
Condiții de Asigurare Privată de Sănătate
GENERALI CORPORATE CARE



Mod. GCC 3 / 10.04.2019

Cuprins:

	pagina
Definiții	3

Condiții Generale de Asigurare

Articolul 1. Contractul de asigurare	5
Articolul 2. Forma și dovada contractului	6
Articolul 3. Coasigurarea	6
Articolul 4. Evenimentul asigurat și Riscul asigurat	6
Articolul 5. Obiectul Asigurării	6
Articolul 6. Încheierea contractului de asigurare și criteriile de eligibilitate	6
Articolul 7. Subscrierea riscului	7
Articolul 8. Prima de Asigurare/ Regularizarea Primei de Asigurare	7
Articolul 9. Neplata primei de asigurare	8
Articolul 10. Drepturile și obligațiile Asigurătorului/ Contractantului/ Asiguratului	8
Articolul 11. Declarații false	10
Articolul 12. Modalități de executare, suspendare, reziliere sau încetare a Contractului de asigurare	11
Articolul 13. Întinderea teritorială	11
Articolul 14. Cheltuieli, taxe, impozite, dobânzi	12
Articolul 15. Anexe, acte declarative	12
Articolul 16. Excluderi	12
Articolul 17. Locul comunicărilor	13
Articolul 18. Alte reglementări	13

Condiții Particulare de Asigurare

A. Acoperirea pentru Consultații Medicale din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	14
B. Acoperirea pentru Consultații Medicale la Domiciliu din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	14
C. Acoperirea pentru Analize Medicale de Laborator din Orice Cauză (Accident Sau Îmbolnăvire)	14
D. Acoperirea pentru Investigații Medicale Imagistice și Explorări Funcționale în Ambulator din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	15
E. Acoperirea pentru Serviciul de Ambulanță din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	16
F. Acoperirea pentru Proceduri Chirurgicale efectuate în Ambulator din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	16
G. Acoperirea pentru Vaccinări	16
H. Acoperirea pentru Control Medical Anual Preventiv	17
I. Acoperirea pentru Spitalizare și Intervenții Chirurgicale din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	17
J. Acoperirea pentru Perioada Gravidații	18
K. Acoperirea pentru Tratament Dentar din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	19
L. Acoperirea pentru Procurarea de Medicamente din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	19
M. Acoperirea pentru Recuperare Medicală din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	20
N. Acoperirea pentru Recuperare Medicală Post-spitalizare din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	20
O. Acoperirea Extinsă pentru Boli Grave din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)	21

Generali Romania Asigurare Reasigurare S.A.

Companie membră a Grupului Generali, listat în Registrul Grupurilor de asigurare gestionat de către IVASS sub nr. 26, Administrată în sistem dualist, cu Sediul Social în București, Sector 1, Piața Charles de Gaulle nr. 15, etajele 6 și 7, Cod poștal 011857, Telefon + 40 21 312 36 35, Fax +40 21 312 37 20, Call Center: +40 372 01 02 02, www.generali.ro, E-mail: info.ro@generali.com, Autorizată de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, Cod Unic RA-002, EN ISO 9001:2015 - Sistem de Management al Calității, Certificat R.C.: J40/17484/2007, C.I.F.: RO 2886621, Cod LEI : 213800J9BYTZ1Z4YK783, Capital social: 178.999.221,7 Lei.

Definiții:

În prezentele condiții de asigurare, se adoptă următoarele definiții:

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 detectabilă din punct de vedere medical sau decesul Asiguratului. 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.

Afecțiune (condiție) preexistentă: Orice boală, vătămare din accident sau altă condiție medicală a Asiguratului, diagnosticată de către un medic înaintea intrării în asigurare a acestuia, cu excepția afecțiunilor acute care s-au vindecat în totalitate.

Asigurare de grup: Asigurare acordată unui anumit număr de persoane (minim 10), care respectă criteriile din definiția Grupului.

Asigurat: Persoană desemnată de către Contractant, membră a Grupului, a cărei stare de sănătate reprezintă obiectul asigurării și căreia îi sunt oferite beneficiile serviciilor cuprinse în contractul de asigurare.

Asigurător: S.C. Generali România Asigurare Reasigurare S.A.

Boală cronică: Afecțiune medicală sau psihiatrică cunoscută, care are o perioadă lungă de evoluție sau care prezintă recăderi frecvente, necesitând îngrijiri medicale de specialitate repetate. În această categorie se includ următoarele boli (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): diabet zaharat, hepatită cronică, pancreatită cronică, poliartrită reumatoidă, insuficiență 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 punct de vedere al evoluției clinice.

Card de asigurare: Cartelă eliberată de Asigurător pentru persoanele asigurate, care include următoarele informații: numele și prenumele persoanei asigurate, numele Contractantului, alte date menționate de Asigurător.

Categorie de asigurați: O parte din membrii eligibili, încadrați într-un subgrup conform unor criterii stabilite de Contractantul asigurării și acceptate de către Asigurător.

Caz de urgență medicală/ Urgență medico-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. Urgențele medico-chirurgicale sunt prevăzute de legislația din România.

Centru de coordonare: Dispecerat care menține legătura între Asigurat, Asigurător și Prestatorii de servicii medicale, în ceea ce privește desfășurarea procesului de soluționare a daunelor.

Cerere de asigurare: Formularul completat și semnat pe propria răspundere de către Contractant, Intermediar (dacă este cazul) și Asigurător, care conține informațiile necesare în vederea încheierii asigurării, precum și manifestarea de voință și consimțământul Contractantului cu privire la încheierea contractului de asigurare.

Clauze contractuale: Prevederi menționate în contractul de asigurare, care stabilesc cel puțin drepturile și obligațiile părților contractuale.

Coasigurat (Dependent): Membru al familiei Asiguratului, respectiv rudele de gradul 1 ale acestuia (soțul/ soția, sau copiii) sau alte persoane aflate în relație cu Asiguratul, acceptate de Asigurător. Conform prezentelor condiții de asigurare, coasigurații au aceleași drepturi și obligații ca asigurații.

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.

Consultație medicală: Examinarea unui pacient de către un medic în scopul stabilirii diagnosticului și a schemei terapeutice.

Contract de asigurare: Actul juridic bilateral prin care Contractantul se obligă să plătească primele de asigurare Asigurătorului în schimbul preluării de către acesta a Riscului asigurat. Acesta este reprezentat prin totalitatea documentelor care reglementează relațiile dintre Contractant, Asigurat și Asigurător și cuprinde:

- polița de asigurare;
- prezentele condiții generale de asigurare;
- condițiile particulare de asigurare, în funcție de riscurile asigurate;
- cererile, ofertele de asigurare (dacă există);
- declarațiile de sănătate (dacă este cazul);
- anexele și actele declarative (dacă există);
- orice alte documente solicitate de Asigurător pentru buna desfășurare a asigurării.

Contractant: Persoana juridică care încheie, în numele persoanei asigurate, Contractul de asigurare cu Asigurătorul și care poartă responsabilitatea cu privire la plata Primei de asigurare.

Costul serviciilor medicale: Suma care se plătește de către Asigurător Prestatorului de servicii medicale sau Asiguratului, în conformitate cu prevederile condițiilor de asigurare, ca urmare a producerii Riscului asigurat. Costul serviciilor medicale este precizat în documentele justificative de decontare emise de către Prestatorul de servicii medicale și nu poate depăși valoarea sumei asigurate menționate în poliță pentru fiecare Risc asigurat în parte.

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.

Declarație de Daună: Solicitarea de plată a unei daune acoperite prin contractul de asigurare.

Declarație de sănătate: Formular propriu al Asigurătorului completat de Asigurat cu informațiile despre starea de Sănătate a acestuia.

Decontare directă: Modalitatea de plată utilizată de Asigurător pentru achitarea serviciilor medicale acoperite prin contractul de asigurare către Prestatorul de servicii medicale din rețeaua agreată, după ce acestea au fost prestate Asiguratului.

Diagnosticare: Procesul de identificare a unei boli sau vătămări corporale a Asiguratului în baza datelor clinice și a celor obținute din investigații paraclinice și consemnate într-un document medical semnat și parafat de către un medic cu drept de liberă practică medicală.

Documente justificative de decontare: Documentele pe care le eliberează prestatorul de servicii medicale pentru a acoperi costul serviciilor medicale efectuate unui Asigurat.

Eveniment: Incidentul sau seria de incidente care produc Riscul asigurat și la apariția cărora Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare Asiguratului sau va acoperi costul serviciilor medicale, conform contractului de asigurare.

Excluderi: Circumstanțe sau condiții specifice menționate în contractul de asigurare pentru care nu se acordă indemnizația sau suma asigurată sau nu se acoperă costul serviciilor medicale.

Franșiza/Coplata: Valoarea participării personale ce trebuie platită de către Asigurat pentru serviciile medicale incluse în asigurare, fără ca el să poată, cu riscul decăderii din dreptul de despăgubire, să o asigure la alte societăți. Această valoare nu se acoperă de către Asigurător.

Grup: Minimum 10 persoane care prestează activități în beneficiul Contractantului, în baza unui contract de muncă, de mandat sau de prestări servicii, ori sunt asociați/ acționari ai Contractantului, ori desfășoară alte activități de natura celor ce formează obiectul de activitate al Contractantului (de tipul: membrii unei asociații/ sindicat/ club etc) și care respectă criteriile de eligibilitate ale Asigurătorului.

Indemnizația de asigurare/ Despăgubirea: Suma de bani platibilă de către Asigurător, în cazul producerii unui Risc asigurat, conform prezentelor condiții de asigurare.

Investigații imagistice: Producerea de imagini ale organelor sau țesuturilor prin diferite tehnici, cu scopul de a le folosi în a diagnostica anumite afecțiuni medicale.

Îmbolnăvire/ Boală: Modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate, diagnosticată ca atare de un medic, contractată sau care se manifestă pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării.

Litigii: Neînțelegeri, divergențe, diferențe de opinii între părțile contractului de asigurare care pot face obiectul unui proces în fața instanțelor competente.

Medic: Persoană care posedă o diplomă eliberată de autoritățile în domeniu, care profesează în baza unei autorizații valabile de liberă practică, absolvent și licențiat al unei Facultăți de Medicină autorizate.

Medicament: Substanță sau amestec de substanțe care prezintă proprietăți curative în cazul unor afecțiuni, ca și orice produs care poate fi administrat în vederea stabilirii unui diagnostic medical sau a restaurării, corectării și modificării funcțiilor organice și se regăsește în Nomenclatorul medicamentelor pentru uz uman din România, publicat de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANMDM).

Ofertă de asigurare: Document furnizat de către Asigurător Contractantului, care conține informațiile necesare în vederea încheierii asigurării, acoperirile oferite, sumele asigurate, perioada asigurată, precum și alte date importante relaționate cu serviciile oferite prin asigurare, prin care Contractantul își exprimă consimțământul cu privire la încheierea contractului de asigurare.

Orteză: Aparat ortopedic destinat protejării, imobilizării sau susținerii corpului sau a unei părți a acestuia, la nivelul căruia este fixat direct.

Perioadă de așteptare: Perioadă de timp, calculată de la data intrării în asigurare a Asiguratului, în care nu este angajată răspunderea Asigurătorului pentru riscul specific achiziționat de contractant.

Perioadă de grație: 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.

Perioada de valabilitate a contractului de asigurare: Perioada de timp dintre data intrării în vigoare și data expirării, în care contractul de asigurare este în vigoare.

Poliță de asigurare: Document scris, emis de către Asigurător, care dovedește încheierea Contractului 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.

Prestator de servicii medicale: Unitate medicală (spitalicească sau ambulatorie), autorizată de către Ministerul Sănătății Publice, care se ocupă de furnizarea sau intermedierea serviciilor medicale cuprinse în Contractul de asigurare și care poate emite documente justificative de decontare pentru toate serviciile medicale prestate.

Proceduri de subscriere: Totalitatea normelor și reglementărilor stabilite de către Asigurător pe care Contractantul/ Asiguratul trebuie să le parcurgă în scopul evaluării, clasificării și cuantificării riscurilor preluate de către Asigurător prin contractul de asigurare, în vederea preluării/ modificării riscului.

Primă de asigurare Individuală: Sumă ce trebuie plătită de către Contractant pentru un Asigurat.

Primă de asigurare totală: Sumă ce trebuie plătită de către Contractant pentru toți Asigurații, înainte de începerea asigurării, în schimbul preluării de către Asigurător a Riscului asigurat. Prima de asigurare totală poate fi plătită integral (anual) sau eșalonat, în rate trimestriale sau semestriale, la termenele specificate în Contractul de asigurare.

Proteză: Structură artificială, dispozitiv sau aparat, care reconstituie o parte a corpului uman (organ, membru sau o parte dintr-un membru) absentă, afectată sau distrusă.

Raport medical: Document medical solicitat de către Centrul de Coordonare sau Asigurător, necesar pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, care conține: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale, procedurile efectuate în cadrul consultației și recomandările/ investigațiile medicale/ tratamentele indicate, semnat și parafat de medicul care a consultat Asiguratul.

Recomandare/ rețetă/ 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.

Regularizare: Recalcularea periodică a primei de asigurare în funcție de fluctuațiile în ceea ce privește numărul, structura pe vârste și categorii a membrilor grupului, ca urmare a intrărilor și ieșirilor Asiguraților din grup.

Reînnoirea contractului: Continuarea valabilității contractului de asigurare pentru o nouă perioadă, în aceleași Condiții stabilite inițial de către părți sau printr-o nouă negociere.

Repunere în termen: Reluarea sau continuarea beneficiilor acoperite prin contractul de asigurare întrerupt din cauza neplății Primelor de asigurare la scadență sau în perioada de grație.

Rețeaua de prestatori de servicii medicale: Totalitatea prestatorilor de servicii medicale agreeți de către Centrul de coordonare și de Asigurător.

Rezervă privată, în regim hotelier: Unitate spitalicească privată, care se află în incinta unui spital de stat.

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.

RMN și CT: Rezonanță magnetică nucleară și computer-tomografie.

Servicii medicale acoperite: Totalitatea serviciilor medicale la care Asiguratul este îndreptățit în virtutea contractului de Asigurare.

Spital: O unitate medicală publică sau privată cu paturi, a cărei funcționare este autorizată de Ministerul Sănătății și care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- acordă servicii de diagnostic și tratament în regim continuu pacienților internați, cu întocmirea Foi de Observație Clinică Generală (FOCG), conform procedurilor legale în vigoare;
- dispune de echipamente medicale adecvate, 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.

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.

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.

Sumă asigurată: Sumă maximă în limita căreia Asigurătorul preia costurile serviciilor medicale acordate Asiguratului sau plătește indemnizația de asigurare/ despăgubirea, în conformitate cu prevederile condițiilor de asigurare.

Transport medical de urgență/ Ambulanță: Transportul pacientului la un spital, realizat prin intermediul unui vehicul amenajat special pentru acordarea asistenței medicale de urgență.

Transport sanitar neasistat: Transportul pacienților care nu se află în stare critică și care nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului, în condiții stabilite de legislația în vigoare.

Condiții Generale de Asigurare

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 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

- 2.1 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.
- 2.2 Dispozițiile alineatului precedent se aplică și tuturor modificărilor ulterioare ale contractului de asigurare.
- 2.3 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.
- 2.4 Documentele care atestă încheierea unei asigurări pot fi semnate și certificate prin mijloace electronice.

Articolul 3. Coasigurarea

Coasigurarea este operațiunea prin care doi sau mai mulți asigurători acoperă același risc, fiecare asumându-și o cotă -parte din acesta. Fiecare coasigurător răspunde față de Asigurat numai în limita sumei pentru care s-a angajat prin contractul de asigurare.

Articolul 4. Evenimentul asigurat și Riscul asigurat

Definirea Evenimentului asigurat și a Riscului asigurat este precizată în contractul de asigurare.

Articolul 5. Obiectul Asigurării

- 5.1 Asigurarea de grup „Generali Corporate Care” este un produs de asigurare care oferă protecție pentru unul sau mai multe riscuri, prevăzute la art. 5.5, conform opțiunii Contractantului, pentru Grupuri de persoane.
- 5.2 Asigurarea de grup „Generali Corporate Care” nu reprezintă un plan de economisire sau capitalizare și, prin urmare, nu are valoare de răscumpărare și nu poate fi transformată într-o asigurare cu sumă redusă.
- 5.3 Asigurarea de grup „Generali Corporate Care” se încheie pe o perioadă de 1 an, cu posibilitatea reînnoirii anuale la sfârșitul perioadei de asigurare, în aceleași condiții sau printr-o nouă negociere.
- 5.4 Contractul de asigurare se încheie obligatoriu nominal, conform art. 6.7.
- 5.5 Riscurile asigurate prin condițiile generale și condițiile particulare de asigurare, pot fi, conform opțiunii Contractantului:
 - a) Consultații medicale din orice cauză la cabinete medicale/ clinici medicale/ spitale;
 - b) Consultații medicale din orice cauză la domiciliul Asiguratului;
 - c) Analize medicale de laborator din orice cauză;
 - d) Investigații medicale imagistice și explorări funcționale în ambulator din orice cauză;
 - e) Serviciul de ambulanță din orice cauză;
 - f) Proceduri chirurgicale efectuate în ambulator din orice cauză;
 - g) Vaccinări din orice cauză;
 - h) Control medical anual preventiv;
 - i) Spitalizare continuă din orice cauză și Intervenții Chirurgicale din orice cauză;
 - j) Acoperire pentru perioada gravidității;
 - k) Acoperire pentru tratament dentar din orice cauză;
 - l) Acoperire pentru procurarea de medicamente din orice cauză;
 - m) Recuperare medicală din orice cauză;
 - n) Recuperare medicală post-spitalizare din orice cauză;
 - o) Acoperire extinsă pentru boli grave din orice cauză.
- 5.6 Noțiunea de „orice cauză” are în vedere exclusiv Accidentele sau Îmbolnăvirile produse în perioada asigurată. Pentru a fi operante, riscurile de asigurare trebuie menționate explicit în polița de asigurare.

Articolul 6. Încheierea contractului de asigurare și criteriile de eligibilitate

- 6.1 Contractul de asigurare se încheie între o persoană juridică înregistrată în România, în calitate de Contractant, și Asigurător, în beneficiul Asiguraților. Asiguratul este o persoană fizică, cetățean român sau străin, care are domiciliul/ rezidența în România. Contractantul are obligația de a informa Asigurații privind termenii contractuali și Procedura în caz de daună.
- 6.2 Contractul de asigurare se încheie pentru membrii eligibili ai Grupului, a căror vârstă este cuprinsă între 16 ani și 65 ani (inclusiv). Asigurarea poate fi încheiată și pentru coasigurații/ dependenții Asiguraților, cu vârsta cuprinsă între 0 luni și 65 ani (inclusiv), iar pentru coasiguratul copil, vârsta nu poate depăși 25 ani (inclusiv). În sensul prezentelor condiții de asigurare, se ia în calcul vârsta în ani impliniți la data includerii în asigurare.
- 6.3 În condițiile art. 6.2, se consideră membru eligibil:
 - a) un membru al Grupului, activ și prezent la locul de muncă la data începerii asigurării;
 - b) un membru al Grupului, care nu este activ și prezent la locul de muncă la data începerii asigurării, este considerat eligibil la data reînțeleperii activității;
 - c) o persoană care devine membru al Grupului după data de început a asigurării, este considerată eligibilă din momentul includerii în grupul respectiv de către Asigurător;
 - d) în cazul în care, prin contractul de asigurare, se oferă acoperire pentru coasigurații persoanei asigurate (dependenți), perioada de includere a acestora în asigurare este de maxim 30 de zile de la data emiterii Poliței de asigurare pentru coasigurații membrilor existenți la această dată și de maxim 30 de zile de la data includerii în grup pentru dependenții membrilor noi inclusi pe parcursul derulării contractului de asigurare. Prin excepție de la această regulă, se pot adăuga coasigurați (soț/ soție) în maxim 30 de zile de la data

- căsătoriei Asiguratului în cursul anului de asigurare și/ sau dependenți copii în maxim 30 de zile de la data nașterii unui copil pentru Asiguratul titular în cursul anului de asigurare. În momentul în care vor fi raportați ca ieșiți din asigurare, nu vor mai putea fi incluși pe poliță decât la reînnoirea contractului;
- e) Dependenții își pierd calitatea de Asigurați odată cu pierderea acestei calități de către Asigurat, respectiv eliminarea Asiguratului din poliță implică și eliminarea dependenților acestuia.
- f) În cazul apartenenței la un grup de tipul organizațiilor de sindicat, patronale sau sportive, aderarea la grupul asigurat se face în termen de maxim 30 de zile de la data aderării la organizația respectivă.
- g) Asigurătorul acceptă în perioada de derulare a contractului, menținerea Asiguraților în asigurare pe perioada de întrerupere temporară a activității normale la locul de munca a acestora, cu condiția plății continue a primelor de asigurare (inclusiv pe perioada întreruperii activității) în următoarele cazuri: concediu de odihnă, concediu fără plată, concediu de maternitate și concediu de îngrijire a copilului.
- 6.4 La reînnoirea poliței de asigurare, Asigurătorul își rezervă dreptul de a reevalua Riscul asigurat și de a modifica primele de asigurare în conformitate cu istoricul daunelor înregistrate pe polița de asigurare anterioară sau chiar de a refuza reînnoirea poliței.
- 6.5 Contractul de asigurare se încheie nominal, pentru toți membrii grupului eligibili, cu actualizarea listelor de personal și includerea ulterioară în asigurare a persoanelor noi din grup, cu respectarea prevederilor legale în vigoare. Acoperirea este valabilă numai pentru persoanele nominalizate.
- 6.6 Un membru al Grupului este asigurat (inclus în asigurare) pentru Suma asigurată/ limitele de asigurare menționate în Polița de asigurare de la data la care devine eligibil, conform art. 6. 3. și în conformitate cu art. 7. și art. 8.5.
- 6.7 La data acceptării și semnării ofertei de asigurare de către Contractant, acesta va transmite obligatoriu Asigurătorului lista membrilor eligibili, care va cuprinde:
- Numele și prenumele;
 - CNP-ul;
 - Categoria de includere.
- Lista se trimite obligatoriu și în formă electronică, într-un format standard specificat de Asigurător (format editabil). Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita și data începerii raporturilor de muncă/ colaborare, respectiv data includerii în grup pentru sindicate, asociații, cluburi etc;
- 6.8 Asigurătorul emite o singură Poliță de asigurare, cu anexe (dacă există), pentru toți Asigurații, la care se pot adăuga Anexe și acte adiționale, dacă este cazul.
- Acoperirea prin asigurare începe la ora 00.00 a zilei imediat următoare celei în care Contractantul a plătit prima de asigurare totală/ avansul de primă, dar nu mai devreme de data începerii Asigurării menționată în Polița de asigurare, dacă părțile nu au convenit altfel.
- 6.9 Asigurătorul poate emite carduri de asigurare pentru toți Asigurații. Cardul de asigurare este opțional și pur informativ. Asiguratul poate beneficia de servicii medicale în baza poliței de asigurare chiar dacă nu prezintă/ deține un card de asigurare.

Articolul 7. Subscrierea riscului

- 7.1 În cazuri deosebite (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): sume asigurate mari/ grupuri mici/ vârstă înaintată etc, Asigurătorul își rezervă dreptul de a efectua evaluări conform procedurilor sale de subscriere (completarea unor declarații de sănătate, efectuarea unor examinări/ investigații medicale, prezentarea de documente medicale recente etc), înainte de preluarea/ majorarea unui risc sau ori de câte ori expunerea Asiguratului la riscurile acoperite s-a modificat din punct de vedere medical, rezidențial, ocupațional, al interesului asigurabil sau al stilului de viață al Asiguraților.
- 7.2 După finalizarea procedurilor de subscriere, pot exista următoarele situații:
- Preluarea membrului eligibil în condiții standard;
 - Preluarea membrului eligibil în condiții de asigurare diferite de cele aplicabile celorlalți membri ai grupului (modificare primă, impunerea unor excluderi, propunerea de sume asigurate diferite etc);
 - Refuzul preluării în asigurare a respectivului membru eligibil;
 - Propunerea de planuri alternative de asigurare;
 - Amânarea includerii în asigurare până la o reevaluare medicală a cărei dată va fi stabilită de Asigurător.

Articolul 8. Prima de Asigurare/ Regularizarea Primei de Asigurare

- 8.1 Cota de Primă de asigurare individuală se calculează în funcție de vârsta membrilor eligibili, ocupația acestora, suma asigurată/ limitele de asigurare pentru riscurile acoperite și mărimea Grupului și este aceeași pentru toți membrii eligibili. Cota de primă pentru membrii Grupului incluși în asigurare se calculează în funcție de riscurile individuale și acoperirile solicitate. Prima de asigurare totală se calculează pe baza cotelor de primă precizate mai sus, beneficiilor acordate și cheltuielilor Asigurătorului.
- 8.2 La solicitarea Contractantului, Asigurătorul poate calcula prima de asigurare pentru sub-grupuri de membrii eligibili, în funcție de criteriile stabilite de Asigurător. În acest caz, Prima de asigurare totală se obține prin însumarea primelor de asigurare astfel calculate.
- 8.3 Prima de asigurare totală se plătește integral anual sau în rate trimestriale sau semestriale conform Contractului de asigurare. Ratele de primă trebuie să fie plătite la termenele scadente specificate în Contractul de asigurare.
- 8.4 Prima de asigurare totală sau ratele de primă se plătesc de către Contractant pentru toți Asigurații.

- 8.5 Contractantul are dreptul să includă sau să excludă o dată pe lună Asigurați și/sau dependenți (dacă e cazul) în/din asigurare, la aniversarea lunară a poliței. Raportarea lor se va face cu minim 5 zile înainte de aniversarea lunară a poliței. În cazul modificării numărului de Asigurați, prima de asigurare se calculează proporțional cu numărul de luni acoperite de asigurare și se plătește în maxim 30 zile calendaristice de la data scadenței.
- 8.6 Contractantul este exclusiv răspunzător de plata primelor de asigurare. Nu se acceptă colectarea individuală a primelor de la fiecare Asigurat/ dependent. Plata primelor de asigurare sau a ratelor de primă se face prin transfer bancar/ordin de plată/direct debit, în contul indicat de Asigurător în Contractul de asigurare.
- 8.7 Primele de asigurare se plătesc în valuta convenită în Contractul de asigurare.

Articolul 9. Neplata primei de asigurare

- 9.1 În cazul în care Contractantul nu achită integral primele de asigurare la scadență, Asigurătorul acordă o perioadă de grație de 30 de zile pentru plata ratelor, începând cu data de scadență a celei dintâi rate neachitate. În această perioadă, Riscurile asigurate sunt acoperite.
- 9.2 În cazul în care ratele de asigurare nu sunt plătite nici în perioada de grație, acoperirea prin asigurare continuă până la finalul perioadei de grație, după care se întrerupe și poate fi reluată (repusă în termen) într-o perioadă de maxim 3 luni de la prima scadență neachitată, prin plata primelor de asigurare stabilite de Asigurător.
- 9.3 Repunerea în termen (reluarea acoperirii) are loc la ora 00.00 a zilei imediat următoare zilei în care s-au plătit integral prima/ ratele de asigurare restante.
- 9.4 După trecerea a 3 luni de la prima scadență neachitată, Asigurătorul poate rezilia Contractul de asigurare, fără ca o notificare, punere în întârziere sau altă formalitate prealabilă să mai fie necesară, cu începere de la prima scadență neachitată. După rezilierea contractului, nu mai este posibilă repunerea acestuia în termen (reluarea acoperirii). În acest caz, Contractantul are obligația de a achita Asigurătorului, în termen de maxim 30 de zile de la finalul perioadei de grație, contravaloarea primei de asigurare pentru perioada de grație de 30 de zile în care Asigurătorul a oferit acoperire membrilor eligibili ai grupului.
- 9.5. Extinderea termenelor de plată a ratelor de asigurare restante nu este valabilă dacă nu este aprobată în scris de către Asigurător.
- 9.6 Asigurătorul nu este obligat să anunțe Contractantul/ Asigurații de data scadenței primei de asigurare (acestea fiind comunicate la data emiterii Poliței de asigurare) și nici să încaseze prima de asigurare la domiciliul, sediul sau locul de muncă al Contractantului.

Articolul 10. Drepturile și obligațiile Asigurătorului/ Contractantului/ Asiguratului.

- 10.1 Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare/ să acopere Costul serviciilor medicale pentru Riscuri asigurate care se produc în perioada de valabilitate a asigurării menționată în Polița de asigurare și care sunt notificate Centrului de coordonare în termenul precizat în prezentele condiții de asigurare.
- 10.2 Termenul în care trebuie notificată Centrului de coordonare producerea oricărui Eveniment asigurat este, după caz:
1. în cazul în care serviciul medical urmează să fie acordat de un Prestator de servicii medicale din cadrul Rețelei agreeate, notificarea trebuie făcută imediat cum s-a produs Evenimentul asigurat, înainte ca Asiguratul să întreprindă orice acțiune sau să efectueze orice cheltuială în legătură cu Evenimentul asigurat;
 2. în cazul în care serviciul medical urmează să fie acordat de un Prestator de servicii medicale din cadrul Rețelei agreeate, notificarea poate fi făcută și în maxim 48 de ore de la producerea Evenimentului asigurat, dacă, din motive obiective, nu a putut fi informat Centrul de coordonare mai devreme.
 3. în cazul în care serviciul medical urmează să fie acordat de un Prestator de servicii medicale din afara Rețelei agreeate, termenul de notificare este de maxim 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data producerii Riscului asigurat. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Asigurătorul este exonerat de la plata indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu a putut stabili cu exactitate (prin personalul propriu de specialitate, contraexpertize realizate de terți etc) cauza, circumstanțele, data producerii Evenimentului asigurat și întinderea pagubei. Excepție de la această regulă fac cazurile în care, din motive obiective de natură medicală, justificate pe bază de documente medicale, Asiguratul s-a aflat în imposibilitatea îndeplinirii acestei obligații.
În cazurile 10.2.1 și 10.2.2, Prestatorul de servicii medicale va informa Centrul de coordonare, la numărul de telefon menționat de Asigurător/ Centru de coordonare. În cazul în care Prestatorul de servicii medicale nu informează Centrul de coordonare în termenele specificate în art. 10.2.1 și 10.2.2, Asiguratul are dreptul de a informa singur Centrul de coordonare. În cazul al treilea, respectiv art. 10.2.3, Asiguratul va trimite documentația direct Centrului de coordonare (sau Asigurătorului, dacă polița prevede acest lucru în mod expres).
- 10.3 Detaliile suplimentare privind procedura de accesare și notificare a Evenimentului asigurat se regăsesc în Procedura de daună prezentată Contractantului la încheierea poliței de asigurare.
- 10.4 Pentru ca acoperirile să fie operante, Prestatorul de servicii medicale trebuie să primească în prealabil acceptul Centrului de coordonare. Excepțiile sunt urgențele medico-chirurgicale, prevăzute de legislația în vigoare, când acceptul Centrului de coordonare poate fi obținut și după efectuarea/ accesarea serviciilor medicale, dar nu mai târziu de 48 de ore de la momentul producerii evenimentului sau a cazurilor în care serviciul medical urmează să fie acordat de un Prestator de servicii medicale din afara Rețelei.
- 10.5 În cazul în care nu se anunță producerea Riscului asigurat în termenul precizat mai sus sau nu se respectă în totalitate procedura de lucru între Asigurător și Centrul de coordonare, Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu acoperi serviciile medicale efectuate. Contractantul se obligă să informeze toți asigurații cu privire la termenii contractuali.
- 10.6 În cazul în care producerea Riscului asigurat este anunțată în termenul precizat la art. 10.2, dar Asiguratul nu este în măsură să acceseze Prestatorii de servicii medicale agreeți de către Centrul de Coordonare și Asigurător, atunci

decontarea serviciilor medicale prestate se poate efectua doar ulterior, prin depunerea la sediul Centrului de coordonare (sau Asigurătorului, dacă polița prevede acest lucru în mod expres), de către Asigurat, a întregii documentații medicale și a documentelor fiscale justificative în original pentru serviciile medicale prestate în afara Rețelei de Prestatori de servicii medicale, cu respectarea Condițiilor particulare de asigurare pentru fiecare Risc asigurat în parte.

- 10.7 În vederea soluționării dosarelor de daună, Asiguratul împuternicește Centrul de coordonare și Asigurătorul să întreprindă orice fel de investigații, să obțină documentele/ rezultatele investigațiilor medicale efectuate de Asigurat de la medicii curanți/ instituțiile medicale și să obțină orice date referitoare la acestea.
- 10.8 Centrul de coordonare va colecta toată documentația necesară întocmirii dosarului de daună, va efectua plata și apoi va trimite Asigurătorului documentația spre decontare.
Documentația va conține:
1. Pentru cazul general, în care a fost informat centrul de coordonare în termenul prevăzut la art. 10.2.1 sau 10.2.2, documentația va cuprinde:
 - Documente justificative de decontare emise de către Prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului în original (facturi, chitanțe, bonuri etc);
 - Documentele medicale în baza cărora au fost întocmite documentele justificative de decontare (rezultate analize medicale, rapoarte medicale, bilete de ieșire din spital, copii după foile de observație clinică generală, rezultate investigații medicale etc) (copii);
 - Alte documente solicitate de Asigurător.
 2. Pentru cazul prevăzut de art. 10.2.3 sau pentru cazul în care anumite servicii medicale se vor plăti sub formă de indemnizație, documentația va cuprinde:
 - Copie carte de identitate Asigurat;
 - Declarație de daună completată de către Asigurat;
 - Documente justificative de decontare emise de prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguratului;
 - Documentele medicale în baza cărora au fost întocmite documentele justificative de decontare (rezultate analize medicale rapoarte medicale, bilete de ieșire din spital, copii după foile de observație clinică generală, rezultate investigații medicale etc) (copii conforme cu originalul);
 - Alte documente solicitate de Asigurător.Documentația medicală necesară și documentele justificative de decontare în original, se vor trimite prin poștă către Centrul de coordonare (sau Asigurătorului dacă polița prevede acest lucru în mod expres).
- 10.9 Pentru toate serviciile medicale efectuate/ accesate, Prestatorul de servicii medicale trebuie să emită:
- Rapoarte medicale complete care să conțină: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale și recomandările/ investigațiile medicale/ tratamentele indicate, rezultatele acestora (dacă sunt disponibile), protocolul operator al intervenției chirurgicale efectuate (dacă e cazul), motivul solicitării transportului cu ambulanța (dacă e cazul);
 - FOCG (Foia de Observație Clinică Generală) și Biletul de externare din spital (în cazul Spitalizării/ Intervențiilor chirurgicale);
 - documente justificative de decontare (facturi, chitanțe, bonuri etc);
 - orice alte documente care să ateste și justifice serviciile medicale prestate Asiguratului.
- Toate documentele justificative relaționate consultațiilor medicale efectuate trebuie să fie prezentate Centrului de coordonare (sau Asigurătorului, dacă polița prevede acest lucru în mod expres).
- 10.10 Asigurătorul își rezervă dreptul de a verifica, prin orice căi, condițiile acordării asistenței persoanelor eligibile de către Centrul de coordonare și a serviciilor medicale de către Prestatorul de servicii medicale, având dreptul de a solicita și obține accesul la toate documentele medicale referitoare la Asiguratul care a suferit dauna (rezultatele analizelor, procedurilor medicale etc).
- 10.11 Toate serviciile medicale vor fi acoperite în următoarele condiții:
- să fie făcute cu informarea Centrului de coordonare;
 - să existe documente justificative de decontare pentru toate serviciile medicale prestate, detaliate conform contractelor. Costul total suportat de către Asigurător nu poate depăși limitele înscrise în Contractul de asigurare.
- 10.12 Documentele solicitate de Centrul de coordonare/ Asigurător trebuie prezentate în termen de maxim 90 de zile de la data producerii Riscului asigurat. 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).
- 10.13 Centrul de coordonare/ Asigurătorul va efectua plata Indemnizației de asigurare/ va acoperi costurile serviciilor medicale în termen de 30 de zile de la data la care documentația solicitată pentru dosarul de daună este completă.
- 10.14 Plata indemnizației de asigurare/ acoperirea costurilor serviciilor medicale se va face pe teritoriul României, în moneda convenită în Contractul de asigurare și în conformitate cu legile aplicabile privind impozitele și taxele, la data efectuării plății.
Documentele justificative de decontare, emise de către prestatorul de servicii medicale/ centrul de coordonare, se vor plăti în moneda emiterii, dacă nu se convine altfel între părți.
- 10.15 Indemnizația de asigurare cuvenită Asiguratului nu poate fi urmărită de creditorii sau moștenitorii Asiguratului, ori de alte persoane ce au un interes relativ la patrimoniul Asiguratului.

- 10.16 Dacă Asiguratul este minor la data plății Indemnizației de asigurare, plata acesteia se va face de către Centrul de coordonare/ Asigurător cu respectarea prevederilor legale speciale privind drepturile minorilor.
- 10.17 Centrul de coordonare/ Asigurătorul își rezervă dreptul de a reduce sau de a nu plăti indemnizația de asigurare sau de a nu acoperi costurile serviciilor medicale, în cazul în care se constată încercări de fraudă din partea Asiguratului/ Contractantului/ Prestatorului de servicii medicale.
- 10.18 În eventualitatea în care se constată efectuarea unor plăți necuvenite din partea Centrului de coordonare/ Asigurătorului, acesta își rezervă dreptul de a se întoarce împotriva beneficiarilor plăților necuvenite, pentru recuperarea sumelor plătite în mod eronat.
- 10.19 Comunicările dintre părți se vor transmite prin e-mail, poștă sau curier la adresa de domiciliu/ sediul social menționat în Cererea de asigurare, dar și prin alte mijloace de comunicare ce permit păstrarea confirmării de primire.
Contractantul asigurării are obligația de a notifica Asigurătorul în scris asupra tuturor modificărilor datelor sale relevante (nume, adresă de corespondență, CUI etc), ca și de a desemna o persoană împuternicită prin care să poarte corespondența cu Asigurătorul, ale cărei date să fie puse la dispoziția acestuia. În cazul în care Contractantul și-a schimbat adresa de corespondență fără o notificare scrisă către Asigurător, corespondența trimisă de Asigurător la ultima adresă cunoscută va avea efect juridic deplin pentru toate părțile Contractului de asigurare.
- 10.20 La încheierea Contractului de Asigurare și pe întreg parcursul acestuia, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita detalii suplimentare referitoare la Contractant/ Asigurați, necesare pentru respectarea prevederilor Legislative referitoare la prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor.
- 10.21 Asiguratul/ Contractantul poate suporta o parte din plata serviciilor medicale, dacă acest lucru este precizat explicit în poliță; în situația în care nu este specificată în poliță, coplata/ franșiza nu există.
- 10.22 Serviciile medicale accesate/ efectuate nu pot depăși în nici un caz numărul/ valorile menționate în polița de asigurare. În cazul în care sunt depășite numărul/ valorile specificate în polița de asigurare, Asiguratul/ Contractantul are obligația de a achita către Prestatorul de Servicii medicale sumele ce depășesc limitele prevăzute în Poliță. Numărul/ valorile aferente acoperirilor se calculează pe durata unui an de asigurare și nu se pot reporta pentru anul următor.
- 10.23 Plata serviciilor medicale accesate/ efectuate se va face de către Centrul de Coordonare/ Asigurător după cum urmează:
- a) direct către Prestatorul de servicii medicale din cadrul rețelei agreate;
 - b) direct către Asigurat, în situația în care serviciul medical a fost acordat/ efectuat de un Prestator de servicii medicale din afara Rețelei agreate sau, dacă, din diverse motive, serviciul medical a fost achitat de către Asigurat.
- 10.24 Pentru efectuarea/ accesarea serviciilor medicale, se acceptă și recomandări medicale de la medici din afara rețelei de prestatori agreați, inclusiv în cazurile în care Asiguratul nu are acoperirea de consultație medicală inclusă în lista acoperirilor asigurate prin polița de asigurare.
- 10.25 Acoperirea afecțiunilor preexistente presupune că Asigurătorul va acoperi atât pusele acute ale bolilor cronice, cât și serviciile medicale ulterioare, recomandate de medicul curant ca urmare a îmbolnăvirii Asiguratului, atâta timp cât acestea sunt prestate în perioada de valabilitate a Poliței de asigurare.
Nu vor fi acoperite teste de screening sau prevenție, relaționate cu afecțiunea preexistentă.

Articolul 11. Declarații false

- 11.1 Contractantul Asigurării este răspunzător pentru corectitudinea informațiilor furnizate Asigurătorului privind Asigurații/ Coasigurații. Dacă există declarații incorecte, toate indemnizațiile rezultând din Contractul de Asigurare vor fi ajustate în consecință, pe baza datelor corecte.
- 11.2 Dacă Contractantul/ Asiguratul vor furniza declarații false sau informații incomplete, în măsura în care aceste informații sunt esențiale pentru buna derulare a Contractului de Asigurare, Asigurătorul are dreptul de a lua următoarele măsuri, în funcție de circumstanțele concrete:
- a) 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:
 - i) în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință caracteristicile reale ale riscului grupului de asigurați (vârstă, ocupație etc), ar fi încheiat Contractul de Asigurare în alte condiții, Asigurătorul are dreptul de a modifica unilateral, în consecință, condițiile de acoperire pentru Asigurații de pe contract (primă, excluderi etc);
 - (ii) în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință caracteristicile reale și complete privitoare la risc, nu ar fi încheiat Contractul de Asigurare, Asigurătorul are dreptul de a rezilia unilateral Contractul de Asigurare.
 - b) 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:
 - (i) în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință caracteristicile reale și complete privitoare la risc, ar fi încheiat Contractul de Asigurare în alte condiții, Asigurătorul are dreptul de a reduce cuantumul Indemnizației corespunzător raportului dintre Prima stabilită și cea care ar fi trebuit plătită, cunoscându-se exact împrejurările, respectiv de a nu acoperi costurile serviciilor medicale. 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;

- (ii) în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință caracteristicile reale și complete privitoare la Risc, nu ar fi încheiat Contractul de Asigurare, Asigurătorul are dreptul de a refuza plata Indemnizației de Asigurare și/ sau a costurilor serviciilor medicale, putând rezilia unilateral Contractul de Asigurare;
 - (iii) în cazul în care Asiguratul a furnizat informații false sau incomplete cu privire la circumstanțele producerii Evenimentului/ Riscului asigurat, Asigurătorul are dreptul de a refuza plata indemnizației de asigurare pentru dauna respectivă, precum și de a nu acoperi costul serviciilor medicale, putând exclude din asigurare Asiguratul respectiv.
- 11.3 În cazul rezilierii de către Asigurător a Contractului de asigurare ca urmare a unor declarații false/ incomplete, Asigurătorul este degrevat de orice obligații.

Articolul 12. Modalități de executare, suspendare, reziliere sau încetare a Contractului de asigurare

- 12.1 În următoarele situații, Contractul de asigurare își încetează efectele de plin drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, somații, proceduri, etc și fără intervenția vreunei instanțe judecătorești:
- a) la ora 0:00 a datei expirării Contractului de asigurare, dată menționată ca atare în Polița de asigurare;
 - b) 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 refuză să ofere informații privind datele de identificare personale solicitate de către Asigurător;
 - (iii) în cazul în care datele de identificare personale ale Contractantului se regăsesc în Listele oficiale ale persoanelor juridice suspecte de săvârșirea sau finanțarea actelor de terorism. Datele de identificare personale sunt cele prevăzute în legislația aplicabilă cu privire la 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. Contractul de asigurare va înceta de plin drept la ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei expedierii de către Asigurător a scrisorii prin care Asigurătorul informează Contractantul asupra încetării Contractului de asigurare.
 - c) prin rezilierea unilaterală de către părți a Contractului de asigurare, ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale de către una dintre părți;
 - d) în cazul denunțării unilaterale a Contractului de asigurare de către Contractantul asigurării. 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 celei de a 21 zile calendaristice de la data 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;
 - e) 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;
 - f) neplata primelor de asigurare la data prevăzută în Contractul de asigurare sau în termenul de grație specificat în Condițiile generale.
- 12.2 Asigurarea încetează pentru un Asigurat în următoarele cazuri:
- a) în cazul prezentării către Asigurător a unor declarații/ documente 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.7);
 - b) la următoarea reînnoire a contractului după ce Asiguratul a depășit vârsta de 66 ani împliniți sau 26 ani în cazul coasiguratului copil;
 - c) la data la care are loc încetarea raporturilor contractuale, din orice motiv, între Asigurat și Contractant;
 - d) nerespectarea obligațiilor contractuale de către Asigurat;
 - e) pentru Coasigurat, la data la care încetează acoperirea pentru Asigurat.
- 12.3. În calculul primei convenite Contractantului, ca urmare a denunțării contractului de asigurare, se va considera ca durată a anului de asigurare, perioada de 360 de zile, dacă părțile nu convin altfel.
- 12.4. Restituirea primei de asigurare se face în conformitate cu prevederile legale și cu aplicarea prevederilor generale, pentru perioada care urmează denunțării unilaterale, respectiv pro-rata temporis (calculată conform articolului 12.3), cu excepția cazurilor în care nu se prevede altfel.

Articolul 13. Întinderea teritorială

Acoperirile oferite sunt valabile numai pe teritoriul României.

Articolul 14. Cheltuieli, taxe, impozite, dobânzi

Toate cheltuielile, taxele și impozitele aplicabile primelor de asigurare sau indemnizațiilor de asigurare/ costurilor serviciilor medicale sunt în sarcina Contractantului asigurării, respectiv Asiguratului sau Centrului de coordonare/ Prestatorului de servicii medicale (după caz), în conformitate cu prevederile legale în domeniu.

Articolul 15. Anexe, acte declarative

Eventualele anexe și/ sau acte declarative, precum și condițiile particulare de asigurare în funcție de Riscurile asigurate, fac parte integrantă din Contractul de asigurare, acestea producându-și efectele pe toată durata Contractului de asigurare.

Articolul 16. Excluderi

Prezentele excluderi generale sunt aplicabile oricărui risc achiziționat.

Nu sunt acoperite riscurile asigurate cauzate de sau care rezultă din următoarele situații:

- a) participarea 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 participarea 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) 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) orice tentativă de sinucidere a Asiguratului, automutilare sau Îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
- d) comiterea cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, consumul de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și utilizarea de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumul de droguri sau efectuarea unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
- e) bolile mentale, tulburările psihice sau de natură nervoasă;
- f) consecințele infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
- g) practicarea unor sporturi extreme, precum și participarea activă la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
- h) participarea Asiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
- i) bolile infecțioase sau parazitozele endemice contactate pe perioada în care Asiguratul s-a aflat pe teritoriul unei țări recunoscute oficial drept zonă cu potențial mare de contaminare;
- j) afecțiuni neoplazice, dacă riscul asigurat se produce în primele șase luni de la data la care Asiguratul respectiv a fost inclus în asigurare.
- k) malpraxisul medical;
- l) actele de terorism: Asigurătorul nu despăgubește pierderile, daunele, costurile de orice natură, oricare ar fi aceasta, cauzate în mod direct 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 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 că o parte a acestei clauze este nulă sau neexecutorie, restul va rămâne în vigoare și complet valabilă.

- m) catastrofele naturale, epidemiile, pandemiile etc.

De asemenea, nu sunt acoperite pe niciunul din riscurile asigurate, următoarele:

- n) investigațiile și tratamentele pentru sterilitate/ inseminare artificială și consecințele/ complicațiile acestora, precum și schimbarea de sex sau donarea de organe, în calitate de donator;
- o) toate Îmbolnăvirile cauzate de consumul cronic sau excesiv de alcool (de ex: - enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă - pancreatită cronică, ciroză și fibroză hepatică, neoplasm hepatic etc);

- p) studiile de determinare a hărții genetice sau alte metode de diagnostic și tratament genetic cu excepția analizelor pentru investigarea infecțiilor virale (detectie genotipare ADN/ ARN viral);
- q) tratamentele/ intervențiile de chirurgie estetică/ plastică și reparatorie, cu excepția cazurilor în care acestea sunt efectuate ca urmare a consecințelor unui Accident survenit în perioada asigurată sau sunt efectuate pentru corectarea unor defecte strict patologice care împiedică funcționarea normală a organismului. Nu sunt acoperite nici intervențiile estetice pentru obezitate/ exces ponderal, incluzând și chirurgia bariatrică (gastric sleeve/ bypass);
- r) toate evenimentele care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora;
- s) tratamentul dentar și chirurgia dentară;
- t) medicina experimentală, medicina alternativă sau orice tratamente/ investigații care nu au fost prescrise/ recomandate de către o autoritate medicală recunoscută oficial;
- u) orice serviciu medical acordat într-o instituție de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre de dezintoxicare/ reabilitare, centre de wellness, unități pentru tratarea bolilor psihice etc);
- v) orice servicii medicale pentru care nu există documente justificative de decontare emise de Prestatorul de servicii medicale;
- w) orice servicii medicale neacceptate de către Centrul de Coordonare/ Asigurător și/ sau nerecomandate în scris de către un medic cu drept de liberă practică medicală;

Articolul 17. 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 Asigurătorului sau orice alt mijloc de comunicare electronică oficializat);
- b) cele adresate Contractantului, la adresa indicată în poliță sau la cea care a fost menționată expres de către Contractant pentru trimiterea comunicărilor sau la datele de contact ale persoanei fizice/ juridice desemnate să reprezinte Contractantul în relația cu Asigurătorul.

Articolul 18. Alte reglementări

- 18.1 Dispozițiile prezentelor Condiții Generale se completează cu prevederile Condițiilor Particulare de asigurare și fac parte integrantă din contractul de asigurare încheiat.
- 18.2 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.
- 18.3 Orice nemulțumire din partea Contractanților/ Asiguraților 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 petiția și va proceda la soluționarea nemulțumirii formulate. Petentul 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 petentului, 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 organelor abilitate.
Contractantul/ Asiguratul/ Beneficiarii, pot apela la soluționarea alternativă a litigiului și se pot adresa către SAL-FIN, entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul financiar non-bancar ce funcționează în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară. Solicitățile se adresează în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare. Informații detaliate cu privire la modul și condițiile de soluționare alternativă a litigiilor pot fi obținute la adresa de internet <http://www.salfin.ro>.
Orice litigiu, decurgând din sau în legătură cu contractul de asigurare, va fi soluționat de către instanțele judecătorești din România, de la sediul Asigurătorului.
- 18.4. Toate taxele percepute de diferite instituții (medic de familie, spital, Poliție, Parchet, Institutul de Medicină Legală etc) pentru eliberarea documentelor solicitate de Asigurător, în vederea plății indemnizației de asigurare, dacă sunt aplicabile, sunt suportate de Asigurat/ Beneficiar.
- 18.5. În cazul constatării insolvabilității Asigurătorului, Contractantul/ Asiguratul/ Beneficiarii asigurării se pot adresa Fondului de garantare, conform Legii nr. 213/2015 privind Fondul de garantare a asiguraților.
- 18.6. Forța majoră exonerează părțile contractante de îndeplinirea obligațiilor asumate prin prezentul Contract de asigurare, pe toată perioada în care aceasta acționează. Îndeplinirea Contractului de asigurare va fi suspendată în perioada de acțiune a forței majore, dar fără a prejudicia drepturile ce li se cuveneau părților până la apariția acesteia. Partea contractantă care invocă forța majoră are obligația de a notifica celeilalte părți, imediat și în mod complet, producerea acesteia și de a lua orice măsuri care îi stau la dispoziție în vederea limitării consecințelor. Dacă forța majoră acționează sau se estimează că va acționa o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte va avea dreptul să notifice celeilalte părți încetarea de plin drept a prezentului Contract de asigurare, fără ca vreuna dintre părți să poată pretinde celeilalte daune – interese. Forța majoră trebuie constatată de o autoritate competentă.
- 18.7. Asiguratul are toate drepturile reglementate de legislația în vigoare referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date și începând cu data de 25

mai 2018, Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date. Asiguratul își poate exercita drepturile depunând la Asigurător o cerere în formă scrisă, datată și semnată. În cerere, solicitantul poate arăta dacă dorește ca informațiile să îi fie comunicate la o anumită adresă de corespondență sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea i se va face numai personal.

- 18.8 Asiguratul trebuie să facă dovada că riscul produs este acoperit prin asigurare, dacă nu se prevede altfel în Condițiile de Asigurare.
- 18.9 Asigurătorul nu este responsabil pentru calitatea serviciilor oferite de instituțiile medicale sau de personalul medical. Prezența asigurare nu dă dreptul Asiguratului să solicite preluarea unor costuri de către Asigurător în cazul unui prejudiciu produs ca urmare a erorilor medicale sau neglijenței.
- 18.10. Contractantul este obligat și acceptă la data semnării cererii/ ofertei de asigurare să transmită tuturor Asiguraților toate informațiile furnizate de Asigurător (spre exemplificare: Condițiile de asigurare, Procedura de lucru etc) imediat ce le primește de la acesta.
- 18.11. Deduceri fiscale. Prevederi generale. Conform legislației fiscale în vigoare (legea 227/2015), asigurările private de sănătate sunt deductibile fiscal, în limita a 400 eur/persoană/an, atât pentru angajat, cât și pentru angajator.

Prezențele precizări fiscale sunt valabile sub rezerva modificării legislației fiscale (Codul Fiscal și orice alt act normativ adoptat în aplicarea acestuia).

Condiții Particulare de Asigurare

A. Acoperirea pentru Consultații Medicale din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

Prezențele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru Consultații Medicale din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident/ Îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul efectuează consultații medicale la unul din spitalele/ clinicile/ cabinetele medicale, membre ale Rețelei de prestatori de servicii medicale agreați sau din afara acesteia.
2. Prezentul risc acoperă și consultații tip a doua opinie medicală.
3. Sunt incluse în asigurare consultații medicale ambulatorii din orice cauză din cadrul tuturor specialităților , cu excepția următoarelor:
 - Psihiatrie
 - Psihologie medicală
 - Genetică medicală
 - Recuperare medicală
 - Chirurgie plastică/ estetică și reparatorie (cu excepția cazurilor în care acestea sunt efectuate ca urmare a consecințelor unui Accident survenit în perioada asigurată sau sunt efectuate pentru corectarea unor defecte strict patologice care împiedică funcționarea normală a organismului)
 - Stomatologie
 - Monitorizare sarcină
 - Logopedie
 - Nutriție
 - ATI (anestezie și terapie intensivă)

B. Acoperirea pentru Consultații Medicale la Domiciliu din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

Prezențele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru Consultații Medicale la Domiciliu din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.

Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident/ Îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul efectuează consultații medicale la domiciliu. Consultațiile medicale la domiciliu vor fi efectuate de un medic din cadrul Rețelei de prestatori de servicii medicale agreați sau din afara acesteia, în cazul în care starea de sănătate a Asiguratului nu permite deplasarea acestuia la un Prestator de servicii medicale.

C. Acoperirea pentru Analize Medicale de Laborator din Orice Cauză (Accident Sau Îmbolnăvire)

Prezențele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru Analize Medicale de Laborator din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident/ Îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul efectuează analize medicale de laborator la unul din spitalele/ clinicile/ cabinetele medicale, membre ale Rețelei de prestatori de servicii

- medicale agreeți sau din afara acesteia, la recomandarea scrisă a unui medic din cadrul Rețelei, respectiv din afara acesteia.
2. Sunt acoperite analizele medicale de laborator din toate categoriile, cu excepția analizelor de laborator aferente geneticii medicale. Spre exemplificare (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă):
 - Hematologie/ hemostază/ coagulare;
 - Biochimie (substrat/ electroliți/ enzime);
 - Electroforeze;
 - Imunologie umorală;
 - Imunodozaje - markeri tumorali;
 - Imunodozaje - markeri virali (infecțioși);
 - Imunodozaje markeri endocrini;
 - Microbiologie;
 - Parazitologie.
 3. Centrul de coordonare/ Asigurătorul își rezervă dreptul de a evalua fiecare caz și de a nu despăgubi:
 - analizele medicale efectuate în scop preventiv
 - analizele care nu sunt susținute de diagnosticul menționat în recomandarea medicală, în conformitate cu ghidurile și protocoalele de specialitate
 - analizele recoltate în România, dar trimise de clinică spre procesare în afara țării (cu sau fără înștiințarea Asiguratului/ Asigurătorului).
 4. Sunt aplicabile excluderile generale prevăzute la Art. 16 din prezentele condiții de asigurare.

D. Acoperirea pentru Investigații Medicale Imagistice și Explorări Funcționale în Ambulator din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru Investigații Medicale Imagistice și Explorări Funcționale în Ambulator din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident/ Îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul efectuează investigații medicale imagistice/ explorări funcționale în ambulator la unul din spitalele/ clinicile/ cabinetele medicale, membre ale Rețelei de prestatori de servicii medicale agreeți sau din afara acesteia, la recomandarea scrisă a unui medic din cadrul Rețelei respectiv din afara acesteia.
2. Sunt acoperite investigații medicale imagistice din toate categoriile. Spre exemplificare (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă):
 - Tomografii computerizate (CT cu sau fără substanță de contrast);
 - Ecografii (toate tipurile: 2D, 3D, 4D, Doppler etc);
 - Radiografii (toate tipurile și orice incidență);
 - Rezonanța magnetică nucleară (RMN cu sau fără substanță de contrast);
 - Mamografii;
 - Endoscopii/ colonoscopii/ artroscopii;
 - Osteodensitometrii;
 - Arteriografii;
 - Scintigrafii/ urografii/ histerosalpingografii/ cistografii etc.

Sunt acoperite explorările funcționale în ambulator din toate categoriile. Spre exemplificare (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă):

- Electrocardiograme (EKG) de repaus și de efort cu interpretare;
 - Înregistrare holter EKG/ TA cu interpretare;
 - Electroencefalograme (EEG) cu interpretare;
 - Electromiograme (EMG) cu interpretare;
 - Audiometrie/audiogramă/timpanometrie;
 - Oscilometrii;
 - Probe funcționale ventilatorii/ spirometrii etc.
3. Asigurătorul își rezervă dreptul de a evalua fiecare caz și de a despăgubi investigațiile medicale imagistice/ explorările funcționale care au strictă legătură cu Evenimentul asigurat, susținute de diagnosticul menționat în recomandarea medicală, în conformitate cu ghidurile și protocoalele de specialitate. Totodată, Centrul de coordonare/ Asigurătorul nu va despăgubi investigațiile medicale imagistice/ explorările funcționale efectuate în scop preventiv/ screening. De asemenea, în cadrul acestei clauze nu se vor acoperi eventualele proceduri terapeutice (ex. montare stent, rezecție polipi etc) care pot fi realizate în cursul efectuării investigației imagistice. Aceste proceduri pot fi acoperite în cadrul riscului de Proceduri chirurgicale în ambulator, în situația în care a fost achiziționat.

E. Acoperirea pentru Serviciul de Ambulanță din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru Serviciul de Ambulanță din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident/ Îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul necesită servicii de ambulanță. Prin servicii de ambulanță se înțeleg orice servicii medicale prestate Asiguratului la locul preluării și pe parcursul transportului către unitatea medicală în situația în care evenimentul reprezintă o urgență medico-chirurgicală, conform Listei de urgențe medico-chirurgicale prevăzută în legislația din România, cu excepția situațiilor care se încadrează la excluderi. Acest risc nu acoperă serviciile medicale prestate de personalul medical al ambulanței în situațiile în care condiția medicală a Asiguratului nu impune transportul urgent către o unitate medicală. Aceste servicii medicale pot fi acoperite în cadrul altor riscuri achiziționate și specificate în polița de asigurare.
2. Transportul cu ambulanța se va efectua de la locul accidentului sau de la locul în care se află Asiguratul care reclamă probleme urgente de sănătate, care îl împiedică să se deplaseze singur sau cu un mijloc de transport în comun sau particular, la cel mai apropiat Spital/ unitate medicală care face parte din Rețeaua de prestatori de servicii medicale agreată și abilitată în acordarea primului ajutor sau de la aceasta la un alt spital/ clinică specializată, cu acordul prealabil al Centrului de Coordonare, în cazul în care acest lucru este absolut necesar și justificat din punct de vedere medical, al tehnicilor de diagnosticare sau de tratament.
3. În cazul în care transportul cu ambulanța de la prima unitate medicală către o altă unitate medicală este solicitat de către Asigurat, fără ca acest lucru să fie absolut necesar și justificat din punct de vedere medical, al tehnicilor de diagnosticare sau de tratament, acest transport nu va fi acoperit.
4. Pentru decontarea de către Centrul de coordonare/ Asigurător a transportului cu ambulanța efectuat, Prestatorul de servicii medicale/ Asiguratul trebuie să prezinte Centrului de coordonare (sau Asigurătorului, dacă polița prevede acest lucru în mod expres) fișa de solicitare emisă de serviciul de ambulanță precum și factura fiscală în original.

F. Acoperirea pentru Proceduri Chirurgicale efectuate în Ambulator din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru Proceduri Chirurgicale efectuate în Ambulator din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident/ Îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul efectuează proceduri chirurgicale în ambulator, Camera de gardă/ Unitate primiri urgențe sau în cadrul unei spitalizări de zi cu durata mai mică de 12 ore, la unul din prestatorii de servicii medicali, membrii ai Rețelei de prestatori de servicii medicale agreați sau din afara acesteia, la recomandarea scrisă a unui medic din cadrul Rețelei, respectiv din afara acesteia.
2. Procedurile chirurgicale în ambulator sunt din categoriile (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă):
 - Puncții (puncție sinusală/ osoasă/ medulară/ pleurală etc);
 - Biopsii;
 - Extracții de corpi străini;
 - Suturi de plăgi și microchirurgia traumatismelor;
 - Electrochirurgia/ electrocauterizarea/ cauterizarea tumorilor cutanate/ leziunilor;
 - Polipectomii;
 - Toalete chirurgicale;
 - Terapii chirurgicale în ambulator (a abceselor, a arsurilor termice <10%, a flegmoanelor, a hematoamelor, a panarițului etc);
 - Infiltrații, injecții de medicamente Se acoperă doar manopera (procedura). Nu se acoperă achiziționarea/ prepararea substanțelor în cazul infiltrațiilor/ injecțiilor.
3. Suma asigurată maximă la care are dreptul Asiguratul într-un an de asigurare este specificată în Polița de asigurare.
4. Asigurătorul își rezervă dreptul de a evalua fiecare caz și de a despăgubi doar procedurile chirurgicale în ambulator care au strictă legătură cu Evenimentul asigurat.
5. În cadrul prezentului risc asigurat se acoperă și consultațiile preanestezice.

G. Acoperirea pentru Vaccinări

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare de Vaccinări, alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident/ Îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul, la recomandarea scrisă a unui medic din cadrul Rețelei de Prestatori de servicii medicale sau din afara acesteia trebuie să efectueze o vaccinare. Această acoperire este operantă și dacă vaccinarea este recomandată în scop preventiv de către un medic.

2. Vaccinarea este o metodă de imunizare activă profilactică împotriva unor boli, prin inocularea unui vaccin. Vaccinurile sunt preparate biologice, dotate cu proprietăți antigenice, care declanșează apariția răspunsului imun la organismele supuse vaccinării.
3. Se acoperă doar prepararea vaccinului și administrarea acestuia. Nu se acoperă achiziționarea vaccinului/substanței active.

H. Acoperirea pentru Control Medical Anual Preventiv

Această acoperire este operantă pentru cazurile în care Asiguratul efectuează un Control Medical Anual Preventiv, fie ca urmare a unei recomandări medicale, fie ca urmare a solicitării sale. Se pot achiziționa următoarele pachete în funcție de opțiunea Contractantului:

1. Pachet BASIC

În cazul achiziționării acestui pachet, se poate efectua o consultație la un medic generalist (1 consultație/ an de asigurare), în urma căreia va fi eliberat un raport Medical tip, parafat, datat și semnat de către medicul examinator, precum și următoarele investigații medicale (lista este exhaustivă):

- Hemogramă;
- Glicemie;
- Colesterol Total;
- HDL-Colesterol;
- Trigliceride;
- Creatinina serică;
- VSH;
- Sumar de urină;
- Enzime hepatice (GOT; GPT);
- Exudat faringian;
- Examen coproparazitologic.

2. Pachet SCREENING CANCER

Contractantul poate opta pentru un pachet de screening al cancerului. În acest caz, Asiguratul poate efectua, o dată pe an, una din investigațiile de mai jos, la alegere:

- a) Pentru Asigurate: 1 mamografie/ 1 ecografie mamară/ 1 test PAP (test Babeș-Papanicolau).
- b) Pentru Asigurați: 1 test hemocult/ 1 PSA (antigen specific prostatic).

3. Pachet DENTAR

Contractantul poate opta pentru un Pachet Dentar reprezentat de un detartraj și un periaj efectuat anual.

4. Pachet SCREENING

Contractantul poate opta pentru un Pachet de Screening general în limita sumei asigurate prevăzută în polița de asigurare. În acest caz, Asiguratul trebuie să aibă recomandare medicală scrisă însoțită de un Raport medical tip, datat, semnat și parafat de medic, în care să fie menționate investigațiile medicale necesare.

I. Acoperirea pentru Spitalizare și Intervenții Chirurgicale din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare Spitalizare și Intervenții Chirurgicale din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident/ Îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul este internat într-un Spital pentru o perioadă de cel puțin 2 zile, la recomandarea scrisă a unui medic din cadrul Rețelei de Prestatori de servicii medicale sau din afara acesteia.

În ceea ce privește spitalele de stat, se consideră o zi de spitalizare ziua calendaristică, indiferent de ora internării și externării Asiguratului. În ceea ce privește spitalele private, se consideră o zi de spitalizare perioada continuă de internare de 24 de ore în spital.

Centrul de coordonare/ Asigurătorul va achita, în limitele menționate în polița de asigurare, costurile cu serviciile medicale aferente spitalizării, respectiv:

- cazarea Asiguratului (și a însoțitorului când Asiguratul este minor), mesele, consultațiile medicale, investigațiile medicale, intervențiile chirurgicale, medicamentele și consumabilele furnizate în regim de spitalizare.

În situația în care Prestatorul de servicii are disponibile mai multe opțiuni de cazare (exemplu: cameră dublă, single etc), Centrul de coordonare/ Asigurătorul va decide, în funcție de necesitatea medicală, modalitatea de cazare care va fi aprobată.

Dacă Asiguratul suferă o intervenție chirurgicală, dar perioada de spitalizare este mai mică de 2 zile, nu vor fi acoperite costurile intervenției chirurgicale.

- Costul intervenției chirurgicale include și consultul preanestezic și analizele medicale preoperatorii (necesare exclusiv în vederea efectuării intervenției chirurgicale)

2. Pentru ca această acoperire să fie operantă, spitalizarea trebuie să se efectueze cu acceptul Centrului de coordonare. Nu se acoperă spitalizarea decât în condițiile notificării prealabile a Centrului de Coordonare, cu excepția cazului în care Asiguratul a fost internat pentru o urgență medico-chirurgicală, caz în care va anunța Centrul de Coordonare în termen de 48 h de la momentul internării și va prezenta ulterior Asiguratorului documentele medicale în original, care să ateste existența urgenței (fișa de ambulanță, fișa UPU sau de la Camera de Gardă, Raport medical complet, rezultatele investigațiilor efectuate etc).
3. În sensul prezentelor Condiții de asigurare, prin spitalizare se înțelege forma de internare într-o secție/ compartiment dintr-o unitate medicală acreditată, prin care se asigură asistență medicală curativă pentru afecțiunile acute și urmările unui Accident sau Îmbolnăviri petrecute în perioada asigurată, pe întreaga durată necesară rezolvării cazului respectiv, cu întocmirea FOCG (Foi de Observație Clinică Generală). Spitalizarea continuă se face la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii. Nu este acoperită spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului, acordarea de servicii medicale în Spitale în alte forme decât spitalizarea continuă.
Nu se consideră Spitalizare continuă internarea în:
 - 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;
 - instituțiile de nursing sau de îngrijiri medicale la domiciliu;
 - sanatoriile balneare și secțiile de balneofizioterapie/ recuperare medicală;
 - instituțiile pentru tratarea bolilor psihice;
 - centre de medicină complementară/ medicină alternativă/ centre wellness etc.
4. În sensul prezentelor condiții de asigurare, prin intervenție chirurgicală se înțelege procedura medicală efectuată la recomandarea unui medic de specialitate, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
 - se realizează în concordanță cu standardele și normele recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;
 - este practică într-o secție chirurgicală 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.
 În situația în care spitalizarea/ intervenția chirurgicală este efectuată în afara rețelei, Centrul de coordonare/ Asiguratorul va achita costurile după cum urmează:
 - integral, prin decontare ulterioară, în limitele menționate în polița de asigurare, în cazul în care serviciile au fost acordate de un Prestator de servicii medicale privat;
 - sub forma de indemnizație de asigurare pentru spitalizare calculată doar pentru Asigurat, în limitele menționate în polița de asigurare, în cazul în care serviciile au fost acordate de un furnizor public de servicii medicale (Spital de Stat).
În cazul furnizorilor publici, decontarea costului intervenției chirurgicale se poate acorda doar pe baza documentelor justificative de decontare (facturi, chitanțe, rețete, bonuri etc) în original, emise pe numele Asiguratului. În cazul în care documentele justificative de decontare nu există, contravaloarea intervenției chirurgicale nu poate fi acoperită.
5. În situația achiziționării acoperirii suplimentare pentru Gravitate, în cadrul riscului de Spitalizare și Intervenții Chirurgicale din Orice Cauză, va fi acoperită exclusiv patologia indusă de sarcină (ex: HTA, Diabet zaharat, Sarcină oprită în evoluție, Dezlipire prematură de placentă, Placenta praevia) care, potrivit protocoalelor de specialitate, necesită spitalizare și/ sau intervenție chirurgicală. Nu vor fi acoperite costurile pentru Spitalizare și intervenție chirurgicală în caz de naștere.
6. Pe lângă excluderile menționate în cadrul art. 16, sunt excluse, de asemenea, următoarele:
 - a) intervențiile chirurgicale efectuate și/ sau recomandate în primele 3 luni de la data includerii în asigurare a Asiguratului în cadrul clauzei Spitalizare și Intervenții Chirurgicale din Orice Cauză, cu excepția cazurilor de intervenții chirurgicale ca urmare a unui Accident, survenit în perioada asigurată. În cazul în care contractul de asigurare este reînnoit anual fără întrerupere, această perioadă de așteptare de 3 luni se aplică doar o singură dată;
 - b) intervențiile chirurgicale pentru corectarea tulburărilor de refracție a ochilor și/ sau a acuității acustice, cu excepția celor care sunt urmarea unui Accident petrecut în perioada asigurată;
 - c) tratamentul/ chirurgia dentară;
 - d) spitalizarea de o zi;
 - e) spitalizarea în scopul efectuării unui tratament de recuperare medicală specializată.

J. Acoperirea pentru Perioada Gravideității

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru Gravitate, alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Gravitatea reprezintă starea în care se află persoana asigurată între momentul fertilizării și cel al nașterii, perioada în care embrionul și apoi fătul se dezvoltă în uterul matern. O perioadă de gravitate (din momentul fertilizării și cel al nașterii) reprezintă un Eveniment.
2. În cazul în care persoana asigurată se va afla în starea de gravitate pe durata valabilității poliței de asigurare și va necesita anumite servicii medicale (consultații medicale, investigații medicale imagistice și explorări funcționale, analize de laborator, transport cu ambulanța, proceduri chirurgicale și vaccinări), atunci

Asigurătorul va acoperi costurile respectivelor servicii medicale, pe baza documentelor justificative, în limita sumei asigurate aferentă prezentei acoperiri.

3. Pentru ca această acoperire să fie operantă, trebuie să existe recomandarea scrisă a unui medic din cadrul Rețelei de Prestatori de servicii medicale sau din afara acesteia.
4. Pentru această acoperire serviciile medicale acoperite sunt precizate în polița de asigurare. Acoperirile menționate în polița se acordă în cazul producerii Evenimentului asigurat, respectiv a stării de graviditate, în limita sumei asigurate specificate în Polița de asigurare.
5. Pentru această acoperire nu este valabilă excluderea de la art. 16.r.
6. Acoperirea nu se poate acorda în cazul în care Asigurata a necesitat acordarea de servicii medicale în primele nouă luni de la data includerii în asigurare în cadrul clauzei Acoperire pentru perioada Gravidității. În cazul în care contractul de asigurare este reînnoit anual fără întrerupere, această perioadă de așteptare de 9 luni se aplică doar o singură dată.

K. Acoperirea pentru Tratament Dentar din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru Tratament Dentar din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a unei afecțiuni de natură stomatologică (Accident sau Îmbolnăvire) apărută în perioada de valabilitate a Poliței de asigurare, Asiguratul este obligat să suporte o serie de proceduri medicale stomatologice.
2. Asiguratul poate efectua tratamentul dentar și în afara Rețelei de Prestatori de servicii medicale agreați.
3. Tratamentele stomatologice acoperite sunt prevăzute în polița de asigurare. În cazul în care nu se prevede altfel în poliță, tratamentele dentare acoperite sunt următoarele (lista este ilustrativă nu exhaustivă):
 - Urgențe stomatologice, respectiv: urgențe iatrogenice: hemoragie post-extracțională (sudură) sau alveolită post-extracțională (tratament); urgențe odontale: pulpite, parodontite; tratamentul supurațiilor periosoase (abces vestibular/ palatinal, paradontal); urgențe chirurgicale (abcese, rezecții apicale, extracții);
 - Examinări dentare;
 - Radiografii dentare;
 - Obturații de suprafață/ de canal.
4. Suma asigurată maximă la care are dreptul Asiguratul într-un an de asigurare este specificată în Polița de asigurare.
5. Pentru această acoperire nu este valabilă excluderea de la art. 16.s
Pe lângă excluderile menționate în cadrul art. 16, sunt excluse, de asemenea, următoarele:
 - a) afecțiunile congenitale sau anomaliile dentare de număr (hipodonția, agenezia dentară, oligo/ ano/ hiperdonția), de volum (micro-/ macrodonția, anomalii ale rădăcinilor dentare), de formă (fuziunea dentară, gemația, taurodonția, dilacerarea), de structură (hipoplazia de smalț/ dentinară, discromiile dentare, amelogeneza imperfectă etc);
 - b) protezele dentare, ceramica dentară, implantul dentar, cosmetica dentară, cu excepția celor recomandate expres de către Prestatorul de servicii medicale, ca urmare a consecințelor unui Accident petrecut în perioada asigurată;
 - c) toate procedurile medicale stomatologice realizate în scopuri preventive sau estetice (periaj, detartraj, albirea dinților, air flow etc).

L. Acoperirea pentru Procurarea de Medicamente din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru Procurarea de Medicamente din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.

1. În cazul în care, ca urmare a unui Eveniment asigurat (Accident sau Îmbolnăvire) survenit în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asiguratul necesită procurarea de medicamente, administrarea de medicamente sau alte materiale necesare administrării tratamentului (cu titlu de exemplu: branule, seringi), inclusiv costul substanței active în cazul unei vaccinări, în vederea tratării consecințelor Evenimentului asigurat, atunci Asigurătorul va acoperi costurile medicației în limitele sumei asigurate prevăzute în Polița de asigurare. Nu se acoperă Asiguratului medicamente și consumabile achiziționate în cadrul spitalizării și efectuării intervențiilor chirurgicale.
2. Prin medicament se înțelege orice substanță sau combinație de substanțe care 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. Medicamentul trebuie să fie omologat de Ministerul Sănătății și să se regăsească în Nomenclatorul Agenției Naționale a Medicamentului din România.
3. Pentru ca această acoperire să fie operantă, medicamentele trebuie să fie achiziționate doar în urma recomandării scrise a Prestatorului de servicii medicale, respectiv în baza unei rețete medicale care trebuie să fie datată, parafată și semnată de către medicul curant din cadrul Rețelei de Servicii de sănătate/ din afara acesteia.
4. Prin prezenta acoperire nu se oferă acoperire pentru medicamentele care sunt oferite gratuit conform Listelor de Medicamente Gratuite elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.
Pentru medicamentele compensate, în care există contribuție personală din partea Asiguratului într-un

anumit procent, se va despăgubi doar contravaloarea contribuției Asiguratului conform limitelor menționate la pct. 4 din prezentele condiții de asigurare.

5. Centrul de coordonare/ Asigurătorul își rezervă dreptul de a evalua fiecare caz și de a despăgubi doar medicamentele care au strictă legătură cu Evenimentul asigurat și cu diagnosticul medical enunțat de medicul curant.
6. Pe lângă excluderile menționate în cadrul art. 16, sunt excluse, de asemenea, următoarele:
 - a) tratamente/ rețete homeopate, naturiste, suplimente alimentare, de medicină alternativă sau orice alte produse/ preparate neomologate de Ministerul Sănătății și care nu se regăsesc pe listele Agenției Naționale a Medicamentului din România;
 - b) medicamente pentru care nu există recomandarea scrisă a Prestatorului de servicii medicale și/ sau documente justificative de decontare (rețete, facturi, bonuri etc);
 - c) medicamente care nu au fost recomandate ca urmare a unui Accident/ Îmbolnăviri petrecute în perioada asigurată;
 - d) medicamente recomandate în scop preventiv;
 - e) produse cosmetice și de igienă, chiar dacă acestea sunt recomandate de către un medic, cu excepția celor care se regăsesc în lista de medicamente a ANM (Agenției Naționale a Medicamentului).

M. Acoperirea pentru Recuperare Medicală din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru serviciul de Recuperare Medicală din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident/ Îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul efectuează proceduri de recuperare medicală specializată la unul din spitalele/ clinicile/ cabinetele medicale, membre ale Rețelei de prestatori de servicii medicale agreați sau din afara acesteia, la recomandarea scrisă a unui medic din cadrul Rețelei, respectiv din afara acesteia. Pentru orice tratament de Recuperare Medicală trebuie să existe o fișă de tratament recuperator completată de un medic specialist Recuperare, medicină fizică și balneologie, din care să reiasă tipul și numărul procedurilor recomandate. Pentru ca această acoperire să fie operantă, perioada de recuperare trebuie să fie de cel puțin 2 zile.
2. Procedurile de recuperare medicală specializată post-spitalizare sunt din categoriile (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă):
 - Fiziokinetoterapie;
 - Electroterapie; Balneofizioterapie;
 - Gimnastică medicală.
3. În cazul în care în polița de asigurare nu se prevede altfel, numărul maxim de ședințe de recuperare specializată acoperite într-un an de asigurare este de 30/ persoană.
4. Asigurătorul își rezervă dreptul de a evalua fiecare caz și de a despăgubi doar serviciile de recuperare medicală specializată care au strictă legătură cu Evenimentul asigurat. Totodată, Centrul de coordonare/ Asigurătorul nu va despăgubi procedurile de recuperare medicală efectuate în scop preventiv sau la cererea Asiguratului.

N. Acoperirea pentru Recuperare Medicală Post-spitalizare din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii suplimentare pentru serviciul de Recuperare Medicală Post-spitalizare din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident/ Îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul efectuează proceduri de recuperare medicală specializată, după o perioadă de spitalizare continuă de cel puțin 2 zile, pentru același eveniment care a necesitat spitalizarea respectivă și cu recomandare clară pentru tratament recuperator care să reiasă din biletul de externare. De asemenea, pentru orice tratament de recuperare medicală trebuie să existe o fișă de tratament recuperator completată de un medic specialist Recuperare, medicină fizică și balneologie, din care să reiasă tipul și numărul procedurilor recomandate. Asiguratul poate efectua procedurile de recuperare medicală atât în rețeaua de Prestatori de servicii medicale agreați, cât și în afara ei.
2. Procedurile de recuperare medicală specializată post-spitalizare sunt din categoriile (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă):
 - Fiziokinetoterapie;
 - Electroterapie;
 - Balneofizioterapie;
 - Gimnastică medicală.
3. În cazul în care, în polița de asigurare nu se prevede altfel, numărul maxim de ședințe de recuperare specializată într-un an de asigurare este de 30/ persoană.
4. Asigurătorul își rezervă dreptul de a evalua fiecare caz și de a despăgubi doar serviciile de recuperare medicală specializată care au strictă legătură cu Evenimentul asigurat. Totodată, Centrul de coordonare/ Asigurătorul nu va despăgubi procedurile de recuperare medicală efectuate în scop preventiv sau la cererea Asiguratului.

O. Acoperirea Extinsă pentru Boli Grave din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire)

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii de Boli Grave din Orice Cauză (Accident sau Îmbolnăvire), alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident/ Îmbolnăvire) în perioada valabilității poliței de asigurare, Asiguratul este diagnosticat pentru prima oară în perioada asigurată cu o boală gravă și, ca urmare a diagnosticării, este internat într-un Spital sau suferă o intervenție chirurgicală la recomandarea scrisă a unui medic din cadrul Rețelei de Prestatori de servicii medicale sau din afara acesteia.
2. În situația în care Contractantul a achiziționat și riscul de spitalizare și intervenții chirurgicale, prezenta acoperire este oferită suplimentar acesteia. Astfel, în situația în care Asiguratul a fost diagnosticat cu o boală gravă și a consumat integral suma asigurată aferentă acoperirii de Spitalizare și Intervenții Chirurgicale din Orice Cauză, Asigurătorul va achita restul costurilor pentru spitalizări și intervenții chirurgicale în baza prezentei acoperiri și în limitele menționate în polița de asigurare pentru această acoperire, respectiv costurile pentru:
 - cazarea Asiguratului (și a însoțitorului când Asiguratul este minor), mesele, consultațiile medicale, investigațiile medicale, intervențiile chirurgicale, medicamentele și consumabilele furnizate în regim de spitalizare.
3. În sensul prezentelor Condiții de asigurare, prin Spitalizare se înțelege forma de internare într-o secție/ compartiment dintr-o unitate medicală acreditată, prin care se asigură asistență medicală curativă pentru afecțiunile acute și urmările unui Accident sau Îmbolnăviri petrecute în perioada asigurată, pe întreaga durată necesară rezolvării cazului respectiv, cu întocmirea FOCG (Foii de Observație Clinică Generală). Spitalizarea continuă se face la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii. Nu este acoperită spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului, acordarea de servicii medicale în Spitale în alte forme decât spitalizarea continuă.

Nu se consideră Spitalizare continuă internarea în:

- 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;
 - Instituțiile de nursing sau de îngrijiri medicale la domiciliu, precum și unitățile de îngrijiri paliative;
 - Sanatoriile balneare și secțiile de balneofizioterapie/ recuperare medicală;
 - Centre de medicină complementară/ medicină alternativă/ centre wellness etc.
 - Presupunere efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.
5. Asiguratul se poate spitaliza sau poate efectua intervenția chirurgicală la un Prestator din cadrul Rețelei sau din afara acesteia. Costurile aferente acestei acoperiri vor fi decontate de către Asigurător doar ulterior prestării serviciilor medicale, prin deschiderea unui dosar de daună.
 6. În situația în care spitalizarea/ intervenția chirurgicală este efectuată în afara rețelei, Asigurătorul va achita costurile după cum urmează:
 - integral, prin decontare ulterioară, în limitele menționate în polița de asigurare, în cazul în care serviciile au fost acordate de un Prestator de servicii medicale privat;
 - sub formă de indemnizație de asigurare pentru fiecare zi de spitalizare, în limitele menționate în polița de asigurare, în cazul în care serviciile au fost acordate de un furnizor public de servicii medicale (Spital de Stat). În cazul furnizorilor publici, decontarea costului intervenției chirurgicale se poate acorda doar pe baza documentelor justificative de decontare (facturi, chitanțe, rețete, bonuri etc) originale emise pe numele Asiguratului.În cazul în care Asiguratul nu a achitat contravaloarea intervenției chirurgicale sau nu poate face dovada achitării cu documentele justificative de decontare, costul intervenției chirurgicale nu va putea fi acoperit.
 7. Numărul/ valorile aferente spitalizării/ intervențiilor chirurgicale sunt calculate per Eveniment asigurat.
 8. În cazul achiziționării prezentei clauze, se va aplica o perioadă de așteptare de 6 luni de la data de includere în asigurare a fiecărui Asigurat în această acoperire, perioadă în care, chiar dacă Asiguratul a fost diagnosticat cu o boală gravă, Asigurătorul nu va prelua costurile serviciilor medicale efectuate. În cazul în care contractul de asigurare este reînnoit anual fără întrerupere, această perioadă de așteptare de 6 luni se aplică doar o singură dată.
 9. Această acoperire se oferă o singură dată per Eveniment asigurat și se poate reporta pentru anul următor de asigurare până la limita prevăzută în polița pentru acest risc.
 10. Bolile grave diagnosticate înaintea includerii în asigurare a persoanei respective sunt considerate pre-existente și nu pot fi acoperite.
 11. La cererea Asigurătorului, Asiguratul este obligat să se supună unei noi examinări medicale, efectuată de un medic agreat de Asigurător, în scopul confirmării sau verificării diagnosticului. În acest caz, costurile cu examinarea medicală sunt suportate de către Asigurător.
 12. În cadrul prezentei acoperiri sunt cuprinse următoarele boli/ afecțiuni:

12.1 Accident vascular Cerebral:

Orice disfuncție (dereglație) vasculară cerebrală care produce sechele neurologice cu durată mai mare de 24 de ore și include infarctul țesutului cerebral, hemoragia unui vas intracranian sau embolismul cerebral. Existența unui deficit neurologic permanent la cel puțin 3 luni de la data producerii evenimentului trebuie confirmată în scris de un neurolog și manifestată prin imposibilitatea de a efectua, fără ajutor, a cel puțin 3

din cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă; îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa) și să fie susținută de rezultate ale investigațiilor imagistice specifice. 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;
- b) deficit neurologic ischemic reversibil;
- c) hemoragie cerebrală provocată de leziuni traumatice, post traumatice 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) simptome de migrenă;
- i) afecțiuni vasculare care afectează ochiul sau nervul optic;
- j) boli care afectează în plan secundar sistemul nervos (central sau periferic);
- k) boli congenitale ale sistemului nervos;
- l) accidentul vascular vechi, descoperit întâmplător la o examinare imagistică;
- m) deficit ischemic neurologic extins și reversibil; alterări ischemice ale sistemului vestibular.

12.2 Cancer:

Afecțiune medicală care constă în prezența uneia sau a mai multor tumori maligne, inclusiv leucemie, 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 in situ (inclusiv displazia cervicală CIN-1, CIN-2 și CIN-3), precum și carcinoamele cu stadiul Ta, conform clasificării internaționale în vigoare TNM, American Joint Comitee 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 Comitee on Cancer.

12.3 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 electrocardiografei, 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 toate aceste 3 criterii, 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.

12.4 Insuficiență Renală cronică (stadiul de uremie):

Ultimul stadiu al unei suferințe renale, care constă în afectarea cronică, ireversibilă a funcției ambilor rinichi și care impune dializă 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 hemodializă nonpermanentă;
- b) insuficiența unui singur rinichi;
- c) afecțiunea Asiguratului cu indicația de transplant renal anterioară datei intrării în vigoare a Poliției 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.

12.5 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/rezonanță magnetică nucleară. Manifestările neurologice constau în simptome tipice de demielinizare a creierului, nervului optic și/ sau măduvei spinării.

Următoarele două criterii trebuie îndeplinite: evidența prin imagistică medicală (CT/ RMN etc) a unor multiple afectări tisulare cicatrizate în diferite arii ale sistemului nervos central și cel puțin două 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.

12.6 Intervenție Chirurgicală de tip By-pass Aorto-coronarian:

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

12.7. Spondilită ankilozantă

Reumatism inflamator cronic, care afectează 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:

- HLA B 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.

12.8 Implantul de Pacemaker sau Defibrilator Implantabil:

Reprezintă 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 Poliției. 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.

12.9 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 Poliției de bază la care prezenta este atașată.

Transplantul de organe este acoperit doar în cazul intervențiilor pentru afecțiuni care s-au manifestat sau au fost diagnosticate pentru prima dată în perioada de valabilitate a poliției. Următoarele excluderi specifice sunt aplicate în cazul transplantului de organ:

- a) Transplant de organe de proveniență animală;
- b) Transplant ca donor;
- c) Transplant de organe modificate genetic;
- d) Dacă anterior a existat o reacție de respingere pentru alt organ (înlocuire);
- e) Transplant pentru tratarea unei afecțiuni congenitale;
- f) Ca urmare a 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 transplantate.

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

12.10 Intervenție Chirurgicală pe cord deschis:

Intervenție chirurgicală care necesită incizia cordului pentru ameliorarea sau vindecarea bolilor cardiace severe apărute în perioada valabilității prezentei clauze (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 grea.

Prin aortă, în sensul prezentei definiții, se înțelege doar aortă 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, angioplastie percutană transluminală coronariană, stent coronarian;

- intervenții chirurgicale care folosesc cateter, de exemplu valvuloplastie percutană cu balonaș;
- intervenții 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.

12.11 Sindroame coronariene severe:

Definite prin îngustarea cu cel puțin 60% a lumenului vascular pe cel puțin 3 vase mari ale inimii (circumflexă, arteră coronară dreaptă, arteră interventriculară anterioară), dovedită în mod obligatoriu prin coronarografie (angiografie CT) și cu certificarea în scris a medicului cardiolog.

12.12 Traumatism cranian major

Totalitatea manifestărilor clinice și consecințelor anatomice ce apar în urma producerii unui traumatism ce implică cutia craniană și creierul, confirmate în scris de un medic specialist neurolog sau neurochirurg și susținute obligatoriu de investigații paraclinice, precum RMN sau CT. Traumatismul trebuie să fie produs de un eveniment imprevizibil, survenit independent de voința Asiguratului, produs de acțiunea bruscă a unor factori externi fizici. În urma producerii traumatismului, Asiguratul trebuie să prezinte deficite neurologice permanente, la cel puțin 3 luni de la data producerii evenimentului, confirmate în scris de un neurolog, manifestate prin imposibilitatea de a efectua, fără ajutor, a cel puțin 3 din cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă; îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa)

12.13. Comă

Pierderea cunoștinței, fără reacție la stimuli externi, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- a) persistă peste 96 ore;
 - b) necesită sisteme de asistență a funcțiilor vitale;
 - c) conduce la un deficit neurologic post-critic permanent, care trebuie să fie evaluat ca atare la 60 de zile după producerea comei;
 - d) starea de comă și deficitul neurologic permanent trebuie confirmate de un medic specialist neurolog.
- Asiguratul trebuie să prezinte deficite neurologice permanente, la cel puțin 3 luni de la data producerii evenimentului, confirmate în scris de un neurolog, manifestate prin imposibilitatea de a efectua, fără ajutor, a cel puțin 3 din cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă; îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa).

12.14 Encefalită acută

Afecțiunea care constă în inflamația severă a substanței cerebrale (emisfere cerebrale, cerebel), de cauză virală și care are drept consecință prezența unor deficite neurologice semnificative și permanente, certificate ca atare de un medic specialist neurolog, conform ghidurilor medicale de diagnostic, la cel puțin 3 luni de la data producerii evenimentului. Deficitul neurologic permanent constă în imposibilitatea de a efectua, fără ajutor, a cel puțin 3 din cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă; îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa).

Electroencefalograma și recoltarea agentului patologic din lichidul cefalorahidian trebuie să susțină în mod obligatoriu diagnosticul.

Este exclusă encefalita care are ca etiologie infecția HIV.

12.15 Cecitate (Orbire)

Pierderea totală și ireversibilă a vederii (acuitate vizuală redusă sub 3/ 60), la ambii ochi, ca urmare a unei boli sau a unui accident. Orbirea trebuie confirmată în scris de către un medic specialist oftalmolog, demonstrată obligatoriu paraclinic (examen biomicroscopic, oftalmoscopic, fund de ochi, refractometrie, determinarea acuității vizuale) și să nu poată fi corectată prin nicio formă de tratament. Excluderi specifice:

- Cecitate (Orbire) congenitală;
- Cataractă sau alte cauze corectabile de deficiență vizuală.

12.16 Anemie aplastică

Insuficiență cronică persistentă a măduvei osoase, care determină pancitopenie periferică (reducerea numerică a tuturor liniilor celulare din sângele periferic), hipoplazie medulară (reducerea funcționalității măduvei hematoformatoare) și necesită cel puțin două dintre următoarele tratamente:

- Transfuzie de produse de sânge;
- Administrare de agenți de stimulare a măduvei osoase hematogene;
- Administrare de agenți imunosupresivi;
- Transplant de măduvă osoasă.

Diagnosticul trebuie confirmat de către un medic specialist hematolog, din punct de vedere clinic și susținut obligatoriu paraclinic prin hemoleucogramă, frotiu din sânge periferic și biopsia măduvei hematoformatoare.

12.17 Poliartrită reumatoidă cu determinări sistemice

Boală inflamatorie articulară cronică, cu potențial invalidant, caracterizată prin manifestări sistemice, sinovită inflamatorie simetrică la nivelul articulațiilor periferice, conducând în timp la distrucții articulare și deficite funcționale invalidante. Pentru a se acorda indemnizația pentru boli grave, diagnosticul trebuie confirmat în scris de un medic specialist reumatolog și următoarele criterii trebuie îndeplinite (cel puțin 3 din 6):

- Afectare bilaterală a cel puțin 5 dintre următoarele grupe articulare: articulații metacarpofalangiene, interfalangiene proximale, radio-cubito-carpene, coate, genunchi, metatarsofalangiene, tibio-tarsiene, certificate prin radiografii;
- Amiloidoză renală, certificată prin puncție biopsie renală;
- Manifestări oculare legate de boală, confirmate de medicul specialist oftalmolog (irită, irido-ciclită, sclerită sau scleromalacie perforans);
- Vasculită reumatoidă (leziuni cutanate, arterită coronariană sau pulmonară, mononevrită multiplex), confirmată de medicul reumatolog clinic și susținută obligatoriu paraclinic;
- Sindromul Sjogren - afecțiune autoimună ce afectează întregul organism și care este caracterizată prin infiltrarea limfocitară cronică a organelor cu secreție exocrină, (cum ar fi cele implicate în secreția de salivă, de lacrimi). Susținerea paraclinică a diagnosticului va cuprinde: anticorpi anti-nucleari crescuți, anticorpi anti SSA crescuți, anticorpi anti SSB crescuți, factor reumatoid crescut, imunogramă modificată (IgA și IgM);
- Sindromul Felty - cuprinde următoarele entități clinice și paraclinice: artrită reumatoidă, leucopenie (susținută prin hemoleucogramă), splenomegalie (obiectivată imagistic).

12.18 Lupus Eritematos Sistemic cu determinări sistemice

Afecțiune auto-imună sistemică, caracterizată prin formarea de auto-anticorpi; diagnosticul trebuie confirmat în scris de către un medic specialist nefrolog sau reumatolog.

Pentru a putea fi considerată Boală Gravă, afecțiunea trebuie să îndeplinească obligatoriu următoarele condiții:

- prezența afectării renale confirmată prin biopsie renală, care să prezinte una dintre următoarele forme:
 - Glomerulonefrită lupică proliferativă focală și segmentară (GSFS);
 - Glomerulonefrită lupică difuz proliferativă;
 - Glomerulonefrită lupică membranoasă.
- prezența, confirmată obligatoriu atât clinic cât și paraclinic, a cel puțin uneia dintre următoarele afectări:
 - Cordul (pericardită, endocardită, miocardită sau afectarea vaselor coronare) - afectare confirmată ecocardiografic;
 - Plămâni/ pleura (pleurezie, embolii pulmonare) - afectare confirmată imagistic;
 - Complicații hematologice (anemie hemolitică, trombocitopenie, sindromul antifosfolipidic) - afectare confirmată prin rezultatele specifice de laborator;
 - Complicații neurologice: accidente vasculare cerebrale - afectare confirmată imagistic.

12.19 Boala neuronului motor

Boală de etiologie necunoscută, caracterizată prin degenerarea progresivă a fasciculelor cortico-spinale și celulelor din coarnele anterioare medulare, respectiv neuronilor eferenți bulbari; sub această titulatură se pot include paralizia progresivă bulbară, scleroza laterală amiotrofică și scleroza laterală primară. Diagnosticul trebuie confirmat clinic de către un medic specialist neurolog și obligatoriu susținut paraclinic prin investigații neuroimagistice sau rezultate morfopatologice. Nu se va indemniza prezenta boală gravă dacă nu este confirmată paraclinic.

12.20 Paralizie (de cauză medulară)

Reprezintă pierderea totală și ireversibilă a capacității de utilizare a cel puțin 2 membre integrale (paraplegie/ hemiplegie/ tetraplegie), ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri. Asiguratul trebuie să prezinte deficite neurologice permanente, la cel puțin 3 luni de la data producerii evenimentului, confirmate atât clinic, cât și obligatoriu paraclinic, prin imagistică medicală, de către un neurolog. Deficitul neurologic permanent constă în imposibilitatea de a efectua, fără ajutor, a cel puțin 3 din cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă; îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa).

Sunt excluse paraliziiile parțiale ale membrelor și paraliziiile temporare după infecții virale.

12.21 Boala Crohn

Boală inflamatorie intestinală, care poate afecta toate segmentele tubului digestiv, cu precădere ileonul și colonul. Diagnosticul trebuie confirmat de către medicul specialist gastro-enterolog sau de medicină internă, prin metode endoscopice și biopsie de mucoasă intestinală. Pentru a fi plătită indemnizația, trebuie îndeplinite cel puțin trei dintre următoarele criterii:

- Afectare concomitentă a cel puțin 2 segmente digestive (ex. ileon și porțiuni din colon), documentată endoscopic;
- Tratament chirurgical (rezeccii ale segmentelor digestive);
- Afectare sistemică (oculară-conjunctivită, irită, iridociclită, vasculită, colangită/pericolangită, afectare articulară), documentată medical, atât clinic, cât și obligatoriu paraclinic;
- Prezența de fistule intestinale documentate endoscopic;
- Simptome și semne generale: Hb sub 10 g/dl și pierderea a mai mult de 10% din masa corporală în ultimele 6 luni.

12.22 Colită Ulcerativă

Reprezintă o boală inflamatorie intestinală, care produce ulcerații la nivelul intestinului gros (colon sau rect). Diagnosticul trebuie confirmat de către un medic specialist gastro-enterolog sau de medicină internă, pe baza efectuării colonoscopiei și obligatoriu a biopsiei de mucoasă colonică. Pentru plata indemnizației, trebuie să existe încă cel puțin un criteriu dintre următoarele:

- Afectare extensivă a colonului (pancolită) - confirmată endoscopic;
- Prezența de perforații la nivel intestinal - confirmate endoscopic;
- Tratament chirurgical de rezeccie a unor porțiuni ale intestinului gros.

12.23 Sclerodermie progresivă

Afecțiune sistemică colagen-vasculară, care determină fibroza difuză progresivă la nivelul pielii, vaselor de sânge și organelor interne. Diagnosticul trebuie să fie susținut obligatoriu prin biopsie tegumentară/ de organ și probe serologice (anticorpi antinucleari- ANA sau anticorpi anti-centromer- ACA sau anticorpi antitopoizomeraza I-SCL 70), iar afectarea a cel puțin 2 dintre următoarele 3 organe trebuie să fie atestată de un medic specialist reumatolog: plămâni, rinichi, cord.

Excluderi:

- Sclerodermia localizată (liniară sau morphea);
- Fasciita eozinofilică;
- Sindromul CREST.

12.24 Cardiomiopatie

Diagnostic confirmat de cardiomiopatie dilatativă, restrictivă sau hipertrofică, necesitând tratament continuu pentru insuficiență cardiacă, cu următoarele condiții cumulative:

- Confirmarea ecocardiografică a tipului de cardiomiopatie de către un medic specialist cardiolog;
- Complicată cu insuficiență cardiacă clasa NYHA (New York Health Association) cel puțin 3, cu METS (Metabolic Equivalents) <5, dovedită prin înregistrarea ECG de efort sau însoțită de aritmii cu potențial amenințător de viață (aritmii ventriculare mai severe decât clasa 3 B Lawn).

Excluderi:

- Cardiomiopatia datorată consumului de alcool sau droguri;
- Cardiomiopatia peri-partum.

12.25 Tulburări de ritm ventriculare maligne

Sunt considerate cu potențial malign următoarele situații:

- Extrasistole ventriculare grupate în dublete sau triplete;
- Tahicardia ventriculară;
- Extrasistole ventriculare cu fenomen R/T.

Respectivele situații trebuie confirmate de medicul cardiolog, pe baza a cel puțin 3 înregistrări EKG/ holter EKG distincte, la un interval de cel puțin 3 luni una de alta.

12.26 Tumoră cerebrală benignă

Este considerată eligibilă pentru despăgubire tumora benignă la nivel cerebral, care este inoperabilă și determină un deficit neurologic permanent, stabilit de un medic neurolog/ neurochirurg, la 3 luni de la data diagnosticului.

- Prezența tumorii trebuie să fie susținută obligatoriu de rezultatele investigațiilor imagistice concludente (RMN, CT etc). Deficitul neurologic permanent constă în imposibilitatea de a efectua, fără ajutor, a cel puțin 3 din cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă; îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa).

Excluderi:

- Chisturi;
- Granuloame inflamatorii;
- Malformații vasculare;
- Hematoame;
- Tumori hipofizare sau ale coloanei vertebrale/ măduvei spinării;
- Neurinoame acustice;
- Abcese cerebrale.

12.27 Boala Parkinson severă

Diagnosticul de boala Parkinson idiopatică trebuie confirmat de un medic specialist neurolog. Toate criteriile de mai jos trebuie să susțină diagnosticul și să fie cuprinse în raportul medical al medicului neurolog:

- Deficit neurologic important demonstrat prin incapacitatea Asiguratului de a efectua singur, fără ajutor a cel puțin 3 dintre cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă; îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa);
- Lipsa de răspuns la tratamentul specific;
- Rigiditate musculară severă;
- Demență severă;
- Încadrare în grad de invaliditate cu emiterea Certificatului corespunzător.

12.28 Boala Alzheimer/ Demența progresivă, apărută înaintea vârstei de 60 ani

Reprezintă deteriorarea funcțiilor intelectuale și cognitive, conducând la incapacitatea de a efectua activitățile zilnice uzuale. Diagnosticul trebuie confirmat obligatoriu clinic și paraclinic (imagistic), de către un medic specialist neurolog sau psihiatru, iar persoana asigurată trebuie să necesite supraveghere permanentă și să fie în imposibilitatea de a efectua cel puțin 3 din cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă; îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa), pe o perioadă continuă de cel puțin 6 luni.

Sunt excluse formele de demență ca urmare a consumului de alcool/ droguri sau ca urmare a infecției cu HIV.

12.29 Sindrom Apalic

Necroză generalizată a cortexului cerebral fără afectarea trunchiului cerebral; acest diagnostic trebuie confirmat clinic de un medic specialist neurolog și susținut obligatoriu și paraclinic. Această afectare trebuie să fie documentată de un medic neurolog pentru o perioadă de cel puțin 6 luni. Este exclusă afecțiunea datorată unei boli congenitale.

12.30 Hipertensiune pulmonară primitivă

Este considerată ca fiind susținută de cel puțin 3 dintre următoarele criterii:

- Presiune în artera pulmonară de cel puțin 30 mm Hg sau peste, măsurată prin metode invazive;
- Indicii ECG de hipertrofie cardiacă dreaptă (RV1 plus SV5 > 1,05mV);
- Concentrația de oxigen sangvin redusă în stare de repaus;
- Ecocardiografic: diametru mărit al ventriculului drept peste 30 mm, în vizualizare ecografică de tipul M măsurată pe axul lung.

Diagnosticul trebuie să fie confirmat prin investigații ce includ cateterizare cardiacă.

12.31 Boala arterială periferică

Disfuncție cronică la nivelul arterelor periferice (incluzând carotidele). Diagnosticul trebuie confirmat de către medicul specialist cardiolog sau de chirurgie cardio-vasculară, obligatoriu pe baza evaluării ecografice și angiografice. Pentru plata indemnizației, cel puțin 2 din următoarele criterii trebuie îndeplinite:

- boala evolutivă fără răspuns la tratament medicamentos optim, cu prezență de dureri inclusiv în repaus și obiectivată prin investigații paraclinice;
- Prezența unei obstrucții de cel puțin 75% pe una din arterele coapsei, brațului sau la nivelul carotidei;
- Gangrena cu pierderea unor segmente periferice datorită afectării arteriale.

12.32 Boala pericardică

Definită ca inflamație cronică a pericardului, de cauze variate, conducând la îngroșarea și calcificarea pericardului; diagnosticul trebuie confirmat de medicul specialist cardiolog pe baza investigațiilor imagistice specifice (ecocardiografie, RMN, CT), iar indemnizația se acordă doar dacă afectarea pericardică determină insuficiența cardiacă clasa III NYHA (New York Health Association), cu METS (Metabolic Equivalent) < 5.

12.33 Insuficiență respiratorie cronică

Reprezintă o afectare permanentă a aparatului respirator, documentată prin probe respiratorii funcționale. Indemnizația se acordă dacă diagnosticul este confirmat de către un medic specialist pneumolog, pe baza îndeplinirii tuturor criteriilor de mai jos:

- FEV1 ≤ 1 litru (sau mai puțin de 40% din valoarea previzionată), pentru boala pulmonară obstructivă sau FVC mai mic de 1 litru (sau mai puțin de 40% din valoarea previzionată) pentru boala pulmonară restrictivă;
- Prezența simptomelor clinice;
- Prezența modificărilor metabolismului acido-bazic (acidoză sau alcaloză).

12.34 Arsuri majore

Leziuni ale țesuturilor, de cauză termică, electrică sau chimică. Sunt acoperite:

- Cazurile cu afectare de cel puțin 30% din suprafața corpului, pentru arsurile de gradul 3;
- Cazurile cu afectare de cel puțin 20% din suprafața corpului, pentru arsurile de gradul 4;

Diagnosticul și suprafața afectată trebuie stabilite de un medic specialist în chirurgie plastică, reparatorie și arsuri.

12.35 Distrofie musculară

Reprezintă o afecțiune ereditară, caracterizată prin deteriorarea progresivă a mușchilor corpului, antrenând slăbiciune musculară și invaliditate. Diagnosticul de distrofie musculară necesită confirmarea de către medicul specialist neurolog, obligatoriu pe baza biopsiei musculare și a prezenței cumulative a următorilor factori:

- Test genetic pozitiv;
- Semne clinice specifice;
- Modificări caracteristice pe electromiogramă.

12.36 Afecțiune hepatică în stadiul terminal

Este considerată insuficiența hepatică susținută de cel puțin 3 dintre criteriile de mai jos:

- Icter permanent obiectivat clinic și susținut de analize de laborator (Bilirubina totală, Urobilinogen);
- Ascita obiectivată clinic și imagistic (ecografie abdominală sau RMN/ CT abdominal);
- Encefalopatie hepatică confirmată clinic de medicul specialist de gastroenterologie sau medicină internă și demonstrată paraclinic prin creșterea hiperamoniemie peste 40 milimoli/l;
- Scăderea indicelui de protrombină sub valoarea de 60%.

Afectarea hepatică secundară abuzului de alcool, medicamente sau droguri este exclusă.

12.37 Pierderea vorbirii

Reprezintă pierderea totală și irecuperabilă a capacității de a vorbi inteligibil, ca urmare a unui Accident sau a unei afecțiuni a corzilor vocale. Incapacitatea de a vorbi trebuie să fie prezentă pe o perioadă continuă de cel puțin 12 luni; diagnosticul trebuie confirmat clinic prin documente medicale eliberate de medicul specialist ORL precum și investigații paraclinice care arată cauza. Toate cauzele psihiatrice sau neurologice conexe sunt excluse.

12.38 Boala cardiacă valvulară cu insuficiență cardiacă

Afectarea valvelor cardiace ce asociază insuficiența cardiacă congestivă clasa NYHA de cel puțin 3 (caracterizată paraclinic prin test de efort cu METS < 5 și fracția de ejeție globală < 50%), atestată clinic de către medicul specialist cardiolog și obiectivată obligatoriu ecocardiografic.

12.39 Infecție HIV/SIDA

Indemnizația se acordă dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele criterii:

- Diagnostic confirmat prin testul ELISA și Western Blot;
- HIV accidentală, apărând în urma aplicării procedurilor terapeutice intraspitalicești sau ca urmare a expunerii riscurilor profesionale ale personalului medico-sanitar. HIV accidentală trebuie să fie dovedită, respectiv admisă în scris, de instituția care a efectuat procedura intraspitalicească sau prin verdictul unei instanțe judecătorești;
- Număr de limfocite CD4 sub 200/ml.

În cazul achiziționării riscului de Acoperire extinsă pentru Boli Grave, pentru această acoperire nu este valabilă excluderea de la art. 16.f.

12.40 Intervenție chirurgicală pe valvele cardiace

Reprezintă intervenția chirurgicală pe cord deschis, pentru a corecta o valvă cardiacă defectă sau a o înlocui. Intervenția chirurgicală trebuie să fie recomandată de către un medic specialist cardiolog, iar prezența defectului valvular trebuie să fie obiectivată prin ecocardiografie sau ventriculografie.