

CONDIȚII GENERALE

ALE ASIGURĂRII DE SĂNĂTATE DE GRUP BRD MedCare

1. PREVEDERI INTRODUCTIVE

1.1. Prezentele Condiții (denumite în continuare „**Condițiile Generale**”) sunt aferente Contractului de asigurare de Sănătate de Grup și împreună cu Cererea de Asigurare de Grup, „Lista Angajaților și Dependenților”, Polița de Asigurare, Certificatul de Asigurare, Anexa 1 - „Lista de Riscuri Asigurate” și Anexa 2 - „**Rețeaua de Servicii de Sănătate**” și, dacă este cazul, cu Anexele la Condițiile Generale de Asigurare de sănătate de Grup ce privesc Condițiile de asigurare aferente Clauzelor suplimentare de Naștere și Afecțiuni Grave, constituie Contractul de Asigurare de Sănătate de Grup (denumit, în continuare, „**Contractul de Asigurare**”) încheiat între **BRD Asigurări de Viață S.A.** în calitate de Asigurător (denumit în continuare „**Asiguratorul**”) și Clientul, persoană juridică (denumit în continuare „**Contractantul**”).

2. DEFINIȚII

Termenii folosiți în aceste Condiții Generale au următorul sens:

- 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 întreagă 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 prezentelor Condițiilor de Asigurare, următoarele persoane pot fi tratate drept angajați: colaboratorii ce exercită profesii liberale, atâta timp cât Contractantul ce exercita profesia liberala este constituit într-o entitate de minim 5 persoane.
- 2.5. **Asigurare Individuală** – acoperirea individuală a Asiguratului prin Contractul de Asigurare de sănătate de Grup, 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.
- 2.7. **Beneficiar** – persoana care are dreptul să primească Beneficiul 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.
- 2.8. **Beneficiu de Asigurare** – Indemnizația de Asigurare și/sau serviciile medicale detaliate pentru fiecare Pachet din „Lista de Riscuri Asigurate”.

- 2.9. **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.
- 2.10. **Call Center** – dispeceratul de unde Membrul Asigurat poate obține informații privind structura **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**, 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.
- 2.11. **Cerere de Asigurare de Grup** – documentul în cuprinsul căruia Contractantul furnizează informațiile necesare în scopul încheierii Contractului de Asigurare și solicită încheierea acestuia.
- 2.12. **Certificat de Asigurare** – documentul care atestă calitatea de asigurat a Membrului Asigurat și în care se menționează tipul Pachetului de asigurare și limitele riscurilor asigurate acoperite. Certificatul de Asigurare este nenominal.
- 2.13. **Chirurg** – un medic având o calificare medicală specializată superioară, ce are dreptul de liberă practică într-o specialitate chirurgicală.
- 2.14. **Clauze suplimentare** – asigurarea de Naștere și 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.
- 2.15. **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.
- 2.16. **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.
- 2.17. **Consultație Medicală** – anamneză și examinarea Asiguratului, în vederea stabilirii diagnosticului și tratamentului.
- 2.18. **Contractant** – persoana juridică ce încheie Polița de Asigurare cu Asiguratorul în beneficiul angajaților acesteia și dependenților angajaților, în conformitate cu termenii prezentelor Condiții Generale și Clauzelor suplimentare
- 2.19. **Data aniversară** – perioada de 1 an de la Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare, iar ulterior a perioadelor succesive de 1 an.
- 2.20. **Data Încetării Contractului de Asigurare** – data încetării răspunderii Asiguratorului.
- 2.21. **Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare** – data de început a Contractului de Asigurare, menționată în Polița de Asigurare.
- 2.22. **Dependent** – soția/ soțul/partenerul/partenera, în vârstă de peste 16 ani și sub 65 de ani la data încheierii poliței, precum și copiii, în vârstă de peste treizeci (30) de zile și sub 24 de ani (inclusiv copiii vitregi și copiii adoptați).
- 2.23. **Drept de acces** – reprezintă consimțământul Asiguratorului sau al reprezentanților acestuia acordat **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**, prin Call Center, privind accesul Membrului Asigurat la serviciile medicale de spitalizare și intervenție chirurgicale acoperite în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**, 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 Medlife**.
- 2.24. **Decontare directă** – accesarea serviciilor medicale în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**, fără plată directă a serviciului medical de către Asigurat.
- 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 Asiguratorul 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 Medlife**, 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. În înțelesul acestei definiții, un Grup include cel puțin 5 angajați asigurați.
- 2.29. **Indemnizație de Asigurare** – suma stipulată în Polița de Asigurare pentru **Serviciile Medicale in regim de Spitalizare** 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. **Intervenție chirurgicală** – orice procedură de intervenție efectuată în scop terapeutic, considerată a fi necesară din punct de vedere medical în vederea prevenirii înrăutățirii stării de sănătate a Membrului Asigurat 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.
- 2.31. **Lista de Riscuri Asigurate (Anexa 1)** – lista și limitele tuturor serviciilor medicale acoperite de Asigurător.
- 2.32. **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.
- 2.33. **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.
- 2.34. **Pachet de Asigurare** – asigurări de sănătate grupate într-unul sau mai multe planuri de asigurare propuse de Asigurător Contractantului cu privire la angajații săi și dependenții acestora. Fiecare Pachet conține limitele maxime specifice ale riscurilor asigurate detaliate în cuprinsul “Listei de Riscuri Asigurate”, Poliței de asigurare și respectiv Certificatului de asigurare.
- 2.35. **Perioada deductibilă** – Numărul de zile de la începutul fiecărei perioade de Spitalizare în **Spital Public**, în care nu se va plăti nici o indemnizație de asigurare. Astfel, pentru primele 2 zile consecutive, începând cu prima zi de Spitalizare, nu se va plăti Indemnizația zilnică de Spitalizare. În cazul Spitalizărilor pe perioade mai mari de 2 zile consecutive, indemnizația de asigurare se va plăti pentru toată perioada de Spitalizare, din care se va deduce Perioada Deductibilă. Dacă Asiguratul este internat din nou în Spital în termen de 3 luni de la sfârșitul perioadei de Spitalizare anterioare din aceeași cauză sau din cauze înrudite, atunci cele două spitalizări vor fi considerate drept o singură perioadă de Spitalizare, căreia i se va aplica o singură Perioadă Deductibilă.
- 2.36. **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.
- 2.37. **Perioada de suspendare** – reprezintă perioadă de 2 luni, după sfârșitul perioadei de grație, în care, dacă prima de asigurare nu a fost plătită în perioada de grație, Asigurătorul nu va avea nicio obligație față de Contractant/ Membri Asigurați, riscurile produse în această perioadă nefiind acoperite de prezenta Asigurare de Sănătate de Grup și la sfârșitul căreia Contractul de asigurare se încheie.
- 2.38. **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.
- 2.39. **Poliță de Asigurare** – documentul ce atestă încheierea Contractului de Asigurare.
- 2.40. **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.
- 2.41. **Rambursare** - plata indemnizației de asigurare ulterior accesării serviciilor medicale în Spitale Private, altele decât rețeaua de servicii medicale Medlife, și Spitale Publice, pe baza întocmirii dosarului de despăgubire. Rambursarea este aplicabilă și în spitalele din rețeaua de sănătate Medlife, în lipsa obținerii pre-autorizării.
- 2.42. **Rețeaua de Furnizori de Servicii Medicale Medlife (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.

- 2.43.**Risc Asigurat** – un eveniment viitor incert, acoperit de Asigurător în baza Condițiilor Generale și a Clauzelor Suplimentare, la apariția căruia Asigurătorul va asigura accesul la **Rețeaua de Servicii de Sănătate Medlife** 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 2.33 care debutează cu începerea Tratatului medical și se termină atunci când un astfel de tratament nu mai este necesar din motive medicale.
- 2.44.**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 Medlife** și acoperite de Contractul de Asigurare semnat de Contractant și Asigurător.
- 2.45.**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 Medlife**.
- 2.46.**Servicii Medicale în regim de Spitalizare** – servicii medicale furnizate unui Membru Asigurat după admiterea sa într-un spital, la recomandarea medicală a unui doctor.
- 2.47.**Spital** Public sau Privat - 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.
- 2.48.**Subgrup**: O parte din angajații eligibili, încadrați într-o categorie conform unor criterii bine determinate de Contractantul asigurării și măsurabile și comunicate în scris Asigurătorului.
- 2.49.**Transport medical de urgență** – transportul pacientului la spital cu un autovehicul special dotat, în scopul acordării de îngrijiri medicale de urgență.
- 2.50.**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.
- 2.51.**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.
- 2.52.**Vârsta Asiguratului** – vârsta Membrului Asigurat la Data Intrării în Vigoare a Asigurării Individuale.
- 2.53.**Zi de Spitalizare** : Intervalul de 24 ore petrecut efectiv de către Asigurat în Spital în urma internării. Ca excepție, prima zi de spitalizare începe la data internării Asiguratului și se termină la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare, iar ultima zi de spitalizare începe la ora 00:00 și se termină la momentul externării. Spitalizarea trebuie să aibă loc la recomandarea unui medic.

3. OBIECTUL ASIGURĂRII

3.1.Obiectul asigurării este reprezentat de sănătatea Asiguratului.
Asigurătorul acoperă riscurile asigurate și acordă Beneficiul de Asigurare Beneficiarului asigurării în schimbul plății primei de asigurare de către Contractant.
Acordarea Indemnizației de asigurare se plătește de Asigurător Asiguratului sau Moștenitorilor legali ai acestuia în caz de deces al acestuia.

4. CRITERII DE ACCEPTARE IN ASIGURARE

- 4.1 Este eligibilă pentru a fi preluată în asigurare, persoana fizică, care îndeplinește următoarele condiții:
- este rezidentă în România;
 - are 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 de 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 între minim 30 de zile și maxim 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 de învățământ, nu au un venit propriu și au vârsta maximă de 24 de ani la Data Încetării Contractului de Asigurare;
 - ✓ Soția/ soțul/partenerul având minim 16 ani și maxim 64 de ani, vârsta împlinită la data intrării în vigoare a Asigurării Individuale;
 - ✓ În cazul Dependenților, Asigurarea Individuală va începe:
 - la aceeași dată cu cea a Angajaților
 - la prelungirea poliței, cu condiția ca Angajatul respectiv să fie inclus în Asigurare
 - doar la data aniversară a contractului în cazul Dependenților existenți la Data Intrării în Vigoare a Contractului de Asigurare și pentru care Asigurătorul nu a fost notificat în termen de 30 de zile de la intrarea în Asigurare a Angajatului.
 - Partenerii pot fi adăugați doar la începutul poliței de asigurare și nu pot fi schimbați pe parcursul perioadei de asigurare.
 - la o dată ulterioară intrării în Asigurare a Angajatului cu condiția ca Asigurătorul să fie notificat în termen de 30 de zile de la data dobândirii calității de Dependent (prin naștere sau căsătorie), în conformitate cu art. 4.1
 - ✓ Nu se acceptă intrarea în asigurare a unui Dependent fără ca Angajatul de care aparține să fie acoperit de asigurare.

4.2. Pentru încheierea Contractului de Asigurare de Grup criteriile de acceptare sunt:

- minimum 75% dintre angajații persoanei juridice să fie cuprinși în asigurare, dar nu mai puțin de 5 angajați
- în calculul numărului minim de persoane necesar pentru a forma un grup, dependenții persoanei asigurate nu sunt luați în considerare. Aceștia pot fi asigurați în contractul de asigurare, în calitate de dependenți ai angajaților grupului.
- împărțirea pe categorii de angajați și formarea de subgrupuri este permisă. În acest caz, toți angajații dintr-o anumită categorie trebuie să fie incluși în contractul de asigurare și trebuie să aibă același pachet de asigurare. Astfel, este posibil ca rata de participare în asigurare să fie mai mică de 75%, dar rata de participare a subgrupului selectat trebuie să fie 100%.
- în cazul grupurilor de companii, toate companiile eligibile din cadrul grupului vor intra în asigurare simultan, la data intrării în asigurare menționată în Polița/Certificat de asigurare. Incluziunea în asigurare a unei alte companii din același grup de companii pe parcursul derulării asigurării este permisă, cu evaluare separată. În acest caz, această companie nu va beneficia de condițiile grupului de companii de care aparține.

4.3. Un grup nu se formează în scopul încheierii asigurării.

4.4. În situația în care cu maxim 12 luni înainte de încheierea contractului de asigurare, Contractantul a deținut o altă poliță BRD Medcare, Asigurătorul își rezervă dreptul să analizeze și să decidă punctual emiterea noului Contract și condițiile de preluare în asigurare.

5. RISCURILE ASIGURATE

5.1. Riscurile asigurate sunt:

5.1.1. **Spitalizare din orice cauză - servicii medicale intraspitalicești** furnizate:

- **în cadrul Rețelei Medlife:**
 - Spitalele Medlife și cele care au aderat la rețeaua Medlife

Asiguratul are acces la servicii medicale de spitalizare în Rețeaua de Servicii de Sănătate cu decontare directă, în limitele stipulate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare;

➤ **în afara Rețelei Medlife**

- a) în Spitale Publice – Asiguratul este acoperit pe baza de indemnizație zilnică, stipulată în Polița de asigurare/Certificatul de asigurare
- b) în Spitale Private, altele decât rețeaua Medlife – Serviciile medicale de spitalizare vor fi rambursate persoanei asigurate la un nivel procentual (80%) din valoarea facturii emise de spitalul privat și în limitele menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare

5.1.2. **Intervenție chirurgicală din orice cauză**– servicii medicale intraspitalicești furnizate:

- **în cadrul Rețelei Medlife** – Asigurătorul acopera costul intervenției în limitele stabilite în Polița de asigurare/Certificatul de asigurare, cu posibilitate de decontare directă în cazul aprobării prealabile a Asigurătorului

➤ **în afara Rețelei Medlife**

- a) **în Spitale Publice** - plata indemnizației fixe de asigurare de către Asigurător, conform Pachetului de asigurare, în cadrul limitelor de asigurare maxime menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare și Lista Intervențiilor chirurgicale (art 12.2), unde este menționat procentul corespunzător asupra valorii Indemnizației de Asigurare maxime prevăzute în Polița de asigurare/Certificatul de asigurare.
- b) **în Spitale Private**, altele decât rețeaua Medlife, costul intervenției va fi rambursat persoanei asigurate la un nivel procentual de 80% din valoarea facturii emise de Spitalul Privat și în limitele menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare.

Asigurarea este valabilă de la data de început a Asigurării individuale pentru fiecare Membru Asigurat.

5.1.3. Servicii medicale (servicii medicale în ambulatoriu în cadrul Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife) în limitele stipulate în “Lista de Riscuri Asigurate”.

5.1.3.1. 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 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.

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

a) opta pentru accesarea serviciilor de:

- Spitalizare/Intervenție chirurgicală oferită de **Rețeaua de Servicii de Sănătate Medlife**, pentru care Asigurătorul oferă acces pe baza de decontare directă și pre-autorizare, în limitele stabilite în Polița de asigurare/Certificatul de asigurare, și
- Spitalizare/Intervenție chirurgicală oferită de spitale din afara **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife (Spitale publice sau alte Spitale private în afara Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife)**, pentru care Asigurătorul acordă Indemnizații de Asigurare fixe sau rambursează costul serviciilor medicale la un nivel procentual de 80% din valoarea facturii, în limitele stabilite în Polița de asigurare/Certificatul de asigurare;

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

5.1.3.3. 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.

5.1.3.4. Membrul Asigurat:

- a) va avea acces cu decontare directă la servicii medicale de spitalizare și intervenții chirurgicale în Rețeaua de Servicii de Sănătate Medlife, sau
- b) va beneficia de rambursarea costurilor / Indemnizații de Asigurare de spitalizare și intervenții chirurgicale pentru servicii furnizate în afara Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife, Spitale 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 / Certificatul de asigurare.



6.DERULAREA ASIGURARII

6.1.Intrarea in vigoare

6.1.1.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. 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.

6.1.2.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.

6.2.Durata Contractului de Asigurare

6.2.1.Durata Contractului de Asigurare se stabilește între părți și va fi de 1 an și este stipulată în Polița de Asigurare/Certificatul de asigurare.

6.2.2.La Data Incetării Contractului de Asigurare, acesta se poate prelungi pentru noi perioade succesive, egale cu Durata Contractului de Asigurare inițială. Înainte cu 35 **de zile** de Data Incetării Contractului de Asigurare, dar nu mai târziu de 15 zile înainte de Data aniversară, Contractantul este informat de către Asigurător cu privire la prima de asigurare valabilă pentru noua perioadă de asigurare, precum și despre modificările Condițiilor Generale de Asigurare de Sănătate de Grup, valabile de la data prelungirii. În cazul în care Contractantul este de acord cu noile condiții de asigurare, inclusiv cu prima de asigurare, acesta poate să-și exercite opțiunea de prelungire a Contractului de Asigurare pentru o nouă perioadă, prin plata primei de asigurare.

6.2.3. Dacă se optează pentru acestea, Clauzele Suplimentare sunt în vigoare și produc efecte numai pe durata de valabilitate a Contractului de asigurare.

6.3.Încetarea Contractului de Asigurare

6.3.1. **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. 6.2.2 de mai sus;
- b) Ca urmare a neachitării primelor, după perioada de suspendare prevăzută de art.7.1.7.
- 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 10 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 20 de zile calendaristice înainte de data solicitată de încetare a Contractului de Asigurare;
- f) În condițiile art. 6.5. de mai jos.
- g) Dacă oricând pe durata contractuală, numărul Membrilor Asigurați este 0 (zero), Contractul de Asigurare se desființează de drept, fără a mai fi necesară Cerere de reziliere din partea Contractantului, ori îndeplinirea vreunei formalități din partea Asigurătorului.

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

6.3.1.2. Contractul de Asigurare încetat nu mai poate fi pus în vigoare.

6.3.1.3. În cazul în care, după expirarea Perioadei de Grație, Contractantul nu plătește primele de asigurare scadente, Asigurătorul își rezervă dreptul să solicite contravaloarea despăgubirilor plătite pentru riscurile asigurate produse în Perioada de Grație.

6.3.2. 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/partener/parteneră al/a 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.

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

6.3.4. Toate Serviciile Medicale în ambulatoriu solicitate de Membrii Asigurați ai **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife** 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.

6.3.5. Contractul de Asigurare încetat nu mai poate fi repus în vigoare.

6.4. Declarații false și incomplete

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

6.4.2. 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.

6.4.3. 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.

6.5 Obligațiile Contractantului

6.5.1. 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, inclusiv reprezentantul legal al acesteia;
- d) Certificatul de înregistrare;
- e) Cererea de Asigurare de Grup;
- f) "Lista de Angajați și Dependenți" și modificările ulterioare ale acesteia;

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

6.5.3 Să achite Prima de Asigurare la datele scadente și în sumele specificate comunicate de Asigurător în conformitate cu prezentele Condiții de asigurare

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

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

6.5.6. Contractantul este obligat să pună la dispoziția Asiguratului toate informațiile privind Contractul de Asigurare: Condițiile de Asigurare, modificări apărute pe Durata Contractului de Asigurare, inclusiv informațiile cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal ale persoanelor asigurate.

6.5.7. Să transmită Asiguratului Certificatul de Asigurare nenominal emis de Asigurător și "Lista de Riscuri Asigurate".

6.5.8. 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.

6.5.9. În cazul în care Contractantul își schimbă adresa de corespondență 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.



6.5.10. Orice schimbare privind situația societății (acționari/asociați, domeniul de activitate, reprezentanți legali, beneficiari reali, etc.) trebuie notificată Asigurătorului.

6.5.11. 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.

6.5.12 Contractantul este obligat să obțină acordul Asiguraților, angajaților, colaboratorilor, reprezentanților lor legali sau convenționali și dependenților acestora, pentru a fi asigurați prin Asigurarea de Sănătate de Grup BRD MedCare și/ sau pentru transmiterea datelor acestora Asigurătorului în vederea încheierii și executării Contractului de Asigurare de Sănătate de Grup BRD MedCare și la solicitarea Asigurătorului să pună la dispoziția acestuia din urma acest acord.

6.6. Obligațiile Membrului Asigurat

6.6.1. 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.

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

6.6.3. 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.

6.7. Obligațiile Asigurătorului

6.7.1. 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.

6.8 Modificarea Contractului De Asigurare

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

6.8.2. Modificarile privind schimbarea numelor Asiguraților (din „Lista Angajaților și Dependenților”) se notifica în scris pe e-mail din partea Contractantului către Asigurător. Anexa 2 „Rețeaua de Servicii de Sănătate” se găsește pe site-ul Asigurătorului.

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

6.8.4. Prin excepție de la prevederile art. 6.8.2 de mai sus, modificarea numărului de Membri Asigurați se poate efectua fără încheierea unui act adițional, prin transmiterea de către Contractant, către Asigurător a unei solicitări de modificare, acceptată în scris via e-mail de către Asigurător. Solicitarea Contractantului trebuie să fie însoțită de un tabel conținând: numele integral, codul numeric personal, tipul Pachetului de Asigurare, telefon, email, ocupația, data intrării în vigoare cu privire la Membrul Asigurat, Data Încetării.

6.8.5. O nouă persoană poate fi inclusă în Grup, în conformitate cu articolul 4 al prezentelor Condiții de Asigurare, data intrării în vigoare a Asigurării Individuale a acesteia va fi confirmată către Contractant prin e-mail de procesare a solicitării, astfel:

- a) la ora 00:00 a celei de-a 15-a zi a lunii curente, dacă Asigurătorul a primit via e-mail solicitarea Contractantului 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 Asigurătorul a primit via e-mail solicitarea Contractantului în intervalul dintre a 10-a zi și a 20-a zi din luna curentă.

7.PRIMA DE ASIGURARE

7.1. Calculul și plata primelor de asigurare

7.1.1 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 și va fi platită de către Contractant în avans, cu frecvența specificată în Polița de Asigurare (anual, trimestrial sau cu o altă frecvență stabilită de Părți) cu respectarea datelor scadente.

7.1.2. 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 indiferent de frecvența de plată pentru care s-a optat și se va comunica Contractantului cu 20 de zile calendaristice înainte de următoarea dată scadentă.



7.1.3. 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.

7.1.4. 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.

7.1.5. Asigurătorul va notifica Contractantul via e-mail, cu 20 de zile calendaristice înainte de data scadență, privind obligația de achitare a Primei de Asigurare

7.1.6. Plata Primei de Asigurare se va efectua prin transfer bancar în contul indicat de Asigurător în notificarea de plată.

7.1.7. Pentru plata fiecărei Prime de Asigurare, Asigurătorul acordă o **Perioadă de Grație**, pe durata căreia riscurile asigurate sunt în continuare acoperite. 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 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.

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 scadență a fost achitată de Contractant în intervalul dintre a 10-a zi și a 20-a zi din luna curentă.

7.1.8. În cazul în care Contractantul efectuează plăți parțiale ale unei Prime de Asigurare scadente, Prima de Asigurare va fi considerată neachitată.

7.1.9. La încetarea Contractelor de Asigurare în condițiile menționate la art. 6.3.1. pct. c) - g), Asigurătorul nu efectuează rambursări de Primă de Asigurare parțială pentru cazurile în care data rezilierii nu coincide cu ultima zi de acoperire în asigurare conform Primei de Asigurare achitată de Contractant.

7.1.10. Schimbarea frecvenței de plată se poate efectua doar la data prelungirii Contractului de Asigurare, pe baza unei solicitări scrise din partea Contractantului.

7.1.11. Prima de asigurare va fi transferată în contul Asigurătorului de către Contractant pentru toți Membrii Asigurați.

8. PRODUCEREA RISCULUI ASIGURAT

8.1 Notificarea producerii unui risc asigurat

8.1.1. În cazul producerii unui risc acoperit de Asigurarea de Sănătate de Grup, Contractantul sau Membrul Asigurat trebuie să depună la Asigurător, în termen de 30 de zile de la producerea riscului asigurat o notificare și să pună la dispoziția Asigurătorului documentele solicitate pentru a determina justetea acordării despăgubirii.

8.1.2 Asigurătorul trebuie să primească următoarele documente pentru a lua o decizie privind solicitarea de despăgubire, funcție de Pachetul aplicabil:

- 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;
- O copie după documentul de identitate al solicitantului și, dacă este cazul:
 - 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 (dacă investigația a fost efectuată de poliție), inclusiv valoarea alcoolemiei, dacă este cazul;
- Documentele ce atestă legitimitatea persoanei de a primi Indemnizația de Asigurare;
- Externare din spital și orice document existent ca urmare a internării în spital;
- 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 Medlife** fără pre-autorizare sau în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife, la Spital Privat** ;

Documentele furnizate vor intra în proprietatea Asiguratorului.

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

8.1.4. Asiguratorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de Asigurare, dacă riscul asigurat nu a fost notificat în perioada menționată în art. 8.1.1., iar din acest motiv nu a putut determina cauza producerii riscului asigurat și întinderea daunei.

8.1.5. 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 Asigurator și produs în străinătate.

8.1.6. Asiguratorul 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 Medlife**. 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 Medlife** costul serviciilor consumate și va transmite dosarul de despăgubire la Asigurator în scopul obținerii rambursării costului, respectiv de la Asigurator în limitele menționate în Polița 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.

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

8.1.8. În termen de 10 zile lucrătoare de la primirea tuturor documentelor solicitate, Asiguratorul trebuie să ia una din deciziile următoare:

- Să accepte solicitarea de despăgubire și să platească Beneficiarului indemnizația de asigurare;
- Să respingă solicitarea de despăgubire printr-o decizie motivată.

8.1.9. Informațiile despre decizia luată de Asigurator vor fi trimise beneficiarului asigurării și persoanei care a solicitat despăgubirea.

9. CUM SE ACCESEAZA ASIGURAREA PENTRU SPITALIZARE – în cadrul și în afara Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife

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

9.2. În cazul în care spitalizarea este efectuată în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**, costul aferent acesteia până la limita menționată în Polița de asigurare/ Certificat de asigurare va fi achitat de Asigurator direct **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**.

9.3. În cazul în care spitalizarea este efectuată în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife dar in Spital Privat**, 80% din costul aferent acesteia până la limita menționată în Polița de asigurare/ Certificat de asigurare va fi achitat de Asigurator direct Asiguratului în baza dosarului de despăgubire depus la Asigurator, 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.

9.4 În cazul spitalizării efectuate în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife, dar in Spital Public**, Indemnizația de Asigurare de spitalizare va fi achitată de Asigurator direct Asiguratului, în baza dosarului de despăgubire depus la Asigurator, începând cu a 3 a zi de spitalizare, primele 2 zile fiind deductibile, 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.

9.5 Asiguratorul va achita Indemnizația de spitalizare, în cazul în care Membrul Asigurat a fost internat cel puțin 1 Zi într-un Spital din cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife, sau din afara Rețelei la Privat**, ca urmare a producerii unui accident sau unei boli.

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

9.7. Serviciile de spitalizare de care beneficiază Membrul Asigurat în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife** sau în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate, la Spital Privat** sunt: cazare și masă, onorariile medicului, proceduri medicale, vizite interdisciplinare, medicamente generice.

9.8.**Rețeaua de Servicii de Sănătate Medlife** 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 Medlife** a Membrului Asigurat și în baza recomandării primite din partea medicului.

9.9.În cazul internării într-un spital din cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**, ca urmare a unei urgențe medicale, **Rețeaua de Servicii de Sănătate Medlife** 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 Medlife** va completa formularul de pre-autorizare. Formularul de pre-autorizare și celelalte documente relevante solicitate vor fi trimise Asigurătorului, care va trimite răspunsul său spitalului din cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife** în termen de maxim 48 de ore lucrătoare din momentul primirii tuturor documentelor, dacă Asigurătorul acoperă serviciile medicale furnizate de spitalul din cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**.

9.10. 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 Medlife**, indiferent de motiv, înainte de externarea Membrului Asigurat, acesta din urmă va achita **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife** 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.

9.11.Indemnizația de spitalizare în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**, precum și Indemnizațiile de spitalizare în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife** (Spital Public sau Privat) sau zilele de Spitalizare neconsumate într-un an de poliță nu pot fi reportate în anul următor de valabilitate al Contractului de Asigurare.

10.1. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE / RAMBURSAREA PENTRU SPITALIZARE ÎN AFARA REȚELEI DE SERVICII DE SĂNĂTATE MEDLIFE - Spitale Publice și Private

10.1.1.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 Medlife** – Spitale Publice sunt menționate pentru fiecare Pachet în Polița/Certificatul de asigurare.

10.1.2. 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.

10.1.3.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. 8.1.2.

10.1.4. Indemnizația de Spitalizare se acordă pe baza necesității medicale de spitalizare prin Rambursarea a 80% din costul facturii emise de Spitalul Privat, fără a depăși indemnizația de asigurare maximă menționată în Polița de Asigurare/Certificatul de asigurare.

10.1.5.Indemnizația de Asigurare acoperită în baza Contractului de Asigurare pentru Spitalizarea suportată de Membrul Asigurat în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate**, în România sau în afara României, va fi achitată în RON, într-un cont bancar din România.

10.2. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE / DECONTAREA DIRECTĂ PENTRU SPITALIZARE ÎN CADRUL REȚELEI DE SERVICII DE SĂNĂTATE MEDLIFE

10.2.1. Indemnizația de Asigurare de spitalizare este menționată pentru fiecare Pachet în Polița de asigurare /Certificatul de asigurare.

10.2.2. Indemnizația de spitalizare se acordă pe baza necesității medicale de spitalizare și prin solicitarea de preautorizare pentru internarea în spitalul Medlife sau a spitalelor din rețeaua Medlife, și se plătește pe baza de decontare directă între Asigurător și **Rețeaua de Servicii de Sănătate**. În cazul în care costul Spitalizării depășește acoperirea menționată în Polița de Asigurare/Certificatul de asigurare, diferența este plătită de Asigurat.



10.2.3. În cazul în care Spitalizarea s-a realizat fără pre-autorizare din motive bine determinate, indemnizația de asigurare se plătește pe baza dosarului de daună care va cuprinde informațiile necesare în vederea despăgubirii, menționate la art.8.

11. CUM SE ACCESEAZĂ ASIGURAREA PENTRU INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ – în cadrul Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife și în afara Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife - în Spitale Private

11.1. Părțile sunt de acord că Asigurătorul va asigura și că Membrul Asigurat va:

a) avea acces la servicii medicale chirurgicale în **Rețeaua de Servicii de Sănătate Medlife** sau

b) beneficia de Indemnizații de Asigurare pentru intervenții chirurgicale efectuate în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**, Spitale Publice sau Private, în România sau în afara României, în cazul în care Membrul Asigurat suportă o intervenție chirurgicală, bazată pe o necesitate medicală, ce impune minim 1 Zi de Spitalizare conform definiției din prezentul Contract de Asigurare, pe Durata Contractului de Asigurare și Asigurării Individuale, în conformitate cu prevederile Pachetului aplicabil și în limitele menționate în Polița de Asigurare / Certificatul de asigurare.

11.2. Numărul maxim de evenimente chirurgicale acoperite pe an de asigurare, în cadrul sau în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**, suma asigurată maximă pe eveniment precum și limita pe eveniment a Indemnizației de Asigurare sunt stipulate în Polița de Asigurare și în Certificatul de asigurare.

11.3. Pentru evitarea oricărei neînțelegeri, Asigurătorul nu va acoperi niciun serviciu medical chirurgical ce nu este specificat în mod clar în cadrul Pachetului aplicabil și nu este în limitele menționate în Polița de Asigurare/ Certificatul de asigurare.

11.4. Membrul Asigurat are acces la servicii chirurgicale în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife** prin intermediul Call Center-ului, în baza recomandării medicului, în conformitate cu prevederile Pachetului aplicabil și în limitele menționate în Polița de Asigurare și în Certificatul de asigurare.

11.5. În cazul în care intervenția chirurgicală este acoperită în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**, costul aferent va fi achitat de Asigurător direct **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**. Orice cost pentru intervenție chirurgicală care depășește limita acoperirii din Pachetul corespunzător Membrului Asigurat, va fi plătit de către Membrul Asigurat.

11.6. În cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife** sau în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife la Spitale Private**, Asigurătorul acoperă costul serviciilor medicale prestate Membrului Asigurat, respectiv procedura chirurgicală, controlul pre-anestezic, anestezia, consumabilele, teste anatomopatologice în limitele definite în Polița de Asigurare și în Certificatul de asigurare.

11.7. Asigurătorul va acorda Membrului Asigurat acces la servicii chirurgicale în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**, cu condiția ca Asigurarea Individuală să fie valabilă în conformitate cu termenii Contractului de Asigurare.

11.8. **Rețeaua de Servicii de Sănătate Medlife** va obține dreptul de acces de la Call Center pentru Membrul Asigurat și aprobarea intervenției chirurgicale, înainte de data internării Membrului Asigurat într-un spital din cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife** și în baza recomandării medicului.

11.9. În cazul internării într-un spital din cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife** ca urmare a unei urgențe medicale, **Rețeaua de Servicii de Sănătate Medlife** 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 Medlife** va completa formularul de pre-autorizare. Formularul de pre-autorizare și celelalte documente medicale relevante vor fi trimise Asigurătorului, care va trimite răspunsul său spitalului din **Rețeaua de Servicii de Sănătate Medlife** în termen de maxim 48 de ore lucrătoare din momentul primirii tuturor documentelor, dacă Asigurătorul acoperă serviciile medicale chirurgicale furnizate de spitalul din cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife** în limitele menționate în Polița de Asigurare și în Certificatul de asigurare.

11.10. În caz contrar, dacă dreptul de acces nu a fost obținut de la Call Center și/ sau aprobarea privind serviciile chirurgicale nu este acordată sau răspunsul Asigurătorului nu poate fi trimis spitalului din cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**, indiferent de motiv, înainte de externarea Membrului Asigurat, acesta din urmă va achita **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife** costul serviciilor prestate și va depune un dosar de despăgubire la Asigurător, în scopul rambursării cheltuielilor efectuate în limitele stipulate în Polița de asigurare și Certificatul de asigurare. Cererea de despăgubire va fi depusă în termen de cel mult 30 de zile de la data externării din spital.

11.11. În toate cazurile în care costul intervenției chirurgicale efectuate în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife** sau în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate la Spitale Private** depășește conform prevederilor Pachetului aplicabil, limitele menționate în Certificatul de asigurare și în Polița de Asigurare, orice costuri suplimentare vor fi achitate de Membrul Asigurat.

11.12. Membrul Asigurat poate opta pentru efectuarea procedurii chirurgicale în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate**, caz în care Indemnizația de Asigurare va fi achitată direct Membrului Asigurat, dacă este cazul, conform prevederilor Pachetului aplicabil și în limitele definite în Certificatul de asigurare și în Polița de Asigurare.

11.13. Indemnizația de Asigurare pentru intervenție chirurgicală în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate**, precum și Indemnizațiile de Asigurare pentru intervenții chirurgicale în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate** sau numărul de riscuri asigurate neconsumate într-un an de poliță nu pot fi reportate în anul următor de validitate a Contractului de Asigurare.

12.1. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE PENTRU INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ ÎN AFARA REȚELEI DE SERVICII DE SANĂTATE MEDLIFE – Spital Public și Privat

12.1.1. Asigurătorul va determina valoarea Indemnizației de Asigurare pentru o intervenție chirurgicală efectuată în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate**, în Spital Public în funcție de gradul de dificultate al procedurii chirurgicale respective, în conformitate cu "Lista de Intervenții Chirurgicale" stipulată la art.12.2, prin aplicarea procentului corespunzător de dificultate asupra valorii Indemnizației de Asigurare maxime prevăzute în Polița de asigurare și Certificatul de asigurare.

12.1.2. Cu privire la intervențiile chirurgicale efectuate în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**, 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.

12.1.3. În scopul plății Indemnizației de Asigurare, Membrul Asigurat va pune la dispoziția Asigurătorului toate documentele disponibile, în conformitate cu Art. 8 referitoare la riscul asigurat produs.

12.1.4. Lista Intervențiilor Chirurgicale de la art. 12.2 prezintă cele mai obișnuite proceduri chirurgicale și gradul de dificultate a acestora. În cazul în care procedura chirurgicală nu este inclusă în Lista de Intervenții Chirurgicale, Asigurătorul va lua în considerare o Indemnizație de Asigurare comparabilă cu una aferentă unei proceduri chirurgicale având același grad de dificultate.

12.1.5. În cazul în care Membrul Asigurat suportă mai multe proceduri chirurgicale pentru același accident sau mai multe proceduri chirurgicale sub aceeași anestezie, Asigurătorul va achita Indemnizația de Asigurare corespunzătoare procedurii chirurgicale cu cel mai înalt grad de dificultate și va considera că procedurile chirurgicale respective reprezintă 1 singur risc asigurat cu privire la numărul de limitări ale riscurilor asigurate prevăzute în cazul fiecărui Pachet aplicabil, în Polița de asigurare și Certificatul de asigurare.

12.1.6. Indemnizația de Intervenție chirurgicală în Spital Privat se acordă pe baza recomandării medicale și se Rambursează 80% din factura emisă de Spitalul Privat, fără a depăși indemnizația maximă menționată în Polița de Asigurare/Certificatul de asigurare.

12.1.7. Indemnizația de Asigurare acoperită în baza Contractului de Asigurare pentru intervenția chirurgicală suportată de Membrul Asigurat în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**, în România sau în afara României, va fi achitată în RON, într-un cont bancar din România.

12.2.LISTA INTERVENȚIILOR CHIRURGICALE ÎN AFARA REȚELEI DE SERVICII DE SANĂTATE (% din indemnizația maximă)

Procent	Tipul de intervenție chirurgicală
	A. Sistemul Nervos
100%	Ventriculi și spațiul subarahnoidian
100%	Nervi cranieni
100%	Meninge
50%	Nervi periferici
	B. Sistemul endocrin
100%	Glandă hipofiză
25%	Tiroidă și paratiroide
25%	Alte glande endocrine (timus, suprarenale)
	C. Sân
100%	Mastectomie totală
100%	Proteză mamară – fără proteză
50%	Intervenție la nivelul ductelor mamare

25%	Intervenție la nivelul mamelonului
	D. Ochi
50%	Orbite
50%	Arcade și pleoape
50%	Aparat lacrimal
50%	Musculatură oculară
50%	Conjunctivă și cornee
50%	Scleră și iris
50%	Cameră oculară anterioară și cristalin
50%	Retină și alte părți ale ochiului
	E. Ureche
25%	Ureche externă și conduct auditiv extern
50%	Mastoidă și ureche medie
50%	Ureche internă și canalul Eustachio
	F. Tract respirator
25%	Nas
25%	Sinusuri nazale
25%	Faringe
100%	Laringe
50%	Trahee și bronhii
100%	Plămâni și mediastin
	G. Cavități bucale
25%	Buze
0%	Dinți și gingii
25%	Limbă și palat dur
25%	Amigdale și alte părți ale cavității bucale
25%	Aparat salivar
	H. Tract digestiv superior
100%	Esofag, inclusiv hernia hiatală
100%	Stomac și tract digestiv superior
100%	Duoden
100%	Jejun
100%	Ileon
	I. Tract digestiv inferior
50%	Apendice
50%	Colon
50%	Rect
50%	Anus și regiunea perianală
	J. Alte organe digestive abdominale
100%	Ficat
50%	Vezică biliară
50%	Canale biliare
50%	Pancreas
50%	Splină
	K. Inimă
100%	Septuri, atrii, ventriculi, transplant cardiac
100%	Valve și structuri adiacente
100%	Artere coronare
	L. Artere și vene
100%	Vase mari și arteră pulmonară
100%	Aortă
100%	Arteră carotidă și artere subclaviculare
100%	Ramurile abdominale ale aortei
100%	Artere iliace și femurale

100%	Alte artere
50%	Vene și alte vase sanguine
	M. Aparatul urinar
50%	Ureter
50%	Veziță urinară
50%	Fistulă vezicală
50%	Prostată
25%	Uretră și alte părți ale aparatului urinar
100%	Transplant renal
25%	Alte intervenții chirurgicale la nivel renal
	N. Organe genitale masculine
25%	Scrot și testicule
25%	Funicul spermatic și perineu
25%	Penis
	O. Tract genital feminin
25%	Vulvă și perineu
25%	Vagin
100%	Histerectomie
25%	Alte intervenții la nivelul uterului
25%	Trompe uterine
50%	Ovare și ligamentele largi
	P. Piele
25%	Piele și țesut subcutanat
25%	Unghii
	Q. Țesuturi moi
50%	Pleură și diafragm
50%	Perete abdominal
25%	Peritoneu
25%	Tendoane
25%	Mușchi
25%	Țesut limfatic
	R. Oase și articulații
50%	Oase ale craniului și feței
50%	Mandibulă, maxilar și articulația temporomandibulară
100%	Oase și articulații ale coloanei vertebrale
100%	Reconstrucție complexă a mâinii sau piciorului
50%	Oase
100%	Protezare articulație șold, genunchi, cap femural, cap humerus – fără proteză
50%	Articulații - altele
	S. Alte intervenții chirurgicale
50%	Amputare membru superior, membru inferior, deget
25%	Injectie epidurală în scop terapeutic
25%	Biopsie sân
50%	Endoscopie în scop terapeutic și de diagnostic
50%	Intubare gastrică
50%	Laparoscopie în scop terapeutic și de diagnostic
50%	Puncție hepatică
0%	Injectii cu substanțe în scop terapeutic
0%	Transfuzii de sânge
0%	Resuscitare externă

12.3. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE / DECONTARE DIRECTĂ PENTRU INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ ÎN CADRUL REȚELEI DE SERVICII DE SĂNĂTATE MEDLIFE

12.3.1. Indemnizația de Asigurare pentru Intervenție chirurgicală efectuată în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate** este menționată pentru fiecare Pachet în Polița de asigurare /Certificatul de asigurare.

12.3.2. Indemnizația de Intervenție chirurgicală se acordă pe baza recomandării medicale și prin solicitarea de preautorizare pentru efectuarea Intervenției chirurgicale în spitalul Medlife sau a spitalelor din rețeaua Medlife, și se plătește pe baza de decontare directă între Asigurător și **Rețeaua de Servicii de Sănătate**. În cazul în care costul Intervenției chirurgicale depășește acoperirea menționată în Polița de Asigurare/Certificatul de asigurare, diferența este plătită de Asigurat.

12.3.3. În cazul în care, Intervenția chirurgicală s-a realizat fără pre-autorizare din motive bine determinate, indemnizația de asigurare se Rambursează, pe baza dosarului de daună care va cuprinde informațiile necesare în vederea despăgubirii, menționate la art.8.

13. SERVICII MEDICALE IN AMBULATORIU MEDLIFE

13.1. Accesul la servicii medicale in ambulatoriu Medlife

13.1.1. 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".

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

13.1.3. 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".

13.1.4. 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".

13.1.5. 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. Serviciile medicale în ambulatoriu incluse în asigurare sunt următoarele:

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: ecografia, 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 STOMATOLOGICE

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 servicii 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.

13.3. 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**;
- 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 Membrului Asigurat.

14. CÂND NU SE PLĂTEȘTE INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE

14.1. Asigurătorul nu va plăti indemnizația de asigurare în următoarele cazuri:

- 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.
- pentru riscurile excluse din 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 produs.
- dacă riscul apare ca urmare a acțiunii deliberate a Asiguratului.
- îi sunt prezentate documente ori informații false, sau dacă acesta descoperă vreo fraudă.
- care nu îi sunt prezentate dovezi suficiente și clare în scopul stabilirii dreptului la despăgubire.

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

15.1. RISCURI GENERALE EXCLUSE DIN ASIGURAREA DE SĂNĂTATE DE GRUP

Se exclud de la plata oricăror indemnizații toate evenimentele care se produc direct sau indirect din cauza următoarelor:

- 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;
- Sinucidere, 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 și de Ministerul 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;
- 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.

15.2. RISCURI EXCLUSE DIN ASIGURAREA DE SĂNĂTATE DE GRUP, PREVEDERI APLICABILE RISCULUI DE SPITALIZARE

În plus față de excluderile generale, orice spitalizare cauzată în mod direct sau indirect, total sau parțial, de oricare dintre condițiile de mai jos, nu va fi despăgubită 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;
- 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.

15.3. RISURI EXCLUSE DIN ASIGURAREA DE SĂNĂTATE DE GRUP, PREVEDERI APLICABILE RISCULUI DE INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ

În plus față de excluderile menționate în secțiunea de Excluderi Generale din cadrul Condițiilor Generale de Asigurare de Sănătate de Grup și cele aferente Spitalizării, orice intervenție chirurgicală 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 intervenție chirurgicală care nu este obligatorie din punct de vedere medical pentru sănătatea Asiguratului (precum corectarea vederii, donație de organe etc.) sau care, în opinia Asigurătorului, nu este necesară pentru tratarea bolii sau vătămării corporale;
- Intervenție chirurgicală produsă 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;
- Intervenții chirurgicale oftalmologice efectuate în scopul corectării deficiențelor de vedere (de ex. corectarea miopiei, keratotomie radială, chirurgie reconstructivă corneeană, chirurgie refractivă);
- Intervenții chirurgicale care implică exclusiv o incizie, drenaj sau puncție la orice nivel, sutura tegumentului, mușchilor sau tendoanelor, precum și injectarea de substanțe terapeutice sau diagnostice, transfuziile de sânge sau resuscitarea externă;
- Orice intervenție chirurgicală în legătură cu sarcina, avortul sau nașterea;
- Intervenții chirurgicale efectuate ca urmare a autovătămării sau tentativei de sinucidere sau de automutilare, chiar dacă Asiguratul nu avea discernământ;
- Intervenții chirurgicale care, în opinia Asigurătorului, au scop diagnostic sau explorator, ori care nu sunt necesare pentru tratarea bolilor sau vătămărilor corporale suferite de Asigurat;
- 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 clauze suplimentare;
- 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;
- Arsurile de gradul 1.

15.4. RISCURI EXCLUSE DIN ASIGURAREA DE SĂNĂTATE DE GRUP, PREVEDERI APLICABILE SERVICIILOR MEDICALE DIN AMBULATORIU

Se exclud de la plată, 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;
 - ✓ chirurgia 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 sanătate, 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.

16. PREVEDERI FINALE

16.1. Valoarea de răscumpărare. Nicio valoare de răscumpărare nu va fi platită pentru această Asigurare de Sănătate de Grup.

16.2. Prescripția. Orice acțiune referitoare la beneficiile de asigurare din prezenta Asigurare de Sănătate de Grup se prescrie în termen de 2 ani de la producerea riscului asigurat, în conformitate cu legea română în vigoare.

16.3. Moneda. Toate Primele de asigurare și indemnizațiile din cadrul prezentei Asigurări de Sanatate de Grup sunt plătibile în RON într-un cont bancar din România.

16.4. Aria geografică a asigurării. Toate serviciile medicale în ambulatoriu sunt furnizate exclusiv în România,

În cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife**. Spitalizarea și intervențiile chirurgicale efectuate în cadrul **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife** sunt acoperite exclusiv în România. Spitalizarea și intervențiile chirurgicale efectuate în afara **Rețelei de Servicii de Sănătate Medlife** sunt acoperite prin prezentele Condiții de Asigurare atât în România cât și în afara României.

Celelalte riscuri acoperite de Clauzele Suplimentare, dacă acestea sunt în vigoare, sunt acoperite de prezentele Condiții de Asigurare indiferent dacă se produc în România sau în afara României.

16.5. Impozitare. Asigurătorul are dreptul de a efectua deduceri din orice indemnizații acordate în baza Asigurării de Sănătate de Grup, pentru acoperirea oricărui impozit sau a oricărei taxe care ar putea fi impuse Asigurătorului și/sau Contractantului Asigurării de legislația în vigoare.

16.6 Litigii și legea aplicabilă. În caz de dispută și în cazurile nereglementate de prezentul contract, se aplică legislația română în vigoare. Disputele dintre părți sunt rezolvate prin acordul reciproc al părților, iar dacă nu se ajunge la niciun acord, de instanța judecătorească română competentă.

16.7. Forța majoră. Forța majoră exonerează părțile contractante 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.

Forță Majoră înseamnă un eveniment independent de voința părților, imprevizibil și insurmontabil, care are loc după încheierea Contractului de Asigurare și care împiedică părțile să-și execute parțial sau total obligațiile asumate. Partea care solicită aplicarea prezentei clauze are obligația de a o informa pe cealaltă, în scris, în maxim 5 zile de la apariția forței majore și de a comunica dovezile în termen de 15 zile de la apariția acestuia.

16.8. Fondul de garantare. În cazul în care BRD Asigurări de Viață se va afla în stare de insolvență, Fondul de Garantare, definit conform definiției din Legea nr. 213/2015 privind Fondul de Garantare al Asiguraților, cu modificările și completările ulterioare, va proteja interesele asiguraților, beneficiarilor asigurării, precum și terțelor persoane păgubite.

16.9. 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. 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 SAL-FIN, cât și Autorității de Supraveghere Financiară (ASF).

16.10. 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.

16.11. 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 Asigurătorului: www.brdasigurarideviata.ro.

16.12. Informații generale privind regimul fiscal. În conformitate cu prevederile Codului fiscal în vigoare, primele de asigurare de viață nu constituie deduceri din baza impozabilă pentru persoane fizice. În ceea ce privește despăgubirile încasate din asigurări, acestea nu se impozitează de la persoana fizică beneficiară. Orice modificare legală, ulterioară încheierii contractului de asigurare, va fi aplicată corespunzător.

16.13. Protecția datelor personale. În sensul Contractului de asigurare, Asigurătorul și Contractantul vor acționa în calitate de operatori independenți. 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 in continuare „Persoane Vizate”. De asemenea, Asiguratorul si 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). Asiguratorul si Contractantul se obligă să prelucreze datele cu caracter personal cu respectarea legii aplicabile privind protecția datelor, inclusiv a prevederilor Regulamentul (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice in ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulație a acestor date (GDPR). Atât Asiguratorul cat si Contractantul poate transfera datele cu caracter personal ale Persoanelor Vizate către entități din grupul respectivei parti și/ sau alți furnizori de servicii ai respectivei părți. In cazul in care Asiguratorul si Contractantul transfera date cu caracter personal in afara UE/SEE catre state ce nu sunt recunoscute de catre Comisia Europeana ca asigurand un nivel adecvat de protecție a datelor cu caracter personal, Asiguratorul si Contractantul vor realiza aceste transferuri doar in condițiile asigurării garanțiilor adecvate, conform legii aplicabile privind protecția datelor (in special art. 46 din GDPR) si respectand de asemenea toate obligațiile prevazute de GDPR, mai ales cele referitoare la informarea persoanelor vizate. Fiecare dintre părți va informa Persoanele Vizate in legatura cu prelucrarea realizata in nume propriu, conform cerintelor Legii Aplicabile privind Protecția Datelor. Fiecare parte va raspunde in mod individual pentru propriile acțiuni si omisiuni (inclusiv cele ale personalului propriu, ale imputernicitilor, mandatarilor etc.) ce constituie incalcare ale legii aplicabile privind protecția datelor. Fiecare parte va adopta masuri de securitate, in conformitate cu cerintele legii aplicabile privind protecția datelor. Fiecare parte declara si garanteaza faptul ca a implementat masuri tehnice si organizatorice adecvate pentru protejarea datelor cu caracter personal impotriva incalcarilor securității datelor.