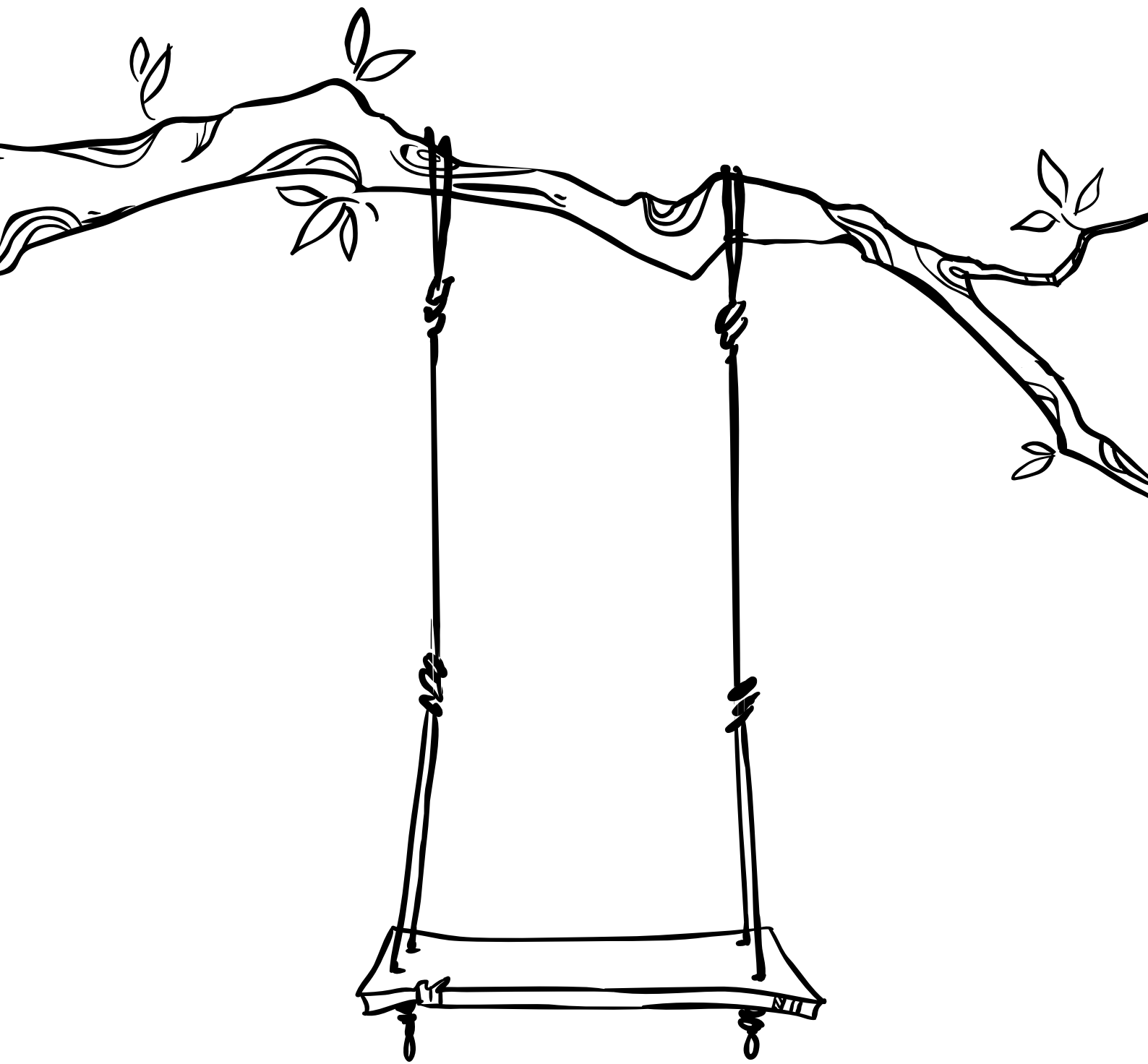


Condiții de Asigurare Individuală de Sănătate





Handwritten signature or text at the bottom of the page.

I. PREVEDERI GENERALE:

Prezentele Condiții de Asigurare, împreună cu Cererea de Asigurare pentru Contractant și Dependenți, Polița de Asigurare, Anexa 1 Lista de Beneficii, Anexa 2 Matricea Primelor de Asigurare constituie Contractul de Asigurare (denumit în continuare „**Contractul de Asigurare**”) încheiat între BRD Asigurări de Viață S.A. cu sediul în București, Splaiul Independenței nr. 15, Bl. 100, Tronson 1, Et. 5, Sector 5, 050082, telefon 021/408.29.29 și fax 021/408.29.13, capital social 36.116.500 RON, înregistrată la Registrul Comerțului cu nr. J40 / 20877 / 15.12.2008, CUI 24870553 / 16.12.2008, Societatea autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, înregistrată în Registrul Asigurătorilor sub nr. 64 / 03.04.2009, cod LEI 3157007U0N17M1JWDB35, înregistrată în Registrul operatorilor de date cu caracter personal sub nr. 11661 (în continuare denumită „**Asigurătorul**”) și Client (în continuare denumit „**Contractant**”).

Produsul de asigurare este distribuit de BRD - Groupe Société Générale S.A., cu sediul în București, Bd. Ion Mihalache nr. 1-7, sector 1, telefon 021/301.61.00, fax 021/301.66.36, înregistrată la Registrul Comerțului cu nr. J40/608/19.02.1991, în Registrul Bancar sub nr. RB-PJR-40-007/18.02.1999 și în operatorilor de date cu caracter personal sub nr. 1788, având Codul Unic de Identificare acordat de ASF: RAJ 58375, în calitate de agent de asigurare subordonat pentru Asigurările de Sănătate Individuale, clasa de asigurări B1, clasificare conformă cu Legea 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, (în continuare denumită „**Banca**”).

Asigurătorul și Contractantul vor fi denumiți în continuare „Partea”, individual , și „Părțile”, colectiv.

În baza Contractului de Asigurare, Contractantul se obligă să achite prima de asigurare în schimbul acoperirii de către Asigurător a riscurilor indicate în Anexa 1 Lista de Beneficii, cu condiția ca riscul asigurat să se fi produs în cadrul duratei de valabilitate a contractului și sub rezerva termenilor și limitelor convenite prin acesta.

II. DEFINIȚII

Termenii utilizați în cuprinsul acestor Condiții de Asigurare vor avea următoarele semnificații:

1. **Accident** - orice eveniment violent, exterior și imprevizibil, independent de voința Asiguratului, având ca urmare vătămări corporale, stabilite în mod obiectiv, și care are ca urmare producerea riscurilor asigurate. Polița de Asigurare acoperă doar accidentele suferite de un Asigurat în Perioada de Valabilitate a Contractului de Asigurare.

2. **Afecțiune Preexistentă** - Orice boală, accident, vătămare, inclusiv recidiva unei afecțiuni medical inițiale sau alte afecțiuni medicale ale Asiguratului, descoperite sau dezvoltate înainte de Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare pentru respectivul Asigurat, indiferent dacă afecțiunea a fost diagnosticată de un medic și indiferent de tratamentul administrat sau nu. Tratamentul se referă la orice medicamente sau proceduri medicale prescrise sau nu de un medic specialist.

3. **Asigurat** - persoana a cărei sănătate face obiectul asigurării, în baza prezentelor Condiții de Asigurare. Contractantul, Dependenții acestuia și dependentul asimilat, dacă este cazul, denumită alternativ și Persoana Asigurată.

4. **Asigurătorul** - BRD Asigurări de Viață S.A. înregistrată în Registrul Asigurătorilor sub nr. 64/03.04.2009.

5. **Beneficiar** - persoana îndreptățită să primească indemnizația de asigurare;

6. **Boală** - orice stare anormală, patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/sau funcționalității normale a întregului organism sau oricărei părți a acestuia, diagnosticată de medicul specialist conform criteriilor clinice sau paraclinice specifice.

7. **Cerere de Asigurare** - document ce urmează să fie completat și semnat de Contractant și Dependenți, dacă este cazul, cu condiția ca aceștia să aibă vârsta de peste 14 ani. Dacă, la data subscrierii, Dependenții nu au împlinit această vârstă, formularele vor fi semnate în numele lor de către reprezentanții legali ai acestora.

8. **Chirurg** - un Medic specialist, conform definiției de mai jos, având o calificare medicală specializată superioară, ce are dreptul de liberă practică într-o specializare chirurgicală.

9. **Complicație** - orice stare medicală gravă apărută ca urmare a intervențiilor sau tratamentelor efectuate în perioada de spitalizare, acoperită de acest Contract de Asigurare și care determină o nouă perioadă de spitalizare.

10. **Consultație Medicală** - anamneza și examinarea Asiguratului, în vederea stabilirii diagnosticului și tratamentului.

11. **Contractant** - persoana fizică ce încheie Contractul de Asigurare cu Asigurătorul în beneficiul propriu și al Dependenților săi, dacă este cazul, în conformitate cu prezentele Condiții de Asigurare.

12. **Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare** - data începerii Contractului de Asigurare, menționată în cuprinsul Poliței de Asigurare, care corespunde datei semnării Contractului de Asigurare.

13. **Data aniversară** - Data împlinirii perioadei de 1 an calculate de la Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare, iar ulterior datele aferente perioadelor succesive de 1 an.

14. **Data Expirării Contractului de Asigurare** - data încetării răspunderii Asigurătorului.

15. **Dependent** - soția/soțul recunoscut(ă) legal, partenerul(a) de viață, copiii, cu condiția ca aceștia să îndeplinească condițiile de eligibilitate prevăzute la articolul V.

16. **Dependent asimilat** - persoana care, în afara Contractantului sau Dependenților, fără a ține seama de relația cu Contractantul, se încadrează în criteriile standard de eligibilitate, conform articolului V, beneficiind de 1 consultație pe an la un medic generalist, în limita Formulei de Asigurare.

17. **Dispecerat** - dispeceratul de unde Asiguratul poate obține informații privind riscurile acoperite de asigurare, limitele și consumul în baza Contractului de Asigurare, informații privind serviciile medicale incluse în cadrul Contractului de Asigurare, precum și orice alte informații privind Contractul de Asigurare.

18. **Durata Contractului de Asigurare** - perioada de 1 an, calculată de la Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare, cu reînnoire automată pe perioade succesive de câte 1 an, în care riscurile asigurate sunt acoperite pentru Asigurat în baza Contractului de Asigurare.

19. **Formulă(e) de Asigurare** / Formulă - acoperirea asigurării de sănătate grupată în 3 planuri de asigurare propuse de Asigurător, Contractantului și Dependenților. Fiecare Formulă conține, dacă este cazul, limitele maxime specifice riscurilor asigurate detaliate în cuprinsul Anexei 1 Lista de Beneficii.

20. **Furnizor de servicii medicale ambulatorii** - toate cadrele medicale de specialitate din Sistemul Public și Privat de Sănătate din România, precum: centre de diagnostic și tratament, cabinete medicale, societati civile medicale și instituții medicale civile.

21. **Indemnizație de Asigurare** - beneficiul stipulat în Polița de Asigurare pentru Serviciile Medicale Spitalicești și Ambulatorii justificate prin documente medicale și documente fiscale acceptate (facturi, chitanțe), conform Formulei, în baza Condițiilor de Asigurare.

22. **Intervenție chirurgicală** - procedură de intervenție efectuată în scop terapeutic, considerată a fi necesară din punct de vedere medical în scopul prevenirii înrăutățirii stării de sănătate a Asiguratului ca urmare a unui accident sau unei boli, care se efectuează în conformitate cu normele și standardele medicale de specialitate și implică o anestezie locală ori generală și o incizie.

23. **Lista de Beneficii (Anexa 1)** - lista și limitele tuturor serviciilor medicale acoperite de Asigurător. Înainte de Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare, Lista este pusă la dispoziția Contractantului, care are răspunderea de a o aduce la cunoștința Dependenților. Lista este transmisă Contractantului și la Date Aniversare ulterioare când Anexa 2 Matricea Primelor de Asigurare suferă modificări.

24. **Matricea Primelor de Asigurare (Anexa 2)** - un plan tarifar ce conține valorile prezente și viitoare ale primelor de asigurare, în conformitate cu vârsta actuală a Asiguraților eligibili în baza Contractului de Asigurare. Matricea Primelor poate fi modificată în conformitate cu articolul VII.5.

25. **Medic specialist** - o persoană care a absolvit o universitate de medicină acreditată, confirmat într-unul sau mai multe specializări și recunoscut de Colegiul Medicilor din România, și care deține o autorizație valabilă de liberă practică. Această categorie exclude în mod explicit rudele de gradul 1 și 2 ai Asiguratului. Pentru tratamente în străinătate nu este necesară recunoașterea de către Colegiul Medicilor din România.

26. **Necesitate Medicală** - Stare de sănătate a Asiguratului ce necesită servicii de îngrijire medicală în scopul evaluării, diagnosticării sau tratării unei boli ori simptomelor sale, consecințelor unui(ei) accident, vătămări corporale ori simptomelor sale, deopotrivă în scopul prevenirii înrăutățirii sănătății Asiguratului și determinării unei evoluții pozitive semnificative, și care sunt:

26.1. conforme cu standardele general acceptate de practica medicală;

26.2. adecvate din punct de vedere clinic, din punct de vedere al tipului, frecvenței, întinderii, locului și duratei,

și considerate eficace pentru boala, vătămarea corporală sau afecțiunea pacientului;

26.3. prestate de un furnizor atestat de servicii de îngrijire medicală.

27. **Perioada de așteptare** - perioada de timp calculată începând cu Data Intrării în Vigoare a Contractului, în care Riscurile Asigurate nu sunt acoperite și nu se achită Indemnizații de Asigurare.

28. **Perioada de Grație** - reprezintă perioada de 28 de zile de la scadența unei rate de primă neachitate, în care prima restantă trebuie achitată, indiferent de frecvență, și fără nicio răspundere din partea Asigurătorului dacă Prima de Asigurare nu este platită. În cazul în care orice Risc Asigurat acoperit se produce în timpul Perioadei de Grație, Asigurătorul va achita indemnizația datorată, conform Anexei 1 Lista de Beneficii, numai după ce Contractantul achită prima datorată înaintea încheierii Perioadei de Grație. În cazul în care prima de asigurare nu este achitată până la sfârșitul Perioadei de Grație, contractul de asigurare este reziliat.

29. **Poliță de Asigurare** - documentul ce atestă încheierea Contractului de Asigurare.

30. **Pre-Autorizare** - un proces, obligatoriu a fi respectat înainte de solicitarea oricărui Servicii Medicale Spitalicești, bazat pe un formular completat de Asigurat în scopul validării faptului că tratamentul este necesar (recomandare medicală), a faptului că serviciile solicitate sunt acoperite de produs (fără afecțiuni preexistente, fără excluderi, primele de asigurare sunt achitate, acoperirea nu a fost epuizată - numărul maxim de zile de spitalizare nu a fost deja atins, etc.) și în scopul verificării costurilor de spitalizare, numărului de zile necesare, în limitele specificate în Formula de Asigurare. Procesul de pre-autorizare nu este necesar în cazuri de urgență.

31. **Primă de Asigurare** - suma ce urmează să fie achitată de Contractant în schimbul acoperirii riscului de către Asigurător, calculată în funcție de vârsta împlinită de Asigurat, tipul Formulei contractate și frecvența plății Primelor de Asigurare, stipulate în Poliță.

32. **Risc Asigurat** - un eveniment viitor nesigur, acoperit de Asigurător în baza Condițiilor de Asigurare, la producerea căruia Asigurătorul va achita Indemnizația de Asigurare, cu condiția ca riscul să se fi produs pe Durata Contractului de Asigurare. Evenimentul viitor nesigur este Necesitatea Medicală a Asiguratului, conform definiției de la punctul 2.26.

33. **Servicii Medicale Ambulatorii** - toate serviciile medicale, menționate în cuprinsul Anexei 1 Lista de Beneficii, furnizate Asiguratului în Sistemul Public și Privat de Sănătate, ce nu necesită internarea Asiguratului într-un Spital.

34. **Servicii Medicale Spitalicești** - servicii medicale acoperite prin Contractul de Asigurare, menționate în Anexa 1 Lista de Beneficii, furnizate unui Asigurat pe baza unei recomandări medicale din partea unui medic specialist și care implică internarea Asiguratului într-un Spital.

35. **Servicii Medicale** - toate Serviciile Medicale Spitalicești și Ambulatorii destinate prevenirii sau tratării unei vătămări corporale sau unei boli, furnizate în cadrul Sistemelor Publice și Private de Sănătate, astfel cum sunt descrise în aceste Condiții de Asigurare

și acoperite de Contractul de Asigurare încheiat între Contractant și Asigurător.

36. **Sistemul Public și Privat de Sănătate** - toate cadrele medicale de specialitate din domeniul îngrijirii medicale, din sistemul public sau privat, centrele de diagnostic și tratament, cabinetele medicale private și societățile civile medicale și instituții medicale ce oferă servicii Asiguratului și care sunt aprobate conform legii.

37. **Spital** - Unitate sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, proprietate publică sau privată, ce oferă servicii de asistență medicală permanentă, 24 ore din 24, 7 zile din 7. Spitalul trebuie să dețină autorizațiile și licențele de funcționare legale necesare, emise de către autoritățile guvernamentale sau publice teritoriale corespunzătoare.

38. **Tratament** - îngrijire medicală ce acoperă de la sfaturi de igienă până la cele mai complexe acțiuni medicale și chirurgicale și care este administrată de către un Medic specialist.

39. **Urgență Medicală** - Orice boală sau accident apărut(ă) în mod subit și pe neașteptate, ce necesită asistență medicală imediată, în scopul menținerii vieții, funcțiilor vitale a(le) Asiguratului sau evitării vătămării corporale ireparabile ori pierderii unui organ sau funcțiilor acestuia.

40. **Zi de Spitalizare** - perioada de 24 ore consecutive de spitalizare continuă, calculată de la data internării Asiguratului într-un spital și până la data externării Asiguratului. Spitalizarea trebuie să aibă loc la recomandarea unui medic.

III. OBIECTUL ASIGURĂRII

1. În schimbul plății Primei de Asigurare, Asigurătorul acoperă riscurile asigurate și acordă Indemnizația de Asigurare menționată în Polița de Asigurare, în conformitate cu prezentele Condiții de Asigurare.

2. Riscurile Asigurate acoperite de Polița de Asigurare, pentru Contractant și Dependenți cuprind:

2.1. **Spitalizare** conform Formulei și în limitele stipulate în Anexa 1 Lista de Beneficii a fiecărei Formule;

2.2. **Intervenții chirurgicale** conform Formulei și în limitele stipulate în Anexa 1 Lista de Beneficii a fiecărei Formule;

2.3. **Boli grave**, conform Formulei și în limitele stipulate în Anexa 1 Lista de Beneficii a fiecărei Formule;

2.4. **Servicii medicale ambulatorii** conform Formulei și în limitele stipulate în Anexa 1 Lista de Beneficii a fiecărei Formule;

3. Riscurile Asigurate acoperite prin Polița de Asigurare pentru Dependenți Asimilați:

3.1. O consultație pe an la un medic generalist, în cadrul Serviciilor medicale ambulatorii și în limita maximă conform Formulei de Asigurare, cu luarea în considerare a consumului folosit din Formulă de către Contractant în timpul anului, conform Anexei 1 Lista de Beneficii

4. Persoana Asigurată este acoperită pentru Riscurile Asigurate prin achitarea Indemnizațiilor de Asigurare, de către Asigurător, în conformitate cu specificațiile Formulei de Asigurare și în limitele stipulate în Anexa 1 Lista de Beneficii, în forma contractată de Contractant și indicată în Polița de Asigurare.

5. O persoană, și/sau o persoană cu dependenți, poate fi asigurată în baza unei singure Formule de Asigurare,

ce poate fi modificată în conformitate cu dispozițiile art. XIX, prin decizia Contractantului.

6. Modificarea Formulei este permisă numai la Data Aniversară, cu o notificare transmisă cu 30 de zile în prealabil, și funcționează după cum urmează:

6.1. Dacă se solicită de către Contractant modificarea Formulei cu una inferioară sau modificarea frecvenței plății, din perspectiva subscrierii medicale, Polița de asigurare este considerată drept o continuare a Contractului de Asigurare și va menține valabilitatea declarațiilor medicale semnate de către toate Persoanele Asigurate în momentul subscrierii.

6.2. Dacă se solicită de către Contractant modificarea Formulei cu una superioară, din perspectiva subscrierii medicale, polița va continua, cu condiția ca toate Persoanele Asigurate (Contractantul și Dependenții) să semneze o nouă declarație medicală.

În acest caz: Perioada de așteptare de 90 de zile pentru acoperirea aferentă Bolilor Grave se va aplica și în cazul noii Formule.

În plus, Excluderea afecțiunilor preexistente în primii doi ani se va aplica din nou în cazul Indemnizațiilor derivate din serviciile medicale spitalicești (Spitalizare/Intervenții chirurgicale/Boli Grave) începând cu data activării noii Formule de asigurare superioare.

7. Asigurătorul va achita Indemnizații numai pe baza documentelor medicale și fiscale valabile, emise de furnizorii de servicii medicale.

8. Pentru acest Contract de Asigurare, acoperirea acordată în conformitate cu Formula de asigurare este valabilă începând cu Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare pentru fiecare Persoană Asigurată.

IV. DURATA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

1. Acoperirea Poliței de Asigurare, pentru Contractant și respectiv pentru fiecare Persoană asigurată ce intră în Contractul de Asigurare, are loc după cum urmează:

1.1. La ora 00:00 a zilei următoare plății primei inițiale. Pentru intrarea în vigoare a Contractului de Asigurare este necesar ca Asigurătorul să primească de la Contractant și / sau Dependenți formularul de cerere de asigurare, completat și semnat, o copie a cărții de identitate și plata primei inițiale a asigurării.

2. Durata Contractului de Asigurare este stabilită pentru o perioadă de 1 an, conform celor stipulate în Polița de Asigurare, și este reînnoită automat în fiecare an, cu excepția cazului în care contractul încetează în condițiile prevăzute la articolul IX.

V. ELIGIBILITATE

1. În scopul dobândirii calității de Persoană Asigurată, persoanele fizice trebuie să îndeplinească următoarele cerințe de eligibilitate:

1.1. Să fie rezidente în România (cerința aplicabilă atât în cazul Contractantului, al Dependenților și al Dependenților Asimilați)

1.2. Contractantul trebuie:

a) Să fie client al BRD Groupe Société Générale S.A în orice moment în cadrul perioadei contractuale

b) Să aibă, la data subscrierii, vârsta minimă de 18 ani

c) Să aibă, la data subscrierii, vârsta maximă de 60 de ani

d) Să aibă, la data încetării poliței, vârsta maximă de 61 de ani

1.3. Dependenții:

- a) Dependenții pot să nu fie clienți ai Băncii
 - b) Copiii trebuie să aibă vârsta de cel puțin o lună (30 de zile) și cel mult 23 de ani, împlinită la Data Intrării în Vigoare a Poliței de Asigurare;
 - c) Copiii peste 18 ani sunt eligibili pentru acoperire numai dacă urmează cursurile unei unități școlare sau unități de învățământ profesional și au o vârstă maximă de 24 de ani, la data încetării poliței;
- Când Contractantul alege să includă copii în cadrul asigurării, acesta trebuie să includă toți copiii săi eligibili;
- d) Soțul/soția sau partenerul/a de viață: minim 18 ani - maxim 60 de ani împliniți la Data Intrării în Vigoare a Poliței de Asigurare și la data fiecărei aniversări a contractului; Partenerul/a de viață poate dobândi calitatea de asigurat dacă declară, în formularul de subscriere, că locuiește la aceeași adresă cu Contractantul;
 - e) Partenerul/a de viață, ca Dependent, trebuie să semneze declarația privind locuința comună cu Contractantul.
 - f) Pentru Dependenți și Dependenți Asimilați, Contractul de Asigurare va intra în vigoare la aceeași dată ca și Polița Contractantului sau oricând în timpul anului, în urma cererii Contractantului, atunci când persoana se califică drept Dependent (prin naștere sau căsătorie) sau Dependent Asimilat, conform dispozițiilor art. V.1.
 - g) O asigurare de sine-stătătoare pentru Dependenți nu este acceptabilă.

1.4. Dependenți Asimilați:

- a) Nu se cere un anumit tip de relație de familie cu Contractantul;
- b) Este permis doar un dependent asimilat pentru fiecare contract de asigurare;
- c) Varsta maxima la acordarea serviciului medical este de 61 de ani;

În plus față de cerințele de mai sus, pentru a fi eligibili în cadrul unei asigurări de sănătate individuale, atât Contractantul cât și toți Dependenții trebuie să semneze declarația medicală din cadrul cererii de asigurare. Pentru a beneficia de acoperire în baza unei asigurări de sănătate individuale, dependenții trebuie să fie incluși în cadrul unuia dintre următoarele pachete, în funcție de numărul și tipul asiguraților:

1.5. Pachet pentru Persoane Individuale: Contractantul

1.6. Pachet pentru Cuplu: Contractantul și soțul/soția eligibil(ă) sau partenerul(a) de viață (dacă este eligibil(ă))

1.7. Pachet pentru Familie:

- a) Contractantul, soțul/soția sau Partenerul de viață eligibil(ă) și toți copiii eligibili
- b) Contractantul și toți copiii eligibili în cazul în care Contractantul declară, în momentul subscrierii, că nu are un soț/ o soție eligibil(ă) (conform criteriilor de calificare definite mai sus).

În cadrul pachetelor pentru familii, Dependenții vor fi asigurați în cadrul aceluiași Contract de Asigurare de sănătate și pentru aceeași Formulă de asigurare ca și Contractantul.

VI. BENEFICIARI

1. Persoana Asigurată este Beneficiarul Indemnizațiilor de Asigurare, fie sub forma de servicii medicale, fie de Indemnizații de Asigurare. În cazul decesului Persoanei Asigurate, indemnizația în mod normal datorată acestuia, va fi plătită moștenitorilor legali, dacă

există, astfel cum sunt definiți prin lege și menționați în certificatul de moștenitor, în conformitate cu cotele stipulate în acesta, dacă este cazul.

2. Dependenții și Dependenții Asimilați vor beneficia și ei de indemnizații de asigurare, în conformitate cu Anexa 1 Lista de Beneficii.

VII. CALCULAREA PRIMEI DE ASIGURARE

1. Prima de Asigurare va fi calculată în RON, pentru fiecare Persoană Asigurată, pe baza unor calcule actuariale, luând în considerare vârsta împlinită de acestea la data subscrierii și la următoarele date aniversare, Formula aleasă și numărul de Persoane Asigurate. Contractantul poate beneficia de o reducere, în funcție de numărul Persoanelor Dependente care sunt acoperite de această Poliță de Asigurare. Prima de Asigurare va corespunde anului curent și este stipulată atât în Polița de Asigurare, cât și în Anexa 2 Matricea Primelor de Asigurare.

2. La fiecare Dată Aniversară, Prima de Asigurare va fi modificată în mod automat în conformitate cu vârsta împlinită a fiecărui asigurat, după caz, corespunzătoare Anexei 2 Matricea Primelor.

3. Pentru o singură Persoană Asigurată, Prima de Asigurare este considerată drept Prima de Asigurare a Contractantului.

4. În cazul pachetelor pentru familii, Prima de Asigurare este considerată drept prima totală pentru toate Persoanele Asigurate, calculată prin însumarea primei aferente fiecărei Persoane Asigurate (Contractant, Dependenți) și aplicarea unei reduceri pentru prima globală, în funcție de numărul de numărul de dependenți incluși în Polița de Asigurare.

5. Asigurătorul își rezervă dreptul de a modifica Anexa 2 Matricea Primelor de Asigurare. Noua Matrice a Primelor va fi comunicată Contractantului cu cel puțin 60 de zile înainte de Data Aniversară a Contractului. Modificarea va fi aplicabilă începând cu Data Aniversară a Contractului cu condiția semnării unui act adițional la Contractul de Asigurare de către ambele Părți cu minim 30 de zile înainte de data aniversării. În cazul în care Contractantul nu este de acord cu noua Matrice a Primelor, Contractul de Asigurare nu se reînnoiește.

6. În cazul acceptării modificării Anexei 2 Matricea Primelor de Asigurare, Contractul de Asigurare se va reînnoi în baza acelorași termeni ca și anul anterior, cu excepția noii Prime de Asigurare aplicabile din acel moment.

7. În cazul în care Contractul de Asigurare este denunțat la inițiativa Contractantului, înainte de data expirării, conform celor dispuse în Polița de Asigurare, Contractul de Asigurare va fi considerat drept încetat fără nicio obligație din partea Asigurătorului, și fără obligația de a returna prima achitată de către Contractant.

VIII. PLATA PRIMEI DE ASIGURARE

1. Contractantul răspunde de plata Primelor de Asigurare.

2. Primele de Asigurare vor fi achitate în avans, cu frecvența stabilită în cadrul Poliței (lunar, trimestrial, semestrial sau anual) și trebuie să respecte datele scadente specificate în cuprinsul Poliței de Asigurare.

3. Primele de Asigurare vor fi achitate de Contractant exclusiv prin metoda debitării directe în contul

Asigurătorului stipulat în Contractul de Mandat de Plată prin Debitare Directă, încheiat între Contractant și BRD - Groupe Société Générale S.A.

4. Cu privire la plata fiecărei Prime de Asigurare, Asigurătorul acordă o Perioadă de Grație de 28 de zile, indiferent de frecvență, timp în care Asigurătorul nu are nicio răspundere în cazul în care prima nu este achitată.

IX. ÎNCETAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

1. Contractul de Asigurare poate înceta în următoarele circumstanțe:

1.1. La expirarea termenului pentru care a fost încheiat, în conformitate cu Articolul IX.3 de mai jos;

1.2. Drept consecință a neachitării Primei de Asigurare la sfârșitul Perioadei de Grație;

1.3. Prin denunțare unilaterală de către oricare Parte, la data aniversara, pe bază de notificare scrisă trimisă celeilalte Părți cu cel puțin 20 (douăzeci) de zile calendaristice înainte de data solicitată de încetare a Contractului de Asigurare;

1.4. La următoarea data aniversara după ce Contractantul împlineste 61 ani;

1.5. În cazul decesului Contractantului, ce va fi notificat către Asigurător în termen de 30 de zile;

1.6. Încetarea calității de client BRD Groupe Societe Generale a contractantului;

1.7. Contractantul nu mai este rezident în România

2. Pentru un Dependent, Polița de Asigurare încetează în oricare dintre circumstanțele următoare:

2.1. La data încetării Contractului de Asigurare ca urmare a uneia dintre circumstanțele stabilite la articolul IX.1;

2.2. Prima Dată aniversară după ce Dependentul:

a) a împlinit vârsta de 61 de ani în cazul sotului/sotiei, partenerului de viață și dependentului asimilat;

b) a împlinit vârsta de 24 de ani sau dacă nu mai urmează cursurile unei unități școlare, în cazul copiilor;

2.3. Persoana asigurată nu mai este rezident în România

3. La Data Expirării, Contractul de Asigurare va fi prelungit automat pentru o nouă perioadă de 1 an, cu excepția cazului în care una dintre Părți își exprimă dorința de a înceta contractul, cu 20 de zile înainte de data expirării.

4. Încetarea prezentului Contract de Asigurare nu va afecta obligațiile deja scadente ale Părților contractante la data încetării Contractului.

5. Contractul de Asigurare care a încetat nu mai poate fi repus în vigoare.

6. Încetarea Contractului de Asigurare de către Contractant este efectuată prin transmiterea unei solicitări de încetare transmisă prin posta sau prin semnarea unui act adițional de încetare la Bancă.

X. REINNOIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

1. Contractul de Asigurare este încheiat pentru o perioadă de 1 (un) an, cu reînnoire automată pentru perioade succesive de câte 1 an. Reînnoirea automată va avea loc în toate cazurile, cu excepția cazului în care orice Parte își anunță intenția de a denunța Contractul de Asigurare, cu 20 de zile înainte de expirarea Contractului de Asigurare.

2. Reînnoirea automată este posibilă numai atunci când nu au loc modificări în cadrul Anexei 2 Matricea

Primelor de Asigurare. Dacă Asigurătorul hotărăște să modifice Matricea Primelor, reînnoirea automată este posibilă numai cu acordul scris al Contractantului privind noua Anexa 2 Matricea Primelor de Asigurare.

3. Matricea Primelor poate fi modificată de către Asigurător. Noua Matricea a Primelor va fi valabilă de la data reînnoirii poliței.

XI. PROCESUL DE PRE-AUTORIZARE A DESPĂGUBIRII

1. Procesul de Pre-autorizare este obligatoriu, va fi realizat înainte de utilizarea Serviciilor Medicale Spitalicești și va consta în:

1.1. Validarea faptului că serviciile solicitate sunt acoperite de asigurare (fără afecțiuni preexistente, fără excluderi, Prima de Asigurare este achitată, acoperirea nu a fost epuizată - numărul maxim de zile de spitalizare nu este deja atins sau limita sumei asigurate nu este atinsă, etc.);

1.2. Asigurarea faptului că respectivul client are o recomandare medicală care dovedește necesitatea medicală;

1.3. Verificarea costurilor de spitalizare, numărului de zile necesare, în limitele specificate în cadrul Formulei de Asigurare, solicitate unității medicale de către Asigurat.

În cazuri de urgență nu este necesar un proces de pre-autorizare.

2. Procesul de pre-autorizare este necesar numai pentru Serviciile Medicale Spitalicești.

3. Documentele care urmează a fi verificate în cadrul procesului de pre-autorizare includ:

3.1. Formularul de pre-autorizare completat de Persoana Asigurată (în original);

3.2. Copie a documentului de identitate al solicitantului;

3.3. Copie a recomandării medicale din partea unui medic specialist;

3.4. Declarația Persoanei Asigurate cu descrierea detaliată a circumstanțelor Accidentului (în caz de accident);

3.5. Copie a procesului-verbal încheiat de poliție în caz de Accident, inclusiv valoarea alcoolemiei, dacă este cazul (dacă este o anchetă desfășurată de poliție);

3.6. Copii ale tuturor documentelor medicale necesare, care prezintă circumstanțele privind riscurile asigurate (istoric medical de la doctorul de familie și/sau de la orice alt furnizor de servicii medicale, rezultate ale unor investigații medical desfășurate - de exemplu, rezultate la testele de sânge, rapoarte privind testele anatomopatologice, certificate ale examinărilor radiologice, etc., tratamentele aplicate, durata spitalizării, instituția și orice documente necesare Asigurătorului pentru evaluarea cererii de despăgubire în baza Condițiilor de Asigurare).

4. În termen de 4 zile lucrătoare de la primirea ultimului document necesar, din partea oricăror părți ce pot contribui la stabilirea cu exactitate a consecințelor și cauzelor Riscului Asigurat, Asigurătorul va accepta accesul la serviciile medicale în limitele specificate sau va respinge cererea de despăgubire.

XII. PROCESUL DE DESPAGUBIRE ȘI PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

1. Următoarele documente vor fi solicitate pentru evaluarea cererii de despăgubire în cazurile de tratament ambulatoriu:

- 1.1. Persoană Asigurată - Contractant și Dependent:
- a) Cererea de despăgubire completată de Contractant sau Dependent, după caz (în original);
 - b) Copie a documentului de identitate al solicitantului;
 - c) Copie a recomandării medicale din partea unui medic specialist, conform si atunci cand este aplicabil Anexei 1 Lista de Beneficii;
 - d) Copie a documentelor medicale care demonstrează investigațiile medicale realizate, conform Anexei 1 Lista de Beneficii
 - e) Documentele de plată care reflectă cheltuielile suportate de Asigurat și circumstanțele facturii privind riscul asigurat - nume, data, diagnostic, servicii medicale furnizate, valoare (în original);
 - f) Extras de cont / certificat care include contul bancar către care trebuie plătită indemnizația de asigurare;
 - g) Originalul copiei legalizate a certificatului de deces (în cazul decesului Persoanei Asigurate). În acest caz, Cererea de despăgubire va fi semnată de unul dintre moștenitorii legali.
- 1.2. Persoana Asigurată - Dependent Asimilat:
- a) Cererea de despăgubire completată de Dependentul Asimilat și Contractant (în original);
 - b) Copie a documentelor de identitate, pentru ambii solicitanți (Dependent Asimilat și Contractant);
 - c) Copie a documentelor medicale care dovedesc desfășurarea consultației de către medicul generalist;
 - d) Documentele de plată ce reflecta cheltuielile suportate de Dependentul Asimilat (în original);
 - e) Extras de cont / certificat care include contul bancar în care trebuie plătită indemnizația de asigurare;
 - f) Copie legalizată a certificatului de deces (în cazul decesului Persoanei Asigurate). În acest caz, Cererea de despăgubire va fi semnată de unul dintre moștenitorii legali, pe lângă Contractant.
2. Următoarele documente vor fi solicitate pentru evaluarea cererii de despăgubire în cazurile de Servicii Medicale Spitalicești:
- 2.1. Cererea de despăgubire completată de Contractant/ Dependent (în original);
- 2.2. Copie a documentului de identitate al solicitantului;
- 2.3. Copie a recomandării medicale din partea unui medic specialist, atunci cand este aplicabil conform Anexei 1 Lista de Beneficii
- 2.4. Declarația Contractantului/ Dependentului, cu descrierea detaliată a circumstanțelor Accidentului (în caz de accident);
- 2.5. Copie a procesului-verbal încheiat de poliție în caz de Accident, inclusiv valoarea alcoolemiei, dacă este cazul (dacă este o anchetă desfășurată de poliție);
- 2.6. Copii ale tuturor documentelor medicale necesare, care prezintă circumstanțele privind riscurile asigurate (istoric medical de la medicul de familie și/sau de la orice alt furnizor de servicii medicale, rezultate ale unor investigații medicale desfășurate - de exemplu, rezultate la testele de sânge, rapoarte privind testele anatomopatologice, certificate ale examinărilor radiologice, etc., tratamentele aplicate, durata spitalizării, instituția și orice documente necesare Asigurătorului pentru evaluarea cererii de despăgubire în baza Condițiilor de Asigurare);
- 2.7. Documente de plată care să reflecte cheltuielile suportate de Asigurat, precum și circumstanțele

- facturării riscului asigurat - numele, data, serviciile medicale furnizate, valoarea (în original);
- 2.8. Extras de cont / certificat care include contul bancar în care trebuie plătită indemnizația de asigurare;
- 2.9. Copie legalizată a certificatului de deces (în cazul decesului Persoanei Asigurate) - în original. În acest caz, Cererea de despăgubire va fi semnată de unul dintre moștenitorii legali.
3. Formularul de Cerere de Despăgubire este completat de Persoana Asigurată sau Beneficiar, în cazul decesului Titularului Poliței/ Persoanelor Dependente. În cazul unor Persoane Dependente minore, documentul va fi semnat de reprezentanții Asiguratului.
4. Documentele depuse vor deveni proprietatea Asigurătorului.
5. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita documente suplimentare și de a investiga împrejurările riscului asigurat, în scopul determinării obligației sale de plată.
6. Asigurătorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de Asigurare dacă nu a fost informat în termen de 30 de zile de la data apariției Riscului Asigurat și, din acest motiv, nu a putut stabili cauza Riscului Asigurat sau amploarea prejudiciului.
7. Documentele depuse într-o limbă străină vor fi însoțite de o traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către Asigurat/ Beneficiar, în cazul riscului asigurat autorizat de Asigurător și produs în străinătate.
8. Asigurătorul va determina suma Indemnizației de Asigurare ce urmează a fi achitată, în funcție de documentele incluse în dosarul de despăgubire și în conformitate cu prevederile prezentelor Condiții de Asigurare, numai după ce a constatat în mod exact producerea riscului asigurat. Persoana Asigurată mandatează Asigurătorul să acționeze în numele său în scopul îndeplinirii oricăror formalități și obținerii oricăror documente necesare în scopul stabilirii împrejurărilor, cauzelor și consecințelor producerii riscului asigurat. Asigurătorul are dreptul să investigheze prin orice mijloace specifice, pe cheltuiala sa proprie, cu ajutorul unui medic ales de acesta, starea de sănătate a Persoanei Asigurate și toate procedurile desfășurate ca urmare a unui risc asigurat și care fac obiectul cererii de despăgubire a Persoanei Asigurate.
9. În termen de 10 zile lucrătoare de la primirea ultimului document necesar solicitat oricăror părți ce pot contribui la stabilirea cu precizie a consecințelor și cauzelor producerii riscului asigurat, Asigurătorul fie va aproba, fie va respinge Indemnizația de Asigurare solicitată, ori va propune plata unei Indemnizații de Asigurare diferite, în funcție de împrejurările riscului asigurat ce face obiectul cererii de despăgubire.
10. Furnizarea de informații false, înșelătoare, incomplete sau incorecte de către Asigurat sau Beneficiarii acestuia, ori prezentarea de documente inexacte sau falsificate menite să schimbe data, împrejurările sau consecințele riscurilor vor conduce la pierderea dreptului la indemnizație în baza Contractului de Asigurare.
11. Data înregistrării cererii de despăgubire este data la care Asigurătorul primește informațiile privind producerea riscului asigurat.
12. În cazul în care decesul Asiguratului are loc înainte de plata Indemnizației de Asigurare, suma indemnizației va fi

achitată Beneficiarilor (moștenitorilor legali ai) Asiguratului.
13. Demararea procedurilor de evaluare cu privire la drepturile de asigurare nu va fi considerată o recunoaștere a obligației de plată a Indemnizației de Asigurare.

XIII. EXCLUDERI GENERALE

Riscurile asigurate precum: spitalizare, intervenție chirurgicală, boală gravă și serviciile medicale ambulatorii cauzate direct sau indirect, total sau parțial, de oricare dintre condițiile / situațiile de mai jos nu sunt acoperite de Contractul de Asigurare:

1. Război, invazie, ostilități sau operațiuni asimilate războiului (indiferent dacă războiul este declarat sau nu), război civil, acte de terorism și activități conexe, revolte, mișcări civile, revoltă populară, insurecție, rebeliune, dictatură militară sau lovitură de stat sau orice alte acte ale unei persoane ce acționează în numele sau în legătură cu orice organizație în mod activ îndreptată spre răsturnarea prin forță a unui guvern sau influențarea acestuia prin acte de terorism sau violență.
2. Sinucidere, vătămare corporală autoprovoacă sau autovătămare sau orice tentative în acest sens (indiferent dacă persoana era sănătoasă mintal sau nu).
3. Nerespectarea de către Asigurat a recomandării sau tratamentului medical(e) indicat(e) de medicul său curant în vederea recuperării de pe urma unei boli sau unui accident.
4. Expunerea Asiguratului la radiații, ionizare, substanțe chimice, contaminare biologică sau nucleară;
5. Participarea la, sau instruirea în scopul, oricărui sport periculos sau riscant (de ex. speologie, alpinism, parașutism, scufundări), competiții de orice natură;
6. Consumul de alcool peste valoarea de 0,6 gr/l de alcool pur în sânge sau droguri, inclusiv consumul de medicamente altele decât cele prescrise de un medic;
7. Consumul de medicamente altele decât cele prescrise de un medic licențiat sau peste doza prescrisă, inclusiv toate complicațiile medicale;
8. Zboruri cu orice tip de aeronava, cu excepția cazului în care Asiguratul calatorește cu o aeronava autorizată în mod corespunzător, al unei companii aeriene comerciale, pe care operează un pilot care deține licența de zbor necesară, în vigoare.
9. Practicarea oricărui sport în calitate de jucător profesionist;
10. Participarea activă a Asiguratului la orice faptă violentă, ilegală sau penală;
11. Malpraxis sau orice consecință medicală a unui act neefectuat de un medic;
12. Orice eveniment legat de disfuncționalități sexuale, infertilitate, sterilizare sau inversarea sterilizării, circumcizie, intervenții de schimbare a sexului, contracepție, planificare familială, tratarea tulburărilor privind identitatea de gen;
13. Persoanele care se încadrează în gradele I sau II de dizabilitate în conformitate cu reglementările legale în vigoare privind protecția socială sau cu un grad de dizabilitate de peste 50% sau care necesită îngrijire permanentă, respectiv ajutor extern pentru îndeplinirea sarcinilor cotidiene, situații atestate de documente oficiale;
14. Persoanele diagnosticate cu epilepsie, delirium tremens și alte boli mintale;
15. Epidemii sau pandemii (confirmate de către OMS și Ministerul Sănătății);
16. SIDA (sindromul imunodeficienței dobândite), complex asociat SIDA, boli cu transmitere sexuală

sau, dacă Asiguratul este diagnosticat cu HIV (virusul imunodeficienței umane), HIV sau consecințele acestuia, orice infecție, boală, pierdere sau cheltuielă aferentă HIV și/sau unei boli HIV, inclusiv SIDA și/sau orice mutație derivată sau variație a celor menționate mai sus, cauzată prin orice mijloace;

17. Anomalii congenitale sau complicații ale acestora. Cazurile congenitale sunt definite după cum urmează: boli, anomalii, defecte din naștere și deficiențe prezente la naștere, în formă evidentă sau formă potențială, manifestată într-o fază ulterioară.

18. Tratamente pentru insomnie, sforăit, apnee, proceduri de studiu privind tulburările de somn și intervenții chirurgicale aferente, inclusiv polisomnografie.

19. Orice servicii medicale furnizate ca urmare a participării Asiguratului la studii medicale și cercetări privind sănătatea, sau rezultatele acestora.

XIV. RISCURI ASIGURATE

1. ASIGURARE PRIVIND SPITALIZAREA

1.1 PREVEDERI SPECIALE

a) Părțile sunt de acord ca Asigurătorul să furnizeze și Asiguratul să primească indemnizația pentru Spitalizarea în cadrul Spitalelor publice și/sau private sub formă de indemnizații de asigurare, în cazul în care Persoana Asigurată este supusă unei spitalizări medicale de necesitate în timpul Duratei Contractului de Asigurare, în conformitate cu specificațiile Formulei și în limitele menționate în Anexa 1 Lista de Beneficii.

b) Următoarele limite sunt specificate pentru fiecare Formulă din cadrul Anexei 1 Lista de Beneficii:

- Numărul maxim de zile de Spitalizare acoperite prin asigurare, pe an, indiferent de faptul că Spitalizarea are loc în Spitale publice sau private,

- Indemnizația de Asigurare zilnică maximă pentru Spitalizare, aplicabilă în cadrul Spitalelor publice și/sau private este achitată pe baza documentelor fiscale.

c) În cazul în care Spitalizarea are loc, costul aferent, până la limita menționată în Anexa 1 Lista de Beneficii va fi achitat direct Persoanei Asigurate, pe baza unui dosar de despăgubire depus la Asigurător, cu condiția ca respectivul Contract de Asigurare să fi fost valabil la momentul Spitalizării și ca cererea de despăgubire să fi fost depusă nu mai târziu de 30 de zile de la data externării.

d) Asigurătorul va achita Indemnizația de Asigurare de Spitalizare, în cazul în care Asiguratul a fost internat într-un Spital pentru cel puțin o (1) Zi de Spitalizare, ca urmare a producerii unui accident sau unei boli.

e) În orice caz, Spitalizarea va fi despăgubită de către Asigurător, dacă cererea de despăgubire se califică pentru indemnizație, iar orice costuri suplimentare care depășesc limitele stabilite în Anexa 1 Lista de Beneficii vor fi suportate numai de Persoana Asigurată. Indemnizația se va baza pe documente fiscale.

f) În Spitalele publice sau private, Serviciile Spitalicești acoperite pentru Persoana Asigurată în baza Contractului de Asigurare sunt: mesele și cazarea, onorariul medicului, testele de laborator, procedurile medicale, vizitele interdisciplinare, medicamentele generice.

g) Asigurătorul va acoperi riscul privind Serviciile Spitalicești, cu condiția ca acoperirea să fie valabilă, în conformitate cu termenii Contractului de Asigurare. În cazul în care data externării survine după Data Expirării stipulată în Polița de

Asigurare, Asigurătorul va acorda Persoanei Asigurate Indemnizație pentru întreaga perioadă de Spitalizare, conform recomandărilor medicului, în conformitate cu Condițiile de Asigurare.

h) Persoana Asigurată va urma întregul proces de pre-autorizare înainte de Spitalizarea efectivă.

i) În cazul internării într-un spital ca urmare a unei Urgențe Medicale, Persoanei Asigurate nu i se impune să urmeze procesul de pre-autorizare.

j) Indemnizațiile aferente numărului de zile de spitalizare ce nu sunt consumate în timpul unui an de valabilitate nu pot fi reportate în următorul an de valabilitate al Contractului de Asigurare.

1.2. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE DE SPITALIZARE

a) Indemnizația de Asigurare zilnică maximă pentru Spitalizare, și numărul maxim de zile de Spitalizare acoperite prin Contractul de Asigurare pentru internare sunt menționate pentru fiecare Formulă, în Anexa 1 Lista de Beneficii.

b) În scopul plății Indemnizației de Asigurare, Persoana Asigurată va pune la dispoziția Asigurătorului toate documentele disponibile, în conformitate cu Art. XII, referitoare la riscul asigurat produs.

c) Indemnizația de Asigurare acoperită de Contractul de Asigurare pentru spitalizarea Persoanei Asigurate, în România sau în străinătate, va fi achitată în RON, exclusiv într-un cont bancar din România.

d) Plățile indemnizației pentru Spitalizare sunt efectuate direct către Persoana Asigurată, în limitele stabilite în Anexa 1 Lista de Beneficii, pentru fiecare Formulă.

1.3. EXCLUDERI SPECIALE PRIVIND ASIGURAREA DE SPITALIZARE

În plus față de excluderile listate în secțiunea de Excluderi generale, orice Spitalizare cauzată în mod direct sau indirect, total sau parțial, de oricare dintre afecțiunile/cerințele de mai jos, nu va fi considerată un risc asigurat în baza prezentului Contract de Asigurare:

a) Orice afecțiune medicală preexistentă

În timpul primelor 24 de luni de la Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare, orice afecțiune medicală care a apărut anterior acestei date, cu care Asiguratul a fost diagnosticat, care îi era cunoscută, care a necesitat sau primit tratament medical sau în legătură cu care Asiguratul a observat manifestările unei posibile boli, nu este acoperită.

b) O Spitalizare care nu este obligatorie din punct de vedere medical pentru sănătatea Asiguratului (de ex. corectarea miopiei, hipermetropiei, astigmatismului, strabismului, cheratoconus, cataractă, ectropion, entropion, pterygium, pinguecula, donare de organe) sau care, în urma analizei efectuate de medicul autorizat de Asigurător, nu este necesară pentru tratarea bolii sau vătămării corporale;

c) Spitalizarea necesară în legătură cu tratarea disfuncționalităților sexuale, infertilității, sterilizării sau inversarea sterilizării, circumcizie, intervenții de schimbare a sexului sau tratarea tulburărilor privind identitatea de gen;

d) Spitalizarea în legătură cu sarcina, avortul (exceptând pierderea sarcinii sau complicațiile aferente sarcinilor extrauterine), sau nașterea (inclusiv în cazul nașterii naturale sau prin operație cezariană).

e) Spitalizarea care, în urma analizei efectuate de medicul autorizat de Asigurător, se demonstrează a nu fi necesară în scop medical și care are scop diagnostic sau explorator, pentru examene medicale de rutină, imunizare și alte proceduri și tratamente de caracter preventiv (analize, radiografie, fluoroscopie, fizioterapie sau orice examinare de rutină), cu excepția situației în care rezultatele investigațiilor efectuate asupra Asiguratului impun Spitalizarea;

f) Spitalizare care, în opinia Asigurătorului, nu era necesară pentru tratarea bolilor sau a vătămărilor corporale suferite de Asigurat;

g) Tratament ori intervenție chirurgicală cosmetic(ă) și/ sau plastic(ă), intervenții chirurgicale reconstructive, cu excepția celor recomandate de un medic specialist în vederea remedierii consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a acestei acoperiri;

h) Tulburări de apetit/ alimentație, obezitate, reîntinerire, vitaminizare, terapie bioenergetică, acupunctură, implanturi dentare sau de păr;

i) Spitalizarea în scopul tratării sau educării persoanelor cu deficiențe de învățare sau retard mental sau probleme de dezvoltare, precum tulburările de învățare (de exemplu dislexia), dezvoltarea fizică (precum tulburările de creștere în înălțime);

j) Spitalizarea care începe după expirarea asigurării, chiar dacă spitalizarea a fost recomandată înainte de expirarea duratei Asigurării;

k) Spitalizarea impusă de nesolicitarea sau nerespectarea tratamentului medical după un accident sau după constatarea unei boli, Asiguratul având obligația să solicite și să accepte cât mai repede un tratament medical și să urmeze prescripțiile medicului, în scopul recuperării sale cât mai grabnice;

l) Oricare dintre următoarele proceduri: Dializă peritoneală, hemodializă și venotomie/ arteriotomie aferentă acestora, efectuate în timpul spitalizării, fără a ține seama de scopul acestora;

m) Orice tulburări psihiatrice, teste și evaluări psihologice, inclusiv tulburări de vorbire sau auz, tratamentul bolii Parkinson inclusiv intervenții chirurgicale, senilitate și tulburări care impun internarea în clinici de geriatrie;

n) Recoltarea și stocarea de celule sușe (stem) atunci când este efectuată drept măsură preventivă;

o) Cure de odihnă, terapii cu apă, cure efectuate în sanatoriu, îngrijire custodială și perioade de carantină, diete speciale sau proceduri ori intervenții chirurgicale pentru controlul greutateii;

p) Tratament medical sau chirurgical al dinților și gingiilor cu privire la orice afecțiune, inclusiv abces, proteză;

q) Spitalizare pentru tratarea arsurilor de gradul 1;

r) Spitalizare necesară ca urmare a implicării Asiguratului în orice tip de operațiuni sau activități navale, militare, aeriene sau subacvatice;

s) Noi proceduri și tehnologii medicale, tratamente sau intervenții chirurgicale experimentale, teste genetice, cu excepția cazului în care sunt aprobate de Asigurător;

t) Tratamentul pentru desensibilizare sau neutralizarea unei afecțiuni sau tulburări alergice;

u) Costurile achiziționării de proteze artificiale pentru diverse părți ale corpului sau de aparate corective ori auxiliare ale acestora;

v) Nu se acordă indemnizație pentru Spitalizare pentru

cazurile de naștere survenită pe durata spitalizării;
w) Spitalizare în ambulatoriu, spitalizare pentru repaos, recuperare, tratament pentru dealcoolizare sau dependența de medicamente sau droguri, spitalizare în instituții de servicii geriatrice, precum și spitalizare la cererea pacientului.

2. ASIGURARE DE INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ

2.1. PREVEDERI SPECIALE

a) Părțile sunt de acord că Asigurătorul va asigura și Asiguratul va beneficia de Indemnizații de Asigurare pentru intervenții Chirurgicale efectuate în Sistemul Public și Privat de Sănătate, în sau în afara României, în cazul în care Persoana Asigurată suferă o Intervenție Chirurgicală ca urmare a unei Necesități Medicale, pe durata Contractului de Asigurare, în conformitate cu prevederile Formulei și în limitele menționate în Anexa 1 Lista de Beneficii.

b) Numărul maxim de riscuri chirurgicale acoperite per an de asigurare, indiferent dacă intervenția chirurgicală are loc în Sistemul Public sau Privat de Sănătate, suma asigurată maximă per eveniment precum și limita per eveniment a Indemnizației de Asigurare sunt cele stipulate, dacă este cazul, conform specificațiilor Formulei din Anexa 1 Lista de Beneficii.

c) Asiguratul are acces la Sistemul Public și/sau Privat de Sănătate, în conformitate cu prevederile Formulei și în limitele menționate în Anexa 1 Lista de Beneficii.

d) În cazul în care riscul chirurgical se produce, costul aferent va fi achitat de Asigurător direct Asiguratului. Orice costuri cu Intervenția Chirurgicală ce depășesc limita acoperirii în conformitate cu Formula vor fi suportate numai de Asigurat.

e) În Sistemul Public și/sau Privat de Sănătate, Asigurătorul acoperă costul serviciilor medicale per risc chirurgical suportat de Asigurat, respectiv procedura chirurgicală, controlul pre-anestezic, anestezia, consumabilele, patologia și imunohistochimia, dacă este cazul, conform prevederilor Formulei și în limitele definite în Anexa 1 Lista de Beneficii.

f) Asigurătorul va acorda Persoanei Asigurate acces la servicii chirurgicale în Sistemul Public și/sau Privat de Sănătate, cu condiția ca acoperirea să fie valabilă în conformitate cu termenii Contractului de Asigurare.

g) În cazul accesării de servicii medicale din Sistemul Public sau Privat de Sănătate, ca urmare a unei Urgențe Medicale, nu va fi necesară pre-autorizarea.

h) În toate cazurile în care costul intervenției chirurgicale efectuate în Sistemul Public și/sau Privat de Sănătate depășește limitele asigurate conform prevederilor Formulei și în limitele menționate în Anexa 1 Lista de Beneficii, orice costuri suplimentare vor fi achitate numai de Asigurat.

i) Asiguratul poate opta pentru efectuarea procedurii chirurgicale oriunde dorește, în Sistemul Public și Privat de Sănătate, caz în care Indemnizația de Asigurare va fi achitată direct Asiguratului, conform prevederilor Formulei și în limitele definite în Anexa 1 Lista de Beneficii.

j) În cazul în care Intervenția Chirurgicală are loc, costul aferent până la limita stabilită în Anexa 1 Lista de Beneficii va fi rambursat direct Persoanei Asigurate, în baza unui dosar de despăgubire depus la Asigurător, cu condiția ca respectivul Contract de Asigurare să fi fost valabil la data la care s-a produs riscul chirurgical și ca cererea de despăgubire să fi fost transmisă în maxim 30 de zile de la data efectuării intervenției chirurgicale.

k) Numărul de Riscuri Asigurate per an de asigurare este aplicabil tuturor riscurilor chirurgicale suferite de Persoana Asigurată per an de asigurare. Indemnizațiile de Asigurare pentru intervenții chirurgicale sau numărul de Riscuri Asigurate neconsumate într-un an de poliță nu pot fi reportate în anul următor de validitate al Contractului de Asigurare.

l) În cazul în care Intervenția chirurgicală implică Spitalizare, Asiguratul va primi indemnizațiile cumulate, în cazul în care nivelul consumului este disponibil, conform Anexei 1 Lista de Beneficii.

2.2. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE PENTRU INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ

a) În scopul plății Indemnizației de Asigurare, Asiguratul va pune la dispoziția Asigurătorului toate documentele disponibile, în conformitate cu Art. XII.2 referitoare la riscul asigurat produs.

b) Indemnizația de Asigurare acoperită în baza Contractului de Asigurare pentru intervențiile chirurgicale efectuate de către Asigurat în România sau în străinătate, va fi achitat numai în RON, în contul bancar din România.

c) Plățile indemnizațiilor pentru intervenții chirurgicale sunt efectuate direct către Persoana Asigurată, în limitele stabilite în Anexa 1 Lista de Beneficii pentru fiecare Formulă.

2.3. EXCLUDERI SPECIALE PENTRU ASIGURAREA DE INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ

În plus față de excluderile listate în secțiunea de Excluderi generale, orice risc de Intervenție Chirurgicală cauzat în mod direct sau indirect, total sau parțial, de oricare dintre afecțiunile/ cerințele de mai jos, nu va fi considerat un risc asigurat în baza prezentului Contract de Asigurare:

a) Orice afecțiune medicală preexistentă.

În timpul primelor 24 de luni de la Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare, orice afecțiune medicală care a apărut anterior acestei date, cu care Asiguratul a fost diagnosticat, care îi era cunoscută, care a necesitat sau primit tratament medical sau în legătură cu care Asiguratul a observat manifestările unei posibile boli, nu este acoperită.

b) O Intervenție Chirurgicală care nu este obligatorie din punct de vedere medical pentru sănătatea Asiguratului (de ex. corectarea miopiei, hipermetropiei, astigmatismului, strabismului, chertoconus, cataractă, ectropion, entropion, pterygium, pinguecula, donare de organe) sau care, în opinia Asigurătorului, nu este necesară pentru tratarea bolii sau vătămării corporale;

c) Intervenție chirurgicală ivită ca urmare a unei afecțiuni medicale de care suferă Asiguratul, pentru care acesta a urmat un tratament sau cu privire la care a fost avertizat înainte de intrarea în vigoare a Poliței de Asigurare;

d) Intervenții chirurgicale oftalmologice efectuate în scopul corectării deficiențelor de vedere (de ex. corectarea miopiei, keratotomie radială, chirurgie reconstructivă corneeană, chirurgie refractivă);

e) Intervenții chirurgicale care implică exclusiv o(un) incizie, drenaj sau puncție la orice nivel, crioablație, crioaplicații, cauterizare, sutura tegumentului, transfuziile de sânge sau resuscitarea externă.

f) Orice intervenție chirurgicală în legătură cu sarcina, avortul sau nașterea;

g) Intervenții chirurgicale efectuate ca urmare a autovătămării sau tentativei de sinucidere sau de

automutilare, chiar dacă Asiguratul nu avea discernământ;
h) Intervenții chirurgicale care, în opinia Asiguratorului, au scop diagnostic sau explorator, ori care nu sunt necesare pentru tratarea bolilor sau vătămărilor corporale suferite de Asigurat;

i) Tratament ori intervenție chirurgicală cosmetică și/sau plastică, intervenții chirurgicale reconstructive, cu excepția celor recomandate de un medic specialist în vederea remedierii consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a acestei acoperiri;

j) Tulburări de apetit/ alimentație, obezitate, reținere, vitaminizare, terapie bioenergetică, acupunctură, implanturi dentare sau de păr;

k) Oricare dintre următoarele proceduri: dializă peritoneală, hemodializă și venotomie/ arteriotomie aferentă acestora, efectuate în timpul spitalizării, fără a ține seama de scopul acestora;

l) Orice intervenție chirurgicală privind boala Parkinson, orice intervenție chirurgicală cauzată de accidente sau boli privind tulburările psihice;

m) Proceduri și intervenții chirurgicale pentru controlul greutatei;

n) Tratament medical sau chirurgical al dinților și gingiilor cu privire la orice afecțiune, inclusiv abces, proteză;

o) Noi proceduri și tehnologii medicale, tratamente sau intervenții chirurgicale experimentale, teste genetice, cu excepția cazului în care sunt aprobate de Asigurat;

p) Arsuri de gradul întâi.

3. ASIGURARE PENTRU BOLI GRAVE

3.1. PREVEDERI SPECIALE

a) Asiguratul se obligă să plătească Indemnizația de Asigare în sumă forfetară, dacă este cazul, în conformitate cu prevederile Formulei și în limitele stipulate în Anexa 1 Lista de Beneficii, în cazul în care Persoana Asigurată este diagnosticată pe perioada de validitate a Contractului de Asigare cu una sau mai multe Boli Grave acoperite de Contractul de Asigare.

b) Sunt asigurate următoarele Boli Grave:

Cancer

În sensul prezentelor condiții de asigurare, cancerul se definește prin prezența uneia sau mai multor tumori maligne, caracterizate(ă) prin creștere progresivă necontrolată, răspândire la distanță a celulelor maligne, cu invazia și distrugerea țesuturilor normale înconjurătoare. Cancerul necesită tratament medical sau chirurgical de tip curativ sau paliativ. Cancerul trebuie să fie confirmat printr-un diagnostic histopatologic pozitiv.

Următoarele tipuri de tumori sunt excluse din definiția de mai sus, urmand a fi excluse din asigurare:

a) Leucemia, alta decât leucemia limfatică cronică, dacă nu are loc diseminarea celulelor leucemice în măduva hematopoietică;

b) Carcinoamele în situ (inclusiv displazia cervicală de tip CIN1, CIN2, CIN3) sau tumorile descrise histologic ca fiind premaligne;

c) Toate formele de cancer de piele, mai puțin cele în care se pun în evidență metastaze la distanță sau melanoamele maligne mai mari de 1,5 mm;

d) Cancerul care nu amenință viața, cum ar fi cancerul de prostată stadiile T1a sau T1b conform clasificării TNM;

e) Microcarcinom papilar al tiroidei;

f) Cancer papilar noninvaziv al vezicii urinare stadiul T1aNOMO sau alt stadiu inferior acestuia.

Accident vascular cerebral

În sensul prezentelor condiții de asigurare, prin accident vascular cerebral se înțelege orice tip de accident vascular cerebral care se soldează cu:

a) Deficit neurologic permanent și ireversibil, Asiguratul fiind în imposibilitatea de:

- A merge 200 m pe o suprafață plană, fără dispozitive ajutătoare;

- A se hrăni singur(ă) odată ce hrana a fost preparată și pusă la dispoziția Persoanei Asigurate;

- A comunica cu cei din jur, prin vorbire fără utilizarea de dispozitive ajutătoare;

b) Reducerea permanentă și ireversibilă a funcțiilor cel puțin unui membru, prin membru înțelegându-se întreg membrul superior, incluzând palma, sau întreg membrul inferior, incluzând talpa.

Evaluarea afecțiunilor de mai sus nu se poate efectua mai devreme de 3 luni de la data ivirii accidentului vascular cerebral. Este necesară o dovadă clară (tomografie computerizată, rezonanță magnetică nucleară sau alte tehnici imagistice similare) a faptului că s-a produs un accident vascular cerebral ca rezultat al infarctului țesutului cerebral sau a hemoragiei subarahnoidale sau intracerebrale.

Următoarele sunt excluse din categoria accidentelor vasculare cerebrale, așa cum acestea sunt definite conform prezentelor condiții de asigurare:

c) Simptomele cerebrale datorate migrenei;

d) Leziunile cerebrale produse ca urmare a traumatismelor sau hipoxiei de cauză externă;

e) Bolile vasculare cu afectarea ochilor, nervului optic sau funcțiilor vestibulare.

Infarctul miocardic

În sensul prezentelor condiții de asigurare, diagnosticul de infarct miocardic trebuie susținut de toate cele trei (3) criterii de mai jos și trebuie să reprezinte diagnosticul stabilit pentru un nou caz de infarct miocardic acut:

a) Simptomatologie clinică acceptată ca fiind corespunzătoare unui infarct miocardic acut; și

b) Modificări recente și specifice ale electrocardiografei; și

c) Creșterea specifică, peste valorile normale, ale markerilor cardiaci biochimici specifici, precum CK-MB și/sau troponinele cardiace.

Insuficiența cardiacă, durerile toracice ce nu au legătură cu inima, angina, angina instabilă, miocardita, pericardita, ruptura miocardică traumatică și toate celelalte forme de sindroame coronare acute nu sunt acoperite.

Intervenție chirurgicală de by-pass coronarian

Intervenția de by-pass coronarian se definește prin intervenția chirurgicală efectuată ca urmare a recomandării unui medic cardiolog sau chirurg cardiovascular, cu scopul de a corecta stenoza sau ocluzia uneia sau mai multor artere coronare.

Din prezenta definiție sunt excluse angioplastia percutantă sau alte tehnici nechirurgicale de corectare a stenozelor sau ocluziilor arterelor coronare.

Insuficiența renală

În accepțiunea prezentelor condiții de asigurare, prin insuficiență renală se înțelege insuficiența renală stadiul terminal, indiferent de etiologia acesteia, dovedită prin alterarea funcției ambilor rinichi, ce impune efectuarea dializei permanente sau a transplantului renal.

Condiții ce trebuie îndeplinite simultan:

- a) Necesitatea efectuării dializei sau a transplantului renal se stabilește de către un medic specialist nefrolog;
- b) Solicitarea Indemnizației de Asigurare se poate face numai după începerea dializei sau în absența acesteia, pe baza documentelor medicale care atestă faptul că un transplant renal va fi efectuat în viitorul imediat apropiat.

Transplantul de organe majore

Prin transplantul de organe majore se înțelege transplantul (de la donator uman) unuia sau mai multor organe: cord (numai transplantul întregului organ), plămâni, ficat, rinichi, măduvă sau pancreas.

Transplantul altor organe, părți de organe, țesuturi sau celule este exclus din definiția de mai sus.

Plata Indemnizației de Asigurare poate fi făcută și înainte de efectuarea transplantului, dacă Asiguratul prezintă următoarele documente/dovezi:

- a) Dovada faptului că Persoana Asigurată a fost inclusă pe o listă de așteptare, în vederea efectuării unui transplant, de către o instituție abilitată din țara de reședință a Persoanei Asigurate;
- b) Un raport medical care atestă faptul că un transplant urmează a fi efectuat în viitorul apropiat și reprezintă metoda aleasă pentru tratamentul afecțiunii de care suferă.

Scleroza multiplă

În accepțiunea prezentelor condiții de asigurare, prin scleroză multiplă se înțelege afecțiunea neurologică cronică caracterizată de apariția proceselor inflamatorii și de demielinizare la nivelul substanței albe a sistemului nervos central, cu posibilă întindere și la nivelul substanței cenușii, ce conduce la deficiențe neurologice permanente și ireversibile.

Condiții ce trebuie îndeplinite simultan:

- a) Diagnosticul trebuie stabilit de către un medic neurolog specialist;
- b) Diagnosticul trebuie susținut prin examinări RMN (rezonanță magnetică nucleară) sau CT (tomografie computerizată) ale sistemului nervos;
- c) Ireversibilitatea deficiențelor neurologice trebuie confirmată de către medicul neurolog după un interval de cel puțin 6 luni de la data stabilirii diagnosticului;
- d) Trebuie să se excludă în mod categoric afectarea sistemului nervos central datorată altor cauze (vasculare, bacteriale, virale, tumorale, etc.);
- e) Afecțiunea neurologică trebuie să conducă la cel puțin unul dintre următoarele efecte:
 - Incapacitatea Persoanei Asigurate de a se deplasa pe o suprafață plană;
 - Incapacitatea Persoanei Asigurate de a se hrăni singură odată ce mâncarea a fost preparată și pusă la dispoziție.

Paralizia membrelor

Paralizia membrelor reprezintă paralizia totală și permanentă a două sau mai multe membre ca o consecință a unei afecțiuni a măduvei spinale sau a

unui Accident. Prin membru se înțelege întreg membrul superior (inclusiv regiunea palmară) sau inferior (inclusiv regiunea plantară).

Condiții: - Caracterul total și ireversibil al paraliziei trebuie să fie confirmat de către medicul specialist neurolog după trecerea unei perioade de cel puțin 3 luni de la data producerii Accidentului sau de la data apariției simptomelor afecțiunii.

Cecitate

Cecitatea reprezintă pierderea totală și ireversibilă a vederii la ambii ochi, atestată clinic și apărută ca o consecință a unei afecțiuni sau a unui Accident, produse pe perioada de validitate a prezentei clauze suplimentare. Acuitatea vizuală trebuie să fie mai mică decât 6/60 ori 20/200 utilizând testul Snellen sau restricția câmpului vizual trebuie să fie de 20° sau mai puțin în ambii ochi.

Condiții: nici un beneficiu de asigurare nu va fi plătit în cazul în care, în opinia medicală generală, utilizarea unui dispozitiv medical sau realizarea unui implant poate duce la ameliorarea parțială sau totală a vederii Persoanei Asigurate.

3.2. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE PENTRU BOLI GRAVE

a) În cazul în care Persoana Asigurată este diagnosticată pentru prima dată pe durata Contractului de Asigurare și Asigurării Individuale cu una sau mai multe dintre Bolile Grave stipulate mai sus, Asigurătorul va achita, dacă este aplicabil conform prevederilor Formulei, drept Indemnizație de Asigurare în sumă forfetară pe an de asigurare, suma stipulată în Anexa 1 Lista de Beneficii.

b) Indemnizația de Asigurare pentru Boala Gravă va fi achitată de Asigurător direct Persoanei Asigurate, pe bază de dosar de despăgubire depus de Asigurat la Asigurător, în baza condițiilor următoare:

- Contractul de Asigurare era valabil la data emiterii diagnosticului privind boala gravă de către autoritatea medicală specifică;
- Boala gravă a fost diagnosticată după o perioadă de așteptare de 90 de zile, calculată de la Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare;
- Persoana Asigurată supraviețuiește cel puțin 28 de zile de la data stabilirii primului diagnostic privind boala gravă acoperită de Condițiile de Asigurare.

c) Indemnizația de Asigurare stipulată în Anexa 1 Lista de Beneficii se achită o singură (1) dată pe an de asigurare, indiferent de numărul de boli grave cu care Persoana Asigurată a fost diagnosticată în respectivul an de asigurare.

d) După fiecare Indemnizație de Asigurare achitată pentru una sau mai multe boli grave per an de asigurare, asigurarea rămâne valabilă pentru anul de asigurare următor cu privire la bolile grave rămase menționate mai sus în Contractul de Asigurare, în conformitate cu tabelul de mai jos:

Boli grave pentru care Indemnizația de Asigurare a fost achitată	Boli grave rămase acoperite în continuare prin contract:
Cancer (C)	S / MI / BP / MS / P
Accident vascular cerebral (S)	C / RI / MOT / MS
Infarct miocardic (MI)	C / RI / MOT / MS
By - Pass coronarian (BP)	C / RI / MOT / MS
Insuficiență renală (RI)	C / S / MI / BP / MS / P / B
Transplant de organe majore (MOT)	S / MI / BP / MS / P
Scleroză multiplă (MS)	C/S/MI/BP/RI/MOT/P/B
Paralizie (P)	C/S/MI/BP/RI/MOT/MS/B
Cecitate (B)	C/S/MI/BP/RI/MOT/MS/P

e) Asigurătorul are dreptul să solicite Persoanei Asigurate să se supună unui examen medical efectuat de un medic acceptat de Asigurător, în scopul determinării obligației de plată a Asigurătorului. Costurile acestei examinări medicale vor fi suportate de către Asigurător.

f) În scopul plății Indemnizației de Asigurare, Persoana Asigurată va pune la dispoziția Asigurătorului toate documentele disponibile, în conformitate cu Art. XII, referitoare la Riscul Asigurat produs.

g) Indemnizația de Asigurare acoperită de prezentul Contract de Asigurare pentru diagnosticarea pentru prima dată cu una sau mai multe boli grave stipulate(ă) mai sus, în România sau în străinătate, va fi achitată în RON, exclusiv într-un cont bancar din România.

3.3. EXCLUDERI SPECIALE PRIVIND ASIGURAREA PENTRU BOLI GRAVE

În plus față de excluderile listate în secțiunea de Excluderi generale, orice eveniment de prim diagnostic de boală gravă, cauzat în mod direct sau indirect, total sau parțial, de oricare dintre condițiile / situațiile de mai jos, nu va fi considerat un risc asigurat în baza Condițiilor de Asigurare:

a) Orice afecțiune medicală preexistentă.

În timpul primelor 24 de luni de la Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare, orice afecțiune medicală care a apărut anterior acestei date, cu care Asiguratul a fost diagnosticat, care îi era cunoscută, care a necesitat sau primit tratament medical sau în legătură cu care Asiguratul a observat manifestările unei posibile boli, nu este acoperită.

b) Orice boală gravă ale cărei simptome se manifestă, ori care a fost diagnosticată, într-un termen de 90 de zile (perioada de așteptare) de la Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare pentru fiecare Asigurat;

c) Orice afecțiune congenitală.

XV. SERVICII MEDICALE AMBULATORII

1. ACCESUL LA SERVICII MEDICALE AMBULATORII

1.1. În baza Contractului de Asigurare încheiat cu Contractantul, în caz de Necesitate medicală Persoana Asigurată va avea acces la Serviciile Medicale Ambulatorii incluse în Formula specifică, în limitele specificate în Anexa 1 Lista de Beneficii/Formulă.

1.2. Asigurătorul nu va acoperi niciun serviciu medical care nu este expres specificat în Anexa 1 Lista de Beneficii.

1.3. Cu privire la orice servicii medicale ambulatorii suplimentare neacoperite de Contractul de Asigurare, Persoana Asigurată va acoperi costul acestora pe propria sa cheltuială.

1.4. Persoana Asigurată are dreptul la indemnizație în urma producerii riscurilor privind serviciile medicale ambulatorii, pe baza recomandării Medicului Specialist, cu excepția recomandărilor generale din cadrul consultațiilor medicale de specialitate și prevenție, în limitele specificate în Anexa 1 Lista de Beneficii.

1.5. Contractantul are dreptul de a acorda o consultație pe an la medicul generalist, oricărei persoane, la propria alegere, cu luarea în considerare a sumei folosite de către Contractant în timpul anului, în limita Formulei de Asigurare. Persoana care primește o consultație la medicul generalist, pe an, se numește Dependent Asimilat și trebuie să se califice pentru serviciul medical din punct de vedere al vârstei (la momentul depunerii cererii de despăgubire). Nu există cerințe privind tipul relației dintre Contractant și Dependentul Asimilat.

1.6. Serviciile medicale ambulatorii acoperite în baza Contractului de Asigurare vor fi furnizate în Sistemul Public și/sau Privat de Sănătate.

2. LISTA SERVICIILOR MEDICALE AMBULATORII

Examen preventiv anual

a) Asigurătorul acoperă Persoana Asigurată doar o dată într-un an contractual pentru serviciul de examen medical anual.

b) Serviciile medicale incluse în examenul medical anual sunt menționate în Anexa 1 Lista de Beneficii.

Consultații medicale generale și de specialitate

a) Asigurătorul acoperă consultațiile medicale din Sistemul Public și Privat de Sănătate, în orice moment în care Asiguratul le solicită ca urmare a unei necesități medicale, pe durata Contractului de Asigurare.

b) Lista consultațiilor medicale de specialitate acoperite de Contractul de Asigurare, în conformitate cu prevederile Formulei sunt detaliate în Anexa 1 Lista de Beneficii.

c) Orice alte consultații de specialitate care nu sunt menționate și detaliate în Anexa 1 Lista de Beneficii.

Teste de laborator

1. Testele de laborator sunt furnizate Persoanei Asigurate, la recomandarea medicului de specialitate, în limitele menționate în Anexa 1 Lista de Beneficii, conform fiecărei Formule.

2. Seturile de teste de laborator sunt acoperite de Contractul de Asigurare, integral sau parțial, în conformitate cu prevederile Formulei și în limitele menționate în Anexa 1 Lista de Beneficii nu sunt acoperite de Asigurator.

Investigații imagistice

1. Persoana Asigurată va avea acces la examinări imagistice, în baza recomandării medicului specialist.

2. Investigațiile imagistice sunt acoperite de Contractul de Asigurare, integral sau parțial, în conformitate cu prevederile Formulei și în limitele menționate în Anexa 1 Lista de Beneficii și cuprind: ecografie și radiologie, tomografie computerizată (CT), imagistică prin rezonanță magnetică (MRI), mamografie.

Proceduri si investigații medicale

1. Procedurile si investigațiile medicale sunt furnizate Persoanei Asigurate, la recomandarea medicului specialist, prin intermediul Dispeceratului, în conformitate cu prevederile Formulei și în limitele menționate în Anexa 1 Lista de Beneficii.

2. Procedurile și investigațiile medicale acoperite de Contractul de Asigurare sunt menționate în Anexa 1 Lista de Beneficii, conform fiecărei Formule.

Servicii de vaccinare

Prezentul Contract de Asigurare acoperă, dacă este aplicabil în baza Formulei Persoanei Asigurate, vaccinuri antigripale și onorarii de servicii de vaccinare, în limitele menționate în Anexa 1 Lista de Beneficii în conformitate cu sistemul la nivel național / recomandarea medicului de familie.

Pachete de prevenție

Persoana Asigurată beneficiază de teste de laborator, consultații medicale și alte servicii medicale pentru prevenție, în conformitate cu prevederile Formulei și în limitele menționate în Anexa 1 Lista de Beneficii.

3. EXCLUDERI SPECIALE PRIVIND SERVICIILE AMBULATORII

Următoarele servicii medicale ambulatorii nu sunt acoperite de Contractul de Asigurare:

3.1. Orice serviciu medical care nu este menționat în Anexa 1 Lista de Beneficii;

3.2. Orice proceduri medicale experimentale de investigație sau tratament, specifice cercetării medicale, și consecințele acestora;

3.3. Tratamente medicale alternative, proceduri terapeutice nerecunoscute medical și neautorizate de instituțiile medicale reprezentative din România și consecințele acestora;

3.4. Orice servicii medicale care nu sunt necesare pentru stabilirea unui diagnostic sau pentru administrarea unui tratament,

3.5. Tratamente de terapie logopedică;

3.6. Ecografii Expert 4D E8, 4D E6 și 4D, indiferent de medicul care le efectuează.

3.7. Servicii medicale furnizate de o instituție medicală neautorizată;

3.8. Orice tratament în legătură cu sistemul reproductiv:

a) Contracepție și consecințele sale pentru femei și bărbați;

b) Vasectomie și sterilizare;

c) Avort și consecințele sale;

d) Orice tip de intervenție chirurgicală;

3.9. Intervenții chirurgicale opționale și aparate de corecție:

a) Tratamente cosmetice, cu sau fără scop etiologic;

b) Chirurgie estetică sau orice alt tratament în scop cosmetic sau estetic, inclusiv vene varicoase, pierderea în greutate și tratamente dermatologice;

c) Intervenții chirurgicale opționale pentru îndepărtarea alunițelor (cu excepția cazurilor în care procedura este recomandată ca necesară din punct de vedere medical);

d) Circumcizie;

e) Orice tip de implanturi.

3.10. Orice tratament și terapie efectuate în Centre de Hidroterapie, Clinici de Dietă Naturistă sau similare,

ori prestarea acestor servicii la domiciliul Persoanei Asigurate, precum și în orice Centre Spa de relaxare și recuperare, Centre de Sănătate sau Relaxare, Centre de Recuperare sau similare, tratamente de dezalcoolizare, dezintoxicare de orice tip și tratamente geriatrice.

3.11. Tratamente sau programe privind pierderea greutatei.

3.12. Orice servicii medicale în legătură directă cu sarcina sau nașterea (cu excepția cazului în care se stipulează altfel);

3.13. Participarea la orice cursuri prenatale/ privind maternitatea;

3.14. Orice investigații și tratamente privind infertilitatea și sterilitatea.

4. SERVICII DE DISPECERAT

Persoana Asigurată se poate adresa Dispeceratului în scopul:

4.1. Obținerii de informații privind serviciile acoperite de Contractul de Asigurare;

4.2. Obținerii de informații privind conținutul, limitele și consumul disponibil în cadrul Formulei;

4.3. Obținerii de informații generale privind Contractul de Asigurare (despăgubiri, reclamații, etc.).

XVI. OBLIGAȚIILE CONTRACTANTULUI POLIȚEI

1. Contractantul se obligă să furnizeze Asigurătorului următoarele documente, la data subscrierii:

Pentru Contractant:

1.1. Copie a actului de identitate

Pentru Persoanele Dependente:

1.2. Copie a actului de identitate - dacă au peste vârsta de 14 ani

1.3. Copii ale certificatelor de naștere/adopecție, pentru toti Dependentii eligibili (copii), fără a ține seama de vârsta acestora;

Pentru Contractant și Dependenți: Formularul de cerere de Asigurare semnat de toate Persoanele Asigurate (pentru cele sub vârsta de 14 ani - semnătura Contractantului Poliței).

2. Pe durata Contractului de Asigurare, Contractantul va pune la dispoziția Asigurătorului modificările ulterioare ale documentelor mai sus menționate, inclusiv cele în legătură cu Dependenții.

3. Să achite Prima de Asigurare la datele scadente și în sumele specificate în Polița de Asigurare.

4. Contractantul este obligat să informeze Dependenții cu privire la toate obligațiile și drepturile acestora în baza acestui Contract de Asigurare, inclusiv dar fără a se limita la Anexa 1 Lista de Beneficii.

5. Contractantul este obligat să păstreze confidențialitatea în relația cu orice terță parte cu privire la Contractul de Asigurare și condițiile de implementare a acestuia.

6. În cazul în care Contractantul își schimbă adresa de corespondență, acesta este obligat să informeze Asigurătorul cu privire la noua adresă. În cazul în care Contractantul nu informează Asigurătorul de schimbarea adresei, corespondența trimisă de Asigurător la ultima adresă cunoscută va produce efecte juridice.

XVII. OBLIGATIILE PERSOANEI ASIGURATE

1. Persoanele Asigurate au obligația de a completa, conform celor cunoscute de acestea, și de a semna formularul de Cerere de Asigurare în nume propriu. Pentru Persoanele Asigurate sub vârsta de 14 ani, formularul de Cerere de Asigurare va fi semnat de Contractant.
2. Persoana Asigurată trebuie să își efectueze propriile programări medicale necesare, indiferent dacă acestea se referă la servicii spitalicești sau ambulatorii. Contractantul răspunde de programările Dependenților care nu au împlinit 18 ani.
3. În cazul producerii unui Risc Asigurat în baza Contractului de Asigurare, Persoana Asigurată trebuie să notifice de îndată Asigurătorul prin poștă și email, într-un termen maxim de 30 de zile,.
4. Persoana Asigurată trebuie să respecte recomandările/ indicațiile medicilor și să urmeze îndeaproape tratamentul prescris.
5. Persoana Asigurată este obligată să furnizeze Asigurătorului toate informațiile și documentele cerute în conformitate cu prezentele Condiții de Asigurare, în scopul plății Indemnizației de Asigurare.
6. Dependenții Asimilați trebuie să își efectueze propriile programări medicale necesare și să transmită Asigurătorului cererea de despăgubire alături de documentația medicală și documentele de plată corespunzătoare, pentru rambursarea sumei plătite.

XVIII. OBLIGATIILE ASIGURĂTORULUI

1. Asigurătorul se obligă să achite Indemnizația de Asigurare în conformitate cu prevederile Condițiilor de Asigurare, în funcție de specificațiile fiecărei Formule și în limitele stipulate în Anexa 1 Lista de Beneficii, cu condiția ca riscurile asigurate să se fi ivit pe durata valabilității Contractului de Asigurare și să fie calificate drept eligibile pentru plată conform prezentelor Condiții de Asigurare.
2. Asigurătorul va achita Indemnizația de Asigurare în termen de maxim 10 zile lucrătoare de la data completării dosarului de despăgubire și cu condiția ca cererea de despăgubire să fi fost acceptată. Momentul în care dosarul de despăgubire este completat este considerat data la care toate documentele solicitate de Asigurător au fost furnizate de către Persoana Asigurată.
3. Asigurătorul se obligă să ia în considerare toate documentele de despăgubire și datele privind stabilirea împrejurărilor producerii Riscului Asigurat și valorii indemnizației.

XIX. MODIFICAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

1. Modificarea Formulei sau frecvenței de plată este permisă numai la Data Aniversară, cu informarea prealabilă a Asigurătorului transmisă cu 30 de zile înainte de data scadenței, și operează numai conform dispozițiilor de la articolul III.6. Această modificare va avea efecte în baza declarațiilor medicale, semnate de Contractant și Dependenți, dacă este cazul.
2. Adăugarea de Persoane Dependente este permisă oricând în timpul anului, începând cu data scadenței următoarei Prime de Asigurare. Această modificare va avea efecte în baza cererii de modificare, semnată de Dependent și Contractant, cu cel puțin 20 de zile înainte de următoarea scadență/ dată aniversară, și a anexei la Formularul de

Cerere de Asigurare, cu privire la declarația privind datele personale, starea de sănătate și starea civilă, completată și semnată de Dependenți. Se va emite un Act Adițional la Contractul de Asigurare.

3. Eliminarea Dependenților la cerere este permisă oricând în timpul anului, la solicitarea specifică a Contractantului. Această modificare va avea efecte în baza cererii de modificare, semnată de Dependent și Contractant, cu cel puțin 20 de zile înainte de următoarea scadență/ dată aniversară, și în baza emiterii unui Act Adițional la Poliță. Modificarea va intra în vigoare începând cu următoarea scadență.
4. Eliminarea automată a Persoanelor Dependente are loc la data aniversară ca urmare a împlinirii de către Dependenți a vârstei maxime eligibile sau a decesului acestora.
5. Noile condiții ale Contractului de Asigurare (noua Primă de Asigurare, posibilele modificări în riscurile asigurate sau sumele asigurate) și data la care acestea intră în vigoare vor fi formalizate printr-un Act Adițional semnat de ambele părți.

XX. LIMITA DE RASPUNDERE A ASIGURATORULUI

1. Asigurătorul nu va avea nicio obligație cu privire la riscuri asigurate care nu s-au produs pe durata valabilității Contractului de Asigurare.
2. Asigurătorul nu va avea nicio obligație față de Contractant și Dependenții săi, dacă este cazul, în legătură cu riscuri care se produc după încetarea contractului.
3. Asigurătorul nu va răspunde pentru riscurile excluse din asigurare.
4. Asigurătorul nu va răspunde în baza Contractului de Asigurare dacă un fapt semnificativ pentru Riscul Asigurat a fost declarat fals ori a fost ascuns de Asigurat, iar acest lucru are un impact asupra Riscului Asigurat.
5. Asigurătorul nu va răspunde în baza Contractului de Asigurare dacă riscul se ivește ca urmare a acțiunii deliberate a Asiguratului.
6. Asigurătorul are dreptul de a nu achita Indemnizația de Asigurare în cazul în care îi sunt prezentate documente ori informații false, sau dacă acesta descoperă vreo fraudă.
7. Asigurătorul are dreptul de a nu achita Indemnizația de Asigurare pentru Riscuri Asigurate precum: spitalizare, intervenție chirurgicală și boală gravă cauzate direct sau indirect, integral sau parțial, de orice Afecțiune Preexistentă în primele 24 de luni de la Data Intrării în Vigoare a Poliței, conform definiției din aceste Condiții de Asigurare.
8. Pentru Spitalizarea suportată, Asigurătorul are dreptul de a solicita Persoanei Dependente să se supună unui examen medical efectuat de un medic acceptat de Asigurător, pentru stabilirea obligației Asigurătorului privind plata indemnizației. Costurile unei astfel de examinări medicale sunt suportate de Asigurător.
9. Asigurătorul are dreptul de a nu achita Indemnizația de Asigurare în cazul în care nu îi sunt prezentate dovezi suficiente și clare în scopul stabilirii dreptului la plata despăgubirii.
10. Asigurătorul nu va răspunde pentru despăgubiri cu privire la care nu îi sunt prezentate documentele solicitate.
11. Asigurătorul nu răspunde pentru calitatea serviciilor furnizate de instituțiile medicale sau personalul medical.

XXI. INFORMAȚII INCOMPLETE ȘI INCORECTE

1. Asigurătorul încheie Contractul de Asigurare cu Contractantul în considerarea faptului că informațiile

furnizate Asiguratorului la data încheierii Asigurării/modificării Contractului de Asigurare sunt corecte.

2. În cazul în care, ulterior, se dovedește că Persoana Asigurată, în mod conștient, a furnizat, sau a permis furnizarea, de informații false, înșelătoare, incomplete sau incorecte, pe care Asiguratorul le poate considera, în mod rezonabil, importante pentru evaluarea Riscului Asigurat, Asiguratorul va avea dreptul să modifice toate indemnizațiile de asigurare și/sau să rezilieze Contractul de Asigurare.

3. În cazul în care, ulterior, se dovedește că Persoana Asigurată și/sau Beneficiarul în mod conștient a(u) furnizat, sau a(u) permis furnizarea, de informații false, înșelătoare, incomplete sau incorecte, pe care Asiguratorul le poate considera, în mod rezonabil, importante pentru evaluarea riscului, Asiguratorul va avea dreptul să refuze plata Indemnizației de Asigurare.

XXII. PROTECȚIA DATELOR PERSONALE

1. Asiguratorul se obligă în mod expres să prelucereze toate informațiile/ datele cu caracter personal furnizate de Titularul Poliței în conformitate cu prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor, cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și pentru libera circulație a acestor date („Legea 677/2001”).

2. Prin „date cu caracter personal” se înțeleg orice informații referitoare la o persoană fizică identificată sau identificabilă, conform legii.

3. Prin „prelucrarea datelor cu caracter personal” se înțelege orice operațiune sau set de operațiuni care se efectuează asupra datelor cu caracter personal, prin orice mijloace automate sau neautomate, cum ar fi colectarea, înregistrarea, organizarea, stocarea, modificarea, extragerea, consultarea, utilizarea sau dezvăluirea către terți prin transmitere. Asiguratorului îi este permis să transfere datele personale ale Persoanelor Asigurate către persoane împuternicite, terțe părți implicate în executarea acestui contract, auditorii și consilierii Asiguratorului, BRD Groupe Societe Generale și orice alte societăți care fac parte din Group Societe Generale și Autoritatea de Supraveghere, indiferent dacă acestea se află în România sau în străinătate.

4. Persoana Asigurată autorizează în mod expres Asiguratorul să utilizeze datele sale personale, inclusiv datele medicale, furnizate Asiguratorului, și să trimită aceste date subcontractorilor Asiguratorului, în scopul îndeplinirii obligațiilor contractuale, efectuării unor analize statistice, de management, privind riscurile financiare, comerciale și de marketing, în scop de marketing direct, în scopul comunicărilor comerciale ale Asiguratorului și partenerilor săi.

5. În vederea atingerii scopurilor mai sus menționate, Asiguratorul va prelucra datele personale ale Persoanei Asigurate pe toată perioada desfășurării activităților sale, până la data manifestării de către Persoana Asigurată a dreptului său de opoziție.

6. După încetarea operațiunilor de prelucrare a datelor personale, în scopul pentru care datele au fost colectate, dacă Persoana Asigurată nu-și manifestă dreptul de opoziție, în conformitate cu legea, datele vor fi arhivate de Asigurator pe perioada prevăzută de legislația în vigoare (în particular de legislația privind Arhivele Naționale) sau vor fi distruse.

7. Persoana Asigurată declară că acesta (aceasta) cunoaște prevederile Legii 677/2001 referitoare la: dreptul de acces la date, dreptul de intervenție asupra datelor, dreptul de opoziție, precum și dreptul de a se adresa instanței.

8. Transferurile de date pot fi efectuate în interiorul și în afara țării/ UE, cu condiția ca statul de destinație să asigure un nivel adecvat de protecție, în vederea executării unui contract semnat de persoana relevantă, sau semnării unui contract sau executării unui contract care a fost sau va fi încheiat în beneficiul persoanei relevante, între operator și un terț.

9. În cazul în care Persoana Asigurată nu este de acord ca datele sale personale să fie prelucrate în scop de marketing direct sau cedate terților, Persoana Asigurată respectivă are dreptul să-și exprime refuzul, în baza unei solicitări scrise datate și semnate. Refuzul respectiv va fi transmis Asiguratorul (în atenția Departamentului Juridic) și va fi comunicat fie personal, fie prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire, la sediul Asiguratorului.

XXIII. CONFIDENȚIALITATE

1. Părțile se obligă să păstreze confidențiale informațiile obținute în baza prezentului Contract de asigurare și să nu divulge, direct sau indirect, către terțe părți, Informațiile Confidențiale, indiferent de suportul acestora. Prin Informații Confidențiale se înțeleg informații financiare sau orice alt tip de informații, informațiile din documentele puse la dispoziția lor în conformitate cu prezentul Contract de asigurare, inclusiv informațiile ce constituie secret bancar conform prevederilor legale în materie, provenite de la Contractant sau de care ia cunoștință pe parcursul executării prezentului Contract de Asigurare.

2. Asiguratorul va păstra confidențialitatea asupra tuturor documentelor privind executarea Contractului de asigurare, indiferent de natura acestora și indiferent de conținutul lor. Contractantul /Dependenții (de peste 18 de ani) sunt de acord că Asiguratorul poate dezvălui Informații Confidențiale următoarelor persoane:

2.1. Subcontractori ce furnizează servicii în legătură cu prezentul Contract de Asigurare și care au fost de acord să fie obligați prin condiții similare privind confidențialitatea;

2.2. Consultanții juridici, reasuratorii Asiguratorului, sau alte persoane cărora trebuie să li se dezvăluie aceste informații în conformitate cu proceduri legale, judiciare sau administrative, în legătură cu anumite litigii sau în scopul protejării intereselor legitime ale Asiguratorului.

3. Informațiile Confidențiale nu includ datele despre care Asiguratorul dovedește că:

3.1. Asiguratorul le deține, înainte ca acestea să-i fie dezvăluite de către cealaltă Parte, fără obligația de a le trata drept confidențiale;

3.2. Asiguratorul le-a obținut pe o cale licită, alta decât în legătură cu executarea Contractului de Asigurare;

3.3. Erau publice la data dezvăluirii de către cealaltă Parte. Totuși, Informațiile Confidențiale nu vor fi considerate ca fiind publice prin simplul fapt că anumite extrase nesemnificative sau combinații ale acestora au devenit publice.

4. Clauzele de confidențialitate sunt valabile pe perioada de valabilitate a prezentului Contract de Asigurare, cât și pe o perioadă de timp nedeterminată, după încetarea acestuia.

5. Obligațiile stabilite în prezentul capitol privind respectarea confidențialității și protecția datelor sunt prevăzute sub sancțiunea plății de daune interese la valoarea integrală a

prejudiciului produs în caz de încălcare a acestora.

XXIV. FORȚA MAJORĂ

1. Niciuna dintre părțile contractante nu răspunde de neexecutarea sau executarea parțială a oricărei obligații ce îi revine în baza prezentului Contract de Asigurare, dacă aceasta a fost cauzată de o Forță Majoră.
2. Forță Majoră înseamnă un eveniment independent de voința părților, imprevizibil și insurmontabil, care are loc după încheierea Contractului de Asigurare și care împiedică în mod absolut executarea obligațiilor de către oricare din Părți.
3. Partea care invocă Forță Majoră este obligată să notifice cealaltă parte, în scris, în maxim 5 zile lucrătoare de la apariția cazului de Forță Majoră, și să prezinte dovada eliberată de autoritățile competente, în termen de 30 zile lucrătoare de la apariția cazului de Forță Majoră. Forță Majoră suspendă efectele Contractului de Asigurare pe durata desfășurării acesteia. Dacă durata acesteia depășește 30 zile, Părțile se vor întâlni pentru a decide soarta Contractului de Asigurare.
4. Insolvența, dizolvarea, falimentul, lichidarea și greva nu sunt considerate cazuri de Forță Majoră.

XXV. CORESPONDENȚA

1. Adresa de corespondență oficială a Asiguratorului/Contractantului este Registratura STAR STORAGE (în atenția BRD Asigurări de Viață) - Bulevardul Dimitrie Pompeiu nr. 8, clădirea FEPEP, Etaj 1, sector 2, București, cod poștal 020337, respectiv cea comunicată de către Contractant.
2. Asiguratorul/Contractantul va comunica orice modificări referitoare la adresa sediului său social sau la adresa de corespondență.
3. Asiguratorul va trimite corespondența Contractantului la ultima adresă de corespondență comunicată de Contractant.
4. Orice informații reciproce între Asigurator și Contractant se probează cu borderoul de transmitere a corespondenței.
5. Orice comunicări între Părți, necesare în scopul executării Contractului de Asigurare, vor fi întocmite în toate cazurile în scris (scrisoare, email și fax).

XXVI. JURISDICȚIE

1. Contractul de Asigurare, precum și orice pretenții și dispute rezultate din acesta, va fi guvernat de legislația română.
2. Disputele dintre Părți se vor soluționa pe cale amiabilă, prin acordul reciproc al Părților, iar dacă nu se ajunge la niciun acord, de instanța judecătorească română competentă.
3. Ca metode alternative pentru soluționarea disputelor, Părțile sunt de acord să trateze orice dispută cu promptitudine și prioritate, prin medierea via SAL FIN (Entitatea de Soluționare Alternativă a Litigiilor în Domeniul Financiar Nonbancar).
4. De asemenea, Contractantul va avea dreptul de a depune la Autoritatea de Supraveghere Financiară o plângere scrisă cu privire la chestiuni legate de Contractul de Asigurare, în conformitate cu normele ASF.
5. Pentru orice pretenții sau clarificări privind Contractul de Asigurare, Contractantul poate depune o plângere scrisă la Asigurator.

XXVII. LIMBA

1. Contractul de Asigurare se încheie în limba română.

XXVIII. MODIFICĂRI ALE LEGISLAȚIEI

1. Orice modificare a conținutului prezentelor condiții, impusă de o schimbare legislativă sau de o decizie a organelor de drept, va fi acceptată necondiționat de ambele Părți și se realizează de drept, fără nici o formalitate, din momentul în care noua lege intră în vigoare.
2. În cazul apariției oricăror modificări ale legislației, procedurilor legale sau privind interpretarea legii, după data intrării în vigoare a Contractului de Asigurare, și care conduc la sporirea sau extinderea obligațiilor oricăreia dintre Părți (Asiguratorul și Contractantul), Părțile sunt de acord să răspundă afirmativ la solicitarea de a purta discuții imediate, formulată în scris de oricare dintre ele, în vederea revizuirii termenilor și condițiilor Contractului de Asigurare, astfel încât obiectivele stabilite inițial să poată fi atinse.
3. În cazul unor modificări ale legislației prin care sunt impuse taxe, onorarii sau alte costuri, noi ori suplimentare, în legătură cu Prima de Asigurare, acestea vor fi suportate de către Contractant.

XXIX. DEDUCTIBILITATE FISCALĂ

1. Sumele ce reprezintă Prima de Asigurare achitată sunt considerate deductibile, conform condițiilor indicate în Capitolul III, Titlul IV din Legea nr. 227/2015 privind Codul Fiscal.

XXX. VALOAREA DE RĂSCUMPĂRARE A POLIȚEI

1. Asigurarea de Sănătate Individuală este un produs de asigurare ce nu poate fi răscumpărat; prin urmare nu se va achita nicio valoare de răscumpărare a poliței, integrală sau parțială, cu privire la aceasta. În cazul încetării anticipate a contractului, Contractantului nu i se va rambursa nicio primă.

XXXI. LIMITA TERITORIALĂ

1. Toate Serviciile Medicale Spitalicești (Spitalizare, Intervenții Chirurgicale, Boli Grave) și toate Serviciile Medicale Ambulatorii sunt acoperite prin acest Contract de Asigurare numai dacă sunt furnizate în România sau orice Stat Membru al Uniunii Europene.
2. Indemnizațiile de Asigurare acordate în baza Contractului de Asigurare vor fi achitate în RON, exclusiv într-un cont bancar din România.

XXXII. FONDUL DE GARANTARE

1. În cazul în care BRD Asigurări de Viață ar intra în insolvență, Fondul de Garantare, conform definiției din Legea nr. 213/2015, cu modificările și completările ulterioare, va proteja interesele Persoanelor Asigurate, ale beneficiarilor asigurării, precum și ale terților prejudiciați.

XXXIII. PREVEDERI FINALE

1. Prevederile acestor Condiții de Asigurare se completează cu dispozițiile legale în vigoare.

ANEXA 1 LISTA DE BENEFICII

Condiții de Asigurare Individuală de Sănătate

INDEMNIZAȚII PENTRU SERVICII MEDICALE ÎN AMBULATORIU

Servicii Medicale	CLASSIC	MEDIUM	PREMIUM	LIMITE PE ACOPERIRE**
Consultații de medicină generală și de specialitate	Până la 2.000 RON* / an	Până la 3.000 RON* / an	Până la 4.500 RON* / an	
1. Consultații de medicină generală pentru Persoanele Asigurate (Contractant și Dependenți)	nelimitat	nelimitat	nelimitat	
2. Consultații de medicină generală pentru Persoanele Asigurate Asimilate O consultație medicală oferită unei persoane desemnate de Contractant, indiferent de gradul de rudenie cu acesta, conform limitei pachetului detinut de Contractant.	1/an	1/an	1/an	
3. Consultații de specialitate (cu excepția consultațiilor la medicul de medicină generală) / Control	5/an	10/an	nelimitat	-
- Consultații - fără recomandare de la generalist/ internist (pediatrie, oftalmologie, obstetrică - ginecologie, dermatologie, ORL)	DA	DA	DA	
- Consultații - cu recomandare de la generalist/internist (cardiologie, chirurgie generală, endocrinologie, gastroenterologie, pneumologie, reumatologie, oncologie, urologie, neurologie, nefrologie, hematologie, ortopedie și traumatologie, diabet and boli metabolice, boli infecțioase, alergologie și imunologie, chirurgie vasculară, stomatologie, chirurgie plastică & reparatorie)	DA	DA	DA	
Proceduri medicale și Investigații (cu recomandare de la medicul de specialitate)	Până la 800 RON* / an	Până la 1.500 RON* / an	Până la 3.500 RON* / an	Limită pe acoperire - RON* /eveniment
	nelimitat	nelimitat	nelimitat	
Obstetrică - Ginecologie				
- colposcopie	DA	DA	DA	200
- biopsie	DA	DA	DA	450
Dermatologie				
- investigație dermatologică - dermatoscopie	NU	DA	DA	50
Cardiologie				
- EKG de repaus	DA	DA	DA	50
- holter tensiune	DA	DA	DA	200
- Doppler artere carotide, artere vertebrale, artere subclavie	NU	NU	DA	210
Chirurgie generală				
- proceduri de microchirurgie (efectuate în cabinetul medical)	DA	DA	DA	300
Gastroenterologie				
- endoscopie digestivă superioară, biopsie, test HP, anestezie	DA	DA	DA	200
- colonoscopie, polipectomie, biopsie, anestezie	NU	DA	DA	300

- proctosigmoidoscopie	NU	DA	DA	350
Neurologie				
- electroencefalogramă (EEG)	NU	NU	DA	200
Pneumologie				
- teste funcționale pulmonare	DA	DA	DA	75
Ortopedie & Traumatologie				
- imobilizare în aparat gipsat	DA	DA	DA	150
TESTE DE LABORATOR*** (cu recomandare de la medicul de specialitate)	Până la 600 RON* / an	Până la 1.200 RON* / an	Până la 4.000 RON* / an	Limită pe acoperire - RON* /eveniment
	nelimitat	nelimitat	nelimitat	
- set bacteriologie	DA	DA	DA	80
- set biochimie	DA	DA	DA	80
- set electroforeză	DA	DA	DA	75
- set electroliți	DA	DA	DA	25
- set teste urină	DA	DA	DA	30
- set hematologie	DA	DA	DA	30
- set hemostază și coagulare	DA	DA	DA	125
- set enzime	DA	DA	DA	50
IMAGISTICĂ (cu recomandare de la medicul de specialitate)	Până la 1.000 RON* / an	Până la 2.000 RON* / an	Până la 3.000 RON* / an	
Imagistică Standard	nelimitat	nelimitat	nelimitat	-
- Ecografie (2D & 3D) și Radiologie	DA	DA	DA	
- Mamografie	DA	DA	DA	
CT + RMN (inclusiv cu substanță de contrast, după caz)	1/ an	2/ an	3/ an	

ADULȚI (VÂRSTĂ > 16 ANI) PACHET PREVENȚIE - 1/AN	Până la 180 RON* / an	Până la 250 RON* / an	Până la 270 RON* / an	
1. Consultație medicală (medic generalist)	1/an	1/an	1/an	
2. Teste de laborator				
- test Papanicolau	-	1/an	1/an	
- test urină	-	1/an	1/an	
- glicemie	1/an	1/an	1/an	
- colesterol total	1/an	1/an	1/an	
- trigliceride	-	1/an	1/an	
- hemoleucogramă	1/an	1/an	1/an	
- VSH	1/an	1/an	1/an	
- ALT/AST	1/an	1/an	1/an	
- creatinină serică	1/an	1/an	1/an	
- PSA (bărbați cu vârsta peste 50 de ani)	-	1/an	1/an	
- EKG de repaus	-	-	1/an	
3. Consultație medicală/Control de evaluare a rezultatelor	1/an	1/an	1/an	
COPII (VÂRSTĂ <= 16 ANI) PACHET PREVENȚIE - 1/AN	Până la 160 RON* / an	Până la 350 RON* / an	Până la 350 RON* / an	
1. Consultație medicală (medic generalist sau pediatru)	1/an	1/an	1/an	
2. Teste de laborator				
- test urină	-	1/an	1/an	
- glicemie	-	1/an	1/an	
- sideremie	1/an	1/an	1/an	

- calciu ionic	1/an	1/an	1/an	-
- hemoleucogramă	1/an	1/an	1/an	
- VSH	1/an	1/an	1/an	
- ALT/AST	-	1/an	1/an	
- creatinină serică	1/an	1/an	1/an	
3. Examenе imagistică				
- ecografie abdominală 3D	-	1/an	1/an	
4. Consultație medicală/ Control de evaluare a rezultatelor	1/an	1/an	1/an	
5. Manoperă vaccinuri - conform schemei naționale de vaccinare	nelimitat			

INDEMNIZAȚII PENTRU SERVICII MEDICALE CU SPITALIZARE

Servicii Medicale	CLASSIC	MEDIUM	PREMIUM	
ASIGURAREA DE SPITALIZARE DIN ORICE CAUZĂ Servicii medicale acoperite: cazare, masa, teste de laborator, proceduri medicale, medicamente, vizite interdisciplinare	Max. 5 zile / an de asigurare	Max. 15 zile / an de asigurare	Max. 30 zile / an de asigurare	
Indemnizație de spitalizare Asigurătorul va plăti o indemnizație până la limita stabilită pe fiecare Pachet, în baza documentelor medicale și fiscale (factură, chitanțe).	Până la 200 RON*/ zi	Până la 450 RON*/ zi	Până la 600 RON*/ zi	
ASIGURAREA DE INTERVENȚII CHIRURGICALE DIN ORICE CAUZĂ Servicii medicale acoperite: intervenție chirurgicală, consult pre-anestezic, anestezie, consumabile, teste anatomopatologice.	-	Număr nelimitat de evenimente	Număr nelimitat de evenimente	
Indemnizație pentru intervenții chirurgicale Asigurătorul va plăti Persoanei Asigurate o indemnizație în limita sumei asigurate stabilită pe Pachet, în baza documentelor medicale și fiscale (factură, chitanțe).	-	3.000 RON* / eveniment & max 9.000 RON/ an	9.000 RON / eveniment & max 27.000 RON/ an	-
AFECTIUNI GRAVE Diagnosticarea a cel puțin unei afecțiuni grave stipulate în poliță va reprezenta 1 eveniment/ an de asigurare.	1 eveniment / an de asigurare	1 eveniment / an de asigurare	1 eveniment / an de asigurare	
Indemnizație pentru afecțiuni grave Asigurătorul va plăti o indemnizație fixă, o singură dată pe an de asigurare, reprezentând suma stabilită pe fiecare Pachet, în baza documentelor medicale. Restul de afecțiuni grave nediate diagnosticate vor fi acoperite în anii următori de asigurare în combinația menționată în Condițiile pentru Asigurarea de Sănătate Individuală My MedCare.	4.500 RON/ eveniment	9.000 RON/ eveniment	18.000 RON/ eveniment	

* Valorile în Ron ale limitelor incluse în Anexa 1 Lista de Beneficii reprezintă suma maximă până la care se rambursează asiguratului costul cheltuielilor medicale efectuate de acesta și propuse Asigurătorului în cererea de despăgubire.

** Limitele pe acoperire sunt valabile în cazul fiecărui Pachet: Classic, Medium și Premium și se aplică serviciului medical în dreptul căruia este trecută limita maximă în Ron a cheltuielilor medicale efectuate ce sunt rambursate asiguratului, conform contractului de asigurare.

*** Unitățile de laborator care sunt incluse în fiecare din seturile menționate în categoria de Teste de Laborator, se pot solicita Serviciului de asistență call centre 021.9195 sau se pot găsi disponibile pe pagina de web www.mymedcare.ro.

ANEXA 2 Matricea Primelor de Asigurare

Condiții de Asigurare Individuală de Sănătate

Frecvența de plată	Prima de asigurare lunară Ron/asigurat			Prima de asigurare trimestrială Ron/asigurat			Prima de asigurare semestrială Ron/asigurat			Prima de asigurare anuală Ron/asigurat		
	Vârsta	CLASSIC	MEDIUM	PREMIUM	CLASSIC	MEDIUM	PREMIUM	CLASSIC	MEDIUM	PREMIUM	CLASSIC	MEDIUM
<=20*	30	63	120	90	189	360	180	378	720	360	756	1,440
21	33	70	132	99	210	396	198	420	792	396	840	1,584
22	36	76	144	108	228	432	216	456	864	432	912	1,728
23	39	82	156	117	246	468	234	492	936	468	984	1,872
24	42	87	166	126	261	498	252	522	996	504	1,044	1,992
25	44	92	176	132	276	528	264	552	1,056	528	1,104	2,112
26	47	97	185	141	291	555	282	582	1,110	564	1,164	2,220
27	49	102	195	147	306	585	294	612	1,170	588	1,224	2,340
28	51	107	204	153	321	612	306	642	1,224	612	1,284	2,448
29	54	112	214	162	336	642	324	672	1,284	648	1,344	2,568
30	56	117	224	168	351	672	336	702	1,344	672	1,404	2,688
31	59	122	233	177	366	699	354	732	1,398	708	1,464	2,796
32	61	127	243	183	381	729	366	762	1,458	732	1,524	2,916
33	63	132	252	189	396	756	378	792	1,512	756	1,584	3,024
34	66	139	264	198	417	792	396	834	1,584	792	1,668	3,168
35	69	145	276	207	435	828	414	870	1,656	828	1,740	3,312
36	72	152	288	216	456	864	432	912	1,728	864	1,824	3,456
37	75	158	300	225	474	900	450	948	1,800	900	1,896	3,600
38	78	164	312	234	492	936	468	984	1,872	936	1,968	3,744
39	82	172	328	246	516	984	492	1,032	1,968	984	2,064	3,936
40	86	180	343	258	540	1,029	516	1,080	2,058	1,032	2,160	4,116
41	90	188	358	270	564	1,074	540	1,128	2,148	1,080	2,256	4,296
42	94	196	373	282	588	1,119	564	1,176	2,238	1,128	2,352	4,476
43	97	204	388	291	612	1,164	582	1,224	2,328	1,164	2,448	4,656
44	100	214	406	300	642	1,218	600	1,284	2,436	1,200	2,568	4,872
45	102	223	423	306	669	1,269	612	1,338	2,538	1,224	2,676	5,076
46	105	232	441	315	696	1,323	630	1,392	2,646	1,260	2,784	5,292
47	107	241	458	321	723	1,374	642	1,446	2,748	1,284	2,892	5,496
48	109	250	475	327	750	1,425	654	1,500	2,850	1,308	3,000	5,700
49	112	258	491	336	774	1,473	672	1,548	2,946	1,344	3,096	5,892
50	115	266	506	345	798	1,518	690	1,596	3,036	1,380	3,192	6,072
51	118	274	522	354	822	1,566	708	1,644	3,132	1,416	3,288	6,264
52	121	282	537	363	846	1,611	726	1,692	3,222	1,452	3,384	6,444
53	124	289	552	372	867	1,656	744	1,734	3,312	1,488	3,468	6,624
54	129	300	573	387	900	1,719	774	1,800	3,438	1,548	3,600	6,876
55	134	311	594	402	933	1,782	804	1,866	3,564	1,608	3,732	7,128
56	138	322	614	414	966	1,842	828	1,932	3,684	1,656	3,864	7,368
57	143	333	635	429	999	1,905	858	1,998	3,810	1,716	3,996	7,620
58	147	343	655	441	1,029	1,965	882	2,058	3,930	1,764	4,116	7,860
59	152	354	677	456	1,062	2,031	912	2,124	4,062	1,824	4,248	8,124
60	157	366	699	471	1,098	2,097	942	2,196	4,194	1,884	4,392	8,388

*Primele de asigurare pentru asigurații sub 20 de ani vor fi cele aferente vârstei de 20 ani împliniți

