (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 acestor investigații efectuate în perioada de valabilitate a Poliței, în limita specificată în Poliță. Costurile care depășesc limita anuală, vor fi suportate de către Asigurat/Coasigurat.
2. Specialități medicale pentru care se acoperă investigațiile medicale: Alergologie și Imunologie, Anestezie și terapie intensivă, Boli Infecțioase, Boli metabolice, Cardiologie, Chirurgie generală, Dermatologie, Diabet, Endocrinologie, Gastroenterologie, Hematologie, Medicina Generală, Medicina Internă, Nefrologie, Neurologie, Oftalmologie, Oncologie, ORL, Obstetrica – Ginecologie, Ortopedie, Pediatrie, Pneumoftiziologie, Proctologie, Psihiatrie; Radiologie, Reumatologie, Recuperare medicală, Urologie, Serologie, Senologie, Consult chirurgie de specialitate – nu se acopera consultul pentru chirurgie BMF
3. 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).
4. Pentru ca această acoperire să fie accesată, investigațiile medicale trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a medicului curant.
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.

3. Acoperire pentru Imagistică medicală (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 acestor proceduri efectuate în perioada de valabilitate a Poliței, în limita specificată în Poliță.
2. Specialități medicale pentru care se acoperă investigațiile imagistice: Alergologie și Imunologie, Anestezie și terapie intensivă, Boli Infecțioase, Boli metabolice, Cardiologie, Chirurgie generală, Dermatologie, Diabet, Endocrinologie, Gastroenterologie, Hematologie, Medicina Generală, Medicina Internă, Nefrologie, Neurologie, Oftalmologie, Oncologie, ORL, Obstetrica – Ginecologie, Ortopedie, Pediatrie, Pneumoftiziologie, Proctologie, Psihiatrie; Radiologie, Reumatologie, Recuperare medicală, Urologie, Serologie, Senologie, Consult chirurgie de specialitate – nu se acopera consultul pentru chirurgie BMF.
3. Pentru ca această acoperire să fie, accesată, procedurile imagistice trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a medicului curant.
4. Dacă nu este specificat altfel în poliță, sunt excluse din această acoperire investigațiile imagistice de tip PET – CT, 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 aceste costuri, efectuate în perioada de valabilitate a Poliței, 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 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
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 (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 perioada de valabilitate a Poliței, 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 (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 perioada de valabilitate a Poliței, 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 Poliței sunt acoperite procedurile medicale care au ca scop urmărirea evoluției sarcinii Asiguratei / Coasiguratei, 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, **în timpul consultului de diagnosticare**, a unor proceduri de mică chirurgie sau aplicarea unor tratamente și care nu implică spitalizare continuă, Asigurătorul va acoperi contravaloarea serviciilor medicale accesate în perioada de valabilitate a Poliței, în limita specificată 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 spitalizarea de zi a Asiguratului/Coasiguratului ca urmare a unui Accident sau Îmbolnăvire suferite în perioada de valabilitate a Contractului și care se efectuează în perioada de valabilitate a Poliței.

Servicii medicale acoperite în timpul spitalizării de zi:

- suturi;
- biopsii;
- polipectomii;
- toalete chirurgicale în ambulatoriu;
- microchirurgia traumatismelor;
- terapii chirurgicale în ambulator (a abceselor, a arsurilor termice <10%, a flegmoanelor, a hematoamelor, a panaritiului);
- injectarea de medicamente;
- montarea de perfuzii (se acopera inclusiv substanța);
- montarea de branule (se acopera inclusiv branula);

3. Servicii medicale acoperite în timpul consultului de diagnosticare:

- extracție de corpi străini;
 - puncții;
 - biopsii;
 - incizii;
 - suturi;
 - toalete chirurgicale în ambulatoriu;
 - microchirurgia traumatismelor;
 - electrochirurgia / electrocauterizarea /cauterizarea tumorilor cutanate / leziunilor;
 - polipectomii;
 - terapii chirurgicale în ambulator (a abceselor, a arsurilor termice <10%, a flegmoanelor, a hematoamelor, a panaritiului);
 - injectarea de medicamente;
 - Infiltratii - se acoperă doar costul manoperei (mâna de lucru);
 - montarea de perfuzii (se acopera inclusiv substanța);
 - montarea de branule (se acopera inclusiv branula);
 - fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate;
 - crioterapia în leziuni cutanate;
4. Pentru ca această acoperire să fie operantă, serviciile trebuie să se efectueze cu respectarea condițiilor de asigurare și la recomandarea scrisă a medicului curant;
5. 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 preexistența Asiguratului va acoperi costul serviciilor medicale accesate în perioada de validitate a Poliței, 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.
4. 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 accesate în perioada de validitate a Poliței. 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 medicului specialist.
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 în spital privat (Accident sau Îmbolnăvire)

1. În cazul în care în perioada de valabilitate a Poliței 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 spitalizare 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 continuă, 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, accesate în perioada de validitate a Poliței.
3. Nu se acoperă serviciile medicale precum 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 serviciile care au legătura cu chirurgia BMF precum și evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare. De asemenea, nu se consideră Spitalizare internarea în: unitățile destinate îngrijirii persoanelor Coasigurate 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 ftiziologie, 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)

1. 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, efectuată în perioada de validitate a Poliței, Asigurătorul 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 este acoperită 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 serviciile care au legătura cu chirurgia BMF precum și evenimentele enumerate în lista de Excluderi din Condițiile generale de asigurare. De asemenea, nu se consideră Spitalizare internarea în: unitățile destinate îngrijirii persoanelor Coasigurate 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 ftiziologie, 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

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 Asigurătorul va acoperi costurile respectivelor proceduri medicale accesate în perioada de validitate a Poliței. 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 medicului specialist.

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 expres 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 unui Accident sau Îmbolnăviri survenite 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, în măsura în care aceste intervenții sunt efectuate în perioada de valabilitate a Poliței. 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 tratamentului stomatologic efectuat în perioada de valabilitate a Poliței, 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 tratamentului dentar de urgență afectuat în perioada de validitate a Poliței 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; Decapusonare; Tratament alveolita; Tratament luxatie dentara; Cimentare coroana dentara (chiar daca coroana a fost realizata in alta clinica); Echilibrare ocluzala limitata (slefuii 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 lucrurilor protetice (coroane dentare, punti,proteze totale, proteze parțiale); 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 detaliierii 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 (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 protezelor/ ortezelor, 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 (Accident sau Îmbolnăvire)

1. Dacă Accidentul sau Îmbolnăvirea, produse în perioada de valabilitate a Poliței, 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), Asiguratorul va acoperi costurile efectuate în perioada de valabilitate a Poliței în baza bonului fiscal/ facturii fiscale, 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 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, granuloame, 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:

- a) 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;
- b) Melanoame cu grosime determinată prin examen histologic mai mică de 1,5 mm sau care au un nivel de invazie inferior nivelului 3 Clark;
- c) Toate hiperkeratozele sau carcinoamele celulelor bazale ale pielii, cu excepția situației în care invazia s-a extins către alte organe;
- d) Toate carcinoamele scuamocelulare ale pielii, cu excepția situației în care invazia s-a extins către alte organe;
- e) Sarcom Kaposi și alte carcinoame asociate infecției HIV;
- f) Tumori de prostată cu stadiul sub T2N0M0 conform clasificărilor internaționale în vigoare TNM, American Joint Committee on Cancer;
- g) 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:

- a) este indicat și esențial pentru diagnosticarea sau tratamentul bolii sau leziunii Asiguratului / Coasiguratului;
- b) nu depășește în scop, durată și intensitate nivelul de îngrijire necesar pentru a oferi Asiguratului / Coasiguratului diagnosticarea sau tratamentul adecvat;
- c) este efectuat pe bază de prescripție medicală;
- d) 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 boală 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 excluzi, 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) costurile diagnosticării Asiguratului / Coasiguratului în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, cu una dintre bolile (afecțiunile) grave prevăzute de condiția de asigurare sau;
- b) Costurile intervenției chirurgicale efectuate 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 efectuării 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.

21. Acoperire pentru Procurarea de ochelari

1. Dacă Asiguratul / Coasiguratul este diagnosticat, pentru prima dată în perioada de valabilitate a Poliței, 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 în perioada de valabilitate a Poliței și 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.

22. Acoperire pentru Vaccinări

1. În cazul în care Asiguratului/Coasiguratului îi este necesară efectuarea unui vaccin în perioada de valabilitate a Poliței, Asigurătorul va acoperi costurile cu manopera acestuia accesate în perioada de valabilitate a Poliței, 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 ASIROM și intermediarilor de asigurari. 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.

Prin semnarea acestui Contract declar că am luat la cunoștință și înțeleg conținutul „Informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal”, declar că am acordul persoanelor ale căror date le furnizez și că mă oblig să o transmit tuturor persoanelor ale căror date cu caracter personal le furnizez pentru emiterea poliței de asigurare, în vederea informării corecte a acestora. Am luat la cunoștință că detalii suplimentare referitoare la prelucrarea datelor cu caracter personal de către ASIROM, se regasesc pe site-ul ASIROM (www.asirom.ro)

COD INTEREDIAR ASIROM

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

.....
Semnătură Intermediar ASIROM

.....
Data

.....
Semnătură reprezentant contractant

.....
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.