



Condiții de asigurare pentru
Asigurarea Mixtă de Viață cu Acumulare de Capital
GENERALI PRACTIC PLUS

Versiunea 4 / iunie 2015



Cuprins

Condiții de Asigurare pentru Asigurarea Mixtă de Viață cu Acumulare de Capital - Generali Practic Plus

Pagina

Condiții Generale de Asigurare

| | |
|-----------------|---|
| Definiții | 3 |
|-----------------|---|

Capitolul I. Prevederi generale

| | |
|--|---|
| Articolul 1. Contractul de asigurare | 5 |
| Articolul 2. Forma și dovada contractului | 5 |
| Articolul 3. Întinderea Teritorială. Timpul operativ | 5 |
| Articolul 4. Evenimentul asigurat și riscul asigurat | 5 |
| Articolul 5. Încheierea Asigurării | 5 |
| Articolul 6. Începutul Acoperirii prin Asigurare. Acoperirea Intermediară Imediată | 6 |
| Articolul 7. Prima de Asigurare | 6 |
| Articolul 8. Neplata Primei de Asigurare | 7 |

Capitolul II. Asigurarea de Bază și alte Clauze Specifice Asigurărilor de Viață

| | |
|---|----|
| Articolul 9. Asigurarea de Bază | 8 |
| Articolul 10. Clauză de participare la Câștig a Contractului de Asigurare | 8 |
| Articolul 11. Clauză de Protecție împotriva Inflației (Indexare) | 8 |
| Articolul 12. Clauză de Plată în vederea unei Intervenții Chirurgicale | 8 |
| Articolul 13. Clauză de Retrageri Parțiale | 9 |
| Articolul 14. Clauză de Transformare a Contractului de Asigurare în Contract Liber de la Plata Primelor | 9 |
| Articolul 15. Clauză de înghețare a Contractului de Asigurare | 9 |
| Articolul 16. Clauză de Răscumpărare | 10 |

Capitolul III. Riscuri Asigurate Suplimentar

| | |
|---|----|
| Articolul 17. Riscuri Asigurate Suplimentar | 10 |
|---|----|

Capitolul IV. Alte Prevederi Contractuale

| | |
|--|----|
| Articolul 18. Drepturile/Obligațiile Contractantului și ale Asiguratului | 11 |
| Articolul 19. Drepturile/Obligațiile Asigurătorului/Plata Indemnizației de Asigurare | 11 |
| Articolul 20. Excluderi | 13 |
| Articolul 21. Declarații False | 14 |
| Articolul 22. Încetarea Contractului de Asigurare. Încetarea acoperii pentru riscurile asigurate suplimentar | 14 |
| Articolul 23. Emiterea unei noi Polițe de Asigurare | 15 |
| Articolul 24. Cheltuieli, Taxe, Impozite | 16 |
| Articolul 25. Locul comunicărilor | 16 |
| Articolul 26. Alte Prevederi Contractuale | 16 |

Condiții Particulare de Asigurare

| | |
|---|----|
| Deces din Accident (D.A.) | 17 |
| Deces din Accident de Circulație (D.A.C.) | 17 |
| Deces din orice cauză (D.O.C) | 18 |
| Invaliditate Permanentă din Accident (I.P.A.) / Invaliditate Permanentă din orice cauză (I.P.) | 19 |
| Exonerare de la Plata Primelor în caz de Invaliditate Totală și Permanentă din orice cauză (E.P.P.I.) | 20 |
| Spitalizare Continuă din Accident (S.A.) / Spitalizare Continuă din orice cauză (S.) | 21 |
| Intervenții Chirurgicale din Accident (I.C.A.) / Intervenții Chirurgicale din orice cauză (I.C.) | 22 |
| Imobilizare în Aparat Ghipsat ca Urmare a unui Accident (I.A.G.) | 23 |
| Fracturi / Arsuri ca urmare a unui Accident (F./A.) | 24 |
| Boli Grave (B.G.) | 25 |
| Cheltuieli Medicale din Accident (C.M.A.) / Cheltuieli Medicale din orice cauză (C.M.) | 28 |
| Protector (PRT.) | 29 |
| Tabelul de Procente pentru Intervenții Chirurgicale | 31 |
| Tabelul de Procente pentru Invaliditate Permanentă | 40 |

Generali Romania Asigurare Reasigurare S.A.

Companie membră a Grupului Generali, listat în Registrul Grupurilor de asigurare gestionat de către ISVAP sub nr. 26, Administrată în sistem dualist, cu Sediul Social în București, Sector 1, Piața Charles de Gaulle nr. 15, etajele 6, 7 și 8, Cod poștal 011857, Telefon + 4021 312 36 35, Fax +4021 312 37 20, Call Center: + 40372 01 02 02, www.general.ro, E-mail: info.ro@general.ro, Autorizată de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, Cod Unic RA-002, EN ISO 9001: 2008 - Sistem de Management al Calității, Certificat R.C.: J40/17484/2007, C.I.F.: RO 2886621, Capital social: 179.100.908,7 Lei, avizat la ANSPDCP cu nr. 11755.

Condiții Generale de Asigurare

Definiții

În prezentele Condiții de Asigurare se adoptă următoarele definiții:

| | |
|---|--|
| Asigurător: | S.C. Generali Romania Asigurare Reasigurare S.A.; |
| Contractant: | Persoana fizică sau juridică cu care Asigurătorul încheie Contractul de asigurare și care are obligația să plătească Primele de asigurare; |
| Asigurat: | Persoana a cărei viață și sănătate constituie obiectul asigurării și care este nominalizată în cererea de asigurare; |
| Beneficiar: | Persoana desemnată în Cererea de asigurare să încaseze Indemnizația de asigurare în caz de deces al Asiguratului. Pentru clauzele suplimentare, altele decât Deces din accident, Deces din accident de circulație, Indemnizația de Asigurare se va plăti numai persoanei asigurate; |
| Cerere de Asigurare: | Formularul completat și semnat pe propria răspundere de către Contractant împreună cu Asiguratul, care conține informațiile necesare în vederea încheierii Contractului de Asigurare (datele Contractantului / Asiguratului), precum și manifestarea de voință și consimțământul Asiguratului / Contractantului privind încheierea Asigurării; |
| Ofertă de asigurare: | Formularul completat și semnat de către Contractant, care conține informațiile necesare în vederea încheierii asigurării, acoperirile oferite, sumele asigurate, perioada asigurată, alte date importante relaționate cu serviciile oferite prin asigurare, precum și manifestarea de voință și consimțământul Contractantului/Asiguratului cu privire la încheierea contractului de asigurare; |
| Poliță de asigurare: | Document scris, eliberat de Asigurător, care dovedește existența unui Contract de asigurare. Orice derogare de la condițiile de asigurare se face prin prevederi specifice în Polița de asigurare sau prin acte adiționale ale Poliței de asigurare; |
| Contract de asigurare: | Actul juridic bilateral prin care Contractantul se obligă să plătească Prima de asigurare Asiguratului în schimbul preluării de către acesta a Riscului asigurat de bază și suplimentar. Contractul de asigurare cuprinde prezentele condiții de asigurare, Cererea de asigurare, Oferta de asigurare, Polița de asigurare împreună cu anexele și actele adiționale (dacă există), Condițiile de asigurare pentru Riscurile asigurate suplimentar, corespondența între Asigurător și Contractant, precum și orice alte documente solicitate de Asigurător pentru buna desfășurare a asigurării, incluzând dar nelimitându-se la date cu privire la starea de sănătate a Asiguratului, ocupația și hobby-urile sale; |
| Drepturi de emisiune: | Sumă stabilită de Asigurător pentru acoperirea cheltuielilor de evaluare a riscului și procesare a Cererii de asigurare. Suma se plătește de către Contractant la începutul asigurării, fiind inclusă în avansul de primă sau la solicitarea Asiguratului, conform prezentelor condiții de asigurare; |
| Risc asigurat: | Un eveniment viitor, posibil dar incert, la care este expusă viața sau sănătatea Asiguratului. Riscurile asigurate sunt cele prevăzute în polița de asigurare; |
| Riscuri asigurate de bază: | Supraviețuirea Asiguratului la expirarea asigurării și decesul Asiguratului din orice cauză (Accident și/sau îmbolnăvire) în perioada asigurată, definite conform prezentelor condiții de asigurare. Noțiunea „orice cauză” are în vedere exclusiv Accidentele sau Îmbolnăvirile produse în perioada asigurată; |
| Riscuri asigurate suplimentar: | Deces din Accident, Deces din Accident de Circulație, Deces din orice cauză, Invaliditate Permanentă totală sau parțială din orice cauză / din Accident, Exonerare de la Plata Primelor de asigurare în caz de Invaliditate permanentă totală din orice cauză, Spitalizare continuă din orice cauză / din Accident, Intervenții Chirurgicale din orice cauză / din Accident, Imobilizare în Aparat Ghipsat ca urmare a unui Accident, Cheltuieli Medicale din Accident / din orice cauză, Boli Grave, Fracturi/ Arsuri, riscurile acoperite prin clauza suplimentară Protector. Asigurările pentru aceste riscuri completează asigurarea mixtă de viață cu acumulare de capital „Generali Practic Plus”. Noțiunea „orice cauză” are în vedere exclusiv Accidentele sau Îmbolnăvirile produse în perioada asigurată; |
| Primă de asigurare (Eșalonată): | Suma ce trebuie plătită de către Contractant în schimbul preluării Riscurilor asigurate (de bază și suplimentar) de către Asigurător; |
| Avansul de Primă de Asigurare: | Prima de asigurare conform frecvenței de plată plus drepturile de emisiune; |
| Contract Liber de la Plata Primelor: | Un Contract de Asigurare în care Contractantul Asigurării nu mai continuă plata Primelor de Asigurare și care este încadrat în prevederile art. 14 din prezentele Condiții de Asigurare; |
| Valoare de răscumpărare: | Valoarea Contractului de asigurare la un moment dat. Valoarea de răscumpărare se calculează pe baza matematicilor actuariale și nu reprezintă suma Primelor de asigurare plătite de Contractant; |
| Sumă asigurată redusă: | Suma asigurată aferentă unui Contract de asigurare pentru care nu se mai plătesc Prime de asigurare, Contractul de asigurare rămânând în vigoare. Suma asigurată redusă se calculează pe baza matematicilor actuariale; |

| | |
|---|--|
| Aniversare: | Data la care se împlinește un număr întreg de ani în raport cu data de început a asigurării înscrisă în Polița de asigurare; |
| Incapacitate permanentă de muncă: | Starea în care Asiguratul, ca urmare a unei boli, invalidități sau infirmități dovedite medical, nu poate să practice nicio activitate în câmpul muncii; |
| Sumă asigurată: | Suma stabilită în Polița de asigurare, în funcție de solicitarea Contractantului și de evaluarea riscului de către Asigurător. Suma asigurată este garantată de Asigurător în conformitate cu prevederile contractului de asigurare; |
| Indemnizație de asigurare: | Suma ce trebuie plătită de către Asigurător conform prezentelor condiții de asigurare în cazul producerii Riscurilor asigurate (de bază și/sau suplimentar); |
| Eveniment asigurat: | Incidentul sau seria de incidente care produc Riscul Asigurat și la apariția cărora Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare Asiguratului/ Beneficiarului, conform Condițiilor de Asigurare; |
| Excluderi: | Circumstanțe sau condiții specifice menționate în contractul de asigurare pentru care nu se acordă indemnizația sau suma asigurată, deși s-a produs Riscul Asigurat; |
| Accident: | Eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voința Asiguratului și care se soldează cu vătămarea corporală sau decesul Asiguratului și se datorează acțiunii bruște asupra organismului a unor factori externi fizici (mecanici, termici, electrici etc.) sau chimici, cu excepția infecțiilor (virale, fungice, bacteriene etc.). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): accidentul vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptura vasculară etc., nu pot fi incluse în această categorie. |
| Vătămare corporală: | Vătămarea fizică a corpului Asiguratului, care poate fi stabilită din punct de vedere medical, cauzată de un Accident produs în perioada de valabilitate a asigurării; |
| Medic: | Persoană care posedă o diplomă eliberată de autoritățile în domeniu, care profesază în baza unei autorizații valabile de liberă practică, absolvent și licențiat al unei Facultăți de Medicină autorizate și membru al Colegiului Medicilor; |
| Îmbolnăvire: | Modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Asiguratului, contractată sau care se manifestă pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării și care a fost diagnosticată ca atare de un medic după data de început a contractului de asigurare; |
| Afecțiuni preexistente (boală preexistentă): | Orice boală, vătămare din accident sau altă condiție medicală a Asiguratului diagnosticată ca atare de către un medic înaintea datei de început a contractului de asigurare, cu excepția afecțiunilor acute care au fost vindecate în totalitate; |
| Medicament: | Orice substanță sau combinație de substanțe, omologată de Ministerul Sănătății și care se regăsește în Nomenclatorul Agenției Naționale a Medicamentului din România, ce poate fi folosită sau administrată la om, fie pentru restabilirea, corectarea sau modificarea funcțiilor fiziologice prin exercitarea unei acțiuni farmacologice, imunologice sau metabolice, fie pentru stabilirea unui diagnostic medical; |
| Recomandare/ Prescripție medicală: | Document medical, eliberat de un medic cu drept de liberă practică emis de Colegiul Medicilor din România, ce conține următoarele informații obligatorii: datele de identificare ale asiguratului, diagnostic, recomandările medicului, data, semnătura și parafa medicului; |
| Boală cronică: | Afecțiune medicală sau psihiatrică cunoscută, care are o perioadă lungă de evoluție sau care prezintă recăderi frecvente, necesitând repetate îngrijiri medicale de specialitate. În această categorie se includ următoarele boli (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): diabetul zaharat, hepatita cronică, pancreatita cronică, poliartrita reumatoidă, insuficiența cardiacă etc. În cadrul bolilor cronice intră și orice alte afecțiuni favorizate de consumul excesiv de alcool, substanțe toxice sau stupefiante, respectiv de fumat, precum și alte afecțiuni cu caracteristici similare din punctul de vedere al evoluției clinice; |
| Sport extrem: | Este o activitate sportivă cu un grad ridicat de pericol inerent ce implică de cele mai multe ori viteză, înălțime, un nivel ridicat de efort fizic sau echipamente specializate. Pentru exemplificare, astfel de sporturi extreme sunt (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): parașutismul, deltaplanorismul, utilizarea de parapante, sărituri cu coarda elastică, rafting, scufundări autonome care implică utilizarea unor sisteme de respirație sub apă, alpinism, mountain bike etc.; |
| Interes asigurabil: | În cazul în care potențialul asigurat practică sporturi extreme și solicită în mod expres Asigurătorului să fie acoperit, atunci Asigurătorul va evalua și va decide modalitatea de preluare în asigurare sau refuzul includerii în asigurare a acestuia; |
| Poliță suspendată: | Condiție de bază pentru valabilitatea Contractului de asigurare, reprezentând motivația financiară existentă între Asigurat și Contractant pe de o parte (în ceea ce privește interesul legitim de plată a primelor de asigurare) și între Asigurat și Beneficiar pe de altă parte (în ceea ce privește interesul legitim de încasare al Indemnizației de asigurare); |
| Perioada de grație: | Polița de asigurare ce a fost la un moment dat în vigoare dar care, din cauza nerespectării condițiilor contractuale nu își mai produce efectele. În condițiile în care cauzele pentru care a fost suspendată polița nu se mai regăsesc, iar aceasta nu a fost reziliată, polița poate fi repusă în vigoare conform condițiilor de asigurare; |
| | O anumită perioadă de timp scursă de la scadența de plată a primei, în care Contractantul mai poate efectua plata și pe parcursul căreia protecția oferită de contractul de asigurare continuă în conformitate cu prezentele condiții de asigurare. |

| | |
|--|--|
| Confidențialitatea informațiilor: | Obligația de a nu divulga informații legate de starea de sănătate și de tratamentul efectuat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare. În vederea soluționării dosarelor de daună Asiguratul împuternicește Asigurătorul în mod automat la data încheierii poliței de asigurare să întreprindă orice fel de investigații, să ceară documente medicilor curanți și să obțină rezultatele investigațiilor medicale efectuate de acesta; |
| Data intrării în vigoare a contractului de asigurare: | Data de la care este angajată răspunderea Asigurătorului, menționată în polița de asigurare; |
| Data expirării contractului de asigurare: | Data încetării răspunderii Asigurătorului, menționată în polița de asigurare; |
| Caz de urgență medicală/chirurgicală: | Orice îmbolnăvire sau accident survenite brusc sau neașteptat, care necesită asistență medicală imediată, în scopul menținerii vieții, a funcțiilor vitale sau pentru a evita pierderea unui organ sau a funcțiilor acestuia; |
| Proteză: | Structură artificială, dispozitiv sau aparat, care reconstituie o parte absentă a corpului uman (organ, membru sau o parte dintr-un membru), afectată sau distrusă; |
| Orteză: | Aparat ortopedic destinat protejării, imobilizării sau susținerii corpului sau a unei părți a acestuia, la nivelul căruia este fixat direct; |
| Declarație de sănătate: | Formular propriu al Asigurătorului completat de Asigurat cu informațiile despre starea de sănătate a acestuia. |
| Rezerva matematică: | Reprezintă diferența dintre obligațiile viitoare ale Asigurătorului referitoare la contractul de asigurare și obligațiile viitoare ale Contractantului actualizate la momentul calculului. |

Capitolul I. Prevederi generale

Articolul 1. Contractul de asigurare

- Contractul de asigurare este reglementat de Condițiile de Asigurare Generale și Particulare, de Clauzele Speciale / Adiționale în cazul în care sunt menționate în mod expres în polița de asigurare, de Anexe, de Actele Declarative / Adiționale, de Cererea de asigurare și de alte înțelegeri scrise, semnate de părți, toate făcând parte integrantă din contract.
- Respectarea riguroasă și îndeplinirea dispozițiilor prevăzute în acest contract, în măsura în care se referă la obligațiile care-i revin Asiguratului, precum și presupunerea că declarațiile și răspunsurile Asiguratului la întrebările din declarația de sănătate, ca și cele din cererea de asigurare sunt adevărate, vor fi o condiție ce precede orice răspundere care revine Asigurătorului.

Articolul 2. Forma și dovada contractului

- Contractul de asigurare trebuie să fie încheiat în scris, și nu se poate dovedi prin martori, chiar dacă există un început de dovadă scrisă. Dacă documentele de asigurare au dispărut prin forță majoră sau caz fortuit și nu există posibilitatea obținerii unui duplicat, existența și conținutul lor pot fi dovedite prin orice mijloc de probă.
- Dispozițiile alineatului precedent se aplică și tuturor modificărilor ulterioare ale contractului de asigurare.
- Încheierea contractului de asigurare se constată prin polița de asigurare sau certificatul de asigurare emis și semnat de Asigurător, precum și prin plata primei de asigurare.
- Documentele care atestă încheierea unei asigurări pot fi semnate și certificate prin mijloace electronice.

Articolul 3. Întinderea Teritorială. Timpul operativ

Asigurarea de bază, precum și asigurările pentru Riscurile asigurate suplimentar, dacă există, sunt valabile pentru Evenimentele asigurate petrecute în lumea întreagă. Asigurarea de bază, precum și asigurările pentru Riscurile asigurate suplimentar, dacă acestea există, sunt valabile 24h /24h.

Articolul 4. Evenimentul asigurat și riscul asigurat

Definirea evenimentului asigurat și a riscului asigurat este precizată în contractul de asigurare.

Articolul 5. Încheierea Asigurării

- În vederea încheierii Contractului de Asigurare, Asiguratul și Contractantul vor completa și semna Cererea și Oferta de Asigurare, documente ce fac parte integrantă din Contractul de Asigurare. Prin completarea Cererii de asigurare, Asiguratul/Contractantul are obligația de a declara în scris Asigurătorului toți factorii esențiali din punctul de vedere al acceptării asigurării, pentru care Asigurătorul a pus întrebări în scris, factori care au fost sau trebuiau să fi fost cunoscuți de către Asigurat. Asigurătorul va păstra confidențialitatea informațiilor și le va folosi numai în scopul evaluării riscului, în vederea încheierii asigurării.
- Asigurătorul își rezervă dreptul de a verifica starea de sănătate a Asiguratului, putând solicita efectuarea unui examen medical sau prezentarea unor documente suplimentare, importante din punctul de vedere al acceptării riscului ce urmează a fi asigurat.
- Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita informații suplimentare referitoare la ocupațiile Asiguratului, rezidența, activitatea profesională, precum și la practicarea de sporturi sau hobby-uri.
- Asigurătorul își rezervă dreptul de a verifica următoarele aspecte: existența interesului asigurabil, capacitatea Contractantului de a plăti primele de asigurare, justificarea sumei asigurate alese.
- În cazul declarațiilor incomplete sau incorecte, Asigurătorul va proceda conform Art. 21 (Declarații False) din prezentele Condiții de Asigurare.
- Dacă în urma evaluării riscului se descoperă factori care contribuie la modificarea acestuia, Asigurătorul va comunica Contractantului în termen de 30 de zile de la primirea Cererii de asigurare decizia sa, care poate fi:

- 5.6.1 Acceptarea încheierii asigurării, în termenii și condițiile propuse în scris Contractantului, astfel:
- în cazul în care Asiguratul a fost încadrat inițial într-o clasă superioară de risc din punctul de vedere al calculului Primei de asigurare, Asigurătorul va restitui Contractantului suma datorată în termen de 30 de zile de la data înștiințării;
 - în cazul în care Asiguratul a fost încadrat inițial într-o clasă inferioară de risc din punctul de vedere al calculului Primei de asigurare, Asigurătorul va cere Contractantului ca în termen de 30 de zile de la data înștiințării să își dea acordul privind noile condiții de preluare a riscului;
- 5.6.2 În ambele cazuri de mai sus, cu acordul scris al Contractantului, Suma asigurată poate fi modificată corespunzător cu Prima de asigurare plătită în momentul completării Cererii de asigurare. Face excepție cazul în care diferența de primă care trebuie plătită este mai mică decât valoarea Drepturilor de emisiune, Suma asigurată corespunzătoare Primei de asigurare plătite reducându-se fără înștiințarea Contractantului.
- 5.6.3 Refuzul încheierii asigurării, în cazul în care riscul este considerat major, urmând ca în termen de 30 de zile de la data înștiințării să restituie Contractantului Avansul de primă de asigurare plătit, din care se rețin cheltuielile controlului medical (dacă acesta a fost efectuat) și Drepturile de emisiune.
- 5.6.4 Acceptarea asigurării cu anumite excluderi de natură medicală sau profesională. Aceste excluderi vor fi menționate în Polița de asigurare.
- 5.6.5 Amânarea începerii asigurării ca urmare a unor factori de risc de natură medicală sau profesională.
- 5.7 În cazul refuzării încheierii asigurării de către Asigurător, acesta nu este obligat să declare motivele refuzului. Cererea de asigurare și toate documentele anexate la aceasta rămân în proprietatea Asigurătorului, menținându-și caracterul confidențial.
- 5.8 Dacă în urma evaluării riscului de către Asigurător Contractantul asigurării nu mai dorește încheierea asigurării, Asigurătorul va înapoia Contractantului Avansul de primă achitat, mai puțin costul controlului medical (dacă acesta a fost efectuat) și Drepturile de emisiune.
- 5.9 În cazul acceptării încheierii asigurării de către Asigurător, asigurarea se încheie prin emiterea Poliței de asigurare în conformitate cu datele cuprinse în Cererea de asigurare și în Oferta de asigurare, cu eventualele modificări ulterioare, tariful de primă corespunzător și prezentele condiții de asigurare aprobate de autoritatea competentă.
- 5.10 Asigurarea poate fi încheiată pentru persoane a căror vârstă este cuprinsă între 15 și 70 de ani.
- 5.11 Vârsta Asiguratului nu poate fi mai mare de 75 ani la expirarea Contractului de asigurare.
- 5.12 Durata Contractului de asigurare este cuprinsă între 5 și 30 ani. Perioada asigurată menționată în polița de asigurare nu poate fi prelungită ulterior.
- 5.13 Nu pot fi asigurate persoanele cu incapacitate permanentă de muncă sau cele care prezintă tulburări neuropsihice grave.
- 5.14 Perioada de valabilitate a asigurării și a Contractului de asigurare este înscrisă în Polița de asigurare.
- 5.15 Acoperirea prin asigurare începe la ora 24 a zilei în care a fost plătit Avansul de primă, dar nu mai devreme de data specificată în oferta de asigurare semnată de Contractant.

Articolul 6. Începutul Acoperirii prin Asigurare. Acoperirea Intermediară Imediată

- 6.1 Pentru toate Cererile de asigurare pentru care Asigurătorul a încasat Avansul de primă, Asigurătorul garantează acoperire intermediară imediată numai pentru riscul de Deces din Accident, începând cu ora 24 a zilei în care a fost plătit Avansul de Primă de Asigurare, cu condiția ca Cererea și Oferta de asigurare să fi fost semnată de Contractant și Asigurat. Condiția impusă de Asigurător pentru acoperirea intermediară imediată este ca la data completării Cererii și ofertei de asigurare Asiguratul să nu fie în incapacitate fizică sau psihică constatată medical și să nu fie sub tratament sau supraveghere medicală. În perioada acoperirii intermediare imediate asigurările pentru Riscurile asigurate suplimentar nu sunt valabile.
- 6.2 Valabilitatea acoperirii intermediare imediate încetează după caz:
- La data începerii asigurării menționată în Polița de asigurare;
 - La data emiterii de către Asigurător a oricărei decizii de amânare sau respingere a preluării Riscului asigurat. În cazul respingerii preluării riscului asigurat, Asigurătorul restituie avansul de primă mai puțin Drepturile de emisiune și costul controlului medical, dacă acesta a fost efectuat;
 - La data refuzului Contractantului de a mai încheia asigurarea. În acest caz, Asigurătorul restituie Avansul de primă mai puțin Drepturile de emisiune și costul controlului medical, dacă acesta a fost efectuat;
 - Automat (fără înștiințarea Contractantului), în termen de 90 de zile de la data efectuării plății Avansului de primă, dacă Polița de asigurare nu a fost emisă. În acest caz Asigurătorul restituie Avansul de primă mai puțin Drepturile de emisiune și costul controlului medical, dacă acesta a fost efectuat.
- 6.3 În perioada de acoperire intermediară imediată Asigurătorul oferă acoperire pentru maxim 5.000 EURO, dar nu mai mult decât suma asigurată menționată în oferta de asigurare pentru riscul asigurat de baza de deces din orice cauză, în condițiile stipulate în art. 6.1. După plata Indemnizației de asigurare, Contractul de asigurare încetează.
- 6.4 Dacă în perioada de acoperire intermediară imediată Asiguratul decedează ca urmare a unei Îmbolnăviri, Asigurătorul restituie Contractantului / Beneficiarilor Avansul de primă plătit mai puțin Drepturile de emisiune și costul controlului medical, dacă acesta a fost efectuat, iar procesul de emisie al Contractului încetează;
- 6.5 După efectuarea analizei de risc a Cererii de Asigurare, în cazul acceptării riscului de către Asigurător în termenii și condițiile comunicate în scris Contractantului / Asiguratului. Asigurătorul va emite Polița de asigurare pe care o va trimite Contractantului asigurării. De la data încasării Primei de Asigurare sau, după caz, a primei rate a acesteia, dar nu înainte de data începerii acoperirii prin asigurare înscrisă în Polița de Asigurare, va începe obligația Asigurătorului în continuarea și în completarea Acoperirii Intermediare Imediate.

Articolul 7. Prima de Asigurare

- 7.1 Prima de asigurare este calculată pe baza tarifelor Asigurătorului, care iau în considerare vârsta, tabela de mortalitate a populației României, durata asigurării, Suma asigurată, modalitatea de plată, dobânda tehnică și cheltuielile Asigurătorului.

- Vârsta Asiguratului se calculează ca diferență între anul în care se încheie asigurarea și anul nașterii Asiguratului. Valoarea Primei de asigurare se determină și în funcție de starea de sănătate a Asiguratului, ocupația și modul de petrecere al timpului liber, în conformitate cu regulile Asigurătorului privind evaluarea riscului, cu respectarea criteriilor internaționale.
- 7.2 Pentru un risc agravat de mortalitate al Asiguratului, Asigurătorul poate percepe o primă de asigurare mărită față de tariful standard sau se pot acorda Condiții Speciale pentru includerea în Asigurare.
- 7.3 Prima de asigurare este anuală. Prima de asigurare anuală poate fi eșalonată în rate semestriale sau trimestriale. Pentru prima anuală există un discount prevăzut în tariful de asigurare. Primele de asigurare eșalonate trebuie să fie plătite integral la termenele scadente, conform frecvenței de plată specificate în Polița de asigurare.
- 7.4 Plata Primelor de Asigurare va fi efectuată exclusiv prin modalitățile de plată indicate de către Asigurător (de ex: ordin de plată, transfer bancar, cupoane, direct debit). Contractantul Asigurării este răspunzător pentru efectuarea plății Primelor de Asigurare scadente.
- 7.5 Plățile Primelor de Asigurare vor fi considerate ca fiind efectuate la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei la care Instituția bancară a vizat instrucțiunea de plată dată de Contractant sau a zilei în care Contractantul a achitat avansul de prima către reprezentantul Generali România. Instrucțiunea de plată emisă de către Contractant, conținând datele complete și corecte privind plata precum și transferul către contul bancar al Asigurătorului, vizate în mod corespunzător de către Instituția bancară, sau chitanța electronică emisă de către reprezentantul Generali Romania vor constitui dovada efectuării plății.
- 7.6 La fiecare Aniversare a Contractului de asigurare, Contractantul asigurării poate solicita schimbarea frecvenței de plată a Primei de asigurare, printr-o înștiințare în scris făcută Asigurătorului cu cel puțin 30 zile înainte de data aniversării.
- 7.7 Modificarea Primei de asigurare / a Sumei asigurate / a riscurilor asigurate suplimentar se poate face numai la Aniversarea Contractului de asigurare în cazul în care Contractantul a plătit integral Primele de asigurare pentru primii 3 ani de asigurare (plata integrală a trei Prime de asigurare anuale). Contractantul asigurării poate solicita modificarea printr-o înștiințare în scris care trebuie să ajungă la sediul central al Asigurătorului cu cel puțin 30 de zile înainte de data aniversării. Modificarea Primei de asigurare conduce la modificarea Sumei asigurate, pe baza matematicilor actuariale.
- 7.8 Creșterea Primei de asigurare / sumei asigurate / adăugarea de riscuri asigurate suplimentar nu se poate face în ultimii 3 ani de asigurare, înainte de data expirării Contractului de asigurare.
- 7.9 Prima/rata de asigurare se achită numai în valuta în care a fost încheiat Contractul de asigurare.
- 7.10 Contractanții persoane juridice vor efectua plata primelor de asigurare prin transfer bancar, ordin de plată sau direct debit.

Articolul 8. Neplata Primei de Asigurare

- 8.1 Asigurătorul va notifica Contractantul despre obligația de plată a Primei/ratei de asigurare, conform prevederilor legale.
- 8.2 În cazul în care Contractantul nu achită integral Prima/rata de asigurare la scadență pentru asigurarea de bază și Riscurile asigurate suplimentar (dacă există), Asigurătorul acordă o perioadă de grație de 30 zile începând cu data de scadență a Primei/ratei de asigurare neachitate, pentru plata integrală a acesteia. Acoperirea prin asigurare în perioada de grație este valabilă cu respectarea art. 8.3 - 8.5.
- 8.3 Dacă sumele datorate de Contractant cu titlu de primă nu sunt plătite nici în perioada de grație, asigurarea este suspendată retroactiv, începând cu scadența primei rate neachitate, fără ca o notificare, punere în întârziere sau altă formalitate prealabilă să mai fie necesară.
- 8.4 Dacă se produc daune în perioada de grație, dar până la sfârșitul acesteia primele de asigurare nu se regăsesc în conturile Asigurătorului, aceste solicitări de despăgubire nu vor fi suportate de către Asigurător, polița fiind suspendată de la data menționată în alineatul precedent. Excepție de la această prevedere fac situațiile în care - din motive obiective, legate direct de starea de sănătate a Asiguratului - acesta nu a putut efectua plata primei restante până la finalul perioadei de grație. Motivele obiective se referă la cazurile în care Asiguratul - care are și calitatea de Contractant - s-a aflat în imposibilitate medicală, probată prin documente medicale justificative, să efectueze plata primei restante ca urmare a unui Accident sau Îmbolnăviri produse în perioada de grație.
- 8.5 Daunele produse în perioada de grație vor fi suportate de către Asigurător dacă prima de asigurare este achitată până la data expirării perioadei de grație - cu respectarea prevederilor de la art. 8.4.
- 8.6 În cazul în care plata integrală a Primei sau ratei de asigurare nu se efectuează în perioada de grație, acoperirea prin asigurare încetează în conformitate cu articolul de mai sus. În acest caz Contractantul poate solicita în scris Asigurătorului:
- răscumpărarea Contractului de asigurare (conform art. 16), sau
 - transformarea Contractului de asigurare în contract liber de la plata primelor de asigurare (conform art. 14) sau
 - înghețarea Contractului de Asigurare (conform art. 15).
- 8.7 În cazul în care Contractantul achită Prima/ratele de asigurare restante și penalitățile stabilite de Asigurător după expirarea perioadei de grație dar în termen de maxim 3 luni de la data celei dintâi Prime/rate de asigurare scadente neachitate, Asigurătorul poate decide reînceperea acoperirii prin asigurare. În acest caz reînceperea acoperirii prin asigurare intră în vigoare de la ora 24 a zilei în care s-au plătit integral Prima/ratele de asigurare restante, dacă Asiguratul este în viață la această dată.
- 8.8 În cazul în care Contractantul nu achită Primele/ratele de asigurare restante și penalitățile stabilite de Asigurător în termen de maxim 3 luni de la data celei dintâi rate scadente neachitate atunci Asigurătorul:
- 8.8.1 Va rezilia Contractul de asigurare fără nici o obligație de plată din partea sa, dacă Primele de asigurare aferente primilor 3 ani de asigurare împliniți nu au fost achitate integral (plata integrală a trei Prime de asigurare anuale). Asigurătorul va rezilia polița începând cu data celei dintâi scadențe de rată neachitată, fără a fi necesară o notificare suplimentară prealabilă.

8.8.2 Va transforma Contractul de asigurare în contract liber de la plata Primelor de asigurare (art. 14), dacă Primele de asigurare aferente primilor 3 ani de asigurare împliniți au fost achitate integral (plata integrală a trei Prime de asigurare anuale).

După reziliere/transformarea contractului în contract liber de la plata primelor de asigurare, Contractul de asigurare poate fi repus în vigoare în termen de maxim un an de la data primei scadențe neplătite, cu condiția plății tuturor primelor restante și numai dacă Asigurătorul a acceptat în scris repunerea în vigoare ulterior primirii formularului de reactivare (formular tip emis de Asigurător și completat de către Contractant). Pe toată durata contractului reactivarea poate fi efectuată doar o singură dată. Prin repunerea în vigoare, contractul va oferi acoperire numai pentru viitor. La reactivarea contractului, Asigurătorul își rezervă dreptul de a face o nouă analiză a riscului.

În ambele cazuri Asigurătorul va notifica Contractantul cu privire la starea Contractului de Asigurare.

Capitolul II. Asigurarea de Bază și alte Clauze Specifice Asigurărilor de Viață

Articolul 9. Asigurarea de Bază

Prezenta asigurare oferă acoperire pentru următoarele Riscuri asigurate de bază:

- a) supraviețuirea Asiguratului la expirarea Contractului de asigurare, și
- b) decesul Asiguratului din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire) în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare.

Articolul 10. Clauza de participare la Câștig a Contractului de Asigurare

- 10.1 Începând cu anul trei de asigurare, contractul de asigurare participă anual la câștigul obținut din investirea rezervelor matematice, conform rezultatelor financiare calculate la data de 31 decembrie a fiecărui an.
- 10.2 Participarea la câștig a Contractului de Asigurare este determinată de rezultatele investiționale ale Asigurătorului, durata asigurării, monedă în care s-a încheiat Contractul de asigurare și plata integrală a tuturor Primelor de asigurare până la data alocării participării la câștig.
- 10.3 Procentul de alocare a participării la câștig depinde de randamentul financiar obținut și de politica investițională aleasă și poate fi stabilit de către Asigurător după obținerea avizelor necesare. Procentul se aplică la diferența dintre randamentul investițional anual al Asigurătorului, dobânda tehnică folosită în calculele actuariale și marginea de siguranță stabilită de Asigurător.
- 10.4 Asigurătorul va credita participarea la câștig cu precădere asupra Contractului de asigurare. Creditarea se va face anual, prin mărirea Indemnizației de asigurare în conformitate cu principiile matematicilor actuariale. După creditarea anuală la Contractul de asigurare, participarea la câștig este garantată de Asigurător.
- 10.5 Rezerva matematică precum și câștigul obținut din fructificarea acesteia sunt investite și administrate de Asigurător separat de celelalte fonduri. Asigurătorul poartă răspunderea pentru constituirea tuturor rezervelor tehnice conform prevederilor legale și investirea acestora pe baze prudențiale, având în vedere Riscurile asigurate și obligațiile asumate prin Contractul de asigurare.
- 10.6 Dispozițiile cu privire la participarea la câștig a Contractelor de asigurare în vigoare pot fi schimbate numai cu aprobarea autorității competente.

Articolul 11. Clauza de Protecție împotriva Inflației (Indexare)

- 11.1 Protecția împotriva inflației (indexarea) constă în majorarea anuală a Sumei asigurate, la Aniversare, cu indicele prețurilor de consum. Prima de asigurare se modifică pe baza matematicilor actuariale, în mod corespunzător.
- 11.2 Contractul de asigurare se va indexa anual, la aniversare, cu excepția cazului în care Contractantul precizează explicit că nu dorește indexarea, prin menționarea acestui lucru în rubrica indicată din Cererea de Asigurare.
- 11.3 Contractantul poate solicita, cu cel puțin 30 zile înainte de data Aniversării, majorarea Sumei asigurate cu un alt procent decât cel propus de Asigurător. În acest caz, Asigurătorul va decide asupra acestei solicitări și își rezervă dreptul de a efectua o nouă analiză a riscului.
- 11.4 Cu 45 de zile înainte de Aniversare, Asigurătorul înștiințează Contractantul cu privire la majorările aferente indexării (noua Sumă asigurată și Primă de asigurare). Contractantul are obligația de a comunica în scris Asigurătorului cu cel puțin 30 de zile înainte de data Aniversării acordul sau refuzul său cu privire la respectivele majorări.
- 11.5 În cazul în care Contractantul nu va comunica Asigurătorului opțiunea sa în termenul prevăzut mai sus, Asigurătorul va utiliza automat la Aniversare opțiunea Contractantului exprimată în anul anterior de asigurare (în cazul în care în anul anterior de asigurare Contractul de asigurare a fost indexat, se va indexa în continuare, în caz contrar, va rămâne la valorile anterioare).
- 11.6 Clauză de protecție împotriva inflației nu se aplică în ultimii 3 ani de asigurare, înainte de expirarea Contractului de asigurare.

Articolul 12. Clauza de Plată în vederea unei Intervenții Chirurgicale

- 12.1 Începând cu anul al patrulea de asigurare, în cazul în care Contractantul a plătit integral Primele de asigurare pentru primii 3 ani de asigurare (plata integrală a trei Prime de asigurare anuale), Asiguratul poate solicita efectuarea unei plăți dacă a suferit sau urmează să sufere o intervenție chirurgicală pentru redobândirea ori menținerea sănătății, o singură dată pe toată durata asigurării.
- 12.2 Suma care se plătește nu poate depăși costurile rezonabile ale intervenției chirurgicale și Valoarea de răscumpărare a Contractului de asigurare calculată la data la care se solicită în scris acordarea acestei facilități.
- 12.3 Asigurătorul acordă această facilitate în cazul în care Contractantul a plătit toate Primele de asigurare la scadență sau în perioada de grație.

- 12.4 După plata sumei pentru efectuarea intervenției chirurgicale, Asigurătorul va recalcula noua Sumă asigurată pe baza matematicilor actuariale, iar noua valoare va fi comunicată Contractantului.

Articolul 13. Clauză de Retrageri Parțiale

- 13.1 Începând cu anul al patrulea de asigurare, în cazul în care Contractantul a plătit integral Primele de asigurare pentru primii 3 ani de asigurare (plata integrală a trei Prime de asigurare anuale), Contractantul poate solicita retrageri parțiale din rezerva matematică cel mai devreme la jumătatea perioadei de asigurare și nu de mai mult de 2 (două) ori pe toată durata asigurării.
- 13.2 Retragerile parțiale din rezerva matematică nu pot depăși jumătate din Valoarea de răscumpărare calculată la data retragerii, în conformitate cu Tabelul valorilor garantate anexat Poliței de asigurare.
- 13.3 Asigurătorul acordă această facilitate numai dacă Contractantul a plătit toate Primele de asigurare la scadență și doar la aniversarea contractului.
- 13.4 După retragerea parțială din rezerva matematică, Asigurătorul va recalcula noua Sumă asigurată pe baza matematicilor actuariale, iar noua valoare va fi comunicată Contractantului.

Articolul 14. Clauză de Transformare a Contractului de Asigurare în Contract Liber de la Plata Primelor

- 14.1 Contractul de asigurare poate fi transformat într-un contract liber de la plata primelor începând cu anul al patrulea de asigurare, doar în cazul în care Contractantul a plătit integral Primele de asigurare pentru primii 3 ani de asigurare (plata integrală a trei Prime de asigurare anuale) și doar dacă suma asigurată redusă a contractului depășește plafonul stabilit periodic de Asigurător. Transformarea contractului într-un contract liber de la plata primelor se face în următoarele cazuri:
- la data solicitării făcute în scris de către Contractant dacă Primele/ratele de asigurare au fost achitate la datele de scadență conform frecvenței de plată precizată în Polița de asigurare sau în perioada de grație;
 - în mod automat, la data celei dintâi scadențe neachitate integral, în conformitate cu prevederile art. 8.
- 14.2 În cazul în care suma asigurată redusă a contractului de asigurare este sub plafonul stabilit periodic de către Asigurător, contractul de asigurare poate fi reziliat de către Asigurător cu plata valorii de răscumpărare.
- 14.3 Contractul de asigurare liber de la plata Primelor de asigurare este valabil pe durata rămasă a asigurării pentru Suma asigurată redusă. Suma asigurată redusă se calculează pe baza matematicilor actuariale, în funcție de durata rămasă a asigurării și de valoarea rezervei matematice.
- 14.4 Suma asigurată redusă, minim garantată la începutul contractului pentru fiecare an de asigurare, este prezentată în Tabelul valorilor garantate generat la data emiterii Poliței de asigurare și anexat Poliței.
- 14.5 În cazul unui Contract de asigurare a cărui Sumă asigurată a fost majorată prin protecție la inflație (art. 11), calculul sumei asigurate reduse va fi făcut luând în considerare rezerva matematică corespunzătoare noilor sume.
- 14.6 Asigurătorul va notifica Contractantul în termen de 30 zile de la data primirii solicitării despre valorile Contractului de asigurare eliberat de la plata primelor (Suma asigurată redusă).
- 14.7 În perioada în care Contractul de asigurare este liber de la plata primelor, acoperirile pentru Riscurile asigurate suplimentar, dacă au fost achiziționate, nu mai sunt valabile.
- 14.8 Contractul de asigurare eliberat de la plata Primelor de asigurare poate fi răscumpărat (art. 16).
- 14.9 Contractul de asigurare liber de la plata primelor participă la câștig (art. 10).
- 14.10 Contractantul poate solicita reactivarea Contractului prin completarea formularului de reactivare (formular tip emis de Asigurător și completat de către Contractant). Reactivarea se poate efectua cu acceptul Asigurătorului, numai la Aniversarea Contractului. După reactivarea Contractului, Asigurătorul va recalcula Suma asigurată pe baza matematicilor actuariale, iar noua valoare va fi comunicată Contractantului. După reactivarea Contractului, acoperirile pentru Riscurile asigurate suplimentar, dacă există, redevin valabile în cazul în care se reiau plățile Primelor de asigurare pentru aceste acoperiri.
- 14.11 Reluarea plăților nu se referă la plata retroactivă a primelor datorate în perioada în care Contractul de asigurare a fost eliberat de la plata primelor. Reluarea Contractului fără plata retroactivă a primelor este echivalentă cu încheierea unei polițe noi, pe durata rămasă a asigurării. În acest caz, la maturitatea contractului, beneficiarul la supraviețuire primește suma asigurată redusă de pe polița eliberată de la plată și suma asigurată de pe polița nouă cu condiția ca aceasta să fie plătită la zi. La reactivarea Contractului, Asigurătorul își rezervă dreptul de a face o nouă analiză a riscului.
- 14.11 Reactivarea pentru un Contract de asigurare eliberat de la plata primelor nu se poate face în ultimii 4 ani de asigurare, înainte de expirarea Contractului de asigurare.

Articolul 15. Clauză de Înghețare a Contractului de Asigurare

- 15.1 Începând cu anul al patrulea de asigurare, în cazul în care Contractantul a plătit integral Primele de asigurare pentru primii 3 ani de asigurare (plata integrală a trei Prime de asigurare anuale), Contractantul are posibilitatea de a întrerupe plata Primelor de asigurare pe o perioadă de maxim 3 ani, cu păstrarea Sumei asigurate pentru deces nemodificată (înghețarea Contractului de asigurare). Perioada de înghețare stabilită nu se poate modifica ulterior.
- 15.2 Înghețarea Contractului de asigurare se poate face numai la Aniversare și cu condiția ca primele de asigurare să fie achitate la zi. În acest sens, Contractantul va notifica Asigurătorul cu cel puțin 60 zile înainte de data Aniversării.
- 15.3 Pentru înghețarea Contractului de asigurare, Contractantul trebuie să plătească anual prima de asigurare pentru preluarea riscului de deces din orice cauză (prima de risc).
- 15.4 Înghețarea Contractului de asigurare intră în vigoare la ora 24 a zilei în care Contractantul a plătit integral Prima de asigurare anuală pentru preluarea riscului de deces din orice cauză.
- 15.5 În perioada în care Contractul de asigurare este înghețat, este în vigoare numai asigurarea de deces din orice cauză pentru o Indemnizație de asigurare formată din Suma asigurată plus participarea la câștig până la data înghețării. Acoperirile pentru Riscurile asigurate suplimentar, dacă acestea au fost achiziționate, nu mai sunt valabile în această perioadă.
- 15.6 Înghețarea Contractului de asigurare se poate solicita o singură dată pe toată durata contractului.
- 15.7 Reînceperea plății Primei de asigurare corespunzătoare asigurării de bază se poate face doar la Aniversare.

- 15.8 Asigurătorul va calcula noua Sumă asigurată după perioada de înghețare, pe care o va comunica Contractantului. Asigurările pentru Riscurile asigurate suplimentar intră în vigoare la ora 24 a zilei în care Contractantul a plătit integral Primele de asigurare pentru acoperirea acestor riscuri suplimentare.
- 15.9 Contractul de asigurare nu participă la câștig (art. 10) în perioada în care este înghețat.
- 15.10 În perioada în care un contract este înghețat, acesta nu poate fi răscumpărat. Răscumpărarea se poate efectua numai după ce contractul revine la starea inițială.

Articolul 16. Clauză de Răscumpărare

- 16.1 Începând cu anul al patrulea de asigurare, în cazul în care Contractantul a plătit integral Primele de asigurare pentru primii 3 ani de asigurare (plata integrală a trei Prime de asigurare anuale), Contractantul poate solicita, în scris, răscumpărarea Contractului de asigurare.
- 16.2 În acest caz Asigurătorul va plăti Valoarea de răscumpărare la care se adaugă participarea la câștig, în conformitate cu valorile din Tabelul valorilor garantate generat la emiterea Poliței de asigurare și anexat Poliței.
- 16.3 Valoarea de răscumpărare și participarea la câștig se calculează:
- la data solicitării răscumpărării, dacă Primele/ratele de asigurare au fost achitate la datele de scadență conform frecvenței de plată precizată în Polița de asigurare sau în perioada de grație;
 - la data celei dintâi scadențe neachitate integral, dacă Primele/ratele de asigurare nu au fost achitate la datele de scadență conform frecvenței de plată precizată în Polița de asigurare sau în perioada de grație.
- 16.4 Valoarea de răscumpărare minim garantată la începutul contractului și pentru fiecare an de asigurare, este prezentată în Tabelul valorilor garantate generat la emiterea Poliței de asigurare și anexat acesteia.
- 16.5 Prin răscumpărare Contractul de asigurare încetează definitiv și nu mai poate fi repus în vigoare.
- 16.6 Valoarea de răscumpărare se va plăti doar Contractantului.
- 16.7. Plata valorii de răscumpărare se face în termen de 30 de zile de la data la care cererea de răscumpărare însoțită de documentele solicitate de Asigurător ajung la sediul acestuia.

Capitolul III. Riscuri Asigurate Suplimentar

Articolul 17. Riscuri Asigurate Suplimentar

- 17.1 La solicitarea Contractantului, asigurarea de bază prevăzută la art.9 se poate completa, la încheierea asigurării sau la Aniversare, cu următoarele Riscuri asigurate suplimentar:
- Deces ca urmare a unui Accident (D.A.);
 - Deces ca urmare a unui Accident de Circulație (DAC);
 - Deces din orice cauză (D.O.C);
 - Invaliditate Permanentă totală sau parțială ca urmare a unui Accident (I.P.A.);
 - Invaliditate Permanentă totală sau parțială din orice cauză (I.P.);
 - Exonerare de la Plata Primelor de asigurare în caz de Invaliditate permanentă și totală din orice cauză a Asiguratului (E.P.P.I);
 - Spitalizare continuă ca urmare a unui Accident (S.A.);
 - Spitalizare continuă din orice cauză (S.);
 - Intervenții Chirurgicale ca urmare a unui Accident (I.C.A.);
 - Intervenții Chirurgicale din orice cauză (I.C.);
 - Imobilizare în Aparat Ghipsat ca urmare a unui Accident (I.A.G.);
 - Fracturi/Arsuri (F./A.);
 - Boli grave (B.G);
 - Cheltuieli Medicale ca urmare a unui accident (C.M.A.);
 - Cheltuieli Medicale din orice cauză (C.M.);
 - Protector (PRT.).
- 17.2 Toate aceste clauze suplimentare se pot achiziționa de către Contractant separat, sau sub formă de pachete de asigurare. Contractantul va opta obligatoriu numai pentru una dintre cele 2 variante: fie pentru achiziționarea clauzelor separat, fie pentru achiziționarea unuia dintre pachete. Contractantul poate achiziționa până la de trei ori un pachet de asigurare, dar nu poate alege două sau mai multe tipuri de pachete în același timp (pe aceeași poliță). Pachetele de asigurare sunt următoarele:
- 17.2.1 **Pachetul PROTECT**, care cuprinde următoarele riscuri asigurate suplimentar: Deces din Accident, Invaliditate Permanentă din Accident, Exonerare de la plată primelor în caz de Invaliditate Permanentă totală din orice cauză, Deces din Accident de circulație, Fracturi / Arsuri. În cazul achiziționării acestui pachet, se oferă gratuit clauza Fracturi / Arsuri.
- 17.2.2 **Pachetul PROTECT Premium** - care cuprinde următoarele riscuri asigurate suplimentar: Deces din Accident, Invaliditate Permanentă din Accident, Exonerare de la plata primelor în caz de Invaliditate Permanentă totală din orice cauză, Deces din Accident de circulație, Fracturi / Arsuri - cu mențiunea că riscurile asigurate suplimentar "Deces din Accident de circulație" și „Fracturi/Arsuri" se acordă gratuit clientului. Pachetul PROTECT Premium va putea fi achiziționat numai pentru contractele de asigurare cu o primă emisă anuală cel puțin egală cu minimul stabilit de Asigurător la momentul începerii poliței.
- 17.2.3 **Pachetul DINAMIC**, care cuprinde următoarele riscuri asigurate suplimentar: Deces din Accident, Invaliditate Permanentă din Accident, Exonerare de la plata primelor în caz de Invaliditate Permanentă totală din orice cauză, Deces din Accident de circulație, Spitalizare din Accident, Intervenții Chirurgicale din Accident, Imobilizare în Aparat Ghipsat, Cheltuieli Medicale din Accident, Fracturi / Arsuri. În cazul achiziționării acestui pachet, se oferă gratuit clauza Fracturi / Arsuri.
- 17.2.4 **Pachetul DINAMIC Premium**, care cuprinde următoarele riscuri asigurate suplimentar: Deces din Accident, Invaliditate Permanentă din Accident, Exonerare de la plata primelor în caz de Invaliditate Permanentă totală din orice cauză, Deces din Accident de circulație, Spitalizare din Accident, Intervenții Chirurgicale din Accident,

Imobilizare în Aparat Ghipsat, Cheltuieli Medicale din Accident, Fracturi / Arsuri-cu mențiunea că riscurile asigurate suplimentar „Fracturi / Arsuri”, „Deces din Accident de circulație” și „Cheltuieli Medicale din Accident” se acordă gratuit clientului. Pachetul DINAMIC Premium va putea fi achiziționat numai pentru contractele de asigurare cu o primă emisă anuală cel puțin egală cu minimumul stabilit de Asigurător la momentul începerii poliței.

17.2.5 **Pachetul CONFORT**- care cuprinde următoarele riscuri asigurate suplimentar: Deces din Accident, Invaliditate Permanentă din orice cauză, Exonerare de la plata primelor în caz de Invaliditate Permanentă totală din orice cauză, Deces din Accident de circulație, Spitalizare din orice cauză, Intervenții Chirurgicale din orice cauză, Imobilizare în Aparat Ghipsat, Boli Grave, Cheltuieli Medicale din orice cauză, Fracturi / Arsuri. În cazul achiziționării acestui pachet, se oferă gratuit clauza Fracturi / Arsuri.

17.2.6 **Pachetul CONFORT Premium** - care cuprinde următoarele riscuri asigurate suplimentar: Deces din Accident, Invaliditate Permanentă din orice cauză, Exonerare de la plata primelor în caz de Invaliditate Permanentă totală din orice cauză, Deces din Accident de circulație, Spitalizare din orice cauză, Intervenții Chirurgicale din orice cauză, Imobilizare în Aparat Ghipsat, Boli Grave, Cheltuieli Medicale din orice cauză, Fracturi / Arsuri - cu mențiunea că riscurile asigurate suplimentar „Fracturi / Arsuri”, „Deces din Accident de circulație” și „Cheltuieli Medicale din orice cauză” se acordă gratuit clientului. Pachetul CONFORT Premium va putea fi achiziționat numai pentru contractele de asigurare cu o primă emisă anuală cel puțin egală cu minimumul stabilit de Asigurător la momentul începerii poliței.

17.3 Riscurile asigurate suplimentar sunt în vigoare numai dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

- a) Contractantul a plătit integral Prima de asigurare;
- b) Sunt menționate explicit în Polița de asigurare sau în Anexă la Polița de asigurare.

17.4 Riscurile asigurate suplimentar sunt opționale, în conformitate cu prezentele Condiții Generale de Asigurare precum și cu Condițiile Particulare de Asigurare.

Capitolul IV. Alte Prevederi Contractuale

Articolul 18. Drepturile/Obligațiile Contractantului și ale Asiguratului

18.1 Contractantul beneficiază de toate clauzele cuprinse în Capitolul II al prezentelor Condiții de asigurare.

18.2 Cu acordul scris al Asiguratului, transmis Asigurătorului, Contractantul asigurării are dreptul să modifice la orice dată Beneficiarul/ Beneficiarii Contractului de asigurare. Asigurătorul își rezervă dreptul de a verifica existența interesului asigurabil înainte de a modifica beneficiarul la deces și, în cazul în care acesta nu poate fi probat, își rezervă dreptul de a nu face modificarea. În cazul în care există interes asigurabil și modificarea poate fi efectuată, aceasta intră în vigoare de la data deciziei Asigurătorului comunicată în scris către Contractant.

18.3 Contractantul are la dispoziție o perioadă de 20 zile de la data semnării Contractului de asigurare de către Asigurător în care poate anula Contractul de asigurare. În acest caz Asigurătorul returnează Avansul de primă mai puțin drepturile de emisiune și contravaloarea analizelor medicale, dacă acestea au fost efectuate.

18.4 Contractantul este obligat la plata integrală a Primele/ratelor de asigurare până la data de scadență conform frecvenței de plată precizată în Polița de asigurare sau în perioada de grație, conform prevederilor art. 8 din prezentele condiții de asigurare.

18.5 Contractantul/Asiguratul are obligația anunțării oricăror modificări ale ocupației, practicării de sporturi, hobby-uri etc. ale Asiguratului, în termen de 30 zile de la data producerii modificării. Asigurătorul va reanaliza riscul și va comunica Contractantului termenii și condițiile de continuare ale asigurării. În cazul în care Contractantul/Asiguratul nu notifică Asigurătorul despre modificarea ocupației, practicării de sporturi, hobby-uri, etc. de către Asigurat, Asigurătorul poate refuza plata Indemnizației de asigurare, în cazul producerii unui eveniment asigurat.

18.6 Contractantul și Asiguratul au obligația anunțării oricărei modificări a adresei de domiciliu sau de corespondență. În cazul părăsirii teritoriului României, aceștia au obligația de a comunica Asigurătorului o persoană împuternicită, cu domiciliul în România, pentru a primi corespondența. Asigurătorul va trimite corespondența la ultima adresă de corespondență comunicată de către Contractant.

Corespondența transmisă de Asigurător la ultima adresă de corespondență cunoscută se consideră trimisă de acesta și primită de Contractant/Asigurat sau Beneficiar, după caz.

18.7 Contractantul are obligația de a comunica în scris Asigurătorului, cu cel puțin 30 de zile înainte de data Aniversării, decizia sa în ceea ce privește indexarea (art. 11).

18.8 Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul are obligația de a notifica Asigurătorului producerea Riscului asigurat (de bază și suplimentar) în termen de 30 zile de la data producerii lui. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și este exonerat de la plata indemnizației de asigurare. Excepție de la această regulă fac cazurile în care, din motive obiective, justificate pe bază de documente medicale, Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul s-a aflat în imposibilitatea îndeplinirii acestei obligații.

18.9 Contractantul/Asiguratul sau Beneficiarul are obligația de a sprijini Asigurătorul în acțiunea sa pe lângă autoritățile care au legătură cu Riscul asigurat, pentru finalizarea dosarului de daună.

Articolul 19. Drepturile/Obligațiile Asigurătorului/Plata Indemnizației de Asigurare

19.1 Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare, conform condițiilor de asigurare, pentru:

- a) Riscurile asigurate de bază;
- b) Riscurile asigurate suplimentar, dacă acestea există și sunt în vigoare, pentru evenimente care au avut loc în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare.

19.2 Plata Indemnizației de asigurare se face în urma notificării producerii riscului. Notificarea se face prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire, fax sau e-mail, care se transmite agenției prin care s-a încheiat asigurarea sau Direcției Centrale a Asigurătorului.

Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare, conform Condițiilor generale și particulare de asigurare numai pentru Accidentul / Îmbolnăvirea apărute în perioada de valabilitate a Poliței și notificate Asigurătorului în termen

de 30 de zile de la data producerii. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și este exonerat de la plata oricărei Indemnizații de asigurare.

19.3 Indemnizația de asigurare se plătește Asiguratului sau Beneficiarilor desemnați de acesta, conform procentelor prevăzute în Polița de asigurare. În cazul decesului Asiguratului, dacă nu s-a desemnat nici un Beneficiar, Indemnizația de asigurare se plătește moștenitorilor Asiguratului, conform procentelor menționate în certificatul de moștenitor. Dacă Asiguratul nu a dispus altfel, atunci când sunt mai mulți Beneficiari desemnați, aceștia au drepturi egale asupra Indemnizației de asigurare.

19.4 În cazul decesului Asiguratului din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire) în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, Asigurătorul va plăti o Indemnizație de asigurare formată din:

- a) Suma asigurată plus participarea la câștig până la data decesului, la care se adaugă, dacă există, Suma asigurată pentru Riscurile asigurate suplimentar;
- b) Suma asigurată redusă plus participarea la câștig până la data decesului, dacă Contractul de asigurare a fost eliberat de la plata Primelor de asigurare (art. 14);
- c) Suma asigurată pentru deces la care se adaugă participarea la câștig până la data înghețării, dacă Contractul de asigurare este înghețat la data decesului (art. 15).

În cazul în care Asiguratul este dispărut dar nu există o hotărâre judecătorească definitivă declarativă a morții, acesta este prezumat de lege a fi în viață până la pronunțarea unei asemenea hotărâri sau până la constatarea fizică a decesului. În urma pronunțării hotărârii judecătorești definitive declarative a morții, care stabilește ca dată a decesului o dată cuprinsă în perioada de asigurare sau la constatarea fizică a decesului, Asigurătorul datorează Indemnizația de asigurare prevăzută în Polița de asigurare.

19.5 În cazul supraviețuirii Asiguratului la expirarea Contractului de asigurare, Asigurătorul va plăti o Indemnizație de asigurare formată din:

- a) Suma asigurată plus participarea la câștig pe toată durata contractului, dacă Contractul de asigurare este în vigoare;
- b) Suma asigurată redusă plus participarea la câștig pe toată durata contractului, dacă Contractul de asigurare a fost eliberat de la plata Primelor de asigurare (art. 14).

Indemnizația de asigurare se va plăti Beneficiarului/ Beneficiarilor desemnați în Polița de asigurare, conform procentelor de indemnizare stabilite. În cazul în care nu a fost desemnat un Beneficiar la supraviețuire, Indemnizația de asigurare va reveni Asiguratului. În cazul în care Asiguratul este dispărut dar nu există o hotărâre judecătorească definitivă declarativă a morții, acesta este prezumat de lege a fi în viață până la pronunțarea unei asemenea hotărâri sau până la constatarea fizică a decesului. Prin urmare, dacă Asiguratul este declarat dispărut la data expirării Contractului de asigurare, Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare pentru cazul de supraviețuire exclusiv Asiguratului, cu excepția cazului în care moștenitorii acestuia prezintă documente oficiale care atestă decesul Asiguratului (certificat de deces, certificat de moștenitor, hotărâre judecătorească definitivă declarativă a morții).

19.6 Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita Contractantului/Asiguratului informații sau documente suplimentare cu scopul de a proba existența interesului asigurat.

19.7 În cazul răscumpărării Contractului de asigurare (art. 16), Asigurătorul va plăti Valoarea de răscumpărare plus participarea la câștig. Valoarea de răscumpărare și participarea la câștig se calculează:

- a) la data solicitării răscumpărării, dacă Primele/ratele de asigurare au fost achitate la datele de scadență conform frecvenței de plată precizată în Polița de asigurare sau în perioada de grație;
- b) la data celei dintâi scadențe neachitate integral, în caz contrar.

19.8 În cazul decesului Asiguratului sau la expirarea Contractului de asigurare, plata Indemnizației de asigurare se va efectua integral către Beneficiari.

19.9 Plata Indemnizației de asigurare se face numai după prezentare, în termen de maxim 90 de zile de la data producerii riscului asigurat, a următoarelor acte:

- a) în caz de supraviețuire:
 1. Polița de asigurare și ultima anexă, ambele în original sau copie;
 2. actul de identitate al Asiguratului/Beneficiarului, în copie semnată (conform cu originalul);
 3. o confirmare scrisă a faptului că Asiguratul era în viață la data expirării Contractului de asigurare.
- b) în caz de deces:
 1. Polița de asigurare și ultima anexă, ambele în original sau copie;
 2. certificatul de deces al Asiguratului în copie legalizată, precum și copie după certificatul medical constatator al decesului vizat de registrul de stare civilă;
 3. certificatul de moștenitor în copie legalizată, dacă nu a fost desemnat un Beneficiar la deces;
 4. în caz de Accident, procesul-verbal de constatare a Accidentului încheiat de organele competente sau orice alte acte care pot dovedi producerea Accidentului (de exemplu, documente medicale eliberate de instituția medicală care a tratat Asiguratul, declarațiile martorilor etc.) și valoarea alcoolemiei;
 5. adeverință de la locul de muncă din care să reiasă ocupația Asiguratului la data producerii riscului;
 6. actul de identitate a fiecărui Beneficiar la deces, în copie semnată (conform cu originalul)
 7. declarație de daună (formular tip emis de către Asigurător) completată de o rudă apropiată/reprezentant Asigurat;
- c) pentru riscurile asigurate suplimentar, sunt necesare - în funcție de riscul asigurat produs - următoarele acte: bilet de ieșire din spital, adeverințe medicale, scrisoare medicală, certificat de concediu medical, rețete și bonuri fiscale în original etc.

În cazul în care documentele solicitate nu au fost puse la dispoziția Asigurătorului, în termen de maxim 90 de zile de la data producerii riscului asigurat, cazul va fi închis, urmând a se redeschide în situația depunerii actelor (în termenul maxim specificat de legislația în vigoare).

19.10 Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita și alte documente, în scopul determinării valabilității solicitării și a valorii Indemnizației de asigurare. Asigurătorul poate desemna un medic care să-l consulte pe Asigurat.

- 19.11 Refuzul Contractantului/Asiguratului sau Beneficiarului de a pune la dispoziția Asigurătorului documentele solicitate și dreptul Asigurătorului de a refuza plata Indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu pot fi stabilite cauza, modul de producere și urmările riscurilor asigurate.
- 19.12 Asigurătorul va efectua plata Indemnizației de asigurare în termen de maxim 30 de zile de la data la care documentația solicitată este completă.
- 19.13 Plata Indemnizației de asigurare se va face pe teritoriul României, în moneda convenită în Polița de asigurare și în conformitate cu legile aplicabile privind impozitele și taxele, în vigoare la data efectuării plății.
- 19.14 Indemnizația de asigurare se datorează independent de sumele convenite Asiguratului sau Beneficiarului din asigurări sociale, de repararea prejudiciului de cei răspunzători de producerea sa, precum și de sumele primite de la alți asigurători în temeiul altor contracte de asigurare. Creditorii Asiguratului nu au dreptul să urmărească Indemnizația de asigurare convenită Beneficiarilor sau moștenitorilor, după caz.
- 19.15 Dacă Beneficiarul este minor la data plății Indemnizației de asigurare, plata se va face cu respectarea prevederilor legale speciale privind drepturile minorilor.
- 19.16 În cazul reorganizării judiciare ori a lichidării Asigurătorului acesta are obligația, în conformitate cu prevederile Legii 32/2000 privind societățile de asigurare și supravegherea asigurărilor, cu modificările și completările ulterioare, să achite cu prioritate obligațiile față de asigurați, folosind în acest sens activele ce constituie fondul asigurărilor de viață.
- 19.17 În cazul unor declarații false sau încercări de fraudă din partea Contractantului/Asiguratului/ Beneficiarului, se vor aplica prevederile art. 21 din prezentele Condiții de Asigurare.
- 19.18 La încheierea Contractului de Asigurare și pe întreg parcursul acestuia, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita detalii suplimentare referitoare la Contractant / Asigurat / Beneficiari, necesare pentru respectarea prevederilor legislative referitoare la prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor.
- 19.19. La încheierea Contractului de Asigurare și pe întreg parcursul acestuia, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita detalii suplimentare referitoare la Contractant / Beneficiari relaționate cu prevederile FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act).

Articolul 20. Excluderi

20.1 Excluderi generale.

Sunt excluse din acoperire evenimentele apărute ca urmare a:

- a) participării Asiguratului la război, invazie, acțiune a unui inamic străin, ostilități sau operațiuni belicoase (indiferent dacă se declară război sau nu), război civil, rebeliune, revoluție, insurecție, tulburări civile care capătă proporția unor mișcări populare sau echivalează cu acestea, putere militară sau uzurpată, lege marțială sau stare de asediu sau orice evenimente sau cauze care determină proclamarea sau menținerea legii marțiale sau a stării de asediu precum și participării Asiguratului la orice acțiune în numele sau în legătură cu orice organizație cu activități îndreptate spre răsturnarea prin forță a Guvernului, de jure sau de facto;
- b) riscurilor nucleare: radiațiile ionizante sau contaminarea prin radioactivitate din orice combustibil nuclear sau din orice deșeuri nucleare provenite din arderea combustibilului nuclear (arderea va include procesul auto-suficient de fuziune nucleară) precum și expunerea toxică radioactivă sau alte proprietăți periculoase ale oricărei expuneri la un ansamblu nuclear sau la un element component nuclear al acestuia;
- c) oricărei tentative de sinucidere a Asiguratului, automutilare sau îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
- d) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave încriminate de dispozițiile Codului Penal, consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
- e) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
- f) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
- g) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
- h) participării Asiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
- i) bolilor infecțioase sau a parazitozelor endemice contactate pe perioada în care Asiguratul s-a aflat pe teritoriul unei țări recunoscute oficial drept zonă cu potențial mare de contaminare;
- j) medicinei experimentale, medicinei alternative sau oricăror tratamente/investigații care nu au fost prescrise/recomandate de către o autoritate medicală recunoscută oficial;
- k) malpraxisului medical;
- l) oricăror servicii medicale pentru care nu există recomandarea scrisă a unui medic sau pentru care nu există documente medicale justificative;
- m) oricărei acțiuni provocate intenționat de către Contractant, Asigurat sau Beneficiari în vederea obținerii Indemnizației de Asigurare;
- n) actelor de terorism:

Asigurătorul nu despăgubește pierderile, daunele, costurile de orice natură, oricare ar fi aceasta, cauzate în mod direct sau indirect de către, care decurg din sau sunt în legătură cu orice act de terorism, indiferent de orice altă cauză sau orice alt eveniment care contribuie la pierderi, simultan sau în orice altă succesiune.

Un act de terorism înseamnă un act care include dar nu se limitează la utilizarea forței sau a violenței și/sau amenințarea cu acestea, de către o persoană sau un grup (grupuri) de persoane, indiferent dacă acționează în nume propriu sau în numele sau în legătură cu orice organizație (organizații) sau guvern(e), act comis în scopuri politice, religioase, ideologice sau asemănătoare, inclusiv intenția de a influența vreun guvern și/sau de a înfricoșa publicul sau orice parte a acestuia.

Se exclud totodată și pierderile, daunele, costurile sau cheltuielile de orice natură, oricare ar fi aceasta, cauzate în mod direct sau indirect de către, care decurg din sau sunt în legătură cu vreo acțiune întreprinsă pentru a controla, a preveni, a suprima orice act de terorism, sau care sunt legate în vreun fel de acesta.

Dacă Asigurătorul pretinde că, din cauza acestei excluderi, orice pierdere, daună, cost sau cheltuială nu este acoperită conform acestui contract, sarcina dovedirii contrariului va fi în sarcina Asiguratului.

În cazul în care se constată ca parte a acestei clauze este nulă sau neexecutorie, restul va rămâne în vigoare și complet valabilă.

- o) catastrofelor naturale, epidemiilor, pandemiilor etc.
- 20.2 Dacă decesul Asiguratului a fost cauzat de actul intenționat al unui Beneficiar, pentru care acesta a fost condamnat definitiv, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de asigurare către acest Beneficiar. În acest caz Indemnizația de asigurare va fi plătită de către Asigurător celorlalți Beneficiari desemnați, iar în cazul în care aceștia nu sunt desemnați, aceasta va fi plătită moștenitorilor Asiguratului, în calitate de Beneficiari.
- 20.3 Asigurătorul va plăti doar Valoarea de răscumpărare și participarea la câștig conform prezentelor Condiții de Asigurare dacă decesul Asiguratului s-a produs ca urmare a evenimentelor prevăzute la art. 20.1 precum și ca urmare a:
- unei Afecțiuni preexistente, bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior datei de început a Poliței de asigurare, cu excepția cazului în care afecțiunea, boala cronică, handicapul sau urmările au fost declarate, în scris, la încheierea asigurării și acceptate de Asigurător;
 - îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroză hepatică, neoplasm hepatic etc.);
 - unei afecțiuni neoplazice, diagnosticate în primele șase luni de la data de început a Contractului de Asigurare.

Articolul 21. Declarații False

- 21.1 Contractantul Asigurării este răspunzător pentru corectitudinea informațiilor furnizate Asigurătorului privind vârsta Asiguratului. Dacă vârsta Asiguratului este declarată incorect, toate indemnizațiile rezultând din Contractul de Asigurare vor fi ajustate în consecință, pe baza datelor corecte, atât pentru asigurarea de bază cât și pentru riscurile asigurate suplimentar, dacă acestea au fost achiziționate.
- 21.2 Asiguratul este obligat să informeze în scris pe Asigurător despre condițiile cu privire la Riscul Asigurat pe care le cunoaște sau ar trebui să le cunoască și care sunt importante din punct de vedere al evaluării riscului asumat. Asiguratul va îndeplini această obligație de înștiințare prin declararea adevărului și prin răspunsuri complete la toate întrebările conținute în Cererea de Asigurare sau adresate de către Asigurător în timpul încheierii Contractului de Asigurare. În cazul în care Contractantul Asigurării și Asiguratul sunt persoane diferite, Contractantul este răspunzător pentru furnizarea adevărului și a informațiilor complete.
- 21.3 Dacă, Asiguratul, Contractantul sau Beneficiarii (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de Beneficiari) vor furniza declarații false sau informații incomplete, în măsura în care aceste informații sunt esențiale pentru bună derulare a Contractului de Asigurare, Asigurătorul are dreptul de a lua următoarele măsuri, în funcție de circumstanțele concrete:
- în cazul în care caracterul fals sau incomplet al declarațiilor / informațiilor furnizate este descoperit de către Asigurător înainte de producerea Evenimentului Asigurat, Asigurătorul are următoarele drepturi:
 - în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință împrejurările reale și complete privitoare la Risc, ar fi încheiat Contractul de Asigurare în alte condiții, Asigurătorul are dreptul de a modifica unilateral, în consecință, condițiile de acoperire contractuală a riscului producerii Evenimentului Asigurat;
 - în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință împrejurările reale și complete privitoare la Risc, nu ar fi încheiat Contractul de Asigurare, Asigurătorul are dreptul de a rezilia unilateral Contractul de Asigurare.
 - în cazul în care caracterul fals sau incomplet al declarațiilor / informațiilor furnizate este descoperit de către Asigurător ulterior producerii Evenimentului Asigurat, Asigurătorul are următoarele drepturi:
 - în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință împrejurările reale și complete privitoare la Risc, ar fi încheiat Contractul de Asigurare în alte condiții, Asigurătorul are dreptul de a reduce cuantumul Indemnizației plătitibile corespunzător raportului dintre Prima stabilită și cea care ar fi trebuit plătită, cunoscându-se exact împrejurările, respectiv de a anula beneficiile acordabile, corespunzător regulilor de evaluare a riscului asigurabil practicate de către Asigurător în ceea ce privește riscurile respective. În aceste circumstanțe, Asigurătorul are totodată dreptul de a modifica unilateral, în consecință, Condițiile de Acoperire Contractuală a Riscului producerii oricăroră dintre Evenimentele Asigurate în baza Contractului de Asigurare;
 - în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință împrejurările reale și complete privitoare la Risc, nu ar fi încheiat Contractul de Asigurare, Asigurătorul are dreptul de a refuza plata Indemnizației de Asigurare și de a rezilia unilateral Contractul de Asigurare, plătind în schimb Valoarea de Răscumpărare existentă la data producerii Evenimentului Asigurat și participarea la câștig conform art. 10;
 - în cazul în care Contractantul Asigurării și/sau Beneficiarii, după caz, au furnizat informații false sau incomplete cu privire la circumstanțele producerii Evenimentului Asigurat, Asigurătorul are dreptul de a refuza plata Indemnizației de Asigurare, plătind în schimb, Valoarea de Răscumpărare existentă la data producerii Evenimentului Asigurat și participarea la câștig conform art. 10;.
- 21.4 În cazul rezilierii de către Asigurător a Contractului de asigurare pentru declarații false / incomplete, Asigurătorul este degrevat de plata Indemnizației de asigurare și va plăti, în schimb, Valoarea de răscumpărare și participarea la câștig, dacă aceasta există, în conformitate cu prevederile art. 10.

Articolul 22. Încetarea Contractului de Asigurare. Încetarea acoperirii pentru riscurile asigurate suplimentar.

22.1. În următoarele situații, Contractul de asigurare își încetează efectele deplin drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, somații, proceduri etc. și fără intervenția vreunei instanțe judecătorești:

- în cazul decesului Asiguratului;
- în cazul plății Valorii de răscumpărare;
- La ora 0:00 a datei expirării Contractului de asigurare, data menționată ca atare în Polița de asigurare;

- d) prin rezilierea unilaterală de către Asigurător a Contractului de asigurare, în următoarele situații:
- (i) în cazurile prevăzute ca atare în cadrul prezentelor Condiții Generale și Particulare de asigurare;
 - (ii) în cazul în care Contractantul și/sau Asiguratul și/sau Beneficiarii (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de Beneficiari) refuză să ofere informații privind datele de identificare personale solicitate de către Asigurător;
 - (iii) în cazul în care Contractantul și/sau Asiguratul și/sau Beneficiarii (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de Beneficiari) furnizează Asigurătorului declarații false și/sau informații incomplete cu privire la împrejurările esențiale referitoare la riscurile asigurate, informații care, dacă ar fi fost aduse la cunoștința Asigurătorului, ar fi determinat neîncheierea Contractului de asigurare sau oferirea acestuia în alte condiții (conform art.21);
 - (iv) în cazul în care datele de identificare personale ale Contractantului și/sau Asiguratului și/sau Beneficiarilor (respectiv ale moștenitorilor Asiguratului în calitate de Beneficiari) se regăsesc în Listele oficiale ale persoanelor fizice și persoanelor juridice suspecte de săvârșirea sau de finanțarea actelor de terorism. Datele de identificare personale sunt cele prevăzute de Ordinul CSA (în prezent ASF) nr. 24/2008 pentru punerea în aplicare a Normelor privind prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor. La constatarea acestor situații, Asigurătorul are dreptul de a rezilia unilateral Contractul de asigurare, printr-o scrisoare recomandată adresată în acest sens Contractantului sau Beneficiarilor, după caz. Contractul de asigurare va înceta deplin drept la ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei expedierii de către Asigurător a scrisorii prin care Asigurătorul informează Contractantul sau, după caz, Beneficiarii desemnați contractual, atât asupra încetării Contractului de asigurare, cât și asupra eventualei Valori de răscumpărare plătabile în acest caz;
 - (v) în cazul în care Contractantul și/sau Beneficiarii (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de beneficiari) se califică drept cetățean american sau rezident SUA sau ca instituție financiară străină non-participantă și refuză să ofere informații sau documente referitoare la verificarea identității sale, în conformitate cu reglementările FATCA sau alte acte legislative (fiscale și de combatere a spălării banilor).
- e) prin rezilierea unilaterală de către Contractant a Contractului de asigurare;
- f) în cazul denunțării unilaterale a Contractului de asigurare de către Contractantul asigurării sau de către Asigurat în condițiile retragerii de către acesta din urmă a consimțământului dat la încheierea Contractului de asigurare având ca obiect viața sa. În această situație, Contractantul beneficiază de Valoarea de răscumpărare aferentă Contractului său de asigurare la data încetării acestuia și participarea la câștig, în conformitate cu prevederile Condițiilor Generale și Particulare de asigurare. Contractantul asigurării se obligă să comunice Asigurătorului decizia sa de denunțare a Contractului de asigurare printr-o înștiințare scrisă prealabilă a Asigurătorului, care trebuie făcută cu cel puțin 20 de zile înainte de denunțare. Contractul de asigurare își va înceta efectele la ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei de încetare astfel solicitate de către Contractant sau, în cazul în care o astfel de dată nu este specificată expres de către Contractant, la ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei recepționării de către Asigurător a înștiințării scrise de denunțare a Contractului de asigurare. Contractantul asigurării este obligat să plătească primele de asigurare aferente acoperirii riscului până la data încetării Contractului de asigurare, în caz contrar contravaloarea acestora deducându-se din cuantumul Valorii de răscumpărare.
- g) în cazul denunțării unilaterale a Contractului de asigurare de către Asigurător cu notificarea scrisă prealabilă a celeilalte părți, care trebuie făcută cu cel puțin 20 de zile înainte de denunțare. În această situație, Contractantul beneficiază de Rezerva matematică aferentă Contractului său de asigurare și participarea la câștig la data încetării acestuia plus prima necâștigată până la următoarea scadență neachitată, în conformitate cu prevederile Condițiilor Generale și Particulare de asigurare.
- 22.2. Acoperirile pentru riscurile asigurate suplimentar pot înceta în următoarele cazuri:
- a) odată cu asigurarea de bază, la expirarea Poliței;
 - b) odată cu asigurarea de bază, la rezilierea Poliței;
 - c) la aniversarea poliței de bază, la solicitarea Contractantului;
 - d) pe durata în care contractul este eliberat de la plata Primelor de Asigurare;
 - e) pe durata în care contractul este înghețat;
 - f) în cazul decesului Asiguratului;
 - g) în cazul plății Valorii de răscumpărare;
 - h) în cazul rezilierii Contractului de asigurare de către Asigurător/Contractant;
 - i) în cazul denunțării unilaterale a Contractului de asigurare de către una dintre părți, în conformitate cu prevederile legale;
 - j) în cazul nerespectării obligațiilor contractuale de către una din părți, conform condițiilor contractuale;
- 22.3. În cazul riscului de Invaliditate permanentă, acoperirea încetează și la data plății integrale (100%) a indemnizației aferente clauzei de invaliditate.
- 22.4. În cazul riscului asigurat suplimentar „Exonerare de la Plata Primelor în caz de Invaliditate Totală și Permanentă din orice cauză (E.P.P.I.)”, acoperirea încetează și la data împlinirii vârstei legale de pensionare a Asiguratului;
- 22.5. În cazul riscului asigurat suplimentar „Protector (PRT)” acoperirea încetează și după plata integrală (100%) a indemnizației aferente diagnosticării cu una din afecțiunile acoperite prin această clauză;
- 22.6. În cazul riscului asigurat suplimentar „Boli Grave (BG)” acoperirea încetează și după plata integrală (100%) a indemnizației aferente diagnosticării cu una din afecțiunile acoperite prin această clauză.

Articolul 23. Emiterea unei noi Polițe de Asigurare

- 23.1 În situația în care Contractantul completează greșit Cererea și / sau Oferta de asigurare și ca urmare Polița de asigurare emisă trebuie înlocuită cu una nouă cu datele corectate, emiterea noii polițe se va face pe cheltuiala Contractantului, prin plata Drepturilor de emisiune. Începând cu data emiterii noii polițe, Polița emisă inițial își pierde valabilitatea.
- 23.2 În situația în care Asigurătorul emite greșit Polița de asigurare și ca urmare polița emisă trebuie înlocuită cu una nouă cu datele corectate, emiterea noii polițe se face pe cheltuiala Asigurătorului. Începând cu data emiterii noii polițe, Polița emisă inițial își pierde valabilitatea.

- 23.3 În situația în care Contractantul solicită efectuarea de modificări ale datelor inițiale menționate în Polița de asigurare, Asigurătorul le operează pe baza înștiințării în scris transmisă de Contractant. Modificările solicitate sunt valabile începând cu data la care s-a primit la Direcția Centrală a Asigurătorului înștiințarea în scris și sunt notificate Contractantului prin Anexă la Contract.
- 23.4 În situația în care Contractantul pierde Polița de asigurare ori aceasta este distrusă sau furată, Asigurătorul va emite o nouă Poliță de asigurare, în urma solicitării scrise a acestuia. Solicitarea scrisă va preciza împrejurările pierderii, distrugerii sau furtului acesteia. Emiterea noii Polițe de asigurare se face pe cheltuiala Contractantului, prin plata Drepturilor de emisiune. Începând cu data emiterii noii polițe, Polița de asigurare emisă inițial își pierde valabilitatea.

Articolul 24. Cheltuieli, Taxe, Impozite

- 24.1 Toate cheltuielile, taxele și impozitele aplicabile Primelor de asigurare sau Indemnizațiilor de asigurare sunt în sarcina Contractantului asigurării, respectiv Beneficiarului asigurării, în conformitate cu prevederile legale în domeniu.
- 24.2 Dacă asigurarea se încheie, cheltuielile cu examenele medicale solicitate de Asigurător înainte de încheierea asigurării sunt în sarcina acestuia.

Articolul 25. Locul comunicărilor

Toate comunicările cu privire la derularea prezentului contract trebuie să fie efectuate în scris cu confirmare de primire după cum urmează:

- a) cele destinate Asigurătorului, la sediul legal al acestuia, așa cum rezultă din poliță sau din modificările succesive înscrise, conform legii, în Registrul Comerțului (se poate utiliza și adresa de e-mail publicată pe site-ul Societății sau orice alt mijloc de comunicare electronică oficializat);
- b) cele adresate Contractantului, la adresa indicată în poliță sau la aceea care a fost menționată expres de către Contractant pentru trimiterea comunicărilor (se poate utiliza adresa de e-mail/, fax, indicate de acesta).

Articolul 26. Alte Prevederi Contractuale

- 26.1 Prevederile prezentelor condiții de asigurare se completează cu Condițiile particulare de asigurare pentru Riscurile asigurate suplimentar precum și cu dispozițiile legale în vigoare.
- 26.2 Legislația Aplicabilă. Contractul de Asigurare va fi guvernat de Legislația Română în vigoare, incluzând actele normative privind Asigurările și Reasigurările, Regulamentul privind Efectuarea Operațiunilor Valutare și prevederile specifice cuprinse în prezentele Condiții de Asigurare.
- 26.3 Dacă este necesar pentru scopul și natura Asigurării, există posibilitatea includerii în Contractul de Asigurare a unor prevederi diferite de cele menționate în prezentele Condiții Generale de Asigurare. Eventualele diferențe nu vor fi în conflict cu prevederile imperative ale legislației mai sus menționate.
- 26.4 Asiguratul, respectiv Contractantul Asigurării, au dreptul de a solicita oricând informații suplimentare legate de Contractul de Asigurare prin intermediul Consultanțului de Asigurare, telefonic sau în scris.
- 26.5 Orice nemulțumire din partea Contractanților / Asiguraților și / sau Beneficiarilor va fi soluționată pe cale amiabilă. În acest sens, cererea va fi transmisă în scris (inclusiv în formă electronică), către sediul central al Asigurătorului. Acesta va înregistra reclamația și va proceda la soluționarea nemulțumirii formulate. Reclamantul va primi ulterior, prin intermediul unei înștiințări oficiale, punctul de vedere al Asigurătorului conținând clarificările necesare și eventual modalitatea de soluționare a cererii. Dacă, din punctul de vedere al reclamantului, răspunsul Asigurătorului nu corespunde cerințelor sale, la solicitarea acestuia, părțile pot conveni la organizarea unei întâlniri în cadrul căreia să se soluționeze cererea. În situația în care nu s-a reușit soluționarea cazului pe cale amiabilă, părțile se pot adresa instanțelor legal competente.
- 26.6 Schimbarea Contractantului Asigurării. Schimbarea Contractantului Asigurării poate fi solicitată oricând pe durata Contractului, în baza unei cereri scrise și va fi efectuată cu acordul expres al vechiului și noului Contractant, al Asiguratului precum și al Asigurătorului. Pe lângă datele de identificare ale noului Contractant, Asigurătorul poate solicita, în vederea acordului său la această modificare, informații legate de motivul schimbării, interes asigurabil, precum și declarații cu privire la îndeplinirea obligațiilor fiscale rezultate în urma acestei operațiuni. Modificarea va intra în vigoare în momentul emiterii de către Asigurător a unei Anexe la Polița de Asigurare, cu datele de identificare ale noului Contractant și ale instrumentelor de plată aferente.
- 26.7 Specimenul de Semnătură. Semnătura Asiguratului, respectiv a Contractantului, de pe Cererea și Oferta de Asigurare este considerată Specimen de Semnătură. Toate solicitările de modificare vor fi luate în considerare dacă vor avea aceeași semnătură ca pe Cererea și Oferta de Asigurare. În cazul în care Asiguratul sau Contractantul își vor schimba semnătura pe parcursul derulării Contractului, vor avea obligația să aducă la cunoștință Asigurătorului acest fapt, printr-un document cu noul Specimen de Semnătură, documentul respectiv fiind semnat și cu vechea și cu noua semnătură.
- 26.8 Orice litigiu decurgând din sau în legătură cu contractul de asigurare va fi soluționat de către instanțele judecătorești din România, de la sediul Asigurătorului.

Condiții Particulare de Asigurare

Riscul Asigurat Suplimentar „Deces din Accident (D.A.)”

Articolul 1

Dacă decesul Asiguratului are loc ca urmare a Vătămărilor corporale apărute în urma unui Accident suferit în perioada valabilității Poliței de Asigurare, Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare formată din Suma asigurată prevăzută în Polița de asigurare pentru această acoperire suplimentară.

Această indemnizație se plătește suplimentar față de cea pentru asigurarea de bază.

Articolul 2

Prezența acoperire suplimentară se acordă cu condiția ca primele de asigurare aferente să fie achitate la zi sau în perioada de grație, odată cu primele pentru asigurarea de bază.

Articolul 3

Indemnizația de asigurare se plătește cu condiția ca decesul Asiguratului să fi survenit în perioada asigurată, ca urmare a consecințelor unui Accident survenit în perioada asigurată.

Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare cu respectarea prevederilor din Condițiile Generale de Asigurare referitoare la Obligațiile Asigurătorului.

Articolul 4

Dacă Asiguratul decedează după plata unei Indemnizații pentru Invaliditate Permanentă din Accident / orice cauză în termen de un an de la data producerii Evenimentului, atunci Asigurătorul:

- a) plătește diferența dintre Suma Asigurată pentru Deces și Indemnizația plătită pentru Invaliditate Permanentă când Suma Asigurată aferentă clauzei de Deces este mai mare;
- b) nu solicită vreo restituire, când Suma Asigurată aferentă clauzei de Deces este inferioară Indemnizației plătite pentru Invaliditate Permanentă.

Articolul 5

5.1. Dacă decesul Asiguratului a fost cauzat de actul intenționat al unui Beneficiar, pentru care acesta a fost condamnat definitiv, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de Asigurare către acest Beneficiar. În acest caz Indemnizația de Asigurare va fi plătită de către Asigurător celorlalți Beneficiari desemnați, iar în cazul în care aceștia nu sunt desemnați aceasta va fi plătită moștenitorilor Asiguratului, în calitate de Beneficiari.

5.2. Asigurătorul nu datorează Indemnizația de asigurare pentru această clauză, dacă decesul Asiguratului se produce ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale.

Riscul Asigurat Suplimentar „Deces din Accident de Circulație (D.A.C.)”

Definiții

Accident de circulație: în sensul prezentei acoperiri suplimentare, prin Accident de Circulație se înțelege evenimentul petrecut, în perioada asigurată, pe drumurile publice, constatat de către organele abilitate și care are drept rezultat decesul Asiguratului, ca urmare a Vătămărilor corporale suferite de acesta în urma impactului cu un autovehicul în calitate de pieton sau în timpul deplasării acestuia pe drumurile publice într-un autovehicul înmatriculat. Nu se consideră Accident de Circulație evenimentul produs în timpul deplasării cu mijloace de transport feroviare, navale sau aeriene.

Articolul 1

Dacă decesul Asiguratului are loc ca urmare a Vătămărilor corporale apărute în urma unui Accident de Circulație suferit în perioada valabilității Poliței de Asigurare, Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de Asigurare formată din Suma asigurată prevăzută în Polița de asigurare pentru această acoperire suplimentară. Această indemnizație se plătește suplimentar față de cea pentru asigurarea de bază.

Articolul 2

Această acoperire se acordă numai împreună cu acoperirea suplimentară „Deces din Accident”.

Articolul 3

Prezența acoperire suplimentară se acordă cu condiția ca Primele de Asigurare aferente să fie achitate la zi sau în perioada de grație, odată cu primele pentru asigurarea de bază.

Articolul 4

Indemnizația de Asigurare se plătește numai în baza unei confirmări a Accidentului de Circulație, eliberată de către Organele de Poliție - Direcția Circulație. Plata Indemnizației de Asigurare se face cu respectarea prevederilor din Condițiile Generale de Asigurare referitoare la Obligațiile Asigurătorului.

Articolul 5

Indemnizația de asigurare se plătește cu condiția ca decesul Asiguratului să fi survenit în perioada asigurată, ca urmare a consecințelor unui Accident survenit în perioada asigurată. Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare, cu respectarea prevederilor din Condițiile Generale de Asigurare referitoare la Obligațiile Asigurătorului.

Articolul 6

Dacă Asiguratul decedează după plata unei Indemnizații pentru Invaliditate Permanentă din Accident / orice cauză în termen de un an de la data producerii Evenimentului, atunci Asigurătorul:

- a) plătește diferența dintre Suma Asigurată pentru Deces și Indemnizația plătită pentru Invaliditate Permanentă când Suma Asigurată aferentă clauzei Deces este mai mare;
- b) nu solicită vreo restituire, când Suma Asigurată aferentă clauzei de Deces este inferioară Indemnizației plătite pentru Invaliditate Permanentă.

Articolul 7

- 7.1. Dacă decesul Asiguratului a fost cauzat de actul intenționat al unui Beneficiar, pentru care acesta a fost condamnat definitiv, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de Asigurare către acest Beneficiar. În acest caz Indemnizația de Asigurare va fi plătită de către Asigurător celorlalți Beneficiari desemnați, iar în cazul în care aceștia nu sunt desemnați, aceasta va fi plătită moștenitorilor Asiguratului în calitate de Beneficiari.
- 7.2. Asigurătorul nu datorează Indemnizația de Asigurare pentru această clauză, dacă decesul Asiguratului se produce ca urmare a riscurilor prevăzute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale.

Riscul Asigurat Suplimentar „Deces din orice cauză (D.O.C.)”

Articolul 1

La solicitarea Contractantului asigurarea de bază se poate completa, la încheierea asigurării sau la Aniversare, cu acoperirea suplimentară de Deces din orice cauză (D.O.C.).

În cazul producerii, în perioada asigurată, a decesului Asiguratului din orice cauză (Accident și/sau îmbolnăvire), Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare constând în Suma asigurată prevăzută în Polița de asigurare pentru această acoperire suplimentară. Această indemnizație se plătește suplimentar față de cea pentru asigurarea de bază.

Articolul 2

Prezența acoperire suplimentară se acordă cu condiția ca primele de asigurare aferente să fie achitate la zi sau în perioada de grație, odată cu primele pentru asigurarea de bază.

Articolul 3

În cazul decesului produs ca urmare a consecințelor unui Accident survenit în perioada asigurată, Indemnizația de asigurare se plătește cu condiția ca decesul Asiguratului să fi survenit în perioada asigurată. Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare cu respectarea prevederilor din Condițiile Generale de Asigurare, referitoare la Obligațiile Asigurătorului.

Articolul 4

Dacă Asiguratul decedează după plata unei Indemnizații pentru Invaliditate Permanentă din Accident / orice cauză în termen de un an de la data producerii Evenimentului, atunci Asigurătorul:

- a) plătește diferența dintre Suma Asigurată pentru Deces și Indemnizația plătită pentru Invaliditate Permanentă când Suma Asigurată aferentă clauzei Deces este mai mare;
- b) nu solicită vreo restituire, când Suma Asigurată aferentă clauzei de Deces este inferioară Indemnizației plătite pentru Invaliditate Permanentă.

Articolul 5

5.1 Dacă decesul Asiguratului a fost cauzat de actul intenționat al unui Beneficiar, pentru care acesta a fost condamnat definitiv, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de asigurare către acest Beneficiar. În acest caz Indemnizația de asigurare va fi plătită de către Asigurător celorlalți Beneficiari desemnați, iar în cazul în care aceștia nu sunt desemnați aceasta va fi plătită moștenitorilor Asiguratului, în calitate de Beneficiari.

5.2 Asigurătorul nu datorează Indemnizația de asigurare dacă decesul Asiguratului s-a produs ca urmare a riscurilor prevăzute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale, precum și ca urmare a:

- a) unei Afecțiuni preexistente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident diagnosticate înainte de achiziționarea clauzei, cu excepția cazului în care afecțiunea, Boala cronică, handicapul sau urmările au fost declarate, în scris, de către Asigurat și acceptate de Asigurător;
- b) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroză hepatică, neoplasm hepatic etc.;
- c) unei afecțiuni neoplazice, diagnosticate în primele șase luni de la data de început a Contractului de Asigurare.

Riscul Asigurat Suplimentar „Invaliditate Permanentă din Accident (I.P.A.) / Invaliditate Permanentă din orice cauză (I.P.)”

Definiții

- Invaliditate permanentă:** reprezintă pierderea anatomică a unor organe, membre sau sisteme ale Asiguratului, în mod permanent, din cauza unui Eveniment petrecut în perioada de valabilitate a Asigurării sau pierderea capacității funcționale a unor organe, membre sau sisteme ale Asiguratului, în mod permanent, din cauza unui Eveniment petrecut în perioada de valabilitate a Asigurării. Pierderea capacității funcționale trebuie să fie continuă timp de cel puțin 12 (douăsprezece) luni consecutive.
- Invaliditate Permanentă Totală:** este o invaliditate permanentă (definită ca mai sus), cu condiția obligatorie ca aceasta să îl împiedice definitiv pe Asigurat să desfășoare orice activitate, ce ar putea să-i asigure un venit, salariu, remunerare sau profit.
- Invaliditate Permanentă Parțială:** este o invaliditate permanentă (definită ca mai sus), care însă nu îl împiedică pe Asigurat să presteze o activitate profesională aducătoare de venit.
- Eveniment:**
- Accidentul survenit în perioada de valabilitate a Poliței de Asigurare în cazul în care s-a optat pentru clauză de Invaliditate Permanentă din Accident;
 - Accident/Îmbolnăvire survenit/survenită în perioada de valabilitate a Poliței de Asigurare în cazul în care s-a optat pentru clauză de Invaliditate Permanentă din orice cauză. Contractantul / Asiguratul poate opta doar pentru una din cele două clauze.

Articolul 1

Indemnizația de Asigurare se plătește cu condiția ca Invaliditatea Asiguratului să fi survenit în perioada asigurată. Asiguratorul va plăti Indemnizația de Asigurare cu respectarea prevederilor din Condițiile Generale de Asigurare, referitoare la Obligațiile Asiguratorului.

Articolul 2

Indemnizația se calculează conform procentelor și prevederilor din „Tabelul de procente pentru Invaliditate Permanentă”, iar în cazul Invalidității Parțiale procentul sau suma procentelor trebuie să fie cel puțin 11%.

Articolul 3

În cazurile de Invaliditate Permanentă nespecificate în „Tabelul de procente pentru Invaliditate Permanentă”, Indemnizația se stabilește în funcție de măsura în care este diminuată definitiv capacitatea generală a Asiguratului de a desfășura orice muncă utilă, indiferent de profesia sa, ținând cont de procentele respective ale cazurilor mai sus menționate.

Articolul 4

În cazuri de pierdere anatomică sau funcțională a mai multor organe sau membre în urma aceluiași Eveniment, Indemnizația se stabilește prin adunarea procentelor corespunzătoare pentru fiecare leziune, până la limita maximă a 100 de procente.

Articolul 5

Stabilirea gradului de invaliditate se face pe baza certificatului medical constatator al Invalidității Permanente eliberat de autoritatea competentă. Plata Indemnizațiilor în caz de Invaliditate Permanentă din Accident / orice cauză se face după trecerea termenului de 12 luni consecutive de la data Evenimentului. În cazul în care Invaliditatea Permanentă este incontestabilă, stabilirea gradului de invaliditate și plata Indemnizației se poate face și înainte de terminarea perioadei de 12 luni consecutive, dar nu mai devreme de 3 luni de la producerea Evenimentului.

Articolul 6

Asiguratul este obligat să se supună unei noi examinări medicale, la cererea Asiguratorului, în scopul stabilirii procentului din Suma Asigurată care va fi plătit ca Indemnizație pentru Invaliditate Permanentă.

Articolul 7

După fiecare producere a unei Invalidități Permanente parțiale din Accident / orice cauză, și plata unei Indemnizații de Asigurare, Suma Asigurată pentru Invaliditate Permanentă din Accident / orice cauză rămâne aceeași ca și înainte de plata Indemnizației respective. În cazul în care se produce un alt Eveniment în care Asiguratul suferă o altă Invaliditate Permanentă parțială din Accident/orice cauză, Indemnizația se va stabili prin aplicarea procentului corespunzător din „Tabelul de procente pentru Invaliditate Permanentă”, cu mențiunea că suma tuturor procentelor nu trebuie să depășească 100% din Suma Asigurată pentru Invaliditate Permanentă din Accident/orice cauză pe toată durata Asigurării.

Articolul 8

Asiguratorul plătește Asiguratului Indemnizația de Asigurare integral sau sub formă de rentă. Dreptul la Indemnizație pentru Invaliditate Permanentă din Accident / orice cauză are caracter personal și prin urmare nu se transmite moștenitorilor sau beneficiarilor.

Articolul 9

Prezența acoperire suplimentară se acordă cu condiția ca Primele de Asigurare aferente să fie achitate la zi sau în perioada de grație, odată cu primele pentru Asigurarea de bază.

Articolul 10

Pentru Asigurarea Suplimentară de Invaliditate Permanentă totală sau parțială, nu pot fi asigurate persoanele încadrate în grad I sau II de invalitate.

Articolul 11

Asigurătorul nu datorează Indemnizația de Asigurare pentru clauza de Invaliditate Permanentă din Accident și pentru clauza de Invaliditate Permanentă din orice cauză, dacă Invaliditatea a avut loc ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art.

20.1 - Excluderi generale, precum și ca urmare a:

- a) unei Afecțiuni preexistente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident diagnosticate înainte de achiziționarea clauzei, cu excepția cazului în care afecțiunea, Boala cronică, handicapul sau urmările au fost declarate, în scris, de către Asigurat și acceptate de Asigurător;
- b) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroza hepatică, neoplasm hepatic, etc.;
- c) unei afecțiuni neoplazice, diagnosticate în primele șase luni de la data de început a Contractului de Asigurare;

Riscul Asigurat Suplimentar „Exonerare de la Plata Primelor în caz de Invaliditate Totală și Permanentă din orice cauză (E.P.P.I.)”

Definiții

Invaliditate totală și permanentă din orice cauză, în sensul prezentei clauze suplimentare:

pierderea anatomică totală a unor organe, membre sau sisteme ale Asiguratului, în mod permanent, din cauza unui Accident/ Îmbolnăvire petrecut/ petrecută în perioada de valabilitate a asigurării sau pierderea totală a capacității funcționale a unor organe, membre sau sisteme ale Asiguratului, în mod permanent, din cauza unui Accident/Îmbolnăvire petrecut/petrecută în perioada de valabilitate a asigurării. Pierderea capacității funcționale trebuie să fie continuă timp de cel puțin 12 (douăsprezece) luni consecutive, cu condiția obligatorie ca aceste pierderi totale să îl împiedice definitiv pe Asigurat să desfășoare orice activitate ce ar putea să-i asigure un venit, salariu, remunerare sau profit.

Articolul 1

Asigurarea de bază prevăzută în Condițiile Generale de Asigurare poate fi completată, la încheierea Asigurării sau la Aniversarea contractului, cu clauză de Exonerare de la Plata Primelor de Asigurare în caz de Invaliditate Totală și Permanentă din orice cauză a Asiguratului (E.P.P.I.).

Articolul 2

În cazul în care Asiguratul a suferit, pe durata Contractului, o Invaliditate Totală și Permanentă din orice cauză, care îl împiedică definitiv să desfășoare orice activitate ce ar putea să-i asigure un venit, salariu, remunerare sau profit, Contractantul este scutit (exonerat), până la expirarea Contractului, de obligația de a plăti Primele de Asigurare ulterioare momentului producerii Îmbolnăvirii sau Accidentului.

Primele de Asigurare anuale ce sunt datorate se consideră toate ca fiind cu valoare constantă și egală cu ultima Primă de Asigurare anuală plătită (chiar dacă parțial). Pe durata exonerării, contractul participă la câștig.

Articolul 3

Din momentul în care se produce Invaliditatea Permanentă și Totală a Asiguratului, acesta trebuie să notifice în scris Evenimentul asigurat conform art. 18.9 și să atașeze documente medicale justificative (Certificat de încadrare în grad de Invaliditate, Decizia asupra capacității de muncă, ultimul bilet de ieșire din spital, Fișa de Consultație de la medicul de familie, Fișa de observație Clinică din Spital etc.). Din momentul în care Asigurătorul recunoaște starea de invaliditate permanentă și totală a Asiguratului, acesta va rambursa primele de asigurare achitate integral care au fost scadente în perioada cuprinsă între prezentarea cererii cu documentele medicale complete de către Asigurat și recunoașterea Invalidității de către Asigurător.

Articolul 4

Asiguratul trebuie să furnizeze toate informațiile asupra cauzelor și consecințelor Invalidității și să se supună tuturor verificărilor medicale solicitate de Asigurător, dezlegând în același timp de secretul profesional pe medicii care l-au consultat și tratat. Până la recunoașterea stării de Invaliditate din partea Asigurătorului toate primele trebuie să fie plătite la zi.

Articolul 5

Dacă Asiguratul își recapătă în totalitate sau în parte capacitatea de muncă, încetează imediat efectele prezentei acoperiri și contractul continuă în condițiile inițiale. Asigurătorul are dreptul să efectueze în oricare moment, dar nu mai mult de o dată pe an, verificarea stării de Invaliditate a Asiguratului.

Articolul 6

În caz de Invaliditate Totală și Permanentă din îmbolnăvire a Asiguratului apărută în primul an de la data includerii în asigurare, Asigurătorul va restitui Contractantului Primele de asigurare plătite pentru această clauză din care se deduc cheltuielile de administrare ale Asigurătorului, iar această acoperire suplimentară își încetează valabilitatea. În caz de Invaliditate Totală și Permanentă din Accident se acordă scutirea de la plata primelor.

Articolul 7

Dreptul Contractantului de a mări Primele de asigurare va fi suspendat începând cu data de la care el va fi exonerat (scutit) de plata primelor următoare. Acest drept va fi repus în vigoare la data primei Aniversări următoare reluării plății primelor de către acesta.

Articolul 8

Pentru Asigurarea Suplimentară E.P.P.I. nu pot fi asigurate persoanele încadrate în grad I sau II de invaliditate.

Articolul 9

Prezența acoperire suplimentară se acordă cu condiția ca Primele de Asigurare aferente să fie achitate la zi sau în perioada de grație, o dată cu Primele pentru Asigurarea de Bază.

Articolul 10

Asigurătorul nu oferă această acoperire dacă Invaliditatea Totală și Permanentă a Asiguratului se produce ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale, precum și ca urmare a:

- a) unei Afecțiuni preexistente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident diagnosticate înainte de achiziționarea clauzei, cu excepția cazului în care afecțiunea, Boala cronică, handicapul sau urmările au fost declarate, în scris, de către Asigurat și acceptate de Asigurător;
- b) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroză hepatică, neoplasm hepatic etc.;
- c) unei afecțiuni neoplazice, diagnosticate în primele șase luni de la data de început a Contractului de Asigurare.

Riscul Asigurat Suplimentar „Spitalizare Continuă din Accident (S.A.)” / „Spitalizare Continuă din orice cauză (S.)”

Definiții

| | |
|------------------------------|--|
| Spital: | O unitate sanitară publică sau privată cu paturi, a cărei funcționare este autorizată de Ministerul Sănătății și care îndeplinește cumulativ următoarele condiții: <ul style="list-style-type: none">- acordă servicii de diagnostic și tratament în regim continuu pacienților internați, cu întocmirea Foii de Observație Clinică Generală (FOCG), conform procedurilor legale în vigoare;- dispune de echipamente medicale adecvate și de personal medical și auxiliar acreditat conform reglementărilor legale în vigoare pentru acordarea de asistență medicală de specialitate, în concordanță cu diagnosticul principal formulat la internarea pacientului; |
| Spitalizare continuă: | Forma de internare într-o secție dintr-un Spital pentru îngrijirea afecțiunilor acute sau tratarea urmărilor unui Eveniment asigurat, cu întocmirea FOCG, prin care se asigură asistență medicală curativă pe întreaga durată necesară rezolvării cazului respectiv. Spitalizarea continuă se face la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii sau în cazul urgențelor medico-chirurgicale. Nu este acoperită spitalizarea în scopul tratării bolilor cronice care nu au fost diagnosticate pentru prima dată în perioada asigurată, spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului, acordarea de servicii medicale în Spitale în alte forme decât spitalizarea continuă. Nu se consideră Spitalizare continuă internarea în: <ul style="list-style-type: none">- unitățile destinate îngrijirii persoanelor dependente de alcool sau de substanțe psihoactive;- unitățile destinate îngrijirii bătrânilor și azilele de bătrâni;- unitățile medico-sociale sau spitalele, secțiile destinate internării cazurilor sociale;- structurile denumite „spitalizare de zi”;- instituțiile de nursing - sau de îngrijiri medicale la domiciliu;- centre de medicină complementară/medicină alternativă/centre wellness;- instituțiile pentru tratarea bolilor psihice;- sanatoriile și preventoriile TBC precum și unitățile sau secțiile de pneumoftiziologie sau ftiziologie, cu excepția situațiilor în care, din documentele medicale reiese cu exactitate faptul că pacientul a fost tratat în astfel de instituții pentru alte afecțiuni decât tuberculoză sau complicații ale acesteia;- unitățile sau secțiile care furnizează servicii medicale de recuperare-reabilitare medicală sau cure în stațiuni balneoclimaterice, cu excepția situațiilor în care se efectuează tratamente recuperatorii pentru un eveniment asigurat apărut pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării. În acest caz, numărul maxim de zile de spitalizare pentru recuperare este de 30 de zile. |
| Eveniment asigurat: | Accidentul survenit în perioada de valabilitate a Poliței de Asigurare în cazul în care s-a optat pentru clauză de Spitalizare Continuă din Accident; Accident/Îmbolnăvire survenit/survenită în perioada de valabilitate a Poliței de Asigurare în cazul în care s-a optat pentru clauza de Spitalizare Continuă din orice cauză. Contractantul /Asiguratul poate opta doar pentru una din cele două clauze. |

Articolul 1

În cazul în care, ca urmare a unui Eveniment suferit în perioada valabilității Poliței de Asigurare, Asiguratul este internat într-un Spital pentru o perioadă de minimum 3 zile, Asigurătorul va plăti, începând cu prima zi de internare, o indemnizație pentru fiecare zi de spitalizare calculată după cum urmează:

- 100% din Indemnizația zilnică de spitalizare, specificată în Polița de Asigurare, pentru primele 14 zile de Spitalizare continuă;
- 50% din Indemnizația zilnică de spitalizare specificată în Polița de Asigurare, începând cu ziua a cincisprezecea de Spitalizare continuă;

Ziua de externare nu este indemnizată.

Articolul 2

Numărul maxim de zile de Spitalizare Continuă plătite ca urmare a unui Eveniment este de 90 de zile. În cazul în care evenimentul s-a produs înainte de expirarea Poliței de asigurare, numărul maxim de zile de Spitalizare Continuă plătite după data expirării este de 10 zile.

Articolul 3

Numărul maxim de zile de spitalizare plătite într-un an de asigurare este de 180 de zile.

Articolul 4

Indemnizația de asigurare pentru clauza de Spitalizare are caracter personal și se plătește direct Asiguratului căruia medicul de specialitate îi recomandă internarea într-un Spital în scopul tratării consecințelor unui Eveniment acoperit prin prezentele Condiții de Asigurare.

Articolul 5

Prezența acoperire suplimentară se acordă cu condiția ca Primele de Asigurare aferente să fie achitate la zi sau în perioada de grație, o dată cu Primele pentru Asigurarea de Bază.

Articolul 6

Asigurătorul nu datorează Indemnizația de Asigurare pentru clauza de Spitalizare din Accident și pentru clauza de Spitalizare din orice cauză, dacă Spitalizarea a avut loc ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale, precum și ca urmare a:

- unei Afecțiuni preexistente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident diagnosticate înainte de achiziționarea clauzei, cu excepția cazului în care afecțiunea, Boala cronică, handicapul sau urmările au fost declarate, în scris, de către Asigurat și acceptate de Asigurător;
- îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroză hepatică, neoplasm hepatic etc.;
- unei afecțiuni neoplazice, diagnosticate în primele șase luni de la data de început a Contractului de Asigurare;
- spitalizărilor în secții de chirurgie plastică și reparatorie, cu excepția cazurilor în care spitalizarea este recomandată expres de către un medic de specialitate pentru repararea consecințelor unui Accident;
- evenimentelor care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția avortului în scop terapeutic, necesar în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către medicul de specialitate);
- efectuării de investigații și tratamente pentru sterilitate/fertilizare în vitro/inseminare artificială;
- unor operații sau tratamente efectuate greșit;
- oricărei acțiuni provocate intenționat de către Asigurat / Contractant / Beneficiari în vederea obținerii indemnizației de asigurare.

Riscul Asigurat Suplimentar „Intervenții Chirurgicale din Accident (I.C.A.)” / „Intervenții Chirurgicale din orice cauză (I.C.)”

Definiții

- Intervenție chirurgicală:** procedură medicală efectuată la recomandarea unui medic de specialitate exclusiv în scop terapeutic, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
- este practică în timpul Spitalizării, în secția de chirurgie a unui Spital, conform standardelor și normelor medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;
 - presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.
- Eveniment asigurat:**
- Accidentul survenit în perioada de valabilitate a Poliței de Asigurare în cazul în care s-a optat pentru clauză de Intervenții Chirurgicale din Accident;
 - Accident/Îmbolnăvire survenit/survenită în perioada de valabilitate a Poliței de Asigurare în cazul în care s-a optat pentru clauză de Intervenții Chirurgicale din orice cauză.
- Contractantul /Asiguratul poate opta doar pentru una din cele două clauze.

Articolul 1

În cazul în care, ca urmare a unui Eveniment suferit în perioada valabilității Poliței de Asigurare, Asiguratul suferă o Intervenție Chirurgicală din Accident / din orice cauză și dacă Asiguratul rămâne în viață după 24 de ore de la finalizarea intervenției, Asigurătorul va plăti o Indemnizație de Asigurare calculată asupra Sumei Asigurate pentru Intervenții Chirurgicale din Accident / din orice cauză, conform procentelor și prevederilor din "Tabelul de procente pentru Intervenții Chirurgicale".

Articolul 2

În prezentele Condiții de Asigurare, două sau mai multe Intervenții Chirurgicale efectuate în aceeași ședință operatorie, prin aceeași incizie vor fi considerate o singură Intervenție Chirurgicală, iar Indemnizația de asigurare va fi cea corespunzătoare Intervenției chirurgicale efectuate care are cel mai ridicat procentaj în „Tabelul de procente pentru Intervenții Chirurgicale”.

Articolul 3

Pentru orice Intervenție Chirurgicală neprecizată în "Tabelul de procente pentru Intervenții Chirurgicale", Asigurătorul va indemniza prin analogie cu o intervenție specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea societății, cu excepția cazului în care acea intervenție este exclusă în mod explicit în Contractul de Asigurare.

Articolul 4

Suma Asigurată stabilită pentru Intervenții Chirurgicale în urma unui Eveniment este aceeași pe toată durata Asigurării și nu se modifică în urma plății Indemnizației de Asigurare. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% pe an de asigurare.

Articolul 5

Prezența acoperire suplimentară se acordă cu condiția ca Primele de Asigurare aferente să fie achitate la zi sau în perioada de grație, odată cu Primele pentru Asigurarea de Bază.

Articolul 6

Indemnizația de Asigurare se plătește cu respectarea prevederilor din Condițiile Generale de Asigurare, referitoare la Obligațiile Asigurătorului.

Articolul 7

Indemnizația de Asigurare pentru Intervenții Chirurgicale are caracter personal și se plătește direct Asiguratului.

Articolul 8

Asigurătorul nu datorează Indemnizația de Asigurare pentru clauza de Intervenție Chirurgicală din Accident și pentru clauza de Intervenție Chirurgicală din orice cauză, dacă Intervenția Chirurgicală a avut loc ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale, precum și ca urmare a:

- a) unei Afecțiuni preexistente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident diagnosticate înainte de achiziționarea clauzei, cu excepția cazului în care afecțiunea, Boala cronică, handicapul sau urmările au fost declarate, în scris, de către Asigurat și acceptate de către Asigurător;
- b) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroză hepatică, neoplasm hepatic etc.;
- c) unei afecțiuni neoplazice, diagnosticate în primele șase luni de la data de început a Contractului de Asigurare;
- d) evenimentelor care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția avortului în scop terapeutic, necesar în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către medicul de specialitate);
- e) efectuării de investigații și tratamente pentru sterilitate/fertilizare în vitro/inseminare artificială;
- f) intervențiilor de chirurgie plastică și reparatorie, cu excepția cazurilor în care Intervenția chirurgicală de acest tip este recomandată expres de către un medic de specialitate pentru repararea consecințelor unui Accident suferit în perioada valabilității Poliței de asigurare;
- g) intervențiilor stomatologice. Cu toate acestea, Asigurătorul va plăti indemnizații pentru Intervențiile chirurgicale buco-maxilo-faciale, necesare ca urmare a unui Accident suferit în perioada valabilității Poliței de asigurare, dar nu se vor acorda indemnizații pentru restaurarea dentară;
- h) intervențiilor chirurgicale ca urmare a unor operații sau tratamente efectuate greșit;
- i) oricărei acțiuni provocate intenționat de către Asigurat / Contractant / Beneficiari în vederea obținerii indemnizației de asigurare.

Riscul Asigurat Suplimentar „Imobilizare în Aparat Ghipsat ca urmare a unui Accident (I.A.G.)”

Articolul 1

Dacă Accidentul petrecut în perioada asigurată are drept urmare imobilizarea Asiguratului într-o îmbrăcăminte de ghips sau o aparatură imobilizantă echivalentă, Asigurătorul plătește Indemnizația de asigurare stabilită în Polița de Asigurare pentru fiecare zi de imobilizare, pentru o perioadă maximă de 40 zile pe an de asigurare, dar într-un interval de până la 90 zile de la data Accidentului.

Articolul 2

Prezența acoperire suplimentară se acordă cu condiția ca Primele de Asigurare aferente să fie achitate la zi sau în perioada de grație, odată cu Primele pentru Asigurarea de Bază.

Articolul 3

Plata Indemnizației de Asigurare se face cu respectarea prevederilor din Condițiile Generale de Asigurare referitoare la Obligațiile Asigurătorului.

Articolul 4

Indemnizația de Asigurare are caracter personal și se plătește direct Asiguratului.

Articolul 5

Sunt excluse din această acoperire cazurile de imobilizare într-o îmbrăcăminte de ghips sau o aparatură imobilizantă echivalentă provocate ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 20.1 Excluderi generale, precum și ca urmare a:

- unei Afecțiuni preexistente, unui handicap sau urmărilor unui Accident diagnosticate înainte de achiziționarea clauzei, cu excepția cazului în care afecțiunea, handicapul sau urmările au fost declarate, în scris, de către Asigurat și acceptate de către Asigurător;
- oricărei acțiuni provocate intenționat de către Asigurat / Contractant / Beneficiari în vederea obținerii indemnizației de asigurare.

Riscul Asigurat Suplimentar „Fracturi / Arsuri ca urmare a unui accident (F./A.)”

Articolul 1

Dacă Asiguratul suferă una sau mai multe Fracturi /Arsuri ca urmare a unui Accident produs în perioada asigurată, Asigurătorul va plăti o indemnizație calculată asupra sumei asigurate pentru Fracturi /Arsuri, conform procentelor și prevederilor următoare:

| Descrierea tipului de fractură | Procent |
|---|---------|
| Fractură craniu | 60% |
| Fractură una sau mai multe vertebre prin compresie | 50% |
| Fractură femur | 50% |
| Fractură gambă - ambele oase | 30% |
| Fractură pelvis | 30% |
| Fractură humerus | 25% |
| Fractură antebrăț - ambele oase sau rotulă | 20% |
| Fractură mandibulă, maxilar, planșeu orbital | 20% |
| Fractură claviculă, omoplat, antebrăț sau gambă un singur os | 15% |
| Fractură articulația pumnului, carpiene, metacarpene | 10% |
| Fractură articulația gleznei, tarsiene, metatarsiene sau calcaneu | 10% |
| Fractură piramidă nazală, arcadă orbitală | 10% |
| Fractură coaste două sau mai multe, sau stern | 10% |
| Procese transversale vertebrale, fiecare din acestea sau o coastă | 5% |
| Fractură deget de la mână sau picior | 2% |
| Fractură dentară | 2% |

Descrierea tipului de arsură Procent

| | |
|--|------|
| Arsură de gradul doi pe o suprafață mai mică de 5% din corp: | 5% |
| Arsură de gradul doi pe o suprafață de 5 -10% din corp: | 10% |
| Arsură de gradul doi pe o suprafață de 10 -24% din corp: | 15% |
| Arsură de gradul doi pe o suprafața de 25-50% din corp: | 30% |
| Arsură de gradul doi pe o suprafața de peste 50% din corp: | 45% |
| Arsură de gradul trei și patru pe o suprafață de până la 10% din corp: | 70% |
| Arsură de gradul trei și patru a organelor senzoriale: | 100% |
| Arsură de gradul trei și patru pe o suprafața de peste 10% din corp: | 100% |

Articolul 2

- 2.1 Pentru orice Fractură neprecizată mai sus, Asigurătorul va indemniza prin analogie cu o Fractură specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Asigurătorului, cu excepția cazului în care acea Fractură este exclusă în mod explicit în Contractul de asigurare.
- 2.2 Pentru Fracturi multiple (Fracturi pe oase diferite) survenite ca urmare a aceluiași Eveniment se vor cumula procentele aferente fiecărei Fracturi, până la procentul maxim de 100%.
- 2.3 Pentru Fracturi cominutive (mai multe Fracturi pe același os) se aplică o majorare cu 25% a indemnizației. Dacă s-au produs Fracturi cominutive pe mai multe oase, se va aplica majorarea de 25% pentru fiecare Fractură și se vor cumula procentele până la procentul maxim de 100%.
- 2.4 Suma asigurată pentru Fracturi / Arsuri este fixată pentru fiecare an de asigurare. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100%/an.
- 2.5 Arsurile de grad I nu se pot indemniza.
- 2.6 Pentru orice tip de Arsură neprecizată mai sus, Asigurătorul va indemniza prin analogie cu o Arsură specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Asigurătorului, cu excepția cazului în care acea Arsură este exclusă în mod explicit în contractul de asigurare.
- 2.7 Limita precizată în contractul de asigurare este comună pentru Fracturi și Arsuri.

Articolul 3

Prezenta acoperire suplimentară se acordă cu condiția ca Primele de Asigurare aferente să fie achitate la zi sau în perioada de grație, odată cu Primele pentru Asigurarea de Bază.

Articolul 4

Plata Indemnizației de Asigurare se face cu respectarea prevederilor din Condițiile Generale de Asigurare referitoare la Obligațiile Asiguratorului.

Articolul 5

Indemnizația pentru Fracturi /Arsuri are caracter personal și se plătește direct Asiguratului.

Articolul 6

Sunt excluse din această acoperire cazurile de Fracturi /Arsuri provocate ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale precum și ca urmare a:

- a) unei Afecțiuni preexistente, unui handicap sau urmărilor unui Accident diagnosticate înainte de achiziționarea clauzei, cu excepția cazului în care afecțiunea, handicapul sau urmările au fost declarate, în scris, de către Asigurat și acceptate de către Asigurator;
- b) oricărei acțiuni provocate intenționat de către Asigurat / Contractant / Beneficiari în vederea obținerii indemnizației de asigurare.

Riscul Asigurat Suplimentar „Boli Grave (B.G.)”

Articolul 1

În baza prezentelor Condiții de Asigurare, Asiguratorul plătește Indemnizații în cazul în care Asiguratul este diagnosticat cu o afecțiune gravă sau suferă o Intervenție Chirurgicală dintre cele specificate în cuprinsul prezentei clauze. Plata Indemnizației se face numai dacă acestea s-au produs pentru prima dată în perioada de valabilitate a Contractului de Asigurare. Indemnizația de asigurare are valoarea menționată în poliță și se acordă o singură dată integral pe toată durata contractului de asigurare.

Articolul 2

Plata Indemnizației pentru clauză de Boli Grave se face numai către Asigurat și nu către Beneficiari sau moștenitori în cazul decesului acestuia. În cazul decesului Asiguratului ca urmare a unei Boli Grave, nu se acordă indemnizația corespunzătoare acestei clauze (B.G.).

Articolul 3

În cazul spitalizării, Intervențiilor Chirurgicale, referitoare la Boli Grave, cuantumul total al Indemnizațiilor plătite nu va putea depăși în nici un caz valoarea Sumei Asigurate pentru clauză de Boli Grave, respectiv:

- în cazul în care costul total al spitalizării / intervențiilor chirurgicale / cheltuielilor medicale etc., referitoare la o afecțiune care s-a dovedit ulterior a fi Boală Gravă, depășește valoarea indemnizației de asigurare pentru Boală Gravă, indemnizația totală plătită pentru Boală Gravă respectivă va fi limitată la valoarea sumei asigurate pentru clauză de Boli Grave (din valoarea indemnizației pentru boli grave, se vor deduce toate indemnizațiile plătite anterior pentru spitalizări/ intervenții chirurgicale / cheltuieli medicale etc., referitoare la respectiva boală gravă). Cuantumul indemnizațiilor pentru spitalizare / intervenții chirurgicale legate de boală gravă se calculează pe baza limitelor de asigurare de la respectivele clauze;
- în cazul în care s-a plătit deja întreaga Indemnizație de Asigurare pentru boală gravă, ca urmare a diagnosticării acesteia, nu se mai plătesc Indemnizații pentru Spitalizări / Intervenții Chirurgicale / Cheltuieli Medicale etc., referitoare la Boală Gravă diagnosticată.

Articolul 4

Nu pot fi considerate asigurabile persoanele care au fost deja diagnosticate ca având maladia la care se referă Asigurarea Suplimentară.

Articolul 5

Prin „Boli Grave” se înțeleg exclusiv afecțiunile / intervențiile chirurgicale menționate mai jos așa cum sunt definite în prezentele Condiții de Asigurare. Afecțiunile acoperite sunt (definite ca Boli Grave):

1. Accident vascular cerebral;
 2. Cancer;
 3. Infarct miocardic acut;
 4. Insuficiență renală cronică;
 5. Scleroză multiplă;
- Intervenții chirurgicale (definite ca boli grave):
6. Intervenție chirurgicală de tip by-pass aorto-coronarian;
 7. Coronaroplastia sau angioplastia periferică, cu sau fără stent;
 8. Implantul de pacemaker sau defibrilator implantabil;
 9. Transplant de organe;
 10. Intervenție chirurgicală pe cord deschis.

Aceste intervenții trebuie să fie efectuate ca urmare a unei necesități medicale. Orice alt fel de intervenții chirurgicale decât cele specificate în prezenta clauză nu constituie afecțiuni grave.

Definiții:

5.1 Accident

vascular cerebral:

orice disfuncție (dereglație) vasculară cerebrală care produce sechele neurologice cu durată mai mare de 24 ore și include infarctul țesutului cerebral, hemoragia unui vas intracranian sau embolismul cerebral, sursele acestora fiind în afara creierului. Existența unui deficit neurologic permanent la cel puțin 6 săptămâni de la data producerii evenimentului trebuie confirmată de un neurolog. O pretenție de

indemnizare poate fi admisă numai după trecerea acestei perioade. Accidentul vascular cerebral este exclus dacă vreuna din dovezile de mai sus lipsește, de exemplu: diagnostic bazat doar pe tomografie cerebrală sau doar deficit neurologic permanent. Următoarele tipuri de hemoragie cerebrală sau infarct cerebral sunt excluse:

- a) atac ischemic tranzitor (AIT) sau orice accident tranzitor și care este lent reversibil; deficit ischemic neurologic extins și reversibil; alterări ischemice ale sistemului vestibular;
- b) deficit neurologic ischemic reversibil;
- c) hemoragie cerebrală provocată de leziuni traumatiche, post traumatiche sau hipoxie;
- d) hemoragie cerebrală datorată unei tumori cerebrale;
- e) hemoragie cerebrală provocată de complicații după chirurgia vasculară cerebrală;
- f) manifestări survenite ca urmare a malformației vaselor cerebrale;
- g) datorate consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA;
- h) alte accidente cardiovasculare cu simptome similare cu accidentele vasculare cerebrale;
- i) simptome de migrenă;
- j) afecțiuni vasculare care afectează ochiul sau nervul optic;
- k) boli care afectează în plan secundar sistemul nervos (central sau periferic);
- l) boli congenitale ale sistemului nervos.

5.2 Cancer:

afecțiune medicală care constă în prezenta uneia sau a mai multor tumori maligne, inclusiv leucemia, limfoame și boala Hodgkin, caracterizată de înmulțirea necontrolată a celulelor maligne diagnosticată de către un medic specialist oncolog. Această categorie va include și metastazarea celulelor maligne, invazia și distrugerea țesutului normal diagnosticată ca atare de către un medic specialist oncolog. Următoarele tipuri de afecțiuni maligne nu sunt acoperite prin prezenta clauză:

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

Nu se va plăti indemnizația de asigurare pentru cancer dacă această afecțiune este diagnosticată în primele 6 luni de la achiziționarea prezentei acoperiri suplimentare.

5.3 Infarct

miocardic acut:

necroza unei porțiuni a mușchiului cardiac ca rezultat al blocării circulației în una sau mai multe artere coronare, consecința unei întreruperi subite a fluxului circulator sau irigării insuficiente a teritoriului cardiac respectiv.

Diagnosticul trebuie să se bazeze pe toate cele trei criterii enumerate mai jos, fără excepție:

- istoricul tipului de durere cardiacă;
- modificări recente ale electrocardiografe asociate care constau în unde de tip „q”;
- patologice recent apărute și supradenivelare de segment ST/unde „T” inversate;
- creșterea valorilor markerilor specifici de necroză miocardică (troponina și ck-mb).

Următoarele afecțiuni sunt excluse:

- a) infarcte silențioase depistate pe electrocardiogramă;
- b) toate tipurile de angină incluzând angina stabilă, angina instabilă (preinfarct) și angina Prinzmetal;
- c) orice condiții patologice care nu se bazează pe aceste trăsături ci doar pe criterii ecografice, de rezonanță magnetică nucleară, de tomografie cu emisie de pozitroni;
- d) condiții patologice care evidențiază doar unul sau două din criteriile de mai sus;
- e) reinfarctizarea (recidiva) în același teritoriu coronarian.

5.4 Insuficiență

renală cronică:

Ultimul stadiu al unei suferințe renale care constă în afectarea cronică, ireversibilă a funcției ambilor rinichi și care impune dializa renală regulată, cel puțin o dată pe săptămână, sau realizarea transplantului de rinichi.

Următoarele excluderi specifice se aplică în caz de insuficiență renală:

- a) hemodializa în situația unei insuficiențe renale acute sau orice caz de hemodializa nonpermanentă;
- b) insuficiența unui singur rinichi;
- c) afecțiunea Asiguratului cu indicația de transplant renal anterioară datei intrării în vigoare a Poliței sau sub tratament cronic de hemodializă sau Asigurat înregistrat pe orice listă de așteptare pentru un transplant de organ;
- d) orice stadiu de afecțiune renală care necesită dializă temporară;
- e) afecțiunea Asiguratului diagnosticat cu SIDA sau purtător de HIV.

5.5 Scleroză

multiplă:

boală caracterizată prin degenerarea țesutului nervos, localizată în creier sau măduva spinării și manifestată prin paralizie parțială sau totală, parestezii și / sau nevrită optică sau alte manifestări tipice ale bolii. Este caracterizată prin episoade de remisie și exacerbare. Diagnosticul este stabilit pe baza istoricului medical, pe analiza lichidului cefalorahidian și pe prezența a mai mult de un simptom neurologic bine definit, cu deteriorări funcționale nervoase manifestate pe o durată mai mare de 6 luni și care trebuie confirmată cu tehnici de investigație modernă ca tomografie, rezonanța magnetică

nucleară. Manifestările neurologice constau în simptome tipice de demielinizare a creierului, nervului optic și / sau măduvei spinării. Următoarele 2 criterii trebuie îndeplinite: evidența unor multiple afectări tisulare cicatrizate în diferite arii ale sistemului nervos central și cel puțin 2 episoade diferite de acutizări sau atacuri separate între ele de perioade minime de 24 ore. Atacurile neurologice izolate ca și episoadele neurologice izolate cu o durată mai mică de 24 de ore și / sau fără deteriorarea funcțiilor pe o perioadă mai mică de 6 luni sunt excluse. Pentru scleroza multiplă nu se plătește indemnizația de asigurare dacă afecțiunea este diagnosticată în primele 6 luni de la achiziționarea prezentei acoperiri suplimentare.

5.6 Intervenție

Chirurgicală de tip by-pass

Aorto-coronarian:

reprezintă intervenția chirurgicală recomandată de un medic de a specialitate pentru corecția stenoza sau ocluzia arterei coronare prin introducerea unei grefe de tip by-pass aorto-coronarian în scopul limitării simptomelor de tip anginos.

5.7 Coronaroplastia

sau angioplastia periferică, cu sau fără stent:

dilatarea obstrucțiilor / stenozelor coronariene prin cateter cu balonaș, sub control radiologic, cu sau fără montare de stent. Sunt acoperite doar în cazul efectuării acestor proceduri în scop terapeutic pentru afecțiuni care s-au manifestat sau au fost diagnosticate pentru prima dată în perioada de valabilitate a Poliței.

5.8 Implantul de

pacemaker sau

defibrilator

implantabil:

Nu este acoperită angiografia/coronarografia percutană efectuată în scop diagnostic.

amplasarea unui stimulator cardiac în pereții ventriculari sau atriali, prin abord transvenos sau transtoracic, respectiv montarea unui dispozitiv electronic implantabil (defibrilator), în scopul corectării tulburărilor de ritm. Sunt acoperite doar pentru afecțiuni care s-au manifestat sau au fost diagnosticate pentru prima dată în perioada de valabilitate a Poliței.

Sunt excluse orice alte tehnici care nu necesită intervenție chirurgicală pe torace deschis, precum și chirurgia valvulară, chirurgia pentru tumori intracardiace, chirurgia pentru boli congenitale sau orice altă chirurgie nespecific considerată ca by-pass aortocoronarian sau mamarocoronarian sau ambele.

5.9 Transplant de organe:

Intervenția chirurgicală care constă în poziționarea și fixarea chirurgicală a următoarelor organe la nivelul organismului persoanei asigurate, ca primitor: inimă, plămâni, rinichi, pancreas (cu excepția transplantării de insule Langerhans), ficat sau măduvă osoasă. Transplantul de organ trebuie să fie ultima resursă de tratament și trebuie efectuată ca urmare a unei necesități medicale, în concordanță cu definiția inclusă în Condițiile Generale ale Poliței de bază la care prezenta este atașată. Următoarele excluderi specifice sunt aplicate în cazul transplantului de organ:

- a) Transplant de organe de proveniență animală;
- b) Transplant ca donor;
- c) Organe modificate genetic;
- d) Dacă anterior a existat o reacție de respingere pentru alt organ (înlocuire);
- e) În situația unei afecțiuni congenitale;
- f) Datorat HIV sau SIDA;
- g) Transplantul de măduvă secundar aplaziei datorată cancerului;
- h) Experimental sau când altă alternativă de tratament este valabilă;
- i) Orice transplant efectuat în afara normelor și regulilor în vigoare pentru transplante.

Orice cheltuieli viitoare legate de transplantul de organ (de exemplu tratament anti-respingere) nu sunt acoperite.

5.10 Intervenție

chirurgicală

pe cord deschis:

Intervenție chirurgicală necesitând incizia cordului pentru ameliorarea sau vindecarea bolilor cardiace severe (boli cardiace congenitale, boli valvulare). Grefa de aortă este acoperită, de asemenea, fiind definită ca o intervenție chirurgicală efectuată când un segment afectat al aortei necesită excizia și înlocuirea cu o grefă. Prin aortă, în sensul prezentei definiții, se înțelege doar aorta toracică și abdominală nu și ramificațiile acestora. Afecțiunile de natură traumatică nu sunt acoperite prin prezenta clauză.

Următoarele excluderi specifice se aplică în cazul intervențiilor chirurgicale pe cord deschis: toate intervențiile chirurgicale care folosesc cateter sau intervențiile chirurgicale care nu sunt asociate chirurgiei pe cord deschis:

- angioplastie, angioplastia percutană transluminală coronariană, stent coronarian;
- intervențiile chirurgicale care folosesc cateter, de exemplu valvuloplastie percutană cu balonaș;
- intervențiile chirurgicale care nu sunt asociate chirurgiei pe cord deschis sau laparotomiei.

Orice afecțiune care nu respectă definițiile de mai sus nu este considerată Boală Gravă.

Stabilirea și Plata Indemnizațiilor

Articolul 6

În vederea acceptării plății pentru cazurile de afecțiuni grave, Beneficiarul indemnizației de asigurare va prezenta, pe lângă documentele precizate în condițiile generale, și următoarele documente:

- copie după biletul de externare al Asiguratului, eliberat la ieșirea din spital pentru episodul ce face obiectul indemnizației (dacă Asiguratul a fost internat);
- analizele medicale ce confirmă diagnosticul, în original sau copie, după caz, precum și toate documentele medicale specifice pentru fiecare afecțiune/intervenție solicitată de către Asigurător;
- copie după actul de identitate al Asiguratului semnată (conform cu originalul);
- rezultatul examenului histo-patologic (dacă este cazul);
- alte documente suplimentare la solicitarea Asiguratului.

Articolul 7

În cazul afecțiunilor specificate la Art.5. de mai sus, Asiguratul are obligația de a prezenta Asigurătorului toate documentele de daună în termen de cel mult 3 luni de la data diagnosticării afecțiunii grave acoperite prin prezenta clauză.

Articolul 8

Indemnizațiile plătite în baza prezentei clauze pe întreaga perioadă de valabilitate a clauzei nu pot depăși în nici un caz Suma Asigurată pentru prezenta clauză, menționată în Polița de asigurare.

Articolul 9

La cererea Asigurătorului, Asiguratul este obligat să se supună unei noi examinări medicale efectuată de un medic agreat de Asigurător în scopul stabilirii sau verificării diagnosticului. În acest caz, costurile cu examinarea medicală sunt suportate de către Asigurător.

Articolul 10

Asiguratul este obligat să solicite și să accepte cât mai repede un tratament medical și să urmeze prescripțiile medicului pentru a-și grăbi restabilirea.

Articolul 11

Asigurătorul nu este responsabil pentru calitatea serviciilor oferite de instituțiile medicale sau de personalul medical. Prezenta clauză nu dă dreptul Asiguratului la indemnizare în cazul unui prejudiciu produs ca urmare a erorilor medicale sau neglijenței.

Articolul 12

Sunt excluse de la plata indemnizației pentru clauză de Boli Grave afecțiunile ce fac obiectul unor solicitări de despăgubire ce au fost diagnosticate anterior datei de început a acoperirii pentru prezentul risc suplimentar.

Articolul 13

Asigurătorul nu datorează Indemnizația de asigurare pentru această clauză dacă Boala Gravă se produce ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale precum și ca urmare a:

- a) unei Afecțiuni preexistente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident diagnosticate înainte de achiziționarea clauzei, cu excepția cazului în care afecțiunea, Boala cronică, handicapul sau urmările au fost declarate, în scris, de către Asigurat și acceptate de Asigurător;
- b) oricărei acțiuni provocate intenționat de către Asigurat sau Beneficiari în vederea obținerii Indemnizației de asigurare.

Riscul Asigurat Suplimentar „Cheltuieli Medicale din Accident (C.M.A.)” / „Cheltuieli Medicale din orice cauză (C.M.)”

Definiții:

Eveniment asigurat reprezintă:

Accidentul survenit în perioada de valabilitate a Poliței de Asigurare în cazul în care s-a optat pentru clauza de Cheltuieli Medicale din Accident;
Accident/Îmbolnăvire survenit/survenită în perioada de valabilitate a Poliței de Asigurare în cazul în care s-a optat pentru clauza de Cheltuieli Medicale din orice cauză.
Contractantul /Asiguratul poate opta doar pentru una din cele două clauze.

Articolul 1

Această acoperire este operantă pentru cazurile în care Asiguratul, ca urmare a unui Eveniment produs în perioada asigurată, este obligat să suporte următoarele cheltuieli medicale recomandate de către un medic, pe baza prescripției medicale: efectuarea unor proceduri medicale precum: consulturi de diagnosticare, consulturi de control, investigații imagistice, investigații paraclinice etc.;

- medicamente cumpărate pe baza prescripției medicului, eliberată pe numele Asiguratului și cu certificarea rețetei originale;
- achiziționare sau închiriere de proteze, cârje, scaune cu roțile, ochelari de vedere (doar lentile) și alte echipamente și instrumente similare necesare, pe baza prescripției medicului o singură dată per Eveniment asigurat;
- transport cu ambulanța de la locul accidentului sau de la locul în care se află pacientul care reclamă probleme urgențe de sănătate, la cel mai apropiat spital/unitate medicală, abilitată în acordarea primului ajutor sau de la acesta la un alt spital/clinică specializată, în cazul în care acest lucru este absolut necesar și justificat din punct de vedere medical, al tehnicilor de diagnosticare sau de tratament;

Asigurătorul acoperă aceste Cheltuieli Medicale (achită Asiguratului contravaloarea lor), pe baza documentelor medicale și fiscale originale emise pe numele Asiguratului, până la limita maximă prevăzută în Poliță /Anexele la Poliță pentru această clauză.

Articolul 2

- 2.1 Pentru clauza de Cheltuieli Medicale nu se acordă indemnizații de asigurare, ci se acoperă costul cheltuielilor efectuate în beneficiul Asiguratului, altele decât Spitalizarea, Intervențiile Chirurgicale și Recuperarea medicală specializată.
- 2.2 Suma asigurată pentru clauza de Cheltuieli Medicale din Accident/din orice cauză per an de asigurare este menționată în polița de asigurare și /sau în anexele emise la aniversare.

- 2.3 Acoperirea Cheltuielilor Medicale se face cu respectarea unei franșize deductibile per eveniment stabilită în Polița de asigurare și / sau în anexele emise la aniversare. Prin franșiză deductibilă se înțelege suma fixă, stabilită per eveniment asigurat, care rămâne în sarcina Asiguratului. Aceasta se deduce din valoarea totală a cheltuielilor medicale aferente fiecărui eveniment asigurat. Pentru facturi al căror cuantum total se situează sub franșiza deductibilă per eveniment, nu se acoperă Cheltuielile Medicale.
- 2.4 Valoarea totală a cheltuielilor medicale acoperite într-un an de asigurare este limitată la suma asigurată pentru clauza de Cheltuieli Medicale din Accident/Cheltuieli Medicale din orice cauză.

Articolul 3

Decontarea are caracter personal, rambursarea cheltuielilor efectuate fiind făcută doar către Asigurat.

Articolul 4

Asigurătorul nu va acoperi Cheltuielile Medicale din Accident / din orice cauză, dacă acestea au fost efectuate ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale precum și ca urmare a:

- a) unei Afecțiuni preexistente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident diagnosticate înainte de achiziționarea clauzei, cu excepția cazului în care afecțiunea, Boala cronică, handicapul sau urmările au fost declarate, în scris, de către Asigurat și acceptate de Asigurător;
- b) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroză hepatică, neoplasm hepatic etc.;
- c) unei afecțiuni neoplazice, diagnosticate în primele șase luni de la data de început a Contractului de Asigurare;
- d) evenimentelor care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția avortului în scop terapeutic, necesar în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către medicul de specialitate);
- e) efectuării de investigații și tratamente pentru sterilitate/fertilizare în vitro/inseminare artificială;
- f) unor operații sau tratamente efectuate greșit;
- g) tratamentului dentar, chirurgiei și esteticii dentare. Cu toate acestea, Asigurătorul va acoperi Cheltuielile Medicale dentare necesare ca urmare a unui Accident produs în perioada asigurată, dar nu va acoperi Cheltuielile Medicale necesare restaurării dentare;
- h) îngrijirilor medicale acordate la domiciliu;
- i) tratamentelor și investigațiilor alternative, naturiste, homeopatice, acupunctură, fitoterapie, apifiterapie, cristaloterapie, aromoterapie, bioenergie (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă);
- j) vaccinurilor;
- k) oricăror tratamente medicale recuperatorii sau cure în stațiuni balneoclimaterice;

Riscul Asigurat Suplimentar „Protector (PRT.)”

Articolul 1

- 1.1 La solicitarea Contractantului asigurarea de bază se poate completa, la încheierea asigurării sau la Aniversare, cu acoperirea suplimentară Protector.
- 1.2 Prezenta clauză se acordă cu condiția ca primele de Asigurare aferente să fie achitate la zi sau în perioada de grație, odată cu primele pentru asigurarea de bază.
- 1.3 În baza prezentelor condiții este acoperită plata de indemnizații de asigurare, în cazul diagnosticării unei persoane asigurate de sex feminin, în perioada asigurată, cu una din afecțiunile prevăzute la art. 3.1 sau a unei persoane asigurate de sex masculin cu una din afecțiunile prevăzute la 3.4.
- 1.4 Nu pot fi considerate asigurabile persoanele care au fost deja diagnosticate cu una din afecțiunile la care se referă prezenta clauză.
- 1.5 Nu se va plăti indemnizația de asigurare pentru niciuna din afecțiunile prevăzute la art. 3, dacă afecțiunea a fost diagnosticată în primele 6 luni de la achiziționarea prezentei acoperiri suplimentare.

Articolul 2

- 2.1 În baza prezentei clauze Asigurătorul plătește o indemnizație de asigurare în cazul în care persoana asigurată este diagnosticată cu o afecțiune dintre cele specificate la art.3.
- 2.2 Plata indemnizației de asigurare se face numai dacă afecțiunea a fost diagnosticată pentru prima dată în perioada de valabilitate a Contractului de Asigurare.
- 2.3 Valoarea indemnizației de asigurare este calculată asupra sumei asigurate prevăzute în polița de asigurare pentru prezenta clauză, conform procentelor și prevederilor menționate în art. 3. În situația în care persoana asigurată suferă mai multe afecțiuni dintre cele specificate la art. 3, indemnizația de asigurare va fi acordată prin aplicarea procentului corespunzător din tabel, cu mențiunea ca suma indemnizațiilor acordate pe toată durata asigurării nu trebuie să depășească 100% din Suma Asigurată.

Articolul 3

- 3.1 Afecțiunile medicale, specifice persoanei asigurate de sex feminin, acoperite în baza prezentei clauze sunt următoarele:

| AFECTIUNE | PROCENT INDEMNIZAȚIE |
|--|-----------------------------|
| Tumoră malignă sân | 100% |
| Tumoră malignă ovar | 100% |
| Tumoră malignă de corp uterin, de vagin sau trompă uterină | 100% |
| Tumoră malignă de col uterin | 100% |

- Tumoră malignă tiroidiană100%
- Tumoră benignă tiroidiană10%
- Tumori benigne ale sânului (fibroadenom, mastoză fibrochistică)10%
- Tumori benigne ale uterului - fibrom uterin10%
- 3.2 Definiție cancer (tumori maligne):
- Cancer:** afecțiune medicală care constă în prezența uneia sau a mai multor tumori maligne, caracterizată prin înmulțirea necontrolată a celulelor maligne, diagnosticată de către un medic specialist anatomopatolog sau oncolog. Această categorie va include și metastazarea celulelor maligne, invazia și distrugerea țesutului normal diagnosticată ca atare de către un medic specialist anatomopatolog sau oncolog.
- Pentru plata Indemnizației de asigurare, atât în cazul tumorilor maligne, cât și în cazul celor benigne, este obligatorie confirmarea diagnosticului de către medicul specialist anatomopatolog (efectuarea examenului histopatologic).
- Următoarele tipuri de afecțiuni tumorale maligne nu sunt acoperite prin prezenta clauză:
- a) Tumori reprezentând modificări maligne de tip carcinom în situ (inclusiv displazia cervicală CIN-1, CIN-2 și CIN3)
- b) Tumori a căror descriere histologică este de tip premalign
- 3.3 Definiție tumoră benignă:
- Tumoră de regulă bine delimitată, comprimând țesuturile vecine fără să le invadeze și neformând metastaze. Aspectul histologic al unei tumori benigne este apropiat de cel al țesutului din care provine.
- Apariția unei tumori benigne este în general consecința unei mutații somatice care permite o proliferare anormală, fără să existe însă o dediferențiere sau o pierdere a aderenței celulelor între ele.
- 3.4 Afecțiunile medicale, specifice persoanei asigurate de sex masculin, acoperite în baza prezentei clauze sunt următoarele:

| AFECTIUNE | PROCENT INDEMNIZAȚIE |
|--|-----------------------------|
| Cancerul de prostată | 100% |
| Cancerul testicular | 100% |
| Hemofilia A 100% | |
| Azoospermia/Infertilitatea primară | 25% |
| Spondilita ankilozantă | 50% |
| Adenomul de prostată | 10% |

3.5 Definiții:

Adenomul de prostată

Tumora benignă dezvoltată la nivelul glandei prostatei, structura sa fiind asemănătoare cu cea a glandei din care provine, confirmată histo-patologic.

Spondilită ankilozantă

Reumatism inflamator cronic afectând articulațiile sacroiliace ale coloanei vertebrale diagnosticat de către un medic reumatolog prin prezența obligatorie a criteriului radiologic (sacroileită de cel puțin grad II, bilaterală) și a cel puțin unui criteriu suplimentar dintre cele 3 criterii menționate mai jos:

- HLAB 27;
- durere lombară și redoare cu durată de cel puțin 3 luni consecutive /an, ameliorată de exercițiu și nemodificată de repaus;
- limitarea mișcărilor coloanei vertebrale lombare în plan sagital și frontal sau limitarea expansiunii cutiei toracice.

Azoospermie

Absența totală a spermatozoizilor din spermă, determinată (în majoritatea cazurilor) de leziuni (inflamatorii) care produc ocluzia canalelor deferente și a epididimului sau de leziuni ale țesutului testicular implicat în spermatogeneză. Azoospermia trebuie atestată de un medic la cel puțin două examinări separate, cauzată de absența spermatogenezei.

Hemofilia A

Afecțiune caracterizată prin disfuncții ale hemostazei, având drept consecință tendința permanentă la hemoragii (spontane sau traumatiche). Hemofilia este o boală ereditară heterocromozomală determinată de o alelă deficitară recesivă a genei factorului VIII al coagulării, localizată pe cromozomul sexual X.

Hemofilia A trebuie confirmată prin examinări de laborator care susțin absența din sânge a factorului de coagulare respectiv.

Articolul 4. Stabilirea și Plata Indemnizațiilor

- 4.1 În vederea acceptării plății pentru cazurile de afecțiuni medicale, se vor prezenta, pe lângă documentele precizate în condițiile generale, și următoarele documente:
- copie după biletul de externare al persoanei asigurate după episodul care face obiectul solicitării indemnizației;
 - analizele medicale ce confirmă diagnosticul, în original sau copie, după caz, precum și toate documentele medicale specifice pentru fiecare afecțiune solicitată de către Asigurător;
 - copie după actul de identitate al Asiguratului și semnătura acestuia (conform cu originalul);
 - rezultatul examenului histo-patologic;
 - alte documente suplimentare la solicitarea Asiguratului.
- 4.2 În cazul afecțiunilor specificate la Art. 3 de mai sus, persoana asigurată are obligația de a prezenta Asiguratului toate documentele de daună în termen de cel mult 3 luni de la data diagnosticării afecțiunii acoperite prin prezenta clauză. În situația în care persoana asigurată nu prezintă documentele de daună în termenul precizat, Asiguratul își păstrează dreptul de a nu plăti indemnizația de asigurare.
- 4.3 Indemnizațiile plătite în baza prezentei clauze pe întreaga perioadă de valabilitate a clauzei nu pot depăși în nici un caz Suma Asigurată pentru prezenta clauză.
- 4.4 La cererea Asiguratului, persoana asigurată este obligată să se supună unei noi examinări medicale efectuată de un medic agreat de Asigurător în scopul confirmării diagnosticului. În acest caz, costurile cu examinarea medicală sunt suportate de către Asigurător.

Articolul 5. Dispoziții Finale

- 5.1. Asigurătorul nu este responsabil pentru calitatea serviciilor oferite de instituțiile medicale sau de personalul medical. Prezenta clauză nu dă dreptul persoanei asigurate la indemnizare în cazul unui prejudiciu produs ca urmare a erorilor medicale sau neglijenței.
- 5.2. Indemnizația de Asigurare are caracter personal și se plătește direct Asiguratului.

Articolul 6. Excluderi

Asigurătorul nu datorează Indemnizația de asigurare pentru această clauză dacă Boala Gravă se produce ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale precum și ca urmare a:

- a) unei Afecțiuni preexistente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident diagnosticate înainte de achiziționarea clauzei, cu excepția cazului în care afecțiunea, Boala cronică, handicapul sau urmările au fost declarate, în scris, de către Asigurat și acceptate de Asigurător;
- b) oricărei acțiuni provocate intenționat de către Asigurat sau Beneficiari în vederea obținerii Indemnizației de asigurare.

Tabelul de Procente pentru Intervenții Chirurgicale

1. Intervenții pe Sistemul Nervos

| | | |
|-------|--|-----|
| 5.01 | Incizii sau extirpări executate la nivelul cutiei craniene, creierului și meningelor | |
| 5.010 | Puncția craniană | 80 |
| 5.011 | Craniotomia | 100 |
| 5.012 | Incizia creierului și a meningelui | 90 |
| 5.013 | Intervenții pe talamus și globus pallidus | 100 |
| 5.014 | Excizia unei leziuni a creierului | 100 |
| 5.015 | Excizia unei leziuni a craniului | 60 |
| 5.02 | Alte operații ale craniului, creierului și meningelor | |
| 5.020 | Cranioplastia | 90 |
| 5.021 | Refacerea meningelor cerebrale | 100 |
| 5.022 | Ventriculostomia | 80 |
| 5.023 | Șuntul ventricular extracranian | 90 |
| 5.029 | Îndepărtarea unor aderențe intracraniene / Evacuare hematom subdural | 60 |
| 5.03 | Intervenții pe măduva spinării și structurile canalului rahidian | |
| 5.030 | Explorarea canalului rahidian | 70 |
| 5.031 | Secționarea rădăcinii nervoase intraspinale | 75 |
| 5.033 | Ablația sau distrugerea măduvei spinării și meningelor | 100 |
| 5.034 | Intervenții plastice pe măduva spinării și meninge | 80 |
| 5.035 | Secționarea aderențelor la nivelul măduvei spinării sau ale rădăcinilor nervilor | 50 |
| 5.036 | Drenajul spinal | 45 |
| 5.04 | Intervenții pe nervii cranieni și periferici | |
| 5.040 | Ablația nervului | 45 |
| 5.042 | Sutura nervului | 35 |
| 5.043 | Îndepărtarea aderențelor și decompresia nervului | 25 |
| 5.044 | Grefa de nervi | 75 |
| 5.045 | Transpoziție de nerv | 35 |
| 5.05 | Intervenții pe nervii simpatici sau ganglioni | |
| 5.050 | Secționarea unui nerv simpatic sau ganglion | 30 |
| 5.051 | Simpatectomia | 50 |

2. Intervenții pe Sistemul Endocrin

| | | |
|-------|--|-----|
| 5.06 | Intervenții pe glanda tiroidă și paratiroidă | |
| 5.060 | Incizia regiunii tiroidiene | 25 |
| 5.061 | Lobectomia tiroidiană unilaterală | 40 |
| 5.062 | Excizia unor leziuni ale tiroidei | 30 |
| 5.063 | Tiroidectomia completă | 50 |
| 5.065 | Excizia tiroidei linguale | 40 |
| 5.066 | Excizia tractului tireoglos | 35 |
| 5.067 | Paratiroidectomia parțială | 50 |
| 5.068 | Paratiroidectomia completă | 60 |
| 5.07 | Intervenții pe alte glande endocrine | |
| 5.070 | Explorarea glandelor suprarenale | 30 |
| 5.071 | Suprarenalectomia parțială / unilaterală | 75 |
| 5.072 | Suprarenalectomia bilaterală | 100 |
| 5.074 | Intervenții pe glanda hipofiză | 65 |
| 5.075 | Hipofizectomia | 75 |
| 5.077 | Timectomia | 40 |

3. Intervenții pe Ochi

| | | |
|-------|--|---|
| 5.08 | Intervenții pe aparatul lacrimal | |
| 5.080 | Incizia glandei lacrimale / Extractia unui corp străin | 5 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 5.081 | Extirparea glandei lacrimale sau a unei leziuni a acesteia | 25 |
| 5.083 | Extirparea unei leziuni a căilor lacrimale | 10 |
| 5.084 | Incizia sacului lacrimal | 5 |
| 5.085 | Extirparea sacului lacrimal (dacriocistectomia) | 20 |
| 5.086 | Refacerea canaliculelor și a punctelor lacrimale | 20 |
| 5.087 | Dacriocistorinostomia/Anastomozanazo-lacrimala | 30 |
| 5.088 | Conjunctivorinostomia | 30 |
| 5.09 | Intervenții pe pleoape | |
| 5.090 | Incizia pleoapei | 5 |
| 5.091 | Excizia sau distrugerea pleoapei | 10 |
| 5.092 | Operații pe cantus și tarsus | 6 |
| 5.094 | Corectarea blefaroptozei | 8 |
| 5.095 | Blefarorafia | 7 |
| 5.10 | Intervenții pe mușchii oculari | |
| 5.100 | Miotomia și tenotomia mușchilor oculari | 20 |
| 5.101 | Excizia mușchiului ocular sau tendonului | 20 |
| 5.103 | Transplantarea unui mușchi ocular | 25 |
| 5.105 | Secționarea aderentelor unui mușchi ocular | 7 |
| 5.11 | Operații pe conjunctivă | |
| 5.110 | Îndepărtarea de corpi străini de pe conjunctivă prin incizie | 5 |
| 5.112 | Excizia unei leziuni a conjunctivei | 10 |
| 5.113 | Conjunctivoplastia | 30 |
| 5.114 | Eliberarea din aderente a conjunctivei și pleoapei | 15 |
| 5.115 | Sutura conjunctivei | 25 |
| 5.12 | Intervenții pe cornee | |
| 5.120 | Îndepărtarea cu magnetul a unui corp străin cornean | 5 |
| 5.121 | Incizia corneei | 15 |
| 5.122 | Extirparea pterigionului | 15 |
| 5.123 | Excizia sau distrugerea unei leziuni corneene | 20 |
| 5.124 | Sutura corneei | 25 |
| 5.125 | Transplant de cornee | 40 |
| 5.13 | Operații pe iris, corpul ciliar și camera anterioară | |
| 5.130 | Îndepărtarea corpurilor străini localizați la nivelul polului anterior prin incizie | 10 |
| 5.131 | Îndepărtarea cu magnetul a unui corp străin din polul anterior al ochiului | 5 |
| 5.132 | Scăderea tensiunii intraoculare | 10 |
| 5.133 | Facilitarea circulației intraoculare | 15 |
| 5.134 | Distrugerea de leziuni ale irisului, corpului ciliar sau sclerei | 20 |
| 5.136 | Iridoplastia | 75 |
| 5.137 | Scleroplastia | 75 |
| 5.14 | Intervenții pe cristalin | |
| 5.140 | Îndepărtarea cu magnetul a corpurilor străini din cristalin | 10 |
| 5.141 | Îndepărtarea corpurilor străini din cristalin prin incizie | 20 |
| 5.142 | Extracția liniară a cristalinului | 50 |
| 5.143 | Discizia capsulei și capsulotomia | 50 |
| 5.144 | Extracția intracapsulară a cristalinului | 50 |
| 5.145 | Extragerea extracapsulară a cristalinului | 40 |
| 5.147 | Insertia de lentile protetice | 35 |
| 5.148 | Îndepărtarea unei lentile implantate | 25 |
| 5.15 | Operații pe retină, coroidă și vitros | |
| 5.150 | Îndepărtarea prin incizie a corpurilor străini localizați la polul posterior | 20 |
| 5.151 | Îndepărtarea cu magnetul a corpurilor străini localizați în polul posterior | 15 |
| 5.152 | Ideritația sclerală cu implant | 25 |
| 5.154 | Operații pentru refacerea retinei | 35 |
| 5.155 | Distrugerea unei leziuni a retinei sau coroidei | 25 |
| 5.157 | Operații pe vitros | 30 |
| 5.16 | Intervenții pe orbită și globul ocular | |
| 5.160 | Orbitotomia | 50 |
| 5.161 | Îndepărtarea de corpi străini din ochi sau orbită neclasificată în altă parte | 15 |
| 5.162 | Eviscerarea globului ocular | 90 |
| 5.163 | Enucleația globului ocular | 100 |
| 5.164 | Exenterația orbitei | 100 |
| 5.165 | Insertia unui implant în orbită | 40 |
| 5.166 | Îndepărtarea implantului orbital | 25 |
| 5.167 | Refacerea orbitei | 45 |
| 4. | Intervenții pe Ureche | |
| 5.18 | Intervenții pe urechea externă | |
| 5.180 | Incizii ale urechii externe | 5 |
| 5.181 | Excizia sau extirparea unei leziuni a urechii externe | 7 |
| 5.182 | Amputarea urechii externe | 40 |

| | | |
|-----------|---|----|
| 5.183 | Sutura urechii externe | 15 |
| 5.184 | Corectarea chirurgicală a pavilionului urechii | 20 |
| 5.185 | Reconstituirea canalului auditiv extern | 25 |
| 5.186 | Reconstituirea pavilionului urechii | 20 |
| 5.19 | Operații de reconstituire ale urechii mijlocii | |
| 5.190 | Mobilizarea scârței | 10 |
| 5.194 | Myringoplastia | 35 |
| 5.199 | Refacerea urechii mijlocii | 20 |
| 5.20 | Alte intervenții pe urechea medie și internă | |
| 5.200 | Miringotomia | 25 |
| 5.201 | Îndepărtarea tubului de timpanostomie | 15 |
| 5.202 | Incizia mastoidei și urechii medii | 15 |
| 5.203 | Mastoidectomia | 50 |
| 5.205 | Fenestrarea urechii interne | 40 |
| 5.207 | Incizia sau distrugerea urechii interne | 45 |
| 5. | Intervenții pe Nas, Cavitatea Bucală și Faringe | |
| 5.21 | Intervenții pe nas | |
| 5.211 | Incizii ale nasului | 10 |
| 5.212 | Excizia sau distrugerea de leziuni ale nasului / Polipectomia | 15 |
| 5.214 | Rezecția sub mucoasă a septului nazal | 25 |
| 5.215 | Turbinectomia | 30 |
| 5.216 | Reducerea deschisă a fracturii oaselor nazale | 50 |
| 5.217 | Refaceri și intervenții plastice ale nasului | 35 |
| 5.22 | Intervenții pe sinusurile nazale | |
| 5.220 | Puncția sinusului nazal | 15 |
| 5.221 | Antrotomia intranasală | 25 |
| 5.222 | Antrotomia maxilară externă | 20 |
| 5.223 | Sinusotomie și sinusectomie frontală | 35 |
| 5.224 | Etmoidotomia | 25 |
| 5.225 | Etmoidectomia, Sfenoidectomia | 45 |
| 5.226 | Reconstituirea sinusurilor nazale | 60 |
| 5.23 | Intervenții pe dinți | |
| 5.231 | Extracția chirurgicală a unui dinte | 5 |
| 5.232 | Restaurarea prin obturație a dintelui | 3 |
| 5.233 | Restaurarea dintelui prin reconstituire metalică turnată | 10 |
| 5.235 | Replantarea dinților | 10 |
| 5.237 | Rezecția apicală și terapia endodontală a canalului radicular | 10 |
| 5.24 | Alte intervenții pe gingie și alveolă | |
| 5.240 | Incizia marginii gingivale și a peretelui alveolar | 5 |
| 5.241 | Gingivoplastia | 10 |
| 5.243 | Extirparea tumorilor de cauza dentară | 20 |
| 5.244 | Alveoloplastia | 15 |
| 5.245 | Descoperirea chirurgicală a unui dinte neerupt | 10 |
| 5.25 | Operații pe limbă | |
| 5.250 | Excizia sau extirparea de leziuni ale limbii | 15 |
| 5.251 | Glosectomia parțială | 30 |
| 5.252 | Glosectomia totală | 50 |
| 5.253 | Glosectomie radicală | 70 |
| 5.254 | Refacerea limbii și glosoplastia | 60 |
| 5.258 | Frenotomia linguală | 15 |
| 5.26 | Intervenții pe canalele și glandele salivare | |
| 5.260 | Incizii ale canalelor și glandelor salivare | 10 |
| 5.261 | Excizia unei leziuni a glandei salivare | 15 |
| 5.262 | Lobectomia glandei parotide..... | 20 |
| 5.263 | Refacerea canalului de excreție al glandei salivare | 20 |
| 5.27 | Alte intervenții pe gură și față | |
| 5.270 | Drenajul lojei feței și planșeului bucal | 20 |
| 5.271 | Incizia supurațiilor palatului | 25 |
| 5.272 | Rezecția de palat | 50 |
| 5.274 | Refacerea plastică a cavității bucale | 50 |
| 5.275 | Plastia de boltă | 40 |
| 5.276 | Intervenții pe luetă | 25 |
| 5.28 | Intervenții pe amigdale și adenoide | |
| 5.280 | Drenajul oral al abcesului faringian | 15 |
| 5.281 | Tonsilectomia (fără adenoidectomie) | 20 |
| 5.282 | Tonsilectomia (cu adenoidectomie) | 25 |
| 5.283 | Excizia bontului amigdalian | 40 |
| 5.284 | Excizia amigdalei linguale | 35 |
| 5.285 | Adenoidectomia (fără tonsilectomie) | 20 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 5.29 | Intervenții pe faringe | 15 |
| 5.290 | Faringotomia | 15 |
| 5.291 | Excizia vestigiilor șanțurilor branhiale | 25 |
| 5.292 | Excizia sau distrugerea unei leziuni a faringelui | 25 |
| 5.292 | Intervenție plastică pe faringe | 30 |
| 5.293 | Excizia sau distrugerea unei leziuni a faringelui | 25 |
| 6. | Intervenții pe Aparatul Respirator | |
| 5.30 | Excizii ale laringelui | |
| 5.300 | Excizia sau distrugerea unor leziuni ale laringelui | 20 |
| 5.301 | Hemilaringectomia | 40 |
| 5.303 | Laringectomia completă | 50 |
| 5.304 | Laringectomia radicală | 55 |
| 5.31 | Alte intervenții pe laringe și trahee | |
| 5.311 | Traheostomiă temporară | 20 |
| 5.312 | Traheostomia permanentă | 40 |
| 5.314 | Excizia sau distrugerea locală a traheei | 30 |
| 5.315 | Refacerea laringelui | 45 |
| 5.316 | Refaceri sau intervenții plastice pe trahee | 35 |
| 5.32 | Rezecții pulmonare și bronhice | |
| 5.320 | Excizia sau extirparea unei leziuni bronhice | 30 |
| 5.321 | Rezecția bronhică | 40 |
| 5.322 | Excizia și extirparea unei leziuni pulmonare | 45 |
| 5.323 | Rezecția segmentară pulmonară | 50 |
| 5.324 | Lobectomia (rezecția pulmonară lobară) | 60 |
| 5.325 | Pneumectomia | 100 |
| 5.33 | Alte intervenții pe pulmoni și bronhii | |
| 5.330 | Bronhotomia | 30 |
| 5.331 | Pneumotomia | 45 |
| 5.333 | Eliberarea din aderente a plămânului și peretelui toracic | 45 |
| 5.334 | Refaceri și intervenții plastice pe pulmoni și bronhii | 50 |
| 5.34 | Intervenții pe peretele toracic, pleură, mediastin și diafragm | |
| 5.340 | Incizii ale peretelui toracic și ale pleurei | 30 |
| 5.341 | Incizia mediastinului | 40 |
| 5.342 | Excizia sau extirparea unor leziuni mediastinale | 45 |
| 5.343 | Excizia sau extirparea de leziuni ale peretelui toracic | 30 |
| 5.344 | Pleurectomia | 45 |
| 5.345 | Scarificarea pleurală | 35 |
| 5.346 | Refacerea peretelui toracic | 60 |
| 5.347 | Operații pe diafragm | 60 |
| 7. | Intervenții pe Sistemul Cardio-Vascular | |
| 5.35 | Intervenții pe valve și septurile inimii | |
| 5.350 | Intervenții pe cord închis | 60 |
| 5.351 | Intervenții pe cord deschis | 90 |
| 5.352 | Înlocuirea valvelor inimii (protezarea valvulară) | 100 |
| 5.353 | Valvuloplastia cardiacă (fără înlocuire) | 80 |
| 5.36 | Intervenții pe vasele inimii | |
| 5.360.1 | Rotablatii coronariene | 80 |
| 5.361 | Anastomoze (bypass) pentru revascularizarea cordului | 80 |
| 5.362 | Revascularizarea inimii prin implant arterial | 90 |
| 5.365 | Septostomii | 90 |
| 5.37 | Alte intervenții pe inimă și pericard | |
| 5.370 | Pericardiocenteza | 20 |
| 5.371 | Pericardiotomie | 70 |
| 5.372 | Pericardiectomia | 80 |
| 5.373 | Excizia unei leziuni a inimii | 80 |
| 5.375 | Transplantul cardiac | 100 |
| 5.376 | Asistarea mecanică a circulației | 60 |
| 5.377 | Implantul de pacemaker cardiac | 50 |
| 5.38 | Incizia, excizia și ocluzia de vase | |
| 5.380 | Incizia vaselor | 5 |
| 5.380.1 | Embolizări arteriale | 15 |
| 5.381 | Endarterectomia | 20 |
| 5.382 | Rezecția de vase cu reanastomoză | 25 |
| 5.383 | Rezecția de vase cu înlocuire / Angioplastii cu stent | 30 |
| 5.384 | Crosectomia jigatura și smulgerea safenei și venelor varicoase | 15 |
| 5.386 | Plicaturarea venei cave | 30 |
| 5.39 | Alte intervenții pe vase | |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 5.390 | Sunt între arterele sistemice și artera pulmonară | 30 |
| 5.391 | Anastomoze venoase intra-abdominale | 30 |
| 5.393 | Sutura de vase | 15 |
| 5.396 | Bypass cardio-pulmonar extra corporeal (C.E.C.) | 90 |
| 5.397 | Simpatectomia periarterială | 25 |
| 5.398 | Intervenții pe carotidă și alte segmente vasculare | 40 |
| 5.399 | Embolizări (alcoolizări) de artere septale în cardiomiopatia hipertrofică | 35 |
| 8. | Intervenții pe Sistemul Hematopoetic și Limfatic | |
| 5.40 | Intervenții pe sistemul limfatic | |
| 5.400 | Incizii ale structurilor limfatiche | 10 |
| 5.401 | Excizia simplă a structurilor limfatiche | 20 |
| 5.402 | Excizie de ganglion limfatic regional | 25 |
| 5.403 | Excizie radicală a ganglionilor limfatici cervicali | 40 |
| 5.405 | Intervenții pe canalul toracic | 50 |
| 5.41 | Intervenții pe splină și măduvă osoasă | |
| 5.410 | Transplant de măduvă osoasă | 100 |
| 5.411 | Puncția splinei | 15 |
| 5.412 | Splenotomia | 30 |
| 5.413 | Splenectomia totală | 50 |
| 5.414 | Splenectomia parțială | 30 |
| 9. | Intervenții pe Sistemul Digestiv | |
| 5.42 | Intervenții pe esofag | |
| 5.420 | Esofagotomia | 20 |
| 5.421 | Esofagostomia | 35 |
| 5.422 | Excizia locală sau distrugerea unei leziuni a esofagului | 25 |
| 5.423 | Excizii ale esofagului cu anastomoza termino-terminală | 35 |
| 5.424 | Anastomoza esofagului (intratoracică) | 40 |
| 5.425 | Anastomoza antesternală a esofagului | 35 |
| 5.426 | Esofagomiotomia | 30 |
| 5.428 | Intervenții în interiorul esofagului | 20 |
| 5.43 | Incizia și excizia stomacului | |
| 5.431 | Gastrotomia temporară | 30 |
| 5.432 | Gastrotomia permanentă | 50 |
| 5.433 | Piloromiotomia | 40 |
| 5.434 | Excizia sau extirparea unei leziuni a stomacului | 25 |
| 5.435 | Gastrectomia parțială cu anastomoza la esofag | 50 |
| 5.436 | Gastrectomia parțială cu anastomoza la duoden | 50 |
| 5.437 | Gastrectomia parțială cu anastomoza la jejun | 50 |
| 5.439 | Gastrectomie totală | 60 |
| 5.44 | Alte intervenții pe stomac | |
| 5.440 | Vagotomia | 30 |
| 5.441 | Pilorooplastia | 35 |
| 5.442 | Gastroenterostomia (fără gastrectomie) | 35 |
| 5.443 | Sutura ulcerului gastric sau duodenal în situ | 35 |
| 5.45 | Incizii, excizii și anastomoze ale intestinului | |
| 5.450 | Enterotomia îndepărtarea unui corp Drenajul străin | 20 |
| 5.451 | Excizii sau extirpări de leziuni ale intestinului subțire | 25 |
| 5.452 | Excizii sau distrugerii de leziuni ale intestinului gros | 25 |
| 5.453 | Izolarea unui segment intestinal | 20 |
| 5.454 | Excizia parțială a intestinului subțire | 40 |
| 5.455 | Excizia parțială a intestinului gros | 40 |
| 5.456 | Colectomia totală | 60 |
| 5.457 | Anastomoza intestin subțire la intestin subțire | 40 |
| 5.458 | Anastomoza intestin subțire la intestin gros | 40 |
| 5.459 | Anastomoza intestinului gros la intestinul gros | 40 |
| 5.46 | Alte intervenții pe intestin | |
| 5.460 | Exteriorizarea intestinului | 30 |
| 5.461 | Colostomia | 40 |
| 5.462 | Ileostomia | 40 |
| 5.464 | Refacerea stomei intestinale | 25 |
| 5.465 | Închiderea stomei intestinale | 25 |
| 5.466 | Fixarea intestinului | 20 |
| 5.468 | Manipularea intraabdominală a intestinului | 15 |
| 5.47 | Intervenții pe apendice | |
| 5.4700 | Apendicectomia laparoscopica | 20 |
| 5.4701 | Apendicectomia clasica | 25 |
| 5.471 | Drenajul abcesului apendicular | 15 |
| 5.48 | Intervenții pe rect | |

| | | |
|------------|---|-----|
| 5.480 | Proctotomia | 15 |
| 5.482 | Excizia sau distrugerea unor leziuni ale rectului | 20 |
| 5.4851 | Excizia parțială a rectului | 35 |
| 5.4852 | Excizia totală a rectului | 40 |
| 5.486 | Refacerea rectului | 20 |
| 5.49 | Intervenții pe anus și perineu | |
| 5.490 | Incizia sau excizia de țesut perineal | 15 |
| 5.491 | Intervenții pentru fistule anale | 15 |
| 5.493 | Hemoroidectomia | 15 |
| 5.494 | Sfincterotomia anală | 10 |
| 5.50 | Intervenții pe ficat | |
| 5.500 | Hepatotomia Extragerea de corpi străini | 30 |
| 5.501 | Excizia sau extirparea locală a ficatului / Hepatectomia parțială | 40 |
| 5.502 | Lobectomia ficatului | 50 |
| 5.503 | Hepatectomia totală/Transplantul ficatului | 100 |
| 5.505 | Reconstituirea ficatului | 60 |
| 5.51 | Intervenții pe vezica biliară și tractul biliar | |
| 5.510 | Colecistostomia | 15 |
| 5.5111 | Colecistectomia laparoscopica | 20 |
| 5.5112 | Colecistectomia clasica | 25 |
| 5.512 | Anastomozarea vezicii biliare sau a căilor biliare | 25 |
| 5.513 | Incizia căilor biliare, în vederea îndepărtării obstrucției prin calcul, strictură sau tumoră | 25 |
| 5.515 | Excizii sau extirpări locale ale căilor biliare | 20 |
| 5.516 | Reconstituirea căilor biliare | 20 |
| 5.517 | Îndepărtarea unui dispozitiv protetic din căile biliare | 20 |
| 5.518 | Intervenții pe sfincterul lui Oddi | 30 |
| 5.52 | Intervenții pe pancreas | |
| 5.520 | Pancreatotomia îndepărtarea de calcul! | 50 |
| 5.521 | Excizia sau extirparea locală a pancreasului | 55 |
| 5.522 | Marsupializarea unui chist pancreatic | 55 |
| 5.523 | Drenajul intern al chistului pancreatic | 50 |
| 5.524 | Pancreatectomia parțială | 65 |
| 5.525 | Pancreatectomia totală | 85 |
| 5.526 | Pancreatoduodenectomia radicală | 100 |
| 5.527 | Anastomoze ale canalului pancreatic | 45 |
| 5.53 | Cura pentru hernie | |
| 5.530 | Cura herniei inghino-femorale | 25 |
| 5.531 | Cura herniei inghino-femorale cu grefă sau proteză | 35 |
| 5.532 | Cura bilaterală a herniei inghino-femorale | 40 |
| 5.533 | Cura bilaterală a herniei inghino-femorale cu grefă sau proteză | 45 |
| 5.534 | Cura herniei ombilicale | 35 |
| 5.537 | Cura herniei diafragmatice prin inserare abdominală | 40 |
| 5.538 | Cura herniei diafragmatice cu cale de acces toracică | 45 |
| 5.54 | Alte intervenții ale regiunii abdominale | |
| 5.540 | Incizii ale pereților abdominali | 25 |
| 5.542 | Excizia sau distrugerea peretelui abdominal și ombilicului | 50 |
| 5.543 | Excizia sau distrugerea peritoneului | 55 |
| 5.544 | Secționarea de aderente peritoneale | 25 |
| 5.545 | Sutura peretelui abdominal și peritoneului | 25 |
| 10. | Intervenții pe Aparatul Urinar | |
| 5.55 | Intervenții pe rinichi | |
| 5.550 | Nefrotomia și nefrostomia | 40 |
| 5.551 | Pielotomia și pielostomia | 35 |
| 5.552 | Excizia ori extirparea unei leziuni a rinichiului | 40 |
| 5.553 | Nefrectomia parțială | 55 |
| 5.5541 | Nefrectomia totală unilaterală | 70 |
| 5.5542 | Nefrectomia totală bilaterală/Transplant renal | 100 |
| 5.556 | Nefropexia | 30 |
| 5.56 | Intervenții pe ureter | |
| 5.560 | Evacuarea transuretrală a ureterului și a bazinețului | 30 |
| 5.561 | Meatotomia ureterală | 35 |
| 5.562 | Ureterotomia | 35 |
| 5.563 | Ureterectomia | 40 |
| 5.564 | Ureterostomia cutanată | 35 |
| 5.566 | Derivarea urinei în intestin | 40 |
| 5.568 | Reconstituirea ureterului | 35 |
| 5.57 | Intervenții pe vezica urinară | |
| 5.570 | Epurarea transuretrală a vezicii urinare | 20 |

| | | |
|------------|---|----|
| 5.571 | Cistostomia | 35 |
| 5.573 | Excizia transureterală a vezicii | 30 |
| 5.574 | Excizia sau extirparea unor leziuni ale vezicii urinare | 25 |
| 5.575 | Cistectomia parțială Rezecția | 40 |
| 5.576 | Cistectomie totală | 55 |
| 5.577 | Reconstituirea vezicii urinare | 35 |
| 5.58 | Intervenții pe uretră | |
| 5.580 | Uretrotomia externă/Uretrostomia | 30 |
| 5.581 | Meatotomia uretrală | 20 |
| 5.582 | Excizii sau extirpări ale uretrei | 30 |
| 5.583 | Reconstituirea uretrei | 30 |
| 5.584 | Cura chirurgicală a stricturilor uretrale | 15 |
| 5.585 | Dilatata uretrei | 20 |
| 5.59 | Alte intervenții pe aparatul urinar | |
| 5.590 | Disecția țesutului retroperitoneal | 35 |
| 5.591 | Incizia țesutului perivezical | 20 |
| 5.592 | Plicaturarea joncțiunii uretrovezicale | 35 |
| 5.593 | Intervenții asupra mușchilor ridicători | 25 |
| 5.594 | Intervenția suprapubiană în prostată | 30 |
| 5.595 | Suspensia retropubiană a uretrei | 20 |
| 5.596 | Suspensia și compresia periuretrală | 20 |
| 5.597 | Ureterovezicopexia | 25 |
| 5.598 | Cateterizarea ureterului | 25 |
| | | |
| 11. | Intervenții pe Organele Genitale Masculine | |
| 5.60 | Operații pe prostată și veziculele seminale | |
| 5.600 | Incizia prostatei | 25 |
| 5.601 | Prostatectomia transuretrală | 35 |
| 5.602 | Prostatectomie suprapubiană | 40 |
| 5.603 | Prostatectomie retropubiană | 40 |
| 5.604 | Prostatectomie radicală | 45 |
| 5.606 | Intervenții pe veziculele seminale | 40 |
| 5.607 | Incizia sau excizia țesutului periprostatic | 25 |
| 5.611 | Cura chirurgicală a hidrocelului sau a varicocelului | 20 |
| 5.621 | Excizia sau distrugerea de leziuni testiculare | 30 |
| 5.622 | Orchiectomia unilaterală | 40 |
| 5.623 | Orchiectomia bilaterală | 50 |
| 5.624 | Orhidopexia..... | 25 |
| 5.625 | Reconstituirea testiculelor | 30 |
| 5.632 | Excizia unor leziuni ale cordonului spermatic si epididimului | 20 |
| 5.649 | Cura chirurgicala a fimozei..... | 10 |
| | | |
| 12. | Intervenții pe Organele Genitale Feminine | |
| 5.65 | Intervenții pe ovar | |
| 5.6501 | Ovarotomia unilaterală | 20 |
| 5.6502 | Ovarotomia bilaterală | 25 |
| 5.651 | Excizia parțială a ovarului / Excizia unei leziuni a ovarului | 30 |
| 5.652 | Ovarectomia unilaterală | 35 |
| 5.653 | Salpingo-ovarectomia unilaterală | 40 |
| 5.654 | Ovarectomia bilaterală | 45 |
| 5.655 | Salpingo-ovarectomia bilaterală | 50 |
| 5.656 | Reconstituirea ovarului | 20 |
| 5.657 | Eliberarea din aderente a ovarului și trompei | 25 |
| 5.66 | Intervenții pe trompe | |
| 5.660 | Salpingotomia | 20 |
| 5.661 | Salpingectomia totală (unilaterală) | 30 |
| 5.662 | Salpingectomia totală bilaterală | 40 |
| 5.663 | Distrugerea sau ocluzionarea endoscopică a trompelor, bilateral | 20 |
| 5.664 | Salpingectomia parțială / Excizia unei leziuni a trompei | 25 |
| 5.666 | Reconstituirea trompelor Fallope | 30 |
| 5.667 | Insuflarea trompelor | 20 |
| 5.67 | Intervenții pe colul uterin | |
| 5.670 | Dilatarea canalului cervical | 15 |
| 5.671 | Conizatia colului uterin | 20 |
| 5.672 | Excizia unor leziuni ale colului uterin | 25 |
| 5.673 | Amputarea colului uterin | 35 |
| 5.674 | Reconstituirea orificiului cervical intern | 30 |
| 5.68 | Alte incizii și excizii ale uterului | |
| 5.680 | Histerotomia | 20 |
| 5.681 | Excizia sau distrugerea unor leziuni ale uterului | 30 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.682 | Histerectomia subtotală abdominală | 40 |
| 5.683 | Histerectomia totală abdominală | 45 |
| 5.684 | Histerectomia vaginală | 40 |
| 5.685 | Histerectomia abdominală radicală | 50 |
| 5.686 | Histerectomia vaginală radicală | 45 |
| 5.687 | Eviscerația pelviană (pelvectomia) | 55 |
| 5.690 | Dilatația și chiuretajul uterin | 15 |
| 5.740 | Operația cezariană | 25 |
| 5.70 | Intervenții pe vagin, vulvă și perineu | |
| 5.700 | Culdocenteza/Drenajul abcesului pelvian | 20 |
| 5.702 | Excizia unei leziuni a vaginului | 15 |
| 5.704 | Cura cistocelului și rectocelului | 25 |
| 5.706 | Excizia și închiderea unei fistule perineale | 15 |
| 5.711 | Operații pe glandele Bartholin | 15 |
| 5.716 | Perineorafie..... | 15 |

13. Intervenții pe Aparatul Osteo-Muscular

| | | |
|-------|--|--------------------------|
| 5.76 | Reducerea de fracturi ale masivului facial | |
| 5.760 | Reducerea închisă a fracturilor zigomatice | 25 |
| 5.761 | Reducerea deschisă a fracturilor zigomatice | 35 |
| 5.762 | Reducerea închisă a fracturilor de maxilar și mandibulă | 35 |
| 5.763 | Reducerea deschisă a fracturilor de maxilar și mandibulă | 45 |
| 5.764 | Reducerea deschisă a fracturii alveolare | 25 |
| 5.765 | Reducerea deschisă a fracturii de orbită cu grefa sau implant | 40 |
| 5.77 | Alte intervenții pe oasele și articulațiile masivului facial | |
| 5.770 | Incizia oaselor faciale | 20 |
| 5.771 | Excizia sau extirparea de leziuni ale oaselor feței | 25 |
| 5.772 | Ostectomia parțială a oaselor masivului facial, cu excepția mandibulei | 35 |
| 5.773 | Extirparea și reconstituirea mandibulei | 40 |
| 5.774 | Atroplastia temporo-mandibulară | 40 |
| 5.78 | Intervenții pe alte oase | |
| 5.780 | Trepanația | 70 |
| 5.781 | Osteotomia | 30 |
| 5.782 | Rezecția pentru hallux valgus | 25 |
| 5.783 | Excizia leziunilor osoase | 35 |
| 5.784 | Rezecția segmentară | 30 |
| 5.785 | Rezecția osoasă totală | 35 |
| 5.786 | Grefă osoasă | 90 |
| 5.787 | Fixarea internă a osului (fără reducerea fracturii) | 30 |
| 5.788 | Ablatia dispozitivelor de fixare internă a materialelor de osteosinteză | 20 |
| 5.79 | Reducerea fracturilor și luxațiilor | Oase mari..... Oase mici |
| 5.790 | Reducerea închisă a fracturii cu osteosinteză | 30..... 20 |
| 5.791 | Reducerea deschisă a fracturii (fără fixare internă) | 35..... 25 |
| 5.792 | Reducerea deschisă a fracturii cu fixare internă, placă, broșe, fixator extern | 4..... 25 |
| 5.793 | Reducerea închisă a decolării epifizare | 25..... 15 |
| 5.794 | Reducerea deschisă a decolării epifizare | 30..... 20 |
| 5.795 | Toaleta focarului de fractură deschisă | 15..... 15 |
| 5.796 | Reducerea deschisă a unei luxatii | 20..... 15 |

Oase mici = carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falangele degetelor

Oase mari = toate celelalte oase (în afară de cele menționate mai sus)

| | | |
|---------|--|----|
| 5.80 | Incizii și excizii ale structurilor articulare | |
| 5.800 | Artrotomia/Artroscopia | 20 |
| 5.801 | Secționarea capsulei articulare, ligamentelor sau cartilajelor | 25 |
| 5.802 | Excizia sau ablația leziunilor articulare | 20 |
| 5.803 | Excizia discului intervertebral | 40 |
| 5.804 | Excizia cartilagiului semilunar al genunchiului | 35 |
| 5.804.1 | Excizia parțială a meniscului | 30 |
| 5.805 | Sinovectomia articulară | 30 |
| 5.81 | Refaceri și intervenții plastice pe structurile articulare | |
| 5.810 | Sinostoza vertebrală | 80 |
| 5.811 | Artrodeza piciorului și a gleznei | 40 |
| 5.812 | Artrodeza altor articulații | 30 |
| 5.813 | Artroplastia piciorului și degetelor | 25 |
| 5.814 | Artroplastia genunchiului | 40 |
| 5.815 | Proteză totală a șoldului | 60 |
| 5.817 | Artroplastii ale mâinii și degetelor | 30 |
| 5.818 | Artroplastia umărului | 40 |
| 5.82 | Intervenții pe mușchii, tendoanele și fascia mâinii | |
| 5.820 | Incizii ale mușchilor, tendoanelor și burselor mâinii | 10 |
| 5.821 | Secționarea mușchilor, tendoanelor și fasciei mâinii | 20 |

| | | |
|------------|---|-----|
| 5.822 | Excizia de leziuni ale mușchilor, tendoanelor și fasciei mâinii | 15 |
| 5.823 | Corectia contracturii Dupuytren | 20 |
| 5.824 | Sutura mușchilor, tendoanelor și fasciei mâinii | 25 |
| 5.825 | Transplantarea mușchilor și tendoanelor mâinii | 30 |
| 5.826 | Reconstituirea policelui | 20 |
| 5.827 | Intervenție plastică la mână cu grefă sau implant | 30 |
| 5.83 | Intervenții pe alți mușchi, tendoane, fascii și burse | |
| 5.830 | Incizia mușchiului, tendonului, fasciei și bursei | 15 |
| 5.831 | Secționarea mușchiului, tendonului și fasciei | 20 |
| 5.832 | Excizia leziunilor mușchiului, tendonului, fasciei și bursei | 15 |
| 5.834 | Excizia bursei | 10 |
| 5.835 | Sutura mușchiului, tendonului și fasciei | 25 |
| 5.836 | Reconstituirea mușchiului și tendonului | 30 |
| 5.84 | Amputația și dezarticulația membrelor | |
| 5.840 | Amputația și dezarticulația unui deget al mâinii (altul decât policele) | 8 |
| 5.841 | Amputația și dezarticulația policelui | 15 |
| 5.842 | Amputația antebrățului și mâinii | 25 |
| 5.843 | Dezarticulația cotului și amputația brațului | 50 |
| 5.844 | Dezarticulația umărului și amputația scapulotoracică | 55 |
| 5.845 | Amputația și dezarticulația unui deget al piciorului | 7 |
| 5.846 | Amputația și dezarticulația piciorului (Dezarticularea mediotarsiană) | 25 |
| 5.847 | Amputația membrului inferior și gleznei (supramaleolara) | 50 |
| 5.848 | Amputația coapsei și dezarticulația genunchiului (supracondiliană) | 65 |
| 5.849 | Amputația abdominopelvică ileoabdominală și dezarticulația șoldului | 80 |
| 5.85 | Alte intervenții pe aparatul osteo-muscular | |
| 5.851 | Reimplantarea degetelor și policelui | 50 |
| 5.853 | Reimplantarea piciorului și degetelor | 100 |
| 5.855 | Implantarea unui dispozitiv protetic al unui membru | 40 |
| | | |
| 14. | Intervenții pe Sân | |
| 5.86 | Excizia sânului | |
| 5.860 | Excizia locală de leziuni ale sânului | 20 |
| 5.8611 | Mastectomia completă unilaterală | 35 |
| 5.8612 | Mastectomia completă bilaterală | 50 |
| 5.862 | Mastectomia simplă extinsă | 40 |
| 5.863 | Mastectomia radicală | 55 |
| 5.864 | Mastectomia radicală extinsă | 60 |
| 5.865 | Mastectomia subcutanată cu implantarea de proteză | 40 |
| 5.87 | Alte intervenții pe sân | |
| 5.870 | Aspirația sânului | 20 |
| 5.871 | Mastotomia | 25 |
| 5.872 | Intervenții pe mamelonul sânului | 20 |
| | | |
| 15. | Intervenții pe Piele și Țesutul Subcutanat | |
| 5.88 | Incizii și excizii ale pielii țesutului subcutanat | |
| 5.881 | Incizia sinusului pilonidal | 25 |
| 5.882 | Excizia simplă de nevi, papiloame..... | 15 |
| 5.883 | Toaleta chirurgicală a plăgii sau a țesutului infectat | 15 |
| 5.884 | Excizia locală sau distrugerea de piele și țesut subcutanat | 15 |
| 5.885 | Excizia radicală a unei leziuni cutanate | 20 |
| 5.887 | Excizia sinusului pilonidal | 25 |
| 5.888 | Excizia de piele pentru grefă | 20 |
| 5.89 | Refacerea și reconstituirea pielii și țesutului subcutanat | |
| 5.890 | Sutura pielii și țesutului subcutanat | 15 |
| 5.891 | Întinderea de țesut cicatricial sau a retracției cutanate | 15 |
| 5.892 | Grefă liberă cutanată a mâinii | 25 |
| 5.894 | Tăierea și prepararea de lambou sau grefă pediculară | 20 |
| 5.895 | Prinderea pe mână a unei grefe cu lambou | 30 |
| 5.898 | Intervenții plastice pe buză și gura externă | 15 |
| 5.902 | Transplantul părului | 15 |

Tabelul de Procente pentru Invaliditate Permanentă

| Invaliditate Permanentă Totală | Procente |
|--|-----------------|
| Pierderea ambelor mâini, antebrațe sau brațe..... | 100 |
| Pierderea ambelor membre inferioare la nivelul șoldului, genunchiului sau gleznei..... | 100 |
| Pierderea totală a unui membru superior la nivelul umărului, cotului sau mâinii | 100 |
| și a unui membru inferior la nivelul șoldului, genunchiului sau gleznei | |
| Paralizia totală și incurabilă | 100 |
| Pierderea bilaterală totală și irecuperabilă a vederii | 100 |
| Pierderea totală și irecuperabilă a abilității de a vorbi..... | 100 |
| Pierderea bilaterală totală și irecuperabilă a auzului de natură traumatică | 100 |
| Pierderea maxilarului inferior | 100 |

Invaliditate Permanentă Parțială Extremitatea Cefalică

| | |
|--|----|
| Pierderea unilaterală totală și irecuperabilă a auzului | 30 |
| Cecitate sau enucleere unilaterală..... | 50 |
| Pierderea maxilarului superior cu arcadă dentară și scheletul nazal..... | 50 |
| Pierderea parțială a maxilarului inferior, a secțiunii ascendente în întregime | 40 |
| sau a jumătate din osul maxilarului | |
| Pierderea a mai mult de jumătate din limbă..... | 30 |
| Pierderea de substanță osoasă a cutiei craniene: | |
| pe o suprafață mai mică de 3 cm ² | 10 |
| pe o suprafață între 3 și 6 cm ² | 20 |
| pe o suprafață mai mare de 6 cm ² | 50 |

Invaliditate Permanentă Parțială Membre Superioare

| | Dreapta | Stânga |
|---|----------------|---------------|
| Pierderea anatomică a membrului superior de la nivelul umărului | 70 | 60 |
| Pierderea funcțională a membrului superior de la nivelul umărului | 65 | 55 |
| Pierderea anatomică a antebrăului sau mâinii | 60 | 50 |
| Pierderea funcțională a antebrăului sau mâinii..... | 55 | 45 |
| Pierderea anatomică totală a policelui | 20 | 15 |
| Pierderea funcțională totală a policelui | 15 | 10 |
| Pierderea anatomică totală a policelui și indexului | 30 | 25 |
| Pierderea anatomică a policelui și a altui deget | 25 | 20 |
| Pierderea anatomică sau funcțională totală: | | |
| două degete altele decât police și index..... | 10 | 8 |
| trei degete altele decât police și index..... | 15 | 10 |
| a patru degete inclusiv police | 35 | 30 |
| a degetului mijlociu | 7 | 5 |
| a inelarului sau degetului mic | 5 | 3 |

Invaliditate Permanentă Parțială Membre Inferioare

| | |
|---|----|
| Pierderea anatomică a membrului inferior de la nivelul: | |
| Coapsei..... | 60 |
| Gambei..... | 50 |
| Piciorului: | |
| articulația tibio-tarsiană | 45 |
| articulația târso-metatarsiană | 35 |
| Pierderea funcțională a membrului inferior de la nivelul: | |
| Coapsei | 55 |
| Gambei..... | 45 |
| Piciorului..... | 30 |
| Pierderea anatomică: | |
| a tuturor degetelor..... | 25 |
| a patru degete inclusiv haluce | 15 |
| a patru degete, exclusiv haluce | 8 |
| a trei degete altele decât halucele | 6 |
| a două degete altele decât halucele | 4 |
| a unui deget altul decât halucele | 2 |
| Halucelui | 5 |
| Scurtarea membrului inferior cu cel puțin 5 cm..... | 35 |
| Scurtarea membrului inferior cu 3 până la 5 cm | 25 |
| Scurtarea membrului inferior cu 1 până la 3 cm | 15 |

Consecințe Estetice cu Caracter Definitiv (Arsuri, Degeraturi, Cicatrici)

| | |
|--|----|
| întreaga suprafață a capului | 25 |
| întreaga suprafață a unui membru superior..... | 15 |

| | |
|---|----|
| întreaga suprafață a unui membru inferior sau a gâtului | 15 |
| întreaga suprafață a toracelui (anterior sau posterior)..... | 15 |

Invaliditate Permanentă Parțială Organe și sisteme

| | |
|--|----|
| Pierderea unui plămân..... | 50 |
| Pierderea unui rinichi | 30 |
| Pierderea splinei | 11 |
| Pierderea unei părți de intestin gros ce necesită ileostoma..... | 50 |
| Pierderea cel puțin a unui lob hepatic (lobectomie) | 40 |
| Pierderea pancreasului | 11 |
| Pierderea altor organe interne | 2 |