

Condiții Generale de Asigurare de Sănătate de Grup

1. **PREVEDERI GENERALE:**

Prezentele Condiții de Asigurare, împreună cu Cererea de Asigurare de Grup, "Lista Angajaților și Dependenților", Polița de Asigurare, Certificatele de Asigurare, Anexa 1 - "Lista de Riscuri Asigurate" și Anexa 2 - "**Rețeaua de Servicii de Sănătate**" și, dacă este cazul, Anexele la Condițiile Generale de Asigurare de sănătate de Grup ce privesc Condițiile de asigurare aferente Clauzelor suplimentare, constituie Contractul de Asigurare de Sănătate de Grup (denumit în continuare "**Contractul de Asigurare**") încheiat între BRD Asigurări de Viață S.A. cu sediul în București, Str.Gheorghe Polizu, nr. 58-60, Et. 8 (zona 3) și 9, Sector 1, 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 Asiguratorilor sub nr. 64 / 03.04.2009, cod LEI 3157007U0N17M1JWDB35, (denumit în continuare "**Asiguratorul**") și Client (denumit în continuare "**Contractant**").

Această asigurare este distribuita de BRD - Groupe Société Générale S.A., cu sediul social 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 cu nr. RB-PJR-40-007/18.02.1999, cu Cod Unic de Identificare ASF: RAJ 58375 în calitate de agent afiliat pentru Asigurarea de sănătate de grup, clasa de asigurare C1, clasificare din Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, Anexa 1.

Asiguratorul 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 asigurării accesului de către Asigurator la **Rețeaua de Servicii de Sănătate** și/ sau achitării Indemnizației de Asigurare, cu condiția ca riscul asigurat să se fi produs în termenul de valabilitate al contractului și sub rezerva termenilor și limitelor convenite prin acesta.

2. **DEFINIȚII**

Definițiile utilizate în cuprinsul acestor Condiții de Asigurare vor avea următoarele semnificații:

- 2.1. **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 Membru Asigurat în perioada de Asigurare Individuală aferentă Membrului Asigurat respectiv.
- 2.2. **Afecțiune Preexistentă** – orice boală, vătămare corporală din accident sau altă afecțiune medicală a Membrului Asigurat, descoperită sau dezvoltată înainte de intrarea în vigoare a Asigurării Individuale a Membrului Asigurat respectiv, indiferent dacă afecțiunea a fost diagnosticată de un medic și indiferent dacă a fost administrat un tratament sau nu.
- 2.3. **Ajustarea Primei** – recalcularea periodică a Primei de Asigurare contractuale, în baza modificărilor privind dimensiunea grupului și schimbării vârstei medii.
- 2.4. **Angajat** - angajatul Contractantului, prezent și activ la locul de muncă, având un contract de muncă pe durată nedeterminată sau un contract de muncă pe durată determinată de cel puțin 12 luni. Grupul de persoane neacoperite de Condițiile de Asigurare include, dar fără a se limita la personalul angajat temporar, studenții și stagiarilor cu contracte pe durată limitată, sau angajații cu normă parțială de sub 50% din norma de lucru obișnuită, precum și consultanții externi, furnizorii de servicii sau alte persoane având un contract de colaboare cu Contractantul.
Membrii conducerii Contractantului sunt acoperiți de Condițiile de Asigurare, cu condiția să fie zilnic prezenți la locul de muncă și să presteze o normă întregă pentru Contractant. Grupul de persoane cu funcții de conducere neacoperit de prezenta poliță include, dar fără a se limita la consultanți de management externi sau membrii ai consiliului de supraveghere sau consiliului de administrație.
În scopul acestor Condiții de Asigurare, următoarele persoane pot fi tratate drept angajați: colaboratorii ce exercită profesii liberale atât timp cât sunt constituiți într-o entitate de minim 20 de persoane.
- 2.5. **Asigurare Individuală** – acoperirea individuală a Asiguratului prin Contractul de Asigurare de sănătate de Grup încheiat între Asigurator și Contractant, atestată prin Certificatul de Asigurare.
- 2.6. **Asigurat** – persoana a cărei sănătate face obiectul asigurării, în baza prezentelor Condiții de Asigurare – Angajatul Contractantului și Dependentul angajatului, denumiți alternativ Membru Asigurat.

BRD Asigurari de Viata S.A.
Str.Gheorghe Polizu nr.58-60, Et. 8 (zona3) și 9,
Sector 1, București
Tel :+4021.408. 29. 29
Fax:+4021.408. 29.13
office. brdasigurarideviata@brd.ro

CAPITAL SOCIAL: 36116500 RON
C.U.I. 24870553/16.12.2008
R.C. J40/20877/15.12.2008
Autorizată de Autoritatea de
Supraveghere
Financiară înregistrată în Registrul
Asiguratorilor cu nr. 64/3.04.2009
cod LEI 3157007U0N17M1JWDB35



GRUPE SOCIETE GENERALE

- 2.7. **Asigurător** – BRD Asigurări de Viață S.A., înregistrată în Registrul Asigurătorilor sub nr. 64/03.04.2009.
- 2.8. **Beneficiar** – persoana care are dreptul să primească Beneficiul de Asigurare.
- 2.9. **Beneficiu de Asigurare** – Indemnizația de Asigurare și/sau serviciile medicale detaliate pentru fiecare Pachet în “Lista de Riscuri Asigurate”, care este parte a Contractului de Asigurare.
- 2.10. **Boală** – orice stare anormală, patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/ sau funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de un medic calificat conform criteriilor clinice sau paraclinice specifice.
- 2.11. **Call Center** – dispeceratul de unde Membrul Asigurat poate obține informații privind structura **Rețelei de Servicii de Sănătate**, informații despre serviciile medicale incluse în Contractul de Asigurare, îndrumări cu privire la orice problemă de sănătate și orice urgență medicală ce poate conduce sau nu la spitalizare, programări la medic sau pentru investigații medicale, precum și informații privind serviciile furnizate în baza Contractului de Asigurare.
- 2.12. **Categorie de Spitalizare** – clasa specifică de spitalizare dintr-o unitate spitalicească (cameră single sau standard), conform specificațiilor cuprinse în Polița de asigurare și Certificatul de asigurare.
- 2.13. **Cerere de Asigurare de Grup** – documentul în cuprinsul căruia Contractantul furnizează informațiile necesare în scopul încheierii Contractului de Asigurare și solicită încheierea acestuia.
- 2.14. **Certificat de Asigurare** – documentul care atestă calitatea de asigurat a Membrului Asigurat și în care se menționează tipul Pachetului de asigurare convenit conform Contractului de Asigurare și limitele riscurilor asigurate acoperite.
- 2.15. **Clauze suplimentare** – asigurarea de intervenție chirurgicală, și/sau asigurarea de naștere și/sau asigurarea de afecțiuni grave. Riscurile acoperite de aceste Clauze suplimentare sunt în vigoare numai dacă sunt menționate în Polița de asigurare și respectiv în Certificatul de asigurare.
- 2.16. **Complicație** – orice condiție medicală gravă apărută ca urmare a intervențiilor sau tratamentelor efectuate în perioada de spitalizare, acoperită de prezenta asigurare și care determină o nouă perioadă de spitalizare.
- 2.17. **Condiția „prezent și activ la locul de muncă”** – angajatul trebuie să fie prezent și pe deplin activ la locul de muncă, capabil din punct de vedere fizic și mental să-și îndeplinească toate sarcinile de lucru obișnuite, în ziua în care asigurarea urmează să intre în vigoare.
- 2.18. **Consultație Medicală** – anamneza și examinarea Asiguratului, în vederea stabilirii diagnosticului și tratamentului.
- 2.19. **Contractant** – persoana juridică ce încheie Polița de Asigurare cu Asigurătorul în beneficiul angajaților acesteia și dependenților angajaților, în conformitate cu termenii prezentelor Condiții de Asigurare.
- 2.20. **Data aniversară** – perioada de 1 an de la Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare, iar ulterior a perioadelor succesive de 1 an.
- 2.21. **Data Încetării Contractului de Asigurare** – data încetării răspunderii Asigurătorului.
- 2.22. **Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare** – data de început a Contractului de Asigurare, menționată în Polița de Asigurare.
- 2.23. **Dependent** – soția/ soțul, în vârstă de peste 16 ani și sub 65 de ani, precum și copiii, în vârstă de peste treizeci (30) de zile și sub 24 de ani (inclusiv copiii vitregi și copiii adoptați), cu condiția ca aceștia să locuiască la același domiciliu.
- 2.24. **Drept de acces** – reprezintă consimțământul Asigurătorului sau al reprezentanților acestuia acordat **Rețelei de Servicii de Sănătate**, prin Call Center, privind accesul Membrului Asigurat la serviciile medicale de spitalizare acoperite în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**, așa cum sunt stipulate în cuprinsul Poliței de asigurare și, respectiv, Certificatului de Asigurare, în conformitate cu Pachetul de Asigurare aplicabil. În orice situație, dreptul de acces va fi obținut în termen de maxim 2 zile lucrătoare de la solicitarea de acces a **Rețelei de Servicii de Sănătate**.
- 2.25. **Durata Asigurării Individuale** – perioada în care riscurile asigurate aferente unui Membru Asigurat sunt acoperite prin Contractul de Asigurare de Grup.
- 2.26. **Durata Contractului de Asigurare** – perioada dintre Data Intrării în Vigoare și Data Încetării Contractului de Asigurare, în care Asigurătorul răspunde în baza prezentelor Condiții de Asigurare.
- 2.27. **Formular de Pre-Autorizare** – un formular completat de un medic, membru al **Rețelei de Servicii de Sănătate**, reprezentând recomandarea medicală ce permite Asiguratului să efectueze orice proceduri medicale, teste de diagnostic, investigații medicale necesare și/sau spitalizare ori intervenție chirurgicală (dacă este cazul) – sau naștere (dacă este cazul), în limitele specificate în Polița de asigurare și, respectiv, în Certificatul de asigurare.
- 2.28. **Grup** – persoanele acoperite de Contractul de Asigurare ce aparțin aceleiași organizații, înființată ca persoană juridică. Grupul nu poate fi înființat în scopul încheierii asigurării. Grupul este alcătuit din toți Membrii Asigurați incluși în Contractul de Asigurare, în conformitate cu Lista de Angajați și Dependenți, ce face parte integrantă din Contractul de Asigurare. În înțelesul acestei definiții, un Grup include cel puțin

- 20 de angajați asigurați. Pentru încheierea Contractului de Asigurare de grup trebuie ca minimum 75% dintre angajații persoanei juridice să fie cuprinși în asigurare.
- 2.29. **Indemnizație de Asigurare** – suma stipulată în Polița de Asigurare pentru **Serviciile Medicale Spitalicești**, ale cărei limite specifice sunt detaliate în “Lista de Riscuri Asigurate ” cu privire la fiecare Pachet, care este parte integrantă din prezentul Contract de Asigurare.
- 2.30. **Lista de Riscuri Asigurate (Anexa 1)** – lista și limitele tuturor serviciilor medicale acoperite de Asigurător . Lista este pusă la dispoziția Contractantului și fiecărui Membru Asigurat.
- 2.31. **Medic** – o persoană fizică absolventă a Universității de Medicină, calificată într-una sau mai multe specialități medicale și recunoscută de Colegiul Medicilor din România, ce posedă o licență de practică medicală nerestricționată și valabilă. Din această categorie sunt excluse în mod explicit rudele de gradul 1 și 2 ale Asiguratului. Pentru tratament în străinătate, recunoașterea de către Colegiul Medicilor din România nu este necesară.
- 2.32. **Necesitate Medicală** – stare a Membrului Asigurat ce necesită din punct de vedere medical servicii de îngrijire medicală în scopul evaluării, diagnosticării sau tratării unei boli, consecințelor unui accident, vătămări corporale, naștere, boli ori simptomele sale, deopotrivă în scopul prevenirii înrăutățirii stării de sănătate a Membrului Asigurat și determinării unei evoluții pozitive semnificative, și care sunt:
- în conformitate cu standardele general acceptate de practica medicală;
 - adecvate din punct de vedere clinic, din punct de vedere al tipului, frecvenței, întinderii, locului și duratei, și considerate eficiente pentru boala, vătămarea corporală sau afecțiunea pacientului, și
 - furnizate de un furnizor atestat de servicii de îngrijire medicală.
- 2.33. **Pachet de Asigurare** – asigurările de sănătate grupate într-unul sau mai multe planuri de asigurare propuse de Asigurător Contractantului cu privire la angajații săi și dependenții acestora, denumite în continuare Pachet. Fiecare Pachet conține limitele maxime specifice ale riscurilor asigurate detaliate în cuprinsul “Listei de Riscuri Asigurate”, Poliței de asigurare și respectiv Certificatului de asigurare.
- 2.34. **Perioada de Grație** – reprezintă perioada de 30 de zile de la scadența unei prime neachitate, în care prima restantă trebuie achitată și în care răspunderea Asigurătorului rămâne în vigoare.
- 2.35. **Perioadă de așteptare** – perioada de timp calculată de la data începerii Asigurării Individuale pe durata căreia riscurile asigurate nu sunt acoperite și nu sunt plătite Indemnizații de Asigurare.
- 2.36. **Poliță de Asigurare** – documentul ce atestă încheierea Contractului de Asigurare.
- 2.37. **Primă de Asigurare** – suma ce urmează să fie achitată de Contractant în schimbul asumării riscului de către Asigurător, calculată în funcție de caracteristicile grupului, tipul Pachetului contractat și cu frecvența de plată a acesteia, stabilită prin Contractul de Asigurare.
- 2.38. **Rețeaua de Furnizori de Servicii Medicale (Rețeaua de Servicii de Sănătate – Anexa 2)** – toți specialiștii din domeniul îngrijirii sănătății, centrele de diagnostic și tratament, cabinetele medicale private și societățile civile medicale, instituțiile medicale ce oferă servicii Asiguratului, care sunt aprobate de către Asigurător. Lista este pusă la dispoziția Contractantului și fiecărui Membru Asigurat.
- 2.39. **Risc Asigurat** – un eveniment viitor incert, acoperit de Asigurător în baza Condițiilor de Asigurare, la apariția căruia Asigurătorul va asigura accesul la **Rețeaua de Servicii de Sănătate** și/sau va achita Indemnizația de Asigurare, cu condiția ca riscul să se fi produs pe durata contractului. Evenimentul viitor incert reprezintă starea de Necesitate medicală a Membrului Asigurat așa cum este definită la 2.34 care debutează cu începerea Tratatului medical și se termină atunci când un astfel de tratament nu mai este necesar din motive medicale.
- 2.40. **Servicii medicale** – toate serviciile medicale destinate prevenirii sau tratării unei vătămări corporale din accident sau a unei boli, furnizate în cadrul sau în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate**, astfel cum sunt descrise la art. 13.2 al prezentelor Condiții de Asigurare și acoperite de Contractul de Asigurare semnat de Contractant și Asigurător.
- 2.41. **Servicii Medicale în Ambulatoriu** – toate serviciile medicale menționate în cuprinsul “Listei de Riscuri Asigurate” furnizate Membrului Asigurat în afara unui regim de spitalizare, exclusiv în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**.
- 2.42. **Servicii Medicale Spitalicești** – servicii medicale furnizate unui Membru Asigurat după admiterea sa într-un spital, la recomandarea medicală a unui doctor.
- 2.43. **Spital** - unitate sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, proprietate publică sau privată, ce asigură servicii de asistență medicală permanentă, 24 ore din 24, 7 zile din 7. Spitalul trebuie să dețină autorizațiile și licențele de funcționare legale, necesare în scopul de a fi operațional un spital, emise de către autoritatea guvernamentală sau legală teritorială corespunzătoare.
- 2.44. **Transport medical de urgență** – transportul pacientului la spital cu un autovehicul special dotat, în scopul acordării de îngrijiri medicale de urgență.
- 2.45. **Tratament** – îngrijire medicală ce acoperă de la sfaturi de igienă până la cele mai complexe acțiuni medicale și chirurgicale și care este acordat de către un Medic.



GRUPE SOCIETATE GENERALE

- 2.46. **Urgență Medicală** – orice boală sau accident apărute în mod subit, ce necesită asistență medicală imediată, în scopul menținerii vieții, funcțiilor vitale ale Membrului Asigurat sau evitării vătămării corporale ireparabile ori pierderii unui organ sau a funcțiilor acestuia.
- 2.47. **Vârsta Asiguratului** – vârsta Membrului Asigurat la Data Intrării în Vigoare a Asigurării Individuale.
- 2.48. **Zi de Spitalizare** – perioada de 24 ore consecutive de spitalizare, calculată de la data internării Asiguratului într-un spital și până la data externării Asiguratului. Spitalizarea trebuie să aibă loc la recomandarea unui medic.

3. **OBIECTUL ASIGURĂRII**

3.1. În schimbul plății Primei de Asigurare, Asigurătorul acoperă riscurile asigurate și acordă Beneficiul de Asigurare menționat în Polița de Asigurare, în conformitate cu prezentele Condiții de Asigurare.

3.2. Riscurile asigurate acoperite de Contractul de Asigurare sunt:

- spitalizare din orice cauză (**servicii medicale spitalicești** furnizate în cadrul și în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate**), în limitele stipulate în Polița de asigurare, respectiv Certificatul de asigurare;
- servicii medicale (**servicii medicale în ambulatoriu** în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**) în limitele stipulate în "Lista de Riscuri Asigurate".

3.3. Membrul Asigurat este acoperit împotriva riscurilor asigurate definite, prin plata Indemnizațiilor de Asigurare de către Asigurător și/sau prin accesarea serviciilor medicale în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate** în conformitate cu Pachetul de Asigurare și în limitele stipulate în "Lista de Riscuri Asigurate" ,în Polița de Asigurare și Certificatul de Asigurare.

3.4. O persoană poate fi asigurată doar în baza unui singur Pachet de Asigurare, ce poate fi schimbat de către Contractant, doar la data prelungirii Contractului de Asigurare.

3.5. La data producerii oricărui risc asigurat, în baza Contractului de Asigurare, Membrul Asigurat poate:

a) opta pentru accesarea serviciilor de:

- spitalizare oferită de **Rețeaua de Servicii de Sănătate**, pentru care Asigurătorul oferă acces gratuit, în limitele stabilite în Polița de asigurare, respectiv Certificatul de asigurare, și
- spitalizare oferită de spitale din afara **Rețelei de Servicii de Sănătate**, pentru care Asigurătorul furnizează Indemnizații de Asigurare;

b) accesa Serviciile Medicale în ambulatoriu furnizate exclusiv prin **Rețeaua de Servicii de Sănătate**.

3.6. În cadrul prezentului Contract de Asigurare, acoperirile furnizate în conformitate cu Pachetul de Asigurare sunt valabile de la data intrării în vigoare a Asigurării Individuale a fiecărui Membru Asigurat.

3.7. Schimbarea tipului Pachetului se poate efectua doar la data prelungirii Contractului de Asigurare, după depunerea unei cereri scrise în acest scop. Cererea va fi depusă cu cel puțin 30 de zile înainte de data prelungirii Contractului de Asigurare.

4. **DURATA CONTRACTULUI DE ASIGURARE**

4.1. Contractul de Asigurare, respectiv toate Asigurările Individuale ulterioare aferente Membrilor Asigurați care se alătură grupului după încheierea Contractului de Asigurare, intră în vigoare cu condiția îndeplinirii cerinței prevăzute la art. 4.2, după cum urmează:

- a) la ora 00:00 a celei de-a 15-a zi a lunii curente, dacă Prima de Asigurare a fost achitată de Contractant în intervalul dintre a 21-a zi a lunii anterioare și a 9-a zi a lunii curente, sau
- b) la ora 00:00 a primei zile a lunii următoare, dacă Prima de Asigurare a fost achitată de Contractant în intervalul dintre a 10-a zi și a 20-a zi din luna curentă.

4.2. Asigurarea Individuală intră în vigoare cu condiția primirii de către Asigurător de la Contractant a "Listei de Angajați și Dependenți" și a modificărilor sale, în care este inclus Membrul Asigurat respectiv.

4.3. Durata Contractului de Asigurare se stabilește între părți și va fi de 1 an și maxim 3 ani și este stipulată în Polița de Asigurare.

4.4. La Data Incetării Contractului de Asigurare, acesta se prelungeste pe noi perioade succesive, egale cu Durata Contractului de Asigurare initiala. Inainte cu 60 de zile de Data Incetării Contractului de Asigurare, Contractantul este informat de catre Asigurator cu privire la prima de asigurare valabila pentru noua perioada de asigurare, precum si despre actualizarile din Condițiilor Generale de Asigurare de Sanatate de Grup valabile de la data prelungirii. In cazul in care Contractantul este de acord cu noile conditii de asigurare, inclusiv cu prima de asigurare, acesta poate sa-si exercite optiunea de prelungire a Contractului de Asigurare pentru o noua perioada, prin plata primei de asigurare.

5. **ELIGIBILITATE**

5.1. În scopul dobândirii calității de Membru Asigurat, persoanele fizice trebuie să îndeplinească următoarele criterii de eligibilitate:

- Să fie rezidente în România;

- Să aibă o relație contractuală de muncă cu Contractantul sau un statut similar, conform celor definite în cuprinsul prezentelor Condiții de Asigurare;
- Angajații trebuie:
 - ✓ să aibă vârsta minimă de 16 ani și vârsta maximă de 64 de ani, împlinită la Data Intrării în Vigoare a Asigurării Individuale;
 - ✓ să îndeplinească **condiția de a fi prezent și activ la locul de muncă** la data intrării în vigoare a Asigurării Individuale;
 - ✓ În cazul în care condiția **prezent și activ la locul de muncă** nu este îndeplinită la data intrării în vigoare, asigurarea va intra în vigoare începând din ziua următoare după întoarcerea la locul de muncă, cu excepția situației în care absența Angajatului se datorează unei boli sau unui accident, caz în care, pentru a dobândi calitatea de Membru Asigurat, Asigurătorul trebuie să constate dacă acesta poate fi acoperit prin asigurare.

În scopul asigurării acoperirii sale de către prezentul Contract de Asigurare, Contractantul va notifica Asigurătorul reîntoarcerea Angajatului la locul de muncă și va furniza documentele necesare ce atestă că acesta poate fi acoperit de asigurare, în cazul în care Asigurătorul solicită documentele respective.

- Dependenții angajaților:
 - ✓ Copiii cu vârsta minimă de 30 de zile și vârsta maximă de 23 de ani, împlinită la Data Intrării în Vigoare a Asigurării Individuale;
 - ✓ Copiii cu vârsta de peste 18 ani sunt eligibili dacă urmează cursurile unei unități școlare sau unități de învățământ profesional, nu au un venit propriu și au vârsta maximă de 24 de ani la Data Încetării Contractului de Asigurare;
 - ✓ Soția/ soțul având vârsta minimă de 16 ani și vârsta maximă de 64 de ani, împlinită la data intrării în vigoare a Asigurării Individuale;
 - ✓ În cazul Dependenților, Asigurarea Individuală va începe fie la aceeași dată cu cea a Angajaților, fie la data la care persoana respectivă dobândește calitatea de Dependent (prin naștere sau căsătorie), în conformitate cu art. 4.1, sau doar la data aniversară a contractului în cazul Dependenților existenți la Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare;
 - ✓ Nu se acceptă intrarea în asigurare a unui Dependent fără ca Angajatul de care aparține să nu fie acoperit de asigurare.

6. BENEFICIARI

Membrul Asigurat este beneficiarul serviciilor medicale și/ sau Indemnizațiilor de Asigurare. În cazul decesului Membrului Asigurat, beneficiarii care vor avea dreptul de a primi Indemnizația de Asigurare sunt moștenitorii legali, dacă există, astfel cum sunt definiți prin lege și menționați în certificatul de moștenitor, în conformitate cu cotele stipulate în acesta.

7. CALCULAREA PRIMEI DE ASIGURARE

7.1. Prima de Asigurare va fi determinată de Asigurător prin calcule actuariale, în baza informațiilor furnizate de Contractant și Membrul Asigurat, cât și în funcție de Pachetul de asigurare.

7.2. În cazul în care Contractul de Asigurare încetează din inițiativa Contractantului, înainte de Data Încetării, conform celor stipulate în cuprinsul Poliței, Contractul de Asigurare va fi considerat încetat, fără nicio obligație în sarcina Asigurătorului.

7.3. În cazul în care Membrul Asigurat este inclus/ exclus din Contractul de Asigurare pe durata acestuia, Prima de Asigurare va fi calculată proporțional, în funcție de numărul de luni pentru care partea respectivă este/ a fost asigurată (orice fracțiune de lună va fi considerată o lună întreagă). Ajustarea Primei de Asigurare se va efectua trimestrial.

7.4. Ajustarea Primei de Asigurare se va face și în cazul în care numărul de angajați ai Contractantului se modifică cu peste 10% de la Data de Începere a Contractului de Asigurare.

7.5. Asigurătorul își rezervă dreptul de a evalua Contractul de Asigurare și de a propune o nouă Primă de Asigurare anual, la fiecare aniversare a Poliței.

8. PLATA PRIMEI DE ASIGURARE

8.1. Contractantul are obligația de a plăti Primele de Asigurare, cu frecvența specificată în cadrul Poliței de Asigurare.



GRUPE SOCIETE GENERALE

- 8.2. Primele de Asigurare vor fi achitate în avans, conform frecvenței stabilite în cadrul Poliței (anual, trimestrial sau cu o altă frecvență stabilită de Părți) și trebuie să respecte datele scadente specificate în cadrul Poliței de Asigurare.
- 8.3. Asigurătorul va notifica Contractantul, cu 20 de zile înainte de data scadență, privind obligația de achitare a Primei de Asigurare.
- 8.4. Plata Primei de Asigurare se va efectua prin transfer bancar în contul indicat de Asigurător în notificarea de plată.
- 8.5. Pentru plata fiecărei Prime de Asigurare, Asigurătorul acordă o Perioadă de Grație, pe durata căreia răspunderea Asigurătorului rămâne valabilă.
- 8.6. În cazul în care Contractantul efectuează plăți parțiale ale unei Prime de Asigurare scadente, Prima de Asigurare va fi considerată neachitată.
- 8.7. Schimbarea frecvenței de plată se poate efectua doar la data prelungirii Contractului de Asigurare, după depunerea unei cereri scrise de către Contractant.
- 8.8. Prima de asigurare va fi transferată în contul Asigurătorului de către Contractant pentru toți Membrii Asigurați, indiferent de cine va efectua plata Primei de asigurare.

9. ÎNCETAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 9.1. Contractul de Asigurare poate înceta în următoarele situații:
- a) La încetarea termenului pentru care a fost încheiat, cu excepția cazului în care Părțile sunt de acord cu prelungirea acestuia, în conformitate cu art. 4.4 de mai sus;
 - b) Ca urmare a neachitării primelor, după perioada de suspendare prevăzută de art.10.1;
 - c) Prin acordul Părților, manifestat în scris, printr-un document semnat de ambele Părți;
 - d) În cazul în care oricare Parte nu își îndeplinește obligațiile din Contractul de Asigurare, cealaltă Parte poate rezilia Contractul de Asigurare de drept, fără nicio formalitate, pe baza unei notificări scrise, trimise prin curier, cu confirmare de primire, cu un preaviz de cel puțin 30 de zile lucrătoare înainte de Data Încetării. Data de la care curge perioada de preaviz reprezintă data primirii notificării de reziliere. În perioada de preaviz, Partea în culpă va lua toate măsurile necesare în scopul remedierii situației. În cazul în care situația nu este remediată, la terminarea acestei perioade Contractul de Asigurare va înceta să producă efecte juridice;
 - e) Prin denunțare unilaterală de către oricare Parte, pe bază de notificare scrisă trimisă celeilalte Părți cu cel puțin 30 (treizeci) de zile calendaristice înainte de data solicitată de încetare a Contractului de Asigurare;
 - f) În condițiile art. 19.2 de mai jos.
- 9.2. Asigurarea Individuală a unui Membru Asigurat încetează în oricare dintre circumstanțele următoare:
- a) La data încetării Contractului de Asigurare;
 - b) La data decesului Membrului Asigurat;
 - c) La data încetării prevăzută în Polița de Asigurare;
 - d) La prima Dată Aniversară după ce Membrul Asigurat având calitatea de Angajat sau Dependent – soț/ soție al Angajatului a împlinit 65 de ani sau Membrul Asigurat având calitatea de Dependent – copil a împlinit vârsta de 24 de ani;
 - e) Angajatul încetează relația contractuală de muncă cu Contractantul. În acest caz, asigurarea persoanelor dependente va înceta, în consecință.
- 9.3. Încetarea prezentului Contract de Asigurare nu va afecta obligațiile deja scadente ale Părților contractante la data încetării Contractului.
- 9.4. Toate Serviciile Medicale în ambulatoriu solicitate de Membrii Asigurați ai **Rețelei de Servicii de Sănătate** și programările aprobate de aceasta în orice moment înainte de încetarea Contractului de Asigurare, în conformitate cu aceste Condiții de Asigurare, vor fi acoperite de prezentul Contract de Asigurare, chiar dacă furnizarea efectivă a serviciilor medicale va avea loc, integral sau parțial, după încetarea acestuia.
- 9.5. Contractul de Asigurare încetat nu mai poate fi repus în vigoare.

10. SUSPENDAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

- 10.1. În cazul în care Prima de Asigurare nu a fost achitată până la sfârșitul Perioadei de Grație, Contractul de Asigurare se va suspenda pentru o perioadă de două (2) luni, după care acesta va înceta de drept. Pe durata perioadei de suspendare, Asigurătorul nu va avea nicio obligație față de Contractant/ Membrii Asigurați, riscurile produse în această perioadă nefiind acoperite de prezenta Asigurare de Sănătate de Grup.
- 10.2. Perioada de suspendare a Contractului de Asigurare începe în ziua imediat următoare datei de sfârșit a Perioadei de Grație. Contractul de Asigurare se poate reactiva în Perioada de Suspendare, în aceiași termeni și aceleași condiții, numai după ce Contractantul a achitat toate Primele de Asigurare restante, și după cum urmează:



- a) la ora 00:00 a celei de-a 15-a zi a lunii curente, în cazul în care Prima de Asigurare restantă a fost achitată de Contractant în intervalul dintre a 21-a zi a lunii anterioare și a 9-a zi a lunii curente sau
- b) la ora 00:00 a primei zi a lunii următoare, dacă Prima de Asigurare scadentă a fost achitată de Contractant în intervalul dintre a 10-a zi și a 20-a zi din luna curentă.

11. PROCESUL DE DESPĂGUBIRE ȘI PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

11.1 În conformitate cu prevederile Contractului de Asigurare, Contractantul sau Membrul Asigurat trebuie să depună la Asigurător, în termen de 30 de zile de la producerea riscului asigurat, în scopul obținerii plății Indemnizației de Asigurare pentru Spitalizare în afara și în interiorul **Rețelei de Servicii de Sănătate**, conform prevederilor Pachetului aplicabil, următoarele documente:

- Cererea de Despăgubire completată de Membrul Asigurat sau de Beneficiar, în cazul decesului Membrului Asigurat. În cazul copilului minor, documentul va fi semnat de reprezentanții legali ai acestuia;
 - documentul ce stabilește relația dintre Dependent și Angajat;
 - documentele ce dovedesc calitatea reprezentanților;
 - certificatul de moștenitor, în cazul decesului Membrului Asigurat;
- Declarația Membrului Asigurat/Contractantului, conținând descrierea detaliată a împrejurărilor Accidentului ce determină necesitatea spitalizării (în cazul unui accident);
- Toate documentele medicale necesare, prin care sunt descrise circumstanțele riscului asigurat (istoricul medical de la medicul de familie și/ sau orice alt furnizor de servicii medicale, recomandarea Medicului Generalist/Specialist, cauza spitalizării, rezultatele testelor efectuate (de ex. rezultatele analizelor de sânge, buletine de analiză anatomopatologică, buletin de analiză radiologică etc.), tratamentul aplicat, durata internării, instituția și orice alte documente necesare Asigurătorului în scopul evaluării cererii în conformitate cu prevederile Condițiilor de Asigurare, bilete de externare din spital, orice document predat ca urmare a internării în spital;
- Raportul poliției în cazul unui Accident (în cazul investigării cazului de către poliție și dacă Asiguratul/ Contractantul este în posesia aceluia document), inclusiv valoarea alcoolemiei, dacă este cazul; documentele ce atestă legitimitatea persoanei de a primi Indemnizația de Asigurare;;
- Copii după documentele de plată, ce reflectă cheltuielile suportate de Membrul Asigurat, precum și circumstanțele producerii riscului asigurat (numele, data, diagnosticul, serviciile medicale furnizate, valoarea), în cazul efectuării tratamentului în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate** fără pre-autorizare;
- Documentele furnizate vor intra în proprietatea Asigurătorului.

11.2. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita documente suplimentare și de a investiga împrejurările riscului asigurat, în scopul determinării obligației sale de plată.

11.3. Asigurătorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de Asigurare, dacă riscul asigurat nu a fost notificat în perioada menționată în art. 11.1, iar din acest motiv nu a putut determina cauza producerii riscului asigurat și întinderea daunei.

11.4. Documentele depuse într-o limbă străină vor fi însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către Membrul Asigurat/ Contractant/ Beneficiar în cazul riscului asigurat autorizat de Asigurător și produs în străinătate.

11.5. Asigurătorul va determina suma Indemnizației de Asigurare de plătit, în funcție de documentele incluse în dosarul de despăgubire și în conformitate cu prevederile prezentelor Condiții de Asigurare și numai după ce a evaluat circumstanțele producerii riscului asigurat. Membrul Asigurat 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 Membrului Asigurat și toate procedurile desfășurate ca urmare a producerii unui risc asigurat și care face obiectul cererii de despăgubire a Membrului Asigurat.

11.6. Asigurătorul va acorda dreptul de acces și aprobarea privind spitalizarea și/ sau intervenția chirurgicală înainte de accesarea serviciilor medicale de spitalizare și intervenție chirurgicală în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**. În caz contrar, dacă dreptul de acces nu este obținut de la Call Center și/ sau aprobarea privind spitalizarea și/ sau intervenția chirurgicală nu este acordată, din orice motiv, înainte de externarea din spital a Membrului Asigurat, acesta din urmă va achita **Rețelei de Servicii de Sănătate** costul serviciilor consumate și va transmite dosarul de despăgubire la Asigurător în scopul obținerii rambursării costului, respectiv de la Asigurător în limitele menționate în Polita de asigurare, respectiv Certificatul de asigurare. Cererea de despăgubire va fi depusă în termen de cel mult 30 de zile de la data externării din spital.

11.7. Furnizarea de informații false, înșelătoare, incomplete sau incorecte de către Asigurat sau de 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.



GRUPE SOCIETE GENERALE

11.8. Data înregistrării cererii de despăgubire este data la care Asigurătorul primește Cererea de despăgubire privind producerea riscului asigurat.

11.9. În termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii ultimului document necesar, solicitat tuturor părților ce pot contribui la stabilirea cu precizie a consecințelor și cauzelor producerii riscului asigurat, Asigurătorul fie va aproba, fie va respinge plata Indemnizației de Asigurare solicitată, ori va propune plata unei Indemnizații de Asigurare diferite, în funcție de circumstanțele producerii riscului asigurat ce face obiectul cererii de despăgubire.

11.10. În cazul în care decesul Membrului Asigurat are loc înainte de plata Indemnizației de Asigurare, suma indemnizației va fi achitată Beneficiarilor Membrului Asigurat.

11.11. Efectuarea procedurilor de evaluare cu privire la drepturile de asigurare nu va fi considerată o recunoaștere a obligației de plată a Indemnizației de Asigurare.

12. EXCLUDERI GENERALE

Riscurile asigurate precum: Spitalizarea și riscurile asigurate acoperite de Clauzele Suplimentare, dacă acestea sunt în vigoare la momentul producerii evenimentului asigurat, cauzate direct sau indirect, total sau parțial, de oricare dintre condițiile de mai jos nu sunt acoperite de Contractul de Asigurare:

- Orice afecțiune medicală preexistentă care s-a manifestat înainte de intrarea în vigoare a Asigurării Individuale, pentru care Membrul Asigurat fie a fost diagnosticat, fie cunoștea existența acesteia sau a solicitat ori a beneficiat de tratament medical sau pentru care Membrul Asigurat nu putea să nu observe manifestările unei boli potențiale;
- 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;
- Sinucide, vătămare corporală ori îmbolnăvire autoprovocate sau orice tentative în acest sens (indiferent dacă Membrul Asigurat avea sau nu discernământ);
- Nerespectarea de către Membrul Asigurat a recomandării sau tratamentului medical indicat de medicul său curant în vederea recuperării de pe urma unei boli sau unui accident;
- Expunerea Membrului Asigurat la radiații, ionizare, substanțe chimice, contaminare biologică sau nucleară;
- Participarea la, sau instruirea în scopul oricărui sport periculos sau riscant (de ex. speologie, alpinism, parașutism, scufundări), activități ce implică un aparat cu motor, competiții de orice natură în care Membrul Asigurat are calitatea de jucător profesionist;
- Utilizarea sau dependența de alcool sau droguri, inclusiv toate complicațiile medicale aferente;
- Consumul de medicamente altele decât cele prescrise de un medic licențiat sau peste doza prescrisă, inclusiv toate complicațiile medicale;
- Zboruri de alt tip decât ca pasager al unei aeronave care dispune de o autorizație comercială pentru transportul de pasageri;
- Practicarea unui sport în calitate de jucător profesionist;
- Participarea activă a Membrului Asigurat la o faptă violentă, ilegală sau penală;
- Malpraxis sau orice consecință medicală a unui act neefectuat de un medic;
- Orice eveniment legat de disfuncționalități sexuale, infertilitate, sterilizare sau inversarea sterilizării, circumcizie, intervenții de schimbare a sexului, contracepție și planificare familială, tratarea tulburărilor privind identitatea sexuală;
- 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;
- Persoanele diagnosticate cu epilepsie, delirium tremens și alte boli mintale;
- Persoanele diagnosticate cu o afecțiune gravă permanentă, cu excepția celor menționate drept afecțiuni grave asigurate, în conformitate cu Pachetul aplicabil fiecărui Membru Asigurat;
- Epidemii sau pandemii (confirmate de către Organizația Mondială a Sănătății);
- SIDA (sindromul imunodeficienței dobândite) complex asociat SIDA, boli cu transmitere sexuală sau dacă Asiguratul este diagnosticat cu HIV (virusul imunodeficienței umane), sau consecințele acesteia, orice infecție, boală, pierdere sau cheltuială 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;

- Anomaliile 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.

13. RISCURI ASIGURATE

13.1. ASIGURARE PENTRU SPITALIZARE – în cadrul și în afara Rețelei de Servicii de Sănătate

13.1.1. PREVEDERI SPECIALE

13.1.1.1. Părțile sunt de acord că Asigurătorul asigură și Membrul Asigurat:

- va avea acces la servicii medicale de spitalizare în **Rețeaua de Servicii de Sănătate**,
- sau va beneficia de Indemnizații de Asigurare de spitalizare pentru servicii furnizate în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate**, publice sau private, în România sau în afara României,

în cazul în care Membrul Asigurat este spitalizat pentru o necesitate medicală pe Durata Contractului de Asigurare și a Asigurării Individuale, în conformitate cu prevederile Pachetului aplicabil și în limitele menționate în Polița de asigurare, respectiv Certificat de asigurare.

13.1.1.2. Următoarele limite sunt specificate pentru fiecare Pachet în Polița de asigurare, respectiv Certificatul de asigurare.

- Numărul maxim de zile de spitalizare acoperite pe an de asigurare, indiferent dacă spitalizarea are loc în cadrul sau în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate**;
- Indemnizația de Asigurare de spitalizare zilnică maximă aplicabilă în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**;
- Indemnizația de Asigurare zilnică fixă aplicabilă în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate**.

13.1.1.3. Pentru evitarea oricărei neînțelegeri, Asigurătorul nu va acoperi niciun serviciu medical ce nu este menționat în mod expres în Polița de asigurare, respectiv Certificatul de asigurare.

13.1.1.4. Membrul Asigurat are acces la spitalizare în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate** prin intermediul Call Center-ului, în baza recomandării medicului, în conformitate cu prevederile Pachetului și în limitele menționate în Polița de asigurare, respectiv Certificatul de asigurare.

13.1.1.5. În cazul în care spitalizarea este efectuată în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**, costul aferent acesteia până la limita menționată în Polița de asigurare, respectiv Certificat de asigurare va fi achitat de Asigurător direct **Rețelei de Servicii de Sănătate**. Orice cost de spitalizare care depășește limita acoperirii din cadrul Pachetului corespunzător Membrului Asigurat, va fi plătit de către Membrul Asigurat.

13.1.1.6. În cazul spitalizării efectuate în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate**, Indemnizația de Asigurare de spitalizare va fi achitată de Asigurător direct Asiguratului, în baza dosarului de despăgubire depus la Asigurător, cu condiția ca respectivul Contract de Asigurare și Asigurarea Individuală să fie valabile la data producerii riscului de spitalizare, iar cererea de despăgubire să fie depusă în termen de cel mult 30 de zile de la data externării.

13.1.1.7. Asigurătorul va achita Indemnizația de Asigurare de spitalizare, în cazul în care Membrul Asigurat a fost internat cel puțin o (1) Zi într-un Spital din cadrul sau din afara **Rețelei de Servicii de Sănătate**, ca urmare a producerii unui accident sau unei boli.

13.1.1.8. În toate cazurile în care spitalizarea în cadrul sau în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate** depășește limitele stipulate în Polița de asigurare, respectiv Certificatul de asigurare, orice costuri suplimentare vor fi achitate de către Membrul Asigurat.

13.1.1.9. Serviciile de spitalizare de care beneficiază Membrul Asigurat în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate** în baza Contractului de Asigurare sunt: cazare și masă, onorariile medicului, proceduri medicale, vizite interdisciplinare, medicamente generice.

13.1.1.10. Asigurătorul va acorda Membrului Asigurat acces la servicii de spitalizare în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**, cu condiția ca asigurarea să fie valabilă, în conformitate cu termenii Contractului de Asigurare. În cazul în care data externării este după Data Încetării stipulată în Certificatul de Asigurare, Asigurătorul va furniza Membrului Asigurat acces pe toată perioada de spitalizare recomandată de medic, în conformitate cu prevederile Condițiilor de Asigurare.

13.1.1.11. **Rețeaua de Servicii de Sănătate** va obține dreptul de acces de la Call Center pentru Membrul Asigurat și aprobarea de spitalizare de la Asigurător, înainte de data internării într-un spital din cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate** a Membrului Asigurat și în baza recomandării primite din partea medicului.

13.1.1.12. În cazul internării într-un spital din cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate** ca urmare a unei urgențe medicale, **Rețeaua de Servicii de Sănătate** va obține dreptul de acces de la Call Center pentru Membrul Asigurat, înainte de internarea acestuia în spital. Medicul spitalului din cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate** va completa formularul de pre-autorizare. Formularul de pre-autorizare și celelalte documente relevante (menționate în cadrul articolului 11.1) vor fi trimise Asigurătorului, care va trimite răspunsul său spitalului din cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate** în termen de maxim 48 de ore lucrătoare din momentul primirii tuturor



GRUPE SOCIETATE GENERALE

documentelor, dacă Asigurătorul acoperă serviciile medicale furnizate de spitalul din cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**, în limitele menționate în Polița de asigurare, respectiv Certificatul de asigurare.

13.1.1.13. În caz contrar, dacă dreptul de acces nu a fost obținut de la Call Center și/ sau aprobarea de spitalizare nu este acordată sau răspunsul Asigurătorului nu poate fi trimis spitalului din cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**, indiferent de motiv, înainte de externarea Membrului Asigurat, acesta din urmă va achita **Rețelei de Servicii de Sănătate** costul serviciilor prestate și va depune un dosar de despăgubire la Asigurător, în scopul rambursării cheltuielilor efectuate, în limitele menționate în Polița de asigurare, respectiv Certificatul de asigurare.

13.1.1.14. Indemnizația de Asigurare de spitalizare în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**, precum și Indemnizațiile de Asigurare privind spitalizarea în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate** sau zilele de Spitalizare neconsumate într-un an de poliță nu pot fi reportate în anul următor de valabilitate al Contractului de Asigurare.

13.1.2. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE PENTRU SPITALIZARE

13.1.2.1. Indemnizația de Asigurare de spitalizare zilnică maximă și numărul maxim de zile de spitalizare acoperite de Contractul de Asigurare pentru spitalizarea efectuată în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate** sunt menționate pentru fiecare Pachet în Polița de asigurare, respectiv Certificatul de asigurare.

13.1.2.2. În cazul spitalizării efectuate în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate**, Asigurătorul are dreptul să solicite Membrului Asigurat 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.

13.1.2.3. În scopul plății Indemnizației de Asigurare, Membrul Asigurat va pune la dispoziția Asigurătorului toate documentele disponibile referitoare la riscul asigurat produs în conformitate cu Art. 11.

13.1.2.4. Indemnizația de Asigurare acoperită de Contractul de Asigurare pentru spitalizarea Membrului Asigurat în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate**, în România sau în străinătate, va fi achitată în RON, într-un cont bancar din România.

13.1.3. EXCLUDERI SPECIALE PRIVIND ASIGURAREA PENTRU SPITALIZARE

În plus față de excluderile menționate în secțiunea de Excluderi Generale, orice spitalizare cauzată în mod direct sau indirect, total sau parțial, de oricare dintre condițiile de mai jos, nu va fi considerată un risc asigurat în baza prezentului Contract de Asigurare:

- O spitalizare care nu este obligatorie din punct de vedere medical pentru sănătatea Asiguratului (de ex. corectarea miopiei, keratotomie radială, chirurgie reconstructivă corneeană, chirurgie refractivă, donație de organe) sau care, în urma analizei efectuate de medicul autorizat de Asigurător, nu este necesară pentru tratarea bolii sau vătămării corporale;
- Spitalizarea în legătură cu sarcina, avortul, cu excepția avortului spontan sau nașterea (inclusiv în cazul nașterii naturale sau prin operație cezariană);
- Spitalizarea care, în urma analizei efectuate de medicul autorizat de Asigurător, are scop diagnostic sau explorator, pentru examene medicale de rutină, imunizare și alte proceduri și tratamente cu caracter preventiv (analize, radiografie, radioscopie, fizioterapie sau orice examinare de rutină), cu excepția situației în care rezultatele investigațiilor efectuate asupra Asiguratului impun spitalizarea;
- Spitalizare care, în opinia Asigurătorului, nu era necesară pentru tratarea bolilor sau a vătămărilor corporale suferite de Asigurat;
- 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 asigurării;
- Tulburări de apetit/ alimentație, obezitate, reîntinerire, vitaminizare, terapie bioenergetică, acupunctură, implanturi dentare sau de păr;
- Tratarea insomniei, sforăitului, apneei de somn, tulburărilor de somn, proceduri de studiu și intervenții chirurgicale aferente acestora, inclusiv privind polisomnografia;
- Spitalizarea în scopul tratării sau educării persoanelor cu deficiențe de învățare sau retard mental sau probleme de dezvoltare precum dificultăți de învățare (dislexie, de exemplu) sau dezvoltare fizică (precum tulburări de creștere în înălțime);
- Spitalizarea care începe după expirarea asigurării, chiar dacă spitalizarea a fost recomandată înainte de expirarea duratei Contractului de Asigurare;
- 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 îmbunătățirii stării sale de sănătate;
- Dializă peritoneală, hemodializă și venotomia/ arteriotomia aferentă acestora;

BRD Asigurari de Viata S.A.
Str. Gheorghe Polizu nr. 58-60, Et. 8 (zona3) și 9,
Sector 1, București
Tel :+4021.408. 29. 29
Fax: +4021.408. 29.13
office. brdasigurarideviata@brd.ro

CAPITAL SOCIAL: 36116500 RON
C.U.I. 24870553/16.12.2008
R.C. J40/20877/15.12.2008
Autorizată de Autoritatea de
Supraveghere
Financiară înregistrată în Registrul
Asiguratorilor cu nr. 64/3.04.2009
cod LEI 3157007U0N17M1JWDB35



GRUPE SOCIETE GENERALE

- Tulburări de vorbire sau auz, tulburări psihiatrice, teste și evaluări psihologice, toate tipurile de tratament ale bolii Parkinson inclusiv intervenții chirurgicale, tulburări aferente senilității și vârstei;
- Recoltarea și stocarea de celule sușe (stem) atunci când este efectuată drept măsură preventivă;
- 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;
- Tratament medical sau chirurgical al dinților și gingiilor cu privire la orice afecțiune, inclusiv abces, proteză și tulburări ale articulațiilor temporomandibulare;
- Spitalizare pentru tratarea arsurilor de gradul 1;
- Spitalizare necesară ca urmare a implicării Asiguratului în orice tip de operațiuni sau activități navale, militare, aeriene sau subacvatice;
- Noi proceduri și tehnologii medicale, tratamente sau intervenții chirurgicale experimentale, teste genetice, cu excepția cazului în care sunt aprobate de Asigurător;
- Tratamentul pentru desensibilizare sau neutralizarea unei afecțiuni sau tulburări alergice;
- Costurile achiziționării de proteze artificiale pentru diverse părți ale corpului sau de aparate corective ori auxiliare ale acestora;
- Nu se acordă spitalizare pentru cazurile de naștere produse pe durata spitalizării, acestea fiind acoperite de clauza cu privire la naștere;
- Spitalizare în ambulatoriu, spitalizare pentru repaos, recuperare, tratament pentru dezalcoolizare sau dependența de medicamente/ droguri, spitalizare în instituții de servicii geriatrie, precum și spitalizare la cererea pacientului.

13.2. SERVICII MEDICALE ÎN AMBULATORIU

13.2.1. ACCESUL LA SERVICII MEDICALE

13.2.1.1. În baza Contractului de Asigurare încheiat cu Contractantul, în caz de necesitate medicală Membrul Asigurat va avea acces la serviciile medicale incluse în Pachetul specific, în limitele specificate în "Lista de Riscuri Asigurate".

13.2.1.2. Pentru evitarea oricărei neînțelegeri, Asigurătorul nu va acoperi niciun serviciu medical care nu este clar specificat în "Lista de Riscuri Asigurate".

13.2.1.3. Cu privire la orice servicii medicale în ambulatoriu suplimentare, neacoperite de Contractul de Asigurare, dar disponibile în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**, Membrul Asigurat va acoperi costul acestora pe propria sa cheltuială, cu avantajul achitării costului respectiv cu o reducere acordată de **Rețeaua de Servicii de Sănătate** Membrului Asigurat la data accesării serviciului medical. Procentele de reducere sunt indicate în "Lista de Riscuri Asigurate".

13.2.1.4. Membrul Asigurat va avea acces la **Rețeaua de Servicii de Sănătate** prin intermediul Call Center-ului, în baza recomandării medicului, cu excepția consultațiilor medicale generale și de specialitate și în limitele specificate în "Lista de Riscuri Asigurate".

13.2.1.5. Serviciile medicale în ambulatoriu acoperite în baza Contractului de Asigurare vor fi furnizate doar Membrului Asigurat și exclusiv în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**, prin prezentarea cărții de identitate (în cazul asiguraților cu vârsta mai mare de 14 ani) la data accesării serviciului medical în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**.

13.2.2. SERVICII MEDICALE ÎN AMBULATORIU

EXAMEN MEDICAL PREVENTIV ANUAL

1. Asigurătorul acoperă serviciul de examen medical anual doar o dată într-un an contractual pentru fiecare Membru Asigurat, prin programarea prin intermediul Call Center-ului, în baza recomandării medicului corespunzător din cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**.

2. Serviciile medicale incluse în examenul medical anual sunt menționate în "Lista de Riscuri Asigurate".

CONSULTAȚII MEDICALE GENERALE ȘI DE SPECIALITATE

1. Asigurătorul acoperă consultațiile medicale în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**, în orice moment în care Membrul Asigurat le solicită datorită unei necesități medicale, pe Durata Contractului de Asigurare și a Asigurării Individuale. Asigurătorul nu acoperă consultațiile medicale efectuate în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate**.

2. Accesul la consultații medicale se realizează exclusiv prin intermediul Call Center-ului.

3. Lista consultațiilor medicale de specialitate acoperite de Contractul de Asigurare, în conformitate cu prevederile Pachetului și în limitele menționate în "Lista de Riscuri Asigurate", este detaliată în cuprinsul "Listei



de Riscuri Asigurate”.

4. Consultațiile de specialitate care nu sunt menționate în “Lista de Riscuri Asigurate” nu sunt acoperite de Asigurător.

TESTE DE LABORATOR

1. Testele de laborator sunt furnizate Membrului Asigurat prin intermediul Call Center-ului, la recomandarea medicului, în limitele menționate în “Lista de Riscuri Asigurate”.
2. Seturile de teste de laborator sunt acoperite de Contractul de Asigurare, integral sau parțial, în conformitate cu prevederile Pachetului aplicabil, în limitele menționate în “Lista de Riscuri Asigurate”.

INVESTIGAȚII IMAGISTICE

1. Membrul Asigurat va avea acces la examinări imagistice prin intermediul Call Center-ului, în baza recomandării medicului.
2. Investigațiile imagistice sunt acoperite de Contractul de Asigurare, integral sau parțial, în conformitate cu prevederile Pachetului aplicabil, în limitele menționate în “Lista de Riscuri Asigurate” și cuprind: ecografii, tomografie computerizată, imagistică prin rezonanță magnetică, osteodensitometrie, mamografie, radiografie.

PROCEDURI SI INVESTIGAȚII MEDICALE

1. Procedurile și Investigațiile Medicale sunt furnizate Membrului Asigurat prin intermediul Call Center-ului, la recomandarea medicului, în conformitate cu prevederile Pachetului aplicabil, în limitele menționate în “Lista de Riscuri Asigurate”.
2. Procedurile și investigațiile medicale acoperite de Contractul de Asigurare sunt menționate în “Lista de Riscuri Asigurate”.

SERVICII DE AMBULANȚĂ

1. În cazul urgențelor medicale produse pe durata Contractului de Asigurare și a Asigurării Individuale, Membrul Asigurat va beneficia de servicii de ambulanță prin intermediul Call Center-ului și cu avizul medicului în ceea ce privește necesitatea serviciului de ambulanță și în funcție de disponibilitatea ambulanței.
2. În cazul în care Membrul Asigurat solicită servicii de ambulanță, Asigurătorul va furniza acest serviciu conform prevederilor Pachetului aplicabil, în limitele menționate în “Lista de Riscuri Asigurate”.
3. Acest serviciu este aplicabil în perimetrul oricărui oraș din țară pentru care se asigură servicii de ambulanță prin intermediul **Rețelei de Servicii de Sănătate** și există suficiente ambulanțe disponibile.

SERVICII STOMATLOGICE

Asiguratul are acces la servicii stomatologice prin intermediul Call Center-ului, pe bază de necesitate medicală, dacă aceste servicii sunt prevăzute de Pachetul aplicabil, în limitele menționate în “Lista de Riscuri Asigurate”.

SERVICII MEDICALE DE RECUPERARE

Asiguratul are acces la servicii de recuperare medicală de fizioterapie și kinetoterapie, prin intermediul Call Center-ului, în baza recomandării medicului de specialitate din cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**, dacă aceste servicii sunt prevăzute de Pachetul aplicabil, în limitele menționate în “Lista de Riscuri Asigurate”.

SERVICII DE VACCINARE

Prezentul Contract de Asigurare acoperă integral sau parțial, vaccinuri antigripale și manopera pentru serviciul de vaccinare, dacă aceste servicii sunt prevăzute de Pachetul aplicabil, în limitele menționate în “Lista de Riscuri Asigurate”.

A DOUA OPINIE MEDICALĂ

Membrul Asigurat are acces, prin intermediul Call Center-ului la serviciul de obținere a unei a doua opinii medicale, reprezentând exclusiv vizite (consultații) în legătură cu afecțiuni grave sau intervenții chirurgicale majore, solicitate în scopul confirmării unui diagnostic, a necesității intervenției chirurgicale sau în scopul prescrierii unui tratament, în limitele menționate în “Lista de Riscuri Asigurate” și pentru specialitățile medicale menționate la “Consultații de medicină generală și de specialitate” în “Lista de Riscuri Asigurate”.

VIZITE LA DOMICILIU

Membrul Asigurat va avea acces prin intermediul Call Center-ului la servicii de vizite medicale de medicină generală și pediatrie efectuate la domiciliu, dacă aceste servicii sunt prevăzute de Pachetul aplicabil, în limitele menționate în “Lista de Riscuri Asigurate”.

SERVICIUL DE CONSILIERE MEDICALĂ

Acest serviciu telefonic este disponibil tuturor Membrilor Asigurați care au nevoie de o consultație medicală de urgență privind starea de sănătate, tratamentul și trimiterea la un specialist.

Acest serviciu telefonic este creat în vederea identificării diverselor probleme de sănătate ale Membrului Asigurat în situația în care are nevoie de asistență medicală de urgență sau în cazul în care nu se poate deplasa în timp real la o instituție medicală.

13.5.3. EXCLUDERI SPECIALE PRIVIND SERVICIILE MEDICALE ÎN AMBULATORIU

Următoarele servicii medicale în ambulatoriu nu sunt acoperite de Contractul de Asigurare:

- a) Orice serviciu medical care nu este menționat în "Lista de Riscuri Asigurate";
- b) proceduri medicale de investigare sau tratament cu caracter experimental, specifice cercetării medicale, precum și consecințele acestora;
- c) Tratamente sau proceduri medicale pentru tratamente de orice natură și consecințele acestora;
- d) Tratamente de medicină alternativă, proceduri terapeutice nerecunoscute din punct de vedere medical și neautorizate de instituțiile medicale competente din România și consecințele acestora;
- e) Consultațiile/ serviciile fără recomandare primită de la medic care nu sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului sau pentru efectuarea tratamentului;
- f) Tratamente logopedice;
- g) serviciile medicale efectuate în Centrele de excelență MedLife (cu excepția celor expres menționate) precum și consultațiile la Medicii de Excelență;
- h) Ecografiile efectuate cu aparatul 4D E8, 4D E6 și 4D Expert, indiferent de medicul care le efectuează;
- i) serviciile medicale efectuate în spitalele din rețeaua agreată cu excepția celor menționate explicit;
- j) Servicii medicale efectuate în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate**;
- k) tratamente în legătură cu sistemul reproductiv:
 - ✓ contracepție și consecințele sale atât pentru femei cât și pentru bărbați;
 - ✓ vasectomie și sterilizare;
 - ✓ întreruperea de sarcină și consecințele sale;
 - ✓ intervenții chirurgicale altele decât cele menționate în "Lista de Riscuri Asigurate";
- l) Intervenții chirurgicale opționale și dispozitive de corecție:
 - ✓ tratament cosmetic cu sau fără scop etiologic;
 - ✓ chirurgie estetică sau orice alt tratament, activitate efectuată în scop cosmetic sau estetic. De asemenea, sunt excluse tratamentul venelor varicoase, tratamentele de scădere a greutateii, tratamentele dermatologice efectuate în scop estetic;
 - ✓ chirurgie opțională pentru îndepărtarea alunițelor (cu excepția cazurilor în care sunt indicate din punct de vedere medical când este necesar ca pacientul să se adreseze către accountul din partea Furnizorului de servicii medicale, să solicite preautorizare pentru efectuarea intervenției și să prezinte toate documentele medicale care atestă necesitatea îndepărtării alunițelor, precum și rezultatele testelor dermatologice);
 - ✓ circumcizia;
 - ✓ orice tip de implanturi.
- m) Tratament și terapie efectuate în clinici hidro de sanatare, clinici de cure naturale sau unor clinici similare sau acordarea de astfel de tratamente la domiciliul pacientului precum și orice cură de odihnă sau de recuperare în sanatorii, centre de sănătate sau odihnă, case de convalescență sau în alte instituții similare; cure de dezalcoolizare sau de dezintoxicare, geriatrie;
- n) Tratamente pentru reducerea greutateii sau programe privind pierderea greutateii;
- o) Costuri implicate de sarcină sau nașterea (cu excepția cazului în care se stipulează altfel);
- p) costuri implicate de participarea la cursuri pregătitoare în vederea nașterii/ maternității;
- q) Investigații și tratamente ale infertilității și sterilității.

13.6. SERVICII CALL CENTER

Toate serviciile medicale prevăzute de Pachetul aplicabil fiecărui Membru Asigurat vor fi programate obligatoriu prin serviciul de Call Center și în urma recomandării medicale din partea unui medic. Membrul Asigurat beneficiază de servicii de consultații medicale generale și de specialitate fără recomandare medicală, dar programate în mod obligatoriu, exclusiv prin serviciul de Call Center.

Membrul Asigurat se poate adresa Call Center-ului în scopul:

- a) obținerii de informații generale privind **Rețeaua de Servicii de Sănătate**;
- b) obținerii de informații privind serviciile acoperite de Contractul de Asigurare;
- c) programării serviciilor medicale în ambulatoriu în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**;



GRUPE SOCIETE GENERALE

- d) programării serviciilor medicale spitalicești în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**;
- e) îndrumare privind orice problemă de sănătate și orice urgență medicală ce poate conduce la consultații medicale, investigații medicale, spitalizare, intervenție chirurgicală sau necesitatea unei ambulanțe;
- f) obținerii de informații generale privind Contractul de Asigurare (despăgubiri, reclamații etc.).

Numărul de telefon al Call Center-ului este menționat pe scrisoarea de intrare în asigurare furnizată fiecărui Membru Asigurat.

14. OBLIGAȚIILE CONTRACTANTULUI

14.1. Să furnizeze Asigurătorului următoarele documente:

- a) Actul constitutiv;
- b) Împuternicire pentru persoana care reprezintă societatea, dacă aceasta nu este reprezentantul legal;
- c) Certificat constatator emis de Oficiul Național al Registrului Comerțului (în cazul societăților) sau altă autoritate similară din statul de înregistrare și documente echivalente în cazul altor tipuri de persoane juridice sau entități fără personalitate juridică, ce atestă informațiile privind identitatea clientului;
- d) Cererea de Asigurare de Grup;
- e) "Lista de Angajați și Dependenți" și modificările ulterioare ale acesteia;

14.2. Pe Durata Contractului de Asigurare, Contractantul va pune la dispoziția Asigurătorului modificările ulterioare ale documentelor mai sus menționate.

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

14.4. Să informeze în mod corespunzător Asigurătorul asupra numărului de Membrii Asigurați la data încheierii/ reînnoirii Poliței de Asigurare.

14.5. Contractantul este obligat să notifice Asigurătorului lista fluctuațiilor de personal, Membrii Asigurați de inclus în, sau de eliminat din, Contractul de Asigurare.

14.6. Contractantul este obligat să pună la dispoziția Asiguratului toate informațiile privind Contractul de Asigurare: Condițiile de Asigurare, modificări apărute pe Durata Contractului de Asigurare.

14.7. Să predea Asiguratului Certificatul de Asigurare, "Lista de Riscuri Asigurate" și Anexa 2 - Rețeaua de Servicii de Sănătate, cât mai curând posibil după primirea acestora de la Asigurător.

14.8. Contractantul este obligat să păstreze confidențialitatea în relația cu orice terță parte cu excepția Angajaților, cu privire la Contractul de Asigurare, negocierile privind Contractul de Asigurare și condițiile de implementare a acestuia.

14.9. Contractantul este obligat să informeze zilnic Asigurătorul cu privire la fluctuația de personal, dacă este cazul.

14.10. În cazul în care Contractantul își schimbă adresa de corespondență, Contractantul este obligat să notifice Asigurătorului noua adresă, în termen de o săptămână de la schimbarea acesteia. În cazul în care Contractantul nu notifică Asigurătorului schimbarea adresei, corespondența trimisă de Asigurător la ultima adresă cunoscută va produce efecte juridice.

14.11. Orice schimbare privind situația societății (acționari/asociați, domeniul de activitate etc.) trebuie notificată Asigurătorului.

14.12. Contractantul va asigura asistență Asigurătorului în acțiunile întreprinse de acesta privind investigațiile efectuate în vederea clarificării producerii riscului asigurat, în scopul finalizării dosarului de despăgubire.

15. OBLIGAȚIILE MEMBRULUI ASIGURAT

15.1. Membrul Asigurat are obligația de a completa acordul de intrare în asigurare, în numele său.

15.2. În cazul producerii unui risc asigurat menționat în Certificatul de Asigurare, Membrul Asigurat trebuie să notifice de îndată Asigurătorul prin intermediul Call Center-ului, în vederea accesării serviciilor medicale acoperite de Contractul de Asigurare.

15.3. Membrul Asigurat trebuie să respecte recomandările/ indicațiile medicilor și să urmeze îndeaproape tratamentul prescris.

15.4. Membrul Asigurat este obligat să furnizeze Asigurătorului toate informațiile și documentele cerute în conformitate cu prezentele Condiții de Asigurare, în scopul plății Indemnizației de Asigurare.

16. OBLIGAȚIILE ASIGURĂTORULUI

16.1. Asigurătorul se obligă să achite Indemnizația de Asigurare în conformitate cu prevederile Condițiilor de Asigurare ale Asigurării de Sănătate de Grup și ale Pachetului și în limitele stipulate în "Polița de asigurare, respectiv Certificatul de asigurare, cu condiția ca riscurile asigurate să se fi produs pe Durata Contractului de Asigurare și a Asigurării Individuale și să fie eligibilă pentru plată conform prezentelor Condiții de Asigurare.

16.2. Asigurătorul va achita Indemnizația de Asigurare în termen de maxim 10 zile lucrătoare de la data finalizării dosarului de despăgubire, cu condiția ca cererea de despăgubire să fi fost acceptată.



GRUPE SOCIETATE GENERALE

16.3. Asigurătorul se obligă să ia în considerare toate documentele de despăgubire și datele privind stabilirea împrejurărilor producerii riscului asigurat și a valorii indemnizației.

17. MODIFICAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

17.1 Drepturile ce decurg din riscurile asigurate deja produse nu pot face obiectul unor modificări.

17.2 Contractul de Asigurare poate fi modificat prin acordul părților, prin încheierea unui act adițional, cu excepția modificărilor privind schimbarea numelor Asiguraților (din „Lista Angajaților și Dependenților”), precum și a modificărilor privind Anexa 2 „Rețeaua de Servicii de Sănătate”. Aceste două tipuri de modificări se vor putea efectua pe bază de notificare scrisă din partea Contractantului către Asigurător și respectiv din partea Asigurătorului către Contractant.

17.3. Modificarea riscului asigurat, metodei de plată și Pachetului de Asigurare cu privire la fiecare Membru se pot efectua doar la data prelungirii Contractului de Asigurare.

17.4. Prin excepție de la prevederile art. 17.2 de mai sus, modificarea numărului de Membri Asigurați se poate efectua fara încheierea unui act adițional, prin transmiterea de catre Contractant catre Asigurător a unei solicitari de modificare, acceptata in scris de catre Asigurator. Solicitarea Contractantului trebuie sa fie insotita de un tabel conținând: numele integral, codul numeric personal, tipul Pachetului de Asigurare, telefon, email, ocupația, acordul de prelucrare a datelor cu caracter personal si consimțământul privind prelucrarea datelor de sanatate confirmate prin semnatura de catre fiecare angajat/ dependent, data intrării în vigoare cu privire la Membrul Asigurat, Data Încetării.

17.5. O nouă persoană poate fi inclusă în Grup, în conformitate cu articolul 5 al prezentelor Condiții de Asigurare, data intrării în vigoare a Asigurării Individuale a acesteia fiind menționată în Certificatul de Asigurare și data aniversară a Asigurării Individuale va coincide cu data aniversară a Contractului de Asigurare.

18. LIMITELE RĂSPUNDERII ASIGURĂTORULUI

18.1. Asigurătorul nu va avea nicio obligație cu privire la riscurile produse care nu au apărut pe Durata Contractului de Asigurare și/ sau Asigurării Individuale.

18.2. Asigurătorul nu va avea nicio obligație față de Angajat și Dependenții acestuia, cu privire la riscurile produse după încetarea calității de Angajat al Contractantului sau după pierderea statutului similar celui de Angajat, conform definiției din prezentele Condiții de Asigurare și din Condițiile Clauzelor Suplimentare, dacă Clauzele suplimentare sunt în vigoare.

18.3. Asigurătorul nu va răspunde pentru riscurile excluse din asigurare.

18.4. 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.

18.5. Asigurătorul nu va răspunde în baza Contractului de Asigurare dacă riscul apare ca urmare a acțiunii deliberate a Asiguratului.

18.6. Asigurătorul are dreptul de a nu acorda Indemnizația de Asigurare în cazul în care îi sunt prezentate documente ori informații false, sau dacă acesta descoperă vreo fraudă.

18.7. Asigurătorul are dreptul de a nu acorda Indemnizația de Asigurare pentru riscurile asigurate precum: spitalizarea și riscurile acoperite de Clauzele Suplimentare, dacă aceste Clauze suplimentare sunt în vigoare, cauzate direct sau indirect, integral sau parțial, de orice Afecțiune Preexistentă, conform definiției din prezentele Condiții de Asigurare.

18.8. Asigurătorul are dreptul de a nu acorda Indemnizația de Asigurare în cazul în care nu îi sunt prezentate dovezi suficiente și clare în scopul stabilirii dreptului la despăgubire.

18.9. Asigurătorul nu va răspunde pentru despăgubirile pentru care nu îi sunt prezentate documentele solicitate.

18.10. Asigurătorul nu va răspunde pentru calitatea serviciilor furnizate de instituțiile medicale sau de către personalul medical al acestora. Pentru deficiențe în prestarea serviciilor medicale sunt răspunzătoare instituțiile medicale sau personalul medical al acestora, Asiguratul îndreptându-se numai împotriva acestora.

19. INFORMAȚII INCOMPLETE ȘI INCORECTE

19.1. Asigurătorul încheie Contractul de Asigurare cu Contractantul în baza faptului că informațiile furnizate Asigurătorului la data încheierii Asigurării/ modificării Contractului de Asigurare sunt corecte.

19.2. În cazul în care, ulterior, se dovedește că, Contractantul în mod conștient a furnizat sau a permis furnizarea de informații false, înșelătoare, incomplete sau incorecte, pe care Asigurătorul le poate considera, în mod rezonabil importante pentru evaluarea riscului, Asigurătorul va avea dreptul fie să modifice toate Beneficiile Asigurării, fie să rezilieze Contractul de Asigurare.

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



20. PROTECȚIA DATELOR PERSONALE

20.1 În sensul Contractului de asigurare, Asigurătorul și Contractantul (denumiți, în sensul prezentului articol, „Partea” sau, colectiv, „Părțile”) vor acționa în calitate de operatori independenți.

20.2 Asigurătorul și Contractantul înțeleg că, pentru scopul încheierii și/sau executării Contractului de asigurare, au un interes legitim în a-și dezvălui reciproc și prelucra în scopul încheierii și derulării Contractului de asigurare o serie de date cu caracter personal, cum ar fi datele Asiguraților, angajaților, colaboratorilor, reprezentanților lor legali sau convenționali, precum și, în scopul realizării obiectului Contractului de asigurare / furnizării serviciilor, date cu caracter personal ale altor persoane vizate (cum ar fi parteneri contractuali, clienți sau salariați ai vreuneia dintre Părți), toate aceste categorii de persoane vizate denumite în continuare „Persoane Vizate”.

20.3. De asemenea, Asigurătorul și Contractantul vor putea prelucra datele cu caracter personal ale persoanelor sus-menționate pentru scopul conformării cu obligațiile legale (cum ar fi cele privind stocarea documentelor justificative).

20.4. Părțile se obligă să prelucreză datele cu caracter personal cu respectarea legii aplicabile privind protecția datelor, inclusiv a prevederilor Regulamentul (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date (GDPR).

20.5. Fiecare dintre Părți poate transfera datele cu caracter personal ale Persoanelor Vizate către entități din grupul respectivei Partii și/ sau alți furnizori de servicii ai respectivei Partii. În cazul în care Partile transfera date cu caracter personal în afara UE/SEE către state ce nu sunt recunoscute de către Comisia Europeană ca asigurând un nivel adecvat de protecție a datelor cu caracter personal, Partile vor realiza aceste transferuri doar în condițiile asigurării garanțiilor adecvate, conform legii aplicabile privind protecția datelor (în special art. 46 din GDPR) și respectând de asemenea toate obligațiile prevăzute de GDPR, mai ales cele referitoare la informarea persoanelor vizate.

20.6. Dacă nu se prevede altfel prin lege sau dacă o Parte nu are alte temeiuri legitime pentru prelucrarea datelor cu caracter personal ale celeilalte Partii / provenind de la cealaltă Parte, Contractantul va păstra respectivele date cu caracter personal pe întreaga durată a Contractului, plus o durată rezonabilă după încetarea acestuia, în funcție de natura documentelor conținând respectivele date.

20.7. Fiecare dintre Părți va informa Persoanele Vizate în legătura cu prelucrarea realizată în nume propriu, conform cerințelor Legii Aplicabile privind Protecția Datelor (în special art. 13 și 14 din GDPR).

20.8. Fiecare Parte va răspunde în mod individual pentru propriile acțiuni și omisiuni (inclusiv cele ale personalului propriu, ale împuterniciților, mandatarilor etc.) ce constituie încălcări ale legii aplicabile privind protecția datelor. Fiecare Parte va adopta măsuri de Securitate, în conformitate cu cerințele legii aplicabile privind protecția datelor (în special art. 32 din GDPR). Fiecare Parte declară și garantează faptul că a implementat măsuri tehnice și organizatorice adecvate pentru protejarea datelor cu caracter personal împotriva încălcărilor securității.

21. CONFIDENȚIALITATE

21.1. 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 o parte sau de care cealaltă parte ia cunoștință pe parcursul executării prezentului Contract de Asigurare.

21.2. Asigurătorul va păstra confidențialitatea asupra tuturor documentelor privind executarea Contractului de Asigurare, indiferent de natura acestora și indiferent de conținutul lor. Contractantul este de acord că Asigurătorul poate dezvălui informații confidențiale următoarelor persoane:

a) subcontractanții ce furnizează servicii în legătură cu prezentul Contract de Asigurare și care au fost de acord să fie ținuți de obligații de confidențialitate similare;

b) consultanții, reasigurătorii Asigurătorului sau alte persoane cărora trebuie să li se dezvăluie aceste informații în conformitate cu prevederile legale, judiciare sau administrative, în legătură cu anumite litigii sau în scopul protejării intereselor legitime ale Asigurătorului.

21.3. Informațiile confidențiale nu includ datele despre care Asigurătorul dovedește că:

a) Asigurătorul le deținea înainte ca acestea să-i fie dezvăluite de către cealaltă Parte, fără obligația de a le trata drept confidențiale;

b) Asigurătorul le-a obținut pe o cale licită, alta decât în legătură cu executarea Contractului de Asigurare;

c) 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.



GRUPE SOCIETE GENERALE

21.4. 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.

21.5. Obligațiile stabilite în prezentul capitol privind protecția și confidențialitatea datelor sunt prevăzute sub sancțiunea plății de daune la valoarea integrală a prejudiciului produs în caz de încălcare a acestora.

22. FORȚA MAJORĂ

22.1. 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.

22.2. 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 una din părți (de ex. calamități naturale, războaie, etc.).

22.3. 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 intervenției acesteia. Dacă durata acesteia depășește 30 zile, Părțile se vor întâlni pentru a decide în privința Contractului de Asigurare.

22.4. Insolvența, dizolvarea, falimentul, lichidarea și greva nu sunt considerate cazuri de Forță Majoră.

23. CORESPONDENȚA

23.1. Adresa de corespondență oficială a Asigurătorului/ Contractantului este cea a sediului său social.

23.2. Asigurătorul/ Contractantul va notifica orice modificări referitoare la adresa sediului său social sau a locului de transmitere a corespondenței.

23.3. Asigurătorul va trimite corespondența Contractantului la ultima adresă de corespondență notificată de Contractant.

23.4. Orice notificări reciproce între Asigurător și Contractant se probează cu borderoul de transmitere.

23.5. Comunicările între Părți, necesare în scopul executării Contractului de Asigurare, vor fi întocmite în toate cazurile în scris (scrisoare, e-mail și fax).

24. JURISDICȚIE

24.1 În caz de dispută și în cazurile nereglementate de prezentul Contract de Asigurare, se aplică legislația română în vigoare.

24.2 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.

25. LIMBA

25.1 Contractul de Asigurare se încheie în limba română.

26. SCHIMBĂRI ALE LEGISLAȚIEI

26.1. Orice modificare a conținutului prezentelor condiții, impusă de o schimbare legislativă va fi acceptată necondiționat de ambele Părți și se realizează de drept, fără nicio formalitate, din momentul în care noua lege intră în vigoare.

26.2. 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 (Asigurătorul 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.

26.3. 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.

27. INFORMAȚII GENERALE PRIVIND REGIMUL FISCAL

27.1. În cazul asigurării de sănătate voluntare, Contractantul poate deduce fiscal primele, până la valoarea stipulată de Codul Fiscal. Modificările legislative cu privire la eliminarea sau reducerea deductibilității fiscale, nu vor influența Contractul de Asigurare sau obligațiile Asigurătorului. În orice caz, Contractantul va suporta taxele, costurile sau cheltuielile în conformitate cu obligațiile stipulate de legislația în vigoare.

28. VALOAREA DE RĂSCUMPĂRARE A POLIȚEI

28.1. Asigurarea de Sănătate de Grup 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 acesta.

În cazul încetării contractului înainte de termen, Contractantului/ Asiguratului nu i se va rambursa nicio primă.

29. LIMITA TERITORIALĂ

29.1. Toate serviciile medicale în ambulatoriu sunt furnizate exclusiv în România, în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**. Celelalte riscuri: Spitalizare și riscurile acoperite de Clauzele Suplimentare, dacă acestea sunt în vigoare, sunt acoperite de prezentele Condiții de Asigurare indiferent dacă se produc în România sau în străinătate.

29.2 Indemnizațiile de Asigurare acordate în baza Contractului de Asigurare, pentru riscuri produse fie în România, fie în străinătate, vor fi achitate în RON, într-un cont bancar din România.

30. FONDUL DE GARANTARE

30.1. În cazul în care BRD Asigurări de Viață ar intra în insolvență, Fondul de Garantare, conform definiției din Legea nr. 237/2015, cu modificările și completările ulterioare, va proteja interesele Membrilor Asigurați, ale beneficiarilor asigurării, precum și ale terților prejudiciați.

31. SOLUȚIONAREA PETIȚIILOR

Orice nemulțumire din partea Asiguratului sau Beneficiarului va fi soluționată pe cale amiabilă. În acest scop, nemulțumirea va fi formulată în scris și transmisă prin fax, e-mail sau scrisoare către Asigurător. Petiția trebuie să conțină cel puțin numele/prenumele petentului. BRD Asigurări de Viață va răspunde petentului, în scris, în termen de 30 zile de la data înregistrării la sediu a reclamației. În cazul în care nu este posibilă soluționarea cazului pe cale amiabilă, petentul se poate adresa și Autorității de Supraveghere Financiară (ASF).

32. SOLUȚIONAREA ALTERNATIVĂ A LITIGIILOR

În cazul în care nu s-a reușit soluționarea petiției pe cale amiabilă, Contractantul, Asiguratul și Beneficiarul au dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor prin intermediul SAL-FIN, care organizează și administrează proceduri de soluționare alternativă a litigiilor prin care se propune sau impune, după caz, o soluție părților. Prezenta prevedere nu va constitui o restrângere a dreptului Contractantului, Asiguratului sau Beneficiarului de a recurge la procedurile judiciare legale. Pentru mai multe detalii pot fi consultate prevederile Regulamentului nr. 4/27.04.2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și ale Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți.

33. MODALITATEA DE ACCESARE A RAPOARTELOR ASIGURĂTORULUI

Toate informațiile și/sau rapoartele pe care BRD Asigurări de Viață S.A. trebuie să le publice conform cerințelor legislației în vigoare (cum ar fi, dar fără a se limita la raportul privind solvabilitatea și stabilitatea financiară) sunt și/sau vor fi disponibile pentru consultare pe pagina de internet a Asiguratorului: www.brdasigurarideviata.ro.

34. PREVEDERI FINALE

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