



Condiții de asigurare pentru Asigurarea de Viață CLASIC PLUS

Versiunea 7 / Septembrie 2020

Cuprins

CONDITII GENERALE DE ASIGURARE

Definiții	3
Capitolul I. Prevederi generale	5
Articolul 1. Contractul de asigurare	5
Articolul 2. Forma și dovada contractului	5
Articolul 3. Întinderea Teritorială. Timpul operativ	5
Articolul 4. Evenimentul asigurat și riscul asigurat	5
Articolul 5. Încheierea Asigurării	5
Articolul 6. Începutul acoperirii prin asigurare. Acoperirea intermediară imediată	6
Articolul 7. Prima de asigurare	7
Articolul 8. Neplata Primei de Asigurare	7
Capitolul II. Asigurarea de Bază și alte Clauze Specifice Asigurărilor de Viață	8
Articolul 9. Asigurarea de Bază	8
Articolul 10. Clauză Indexare	8
Capitolul III. Riscuri Asigurate Suplimentar	8
Articolul 11. Riscuri Asigurate Suplimentar	8
Capitolul IV. Alte Prevederi Contractuale	9
Articolul 12. Drepturile/Obligațiile Contractantului și ale Asiguratului	9
Articolul 13. Drepturile/Obligațiile Asigurătorului/Plata Indemnizației de asigurare	9
Articolul 14. Excluderi	11
Articolul 15. Declarații False	12
Articolul 16. Încetarea Contractului de asigurare. Incetarea acoperii pentru riscurile asigurate suplimentar	12
Articolul 17. Emiterea unei noi Polițe de asigurare	13
Articolul 18. Cheltuieli, Taxe, Impozite	13
Articolul 19. Locul comunicărilor	13
Articolul 20. Alte Prevederi Contractuale	14

CONDIȚII PARTICULARE DE ASIGURARE

Riscul Asigurat Suplimentar „Deces din Accident (D.A.)”	15
Riscul Asigurat Suplimentar „Deces din Accident de Circulație (D.A.C.)”	15
Riscul Asigurat Suplimentar „Invaliditate Permanentă din Accident (I.P.A.)”/ „Invaliditate Permanentă din orice cauză (I.P.)”	16
Riscul Asigurat Suplimentar „Exonerare de la Plata Primelor în caz de Invaliditate Totală și Permanentă din orice cauză (E.P.P.I.)”	17
Riscul Asigurat Suplimentar „Spitalizare Continuă din Accident (S.A.)”/„Spitalizare Continuă din orice cauză (S.)”	18
Riscul Asigurat Suplimentar „Intervenții Chirurgicale din Accident (I.C.A.)”/ „Intervenții Chirurgicale din orice cauză (I.C.)”	20
Riscul Asigurat Suplimentar „Imobilizare în Aparat Ghipsat ca Urmare a unui Accident (I.A.G.)”	21
Riscul Asigurat Suplimentar „Fracturi/Arsuri din Accident (F./A.)”	21
Riscul Asigurat Suplimentar „Boli Grave (B.G.)”	23
Riscul Asigurat Suplimentar „Cheltuieli Medicale din Accident (C.M.A.)”/ „Cheltuieli Medicale din orice cauză (C.M.)”	29
Pachetul de asigurare suplimentar Acoperire Covid 19	31
Tabelul de Procente pentru Intervenții Chirurgicale	34
Tabelul de Procente pentru Invaliditate Permanentă	42
Anexa 1 - Tabel Detalii Tehnice	43

Generali Romania Asigurare Reasigurare S.A.

Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, administrată în sistem dualist, membră a Grupului Generali, listat în Registrul Grupurilor de asigurare gestionat de IVASS sub nr. 26, cu sediu social în București, Sector 1, Piața Charles de Gaulle nr. 15, etaje 6 și 7, 011857, Nr. ordine R.C. J40/17484/2007, C.U.I. 2886621, C.I.F. RO 2886621, Cod LEI 213800J9BYTZ1Z4YK783, Tel. +4021 312 36 35, Fax +4021 312 37 20, Call center +40372 010 202, www.generali.ro, E-mail: info.ro@generali.com, Înmatriculată în registrul asigurătorilor: RA-002/2003, Certificată ISO 9001: 2015, Capital social subscris 178.999.221,7 lei, integral vărsat.

Public

CONDITII GENERALE DE ASIGURARE

Definiții:

În prezentele condiții de asigurare se adoptă următoarele definiții:

Asigurător:	S.C. Generali Romania Asigurare Reasigurare S.A.;
Contractant:	Persoana fizică sau juridică cu care Asigurătorul încheie Contractul de asigurare și care are obligația să plătească Primele de asigurare;
Asigurat:	Persoana a cărei viață și sănătate constituie obiectul asigurării și care este nominalizată în Cererea de asigurare;
Beneficiar:	Persoana desemnată prin Contractul de asigurare să încaseze Indemnizația de asigurare în caz de deces al persoanei asigurate. Pentru clauzele suplimentare, altele decât Deces în urma unui Accident, Deces în urma unui Accident de Circulație, Indemnizația de Asigurare se va plăti numai persoanei asigurate;
Cerere de Asigurare:	Formularul completat și semnat pe propria răspundere de către Contractant împreună cu Asiguratul, care conține informațiile necesare în vederea încheierii Contractului de asigurare (datele Contractantului/Asiguratului) precum și manifestarea de voință și consimțământul Asiguratului/Contractantului privind încheierea asigurării;
Ofertă de asigurare:	Formularul completat și semnat de către Contractant, care conține informațiile necesare în vederea încheierii asigurării, acoperirile oferite, sumele asigurate, perioada asigurată, alte date importante relaționate cu serviciile oferite prin asigurare, precum și manifestarea de voință și consimțământul Contractantului / Asiguratului cu privire la încheierea contractului de asigurare;
Poliță de asigurare:	Document eliberat de Asigurător, care dovedește existența unui Contract de asigurare. Orice derogare de la condițiile de asigurare se face prin prevederi specifice în Polița de asigurare sau prin acte aditionale ale Politei de asigurare;
Contract de asigurare:	Actul juridic bilateral prin care Contractantul se obligă să plătească Prima de asigurare Asigurătorului în schimbul preluării de către acesta a Riscului asigurat de bază și suplimentar. Contractul de asigurare cuprinde prezentele Condiții de asigurare, Cererea și Oferta de asigurare, Polița de asigurare împreună cu anexele și actele adiționale (dacă există), Condițiile de asigurare pentru Riscurile asigurate suplimentar, corespondența între Asigurător și Contractant, precum și orice alte documente solicitate de Asigurător pentru buna desfășurare a asigurării, incluzând dar nelimitându-se la date cu privire la starea de sănătate a Asiguratului, la ocupația și hobby-urile sale;
Risc asigurat:	Un eveniment viitor, posibil dar incert, la care este expusă viața și sănătatea Asiguratului. Riscurile asigurate sunt cele prevăzute în Polița de asigurare și pot fi acoperite, în conformitate cu prevederile condițiilor de asigurare, doar dacă se produc în perioada de valabilitate a politei
Riscuri asigurate de bază:	Decesul Asiguratului din orice cauză (Accident și/sau Îmbolnăvire) în perioada asigurată, 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 preluarea în asigurare sau refuzul includerii în asigurare a acestuia;
Riscuri asigurate suplimentar:	Deces în urma unui Accident, Deces în urma unui Accident de Circulație, Invaliditate Permanentă totală sau parțială din orice cauză/din Accident, Exonerare de la Plata Primelor de Asigurare în caz de Invaliditate permanentă totală din orice cauză, Spitalizare continuă din orice cauză/din Accident, Intervenții Chirurgicale din orice cauză/din Accident, Imobilizare în Aparat Ghipsat ca urmare a unui Accident, Fracturi/Arsuri, Cheltuieli Medicale din Accident/din orice cauză, Boli Grave. Asigurările pentru aceste riscuri completează asigurarea de viață „Generali Clasic Plus”. Noțiunea „orice cauză” are în vedere exclusiv Accidentele sau Îmbolnăvirile produse în perioada asigurată;
Avans de Primă de asigurare:	Prima de asigurare conform frecvenței de plată;
Aniversare:	Data la care se împlinește un număr întreg de ani în raport cu data de început a asigurării înscrisă în Polița de asigurare;
Sumă asigurată:	Suma stabilită în Polița de asigurare, în funcție de solicitarea Contractantului și de evaluarea riscului de către Asigurător. Suma asigurată este garantată de Asigurător în conformitate cu prevederile contractului de asigurare;
Indemnizația de asigurare:	Suma ce trebuie plătită de către Asigurător conform prezentelor Condiții de asigurare, în cazul producerii Riscurilor asigurate (de bază și/sau suplimentare);

Primă de asigurare:	Suma ce trebuie plătită de către Contractant în schimbul preluării Riscurilor asigurate (de bază și suplimentare) de către Asigurător;
Eveniment asigurat:	Incidentul sau seria de incidente care produc Riscul Asigurat și la apariția cărora Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare Asiguratului/Beneficiarului, conform Condițiilor de asigurare;
Incapacitate permanentă de muncă:	Starea în care Asiguratul, ca urmare a unei boli, invalidități sau infirmități dovedite medical, nu poate să practice nicio activitate în câmpul muncii;
Excluderi:	Circumstanțe sau condiții specific menționate în contractul de asigurare pentru care Asigurătorul nu datorează Indemnizația de asigurare deși s-a produs Riscul asigurat;
Accident:	Eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voința Asiguratului și care se soldează cu vătămarea corporală sau decesul Asiguratului și se datorează acțiunii bruște asupra organismului a unor factori externi fizici (mecanici, termici, electrici, etc) sau chimici, cu excepția infecțiilor (virale, fungice, bacteriene, etc). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): accidentul vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptura vasculară, etc., nu pot fi incluse în această categorie;
Vătămare corporală:	Vătămarea fizică a corpului Asiguratului, care poate fi stabilită din punct de vedere medical, cauzată de un Accident produs în perioada de valabilitate a asigurării;
Medic:	Persoană care detine o diplomă eliberată de autoritățile în domeniu, care profesază în baza unei autorizații valabile de liberă practică, absolvent și licențiat al unei Facultății de Medicină autorizate și membru al Colegiului Medicilor;
Îmbolnăvire:	Modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Asiguratului, contractată sau care se manifestă pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării și care a fost diagnosticată de un Medic după data de început a Contractului de asigurare;
Afecțiuni preexistente (boală preexistentă):	Orice boală, vătămare din accident sau altă condiție medicală a Asiguratului diagnosticată de către un Medic înaintea datei de început a contractului de asigurare, cu excepția afecțiunilor acute care au fost vindecate în totalitate;
Medicament:	Orice substanță sau combinație de substanțe, omologată de Ministerul Sănătății și care se regăsește în Nomenclatorul Agenției Naționale a Medicamentului din România, ce poate fi folosită sau administrată la om, fie pentru restabilirea, corectarea sau modificarea funcțiilor fiziologice prin exercitarea unei acțiuni farmacologice, imunologice sau metabolice, fie pentru stabilirea unui diagnostic medical;
Recomandare/ Prescripție medicală:	Document medical, eliberat de un medic cu drept de liberă practică emis de Colegiul Medicilor din România, ce conține următoarele informații obligatorii: datele de identificare ale asiguratului, diagnostic, recomandările medicului, data, semnătura și parafa medicului;
Boală cronică:	Afecțiune medicală sau psihiatrică cunoscută, care are o perioadă lungă de evoluție sau care prezintă recăderi frecvente, necesitând repetate îngrijiri medicale de specialitate. În această categorie se includ următoarele boli (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): diabetul zaharat, hepatita cronică, pancreatita cronică, poliartrita reumatoidă, insuficiența cardiacă, etc. În cadrul bolilor cronice intră și orice alte afecțiuni favorizate de consumul excesiv de alcool, substanțe toxice sau stupefiante, inclusiv de fumat, precum și alte afecțiuni cu caracteristici similare din punctul de vedere al evoluției clinice;
Sport extrem:	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 preluarea în asigurare sau refuzul includerii în asigurare a acestuia;
Interes asigurabil:	Condiție de bază pentru valabilitatea Contractului de asigurare, reprezentând motivația financiară existentă între Asigurat și Contractant, pe de o parte (în ceea ce privește interesul legitim de plată a primelor de asigurare) și între Asigurat și Beneficiar, pe de altă parte (în ceea ce privește interesul legitim de încasare a Indemnizației de asigurare);
Poliță suspendată:	Polița de asigurare ce a fost la un moment dat în vigoare dar care, din cauza nerespectării condițiilor contractuale, nu își mai produce efectele pentru o perioadă de timp nedefinită. În condițiile în care cauzele pentru care a fost suspendată polița nu se mai regăsesc, iar aceasta nu a fost reziliată, Polița poate fi repusă în vigoare conform Condițiilor de asigurare.
Perioada 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 în conformitate cu prezentele condiții de asigurare.

Confidențialitatea informațiilor:	Obligația de a nu divulga informații legate de starea de sănătate și de tratamentul efectuat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare. În vederea soluționării dosarelor de daună Asiguratul împuternicește Asigurătorul în mod automat la data încheierii poliței de asigurare să întreprindă orice fel de investigații, să ceară documente medicilor curanți și să obțină rezultatele investigațiilor medicale efectuate de acesta;
Data intrării în vigoare a contractului de asigurare:	Data de la care este angajată răspunderea Asigurătorului, menționată în polița de asigurare;
Data expirării contractului de asigurare:	Data încetării răspunderii Asigurătorului, menționată în polița de asigurare;
Caz de urgență medicală/chirurgicală:	Orice îmbolnăvire sau accident survenite brusc sau neașteptat, care necesită asistență medicală imediată, în scopul menținerii vieții, a funcțiilor vitale sau pentru a evita pierderea unui organ sau a funcțiilor acestuia;
Proteză:	Structură artificială, dispozitiv sau aparat, care reconstituie o parte a corpului uman (organ, membru sau o parte dintr-un membru) absentă, afectată sau distrusă;
Orteză:	Aparat ortopedic destinat protejării, imobilizării sau susținerii corpului sau a unei părți a acestuia, la nivelul căruia este fixat direct;
Declarație de sănătate:	Formular propriu al Asigurătorului completat de Asigurat cu informațiile despre starea de sănătate a acestuia.
Indexare:	Procesul de majorare a beneficiilor și primelor unei asigurări de viață pentru următorul an de asigurare, prin aplicarea indexului la valorile beneficiilor aferente anului în curs și primelor de asigurare aferente, conform condițiilor contractuale
Matematici actuariale:	Metode probabilistic și statistice folosite în evaluarea obligațiilor Asiguratorului și ale Contractantului (ex: calculul primelor, al sumelor asigurate, calculul beneficiilor etc).

Capitolul I. Prevederi generale

Articolul 1. Contractul de asigurare

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

Articolul 2. Forma și dovada contractului

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

Articolul 3. Întinderea Teritorială. Timpul operativ

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

Articolul 4. Evenimentul asigurat și riscul asigurat

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

Articolul 5. Încheierea Asigurării

- În vederea încheierii Contractului de asigurare, Asiguratul și Contractantul vor completa și semna Cererea și Oferta de asigurare, document ce face parte integrantă din Contractul de asigurare. Prin completarea Cererii de asigurare, Asiguratul/Contractantul are obligația de a declara în scris Asigurătorului toți factorii esențiali din punctul de vedere al acceptării asigurării, pentru care Asigurătorul a pus întrebări în scris, factorii care au fost sau trebuia să fi fost cunoscuți de către Asigurat. Asigurătorul va păstra confidențialitatea informațiilor și le va folosi numai în scopul evaluării riscului în vederea încheierii asigurării.
- Asigurătorul își rezervă dreptul de a verifica starea de sănătate a Asiguratului, putând solicita efectuarea unui examen medical sau prezentarea unor documente suplimentare, importante din punctul de vedere al acceptării riscului ce urmează a fi asigurat.
- Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita informații suplimentare referitoare la ocupațiile Asiguratului, rezidența, activitatea profesională, precum și la practicarea de sporturi sau hobby-uri.

- 5.4 Asigurătorul își rezervă dreptul de a verifica următoarele aspecte: existența interesului asigurabil, capacitatea Contractantului de a plăti primele de asigurare, justificarea Sumei asigurate alese.
- 5.5 În cazul declarațiilor incomplete sau incorecte, Asigurătorul va aplica prevederile art. 15 (Declarații False) din prezentele Condiții de asigurare.
- 5.6 Dacă în urma evaluării riscului se descoperă factori care contribuie la modificarea acestuia, Asigurătorul va comunica Contractantului în termen de 30 de zile de la primirea Cererii de asigurare decizia sa, care poate fi:
- 5.6.1 Acceptarea încheierii asigurării, în termenii și condițiile propuse în scris Contractantului, astfel:
- a) în cazul în care Asiguratul a fost încadrat inițial într-o clasă superioară de risc din punctul de vedere al calculului Primei de asigurare, Asigurătorul va restitui Contractantului suma datorată în termen de 30 de zile de la data înștiințării;
- b) în cazul în care Asiguratul a fost încadrat inițial într-o clasă inferioară de risc din punctul de vedere al calculului Primei de asigurare Asigurătorul va cere Contractantului ca în termen de 30 de zile de la data înștiințării să își dea acordul privind noile condiții de preluare a riscului;
- 5.6.2 În ambele cazuri de mai sus, cu acordul scris al Contractantului, Suma asigurată poate fi modificată corespunzător cu Prima de asigurare plătită în momentul completării Cererii de asigurare.
- 5.6.3 Refuzul încheierii asigurării, în cazul în care riscul este considerat major, urmând ca în termen de 30 de zile de la data înștiințării să restituie Contractantului Avansul de primă de asigurare plătit, din care se rețin cheltuielile controlului medical (dacă acesta a fost efectuat).
- 5.6.4 Acceptarea asigurării cu anumite Excluderi de natură medicală sau profesională. Aceste Excluderi vor fi menționate în Polița de asigurare.
- 5.6.5 Amânarea începerii asigurării ca urmare a unor factori de risc de natură medicală sau profesională.
- 5.7 În cazul refuzării încheierii asigurării de către Asigurător, acesta nu este obligat să declare motivele refuzului. Cererea de asigurare și toate documentele anexate la aceasta rămân în proprietatea Asigurătorului, menținându-și caracterul confidențial.
- 5.8 Dacă în urma evaluării riscului de către Asigurător Contractantul asigurării nu mai dorește încheierea asigurării, Asigurătorul va înapoia Contractantului Avansul de primă achitat, mai puțin costul controlului medical (dacă acesta a fost efectuat).
- 5.9 În cazul acceptării încheierii asigurării de către Asigurător, asigurarea se încheie prin emiterea Poliței de asigurare în conformitate cu datele cuprinse în Cererea de asigurare, cu eventualele modificări ulterioare, tariful de primă corespunzător și prezentele Condiții de asigurare aprobate de autoritatea competentă.
- 5.10 Asigurarea poate fi încheiată pentru cetățeni / rezidenți romani sau persoane straine cu drept de sedere în România a căror vârstă este cuprinsă între 15 și 70 de ani.
- 5.11 Vârsta Asiguratului nu poate fi mai mare de 75 de ani la expirarea Contractului de asigurare.
- 5.12 Durata Contractului de asigurare este cuprinsă între 1 și 30 ani. Perioada asigurată menționată în polița de asigurare nu poate fi prelungită ulterior.
- 5.13 Nu pot fi asigurate persoanele cu incapacitate permanentă de muncă sau cele care prezintă tulburări neuropsihice grave.
- 5.14 Perioada de valabilitate a asigurării și a Contractului de asigurare este înscrisă în Polița de asigurare.
- 5.15 Acoperirea prin asigurare începe la ora 24 a zilei în care a fost plătit Avansul de primă, dar nu mai devreme de data specificată în oferta de asigurare semnată de Contractant. Acoperirea este valabilă cu respectarea prevederilor art.6 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 6. Începutul acoperirii prin asigurare. Acoperirea intermediară imediată

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

Articolul 7. Prima de asigurare

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

Articolul 8. Neplata Primei de Asigurare

- 8.1 Asigurătorul va notifica Contractantul despre obligația de plată a Primei/ratei de asigurare, conform prevederilor legale.
- 8.2 În cazul în care Contractantul nu achită integral Prima/rata de asigurare la scadență pentru asigurarea de bază și Riscurile asigurate suplimentar (dacă există), Asigurătorul acordă o perioadă de grație de 30 zile începând cu data de scadență a Primei/ratei de asigurare neachitate, pentru plata integrală a acesteia. Acoperirea prin asigurare în perioada de grație este valabilă cu respectarea art. 8.3-8.5.
- 8.3 Dacă sumele datorate de Contractant cu titlu de primă nu sunt plătite nici în perioada de grație, asigurarea este suspendată retroactiv, începând cu scadența primei rate neachitate, fără ca o notificare, punere în întârziere sau altă formalitate prealabilă să mai fie necesară.
- 8.4 Dacă se produc daune în perioada de grație, dar până la sfârșitul acesteia primele de asigurare nu se regăsesc în conturile Asigurătorului, aceste solicitări de despăgubire nu vor fi suportate de către Asigurător, polița fiind suspendată de la data menționată în alineatul precedent. Excepție de la această prevedere fac situațiile în care - din motive obiective, legate direct de starea de sănătate a Asiguratului - acesta nu a putut efectua plata primei restante până la finalul perioadei de grație. Motivele obiective se referă la cazurile în care Asiguratul - care are și calitatea de Contractant - s-a aflat în imposibilitate medicală, probată prin documente medicale justificative, să efectueze plata primei restante ca urmare a unui Accident sau Îmbolnăviri produse în perioada de grație.
- 8.5 Daunele produse în perioada de grație vor fi suportate de către Asigurător dacă Prima de asigurare este achitată până la data expirării perioadei de grație, cu respectarea prevederilor de la art. 8.4.
- 8.6 În cazul în care plata integrală a Primei sau ratei de asigurare nu se efectuează în perioada de grație, acoperirea prin asigurare încetează în conformitate cu articolul de mai sus.
- 8.7 În cazul în care Contractantul achită Primele/ratele de asigurare restante și penalitățile stabilite de Asigurător după expirarea perioadei de grație dar în termen de maxim 3 luni de la data celei dintâi Prime/rate de asigurare scadente neachitate, Asigurătorul poate decide reînceperea acoperirii prin asigurare. În acest caz reînceperea acoperirii prin asigurare intră în vigoare la ora 24 a zilei în care s-au plătit integral Primele/ratele de asigurare restante, dacă Asiguratul este în viață la această dată.
- 8.8 În cazul în care Contractantul nu achită Primele/ratele de asigurare restante și penalitățile stabilite de Asigurător în termen de maxim 3 luni de la data celei dintâi rate scadente neachitate Asigurătorul va rezilia Contractul de asigurare fără nici o obligație de plată din partea sa și fără a fi necesară o notificare suplimentară prealabilă. În situația în care Contractantul dorește reactivarea contractului în termen de maxim 1 an de la data primei scadențe neachitate prin transmiterea către Asigurător a formularului de reactivare tip emis de Asigurător și plătește toate

primele restante, atunci contractul continuă cu acoperire doar pentru viitor. La reactivarea contractului Asiguratorul poate efectua o nouă analiză a riscului.

- 8.9. Asiguratorul va notifica Contractantul cu privire la starea Contractului de asigurare în termen de 30 de zile de la reziliere.

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

Articolul 9. Asigurarea de Bază

- 9.1 Prezenta asigurare oferă acoperire pentru decesul Asiguratului (din orice cauză) în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare.
- 9.2 Pe toată perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, acesta nu poate fi transformat în contract liber de plata Primelor de asigurare și nu poate fi răscumpărat.

Articolul 10. Clauză Indexare

- 10.1 Indexarea constă în majorarea anuală a Sumei asigurate, la Aniversare, cu un procent stabilit de către Asigurator. Cuantumul primei de asigurare nu crește cu același procent de indexare ci prima este recalculată în conformitate cu matematicile actuariale, ținându-se cont de noua vârstă a persoanei asigurate cât și de durata rămasă a contractului de asigurare.
- 10.2 Contractul de asigurare se va indexa anual, la aniversare, cu excepția cazului în care Contractantul precizează explicit că nu dorește indexarea, prin menționarea acestui lucru în rubrica indicată din Cererea de asigurare.
- 10.3 Contractantul poate solicita, cu cel puțin 30 de zile înainte de data Aniversării, majorarea Sumei asigurate cu un alt procent decât cel propus de Asigurator. În acest caz Asiguratorul va decide asupra acestei solicitări și își rezervă dreptul de a efectua o nouă analiză a riscului.
- 10.4 Cu 45 de zile înainte de Aniversare, Asiguratorul înștiințează Contractantul cu privire la majorările aferente indexării (nouă Sumă asigurată și Primă de asigurare). Contractantul are obligația de a comunica, în scris, Asiguratorului, cu cel puțin 30 de zile înainte de data Aniversării, acordul sau refuzul său cu privire la respectivele majorări.
- 10.5 În cazul în care Contractantul nu va comunica Asiguratorului opțiunea sa în termenul prevăzut mai sus, Asiguratorul va utiliza automat la Aniversare opțiunea Contractantului exprimată în anul anterior de asigurare (în cazul în care în anul anterior de asigurare Contractul de asigurare a fost indexat, se va indexa în continuare, în caz contrar, va rămâne la valorile anterioare).
- 10.6 Contractantul nu poate solicita aplicarea clauzei de indexare în ultimii 3 ani de asigurare înainte de expirarea Contractului de asigurare.

Capitolul III. Riscuri Asigurate Suplimentar

Articolul 11. Riscuri Asigurate Suplimentar

- 11.1 La solicitarea Contractantului, "asigurarea de bază" prevăzută la art. 9 se poate completa, la încheierea asigurării sau la Aniversare, cu următoarele Riscuri asigurate suplimentar:
- Deces din Accident (D.A.);
 - Deces din Accident de Circulație (D.A.C.);
 - Invaliditate Permanentă totală sau parțială din Accident (I.P.A.);
 - Invaliditate Permanentă totală sau parțială din orice cauză (I.P.);
 - Exonerare de la Plata Primelor de asigurare în caz de Invaliditate permanentă și totală din orice cauză a Asiguratului (E.P.P.I.);
 - Spitalizare continuă din Accident (S.A.);
 - Spitalizare continuă din orice cauză (S.);
 - Intervenții Chirurgicale din Accident (I.C.A.);
 - Intervenții Chirurgicale din orice cauză (I.C.);
 - Imobilizare în Aparat Ghipsat din Accident (I.A.G.);
 - Fracturi/Arsuri din Accident (F./A.);
 - Boli grave (B.G.);
 - Cheltuieli Medicale din Accident (C.M.A.);
 - Cheltuieli Medicale din orice cauză (C.M.);
 - Pachetul de asigurare suplimentar Acoperire Covid 19
- 11.2 Toate aceste clauze suplimentare se pot achiziționa de către Contractant separat, sau sub formă de pachete de asigurare. Contractantul va opta obligatoriu numai pentru una dintre cele 2 variante: fie pentru achiziționarea clauzelor separat, fie pentru achiziționarea unuia dintre pachete. Contractantul poate achiziționa până la de 3 ori un pachet de asigurare, dar nu poate alege două sau mai multe tipuri de pachete în același timp (pe aceeași poliță). Pachetele de asigurare sunt următoarele:
- 11.2.1 Pachetul PROTECT - care cuprinde următoarele riscuri asigurate suplimentar: Deces din Accident, Invaliditate Permanentă din Accident, Exonerare de la plată primelor în caz de Invaliditate Permanentă totală din orice cauză, Deces din Accident de circulație, Fracturi/Arsuri. În cazul achiziționării acestui pachet, se oferă gratuit clauza "Deces din accident de circulație".
- 11.2.2 Pachetul PROTECT Premium - care cuprinde următoarele riscuri asigurate suplimentar: Deces din accident, Invaliditate Permanentă din Accident, Exonerare de la plata primelor în caz de Invaliditate Permanentă totală din orice cauză, Deces din Accident de circulație, Fracturi/Arsuri - cu mențiunea că riscurile asigurate suplimentar „Deces din Accident de circulație” și „Invaliditate permanenta din accident” se acordă gratuit clientului. Pachetul PROTECT Premium va putea fi achiziționat numai pentru contractele de asigurare cu o primă emisă anuală cel puțin egală cu minimul stabilit de Asigurator la momentul începerii poliței, conform Tabelului Detalii Tehnice (Anexa 1).

- 11.2.3 Pachetul DINAMIC - care cuprinde următoarele riscuri asigurate suplimentar: Deces din Accident, Invaliditate Permanentă din Accident, Exonerare de la plata primelor în caz de Invaliditate Permanentă totală din orice cauză, Deces din Accident de circulație, Spitalizare din Accident, Intervenții Chirurgicale din Accident, Imobilizare în Aparat Ghipsat, Cheltuieli Medicale din Accident, Fracturi/Arsuri. În cazul achiziționării acestui pachet, se oferă gratuit clauza Invaliditate permanenta din accident.
- 11.2.4 Pachetul DINAMIC Premium - care cuprinde următoarele riscuri asigurate suplimentar: Deces din Accident, Invaliditate Permanentă din Accident, Exonerare de la plata primelor în caz de Invaliditate Permanentă totală din orice cauză, Deces din Accident de circulație, Spitalizare din Accident, Intervenții Chirurgicale din Accident, Imobilizare în Aparat Ghipsat, Cheltuieli Medicale din Accident, Fracturi/Arsuri - cu mențiunea că riscurile asigurate suplimentar „Fracturi/Arsuri” și „Invaliditate permanenta din accidente se acordă gratuit clientului. Pachetul DINAMIC Premium va putea fi achiziționat numai pentru contractele de asigurare cu o primă emisă anuală cel puțin egală cu minimumul stabilit de Asigurător la momentul începerii poliței, conform Tabelului Detalii Tehnice (Anexa 1).
- 11.2.5 Pachetul CONFORT - care cuprinde următoarele riscuri asigurate suplimentar: Deces din Accident, Invaliditate Permanentă din orice cauză, Exonerare de la plata primelor în caz de Invaliditate Permanentă totală din orice cauză, Deces din Accident de circulație, Spitalizare din orice cauză, Intervenții Chirurgicale din orice cauză, Imobilizare în Aparat Ghipsat, Boli Grave, Cheltuieli Medicale din orice cauză, Fracturi/Arsuri. În cazul achiziționării acestui pachet, se oferă gratuit clauza Fracturi/Arsuri.
- 11.2.6 Pachetul CONFORT Premium - care cuprinde următoarele riscuri asigurate suplimentar: Deces din Accident, Invaliditate Permanentă din orice cauză, Exonerare de la plata primelor în caz de Invaliditate Permanentă totală din orice cauză, Deces din Accident de circulație, Spitalizare din orice cauză, Intervenții Chirurgicale din orice cauză, Imobilizare în Aparat Ghipsat, Boli Grave, Cheltuieli Medicale din orice cauză, Fracturi/Arsuri - cu mențiunea că riscurile asigurate suplimentar „Fracturi/Arsuri”, „Deces din Accident de circulație” și „Invaliditate Permanenta din orice cauza” se acordă gratuit clientului. Pachetul CONFORT Premium va putea fi achiziționat numai pentru contractele de asigurare cu o primă emisă anuală cel puțin egală cu minimumul stabilit de Asigurător la momentul începerii poliței, conform Tabelului Detalii Tehnice (Anexa 1).
- 11.3 Riscurile asigurate suplimentar sunt în vigoare numai dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:
- Contractantul a plătit integral Prima de asigurare;
 - Sunt menționate explicit în Polița de asigurare sau în Anexă la Polița de asigurare.
- 11.4 Riscurile asigurate suplimentar sunt opționale, în conformitate cu prezentele Condiții Generale de Asigurare, precum și cu Condițiile Particulare de Asigurare.

Capitolul IV. Alte Prevederi Contractuale

Articolul 12. Drepturile/Obligațiile Contractantului și ale Asiguratului

- 12.1 Contractantul beneficiază de toate clauzele cuprinse în Capitolul II al prezentelor Condiții de asigurare.
- 12.2 Cu acordul scris al Asiguratului, transmis Asigurătorului, Contractantul asigurării are dreptul să modifice la orice dată Beneficiarul/Beneficiarii Contractului de asigurare. Asigurătorul își rezervă dreptul de a verifica existența interesului asigurabil înainte de a modifica beneficiarul la deces și, în cazul în care acesta nu poate fi probat, își rezervă dreptul de a nu face modificarea. În cazul în care există interes asigurabil și modificarea poate fi efectuată, aceasta intră în vigoare de la data deciziei Asigurătorului comunicată în scris către Contractant.
- 12.3 Contractantul are la dispoziție o perioadă de 20 zile de la data emiterii Contractului de asigurare de către Asigurător în care poate anula Contractul de asigurare. În acest caz Asigurătorul returnează Avansul de primă mai puțin contravaloarea analizelor medicale, dacă acestea au fost efectuate.
- 12.4 Contractantul este obligat la plata integrală a Primelor/ratelor de asigurare până la data de scadență conform frecvenței de plată precizate în Polița de asigurare sau în perioada de grație, conform prevederilor art. 8 din prezentele Condiții de asigurare.
- 12.5 Contractantul/Asiguratul are obligația anunțării oricăror modificări ale ocupației, practicării de sporturi, hobby-uri, etc. ale Asiguratului, în termen de 30 zile de la data producerii modificării. Asigurătorul va reanaliza riscul și va comunica Contractantului termenii și condițiile de continuare a asigurării. În cazul în care Contractantul/Asiguratul nu notifică Asigurătorul despre modificările ocupației, practicării de sporturi, hobby-uri etc., Asigurătorul poate refuza plata Indemnizației de asigurare, în cazul producerii evenimentului asigurat.
- 12.6 Contractantul și Asiguratul au obligația anunțării oricărei modificări a adresei de domiciliu sau de corespondență. În cazul părăsirii teritoriului României, aceștia au obligația de a comunica Asigurătorului o persoană împuternicită, cu domiciliul în România, pentru a primi corespondența. Asigurătorul va trimite corespondența la ultima adresă comunicată de către Contractant.
Corespondența transmisă de Asigurător la ultima adresă de corespondență cunoscută se consideră trimisă de acesta și primită de Contractant/Asigurat sau Beneficiar, după caz.
- 12.7 Contractantul are obligația de a comunica în scris Asigurătorului, cu cel puțin 30 de zile înainte de data Aniversării, decizia sa în ceea ce privește indexarea (art. 10).
- 12.8 Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul are obligația de a notifica Asigurătorul producerea Riscului asigurat (de baza/suplimentar) în termen de 30 zile de la data producerii lui. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și este exonerat de la plata indemnizației de asigurare. Excepție de la această regulă fac cazurile în care, din motive obiective, justificate pe bază de documente medicale, Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul s-a aflat în imposibilitatea îndeplinirii acestei obligații.
- 12.9 Contractantul/Asiguratul sau Beneficiarul are obligația de a sprijini Asigurătorul în acțiunea sa pe lângă autoritățile care pot oferi informații în legătură cu Riscul asigurat, pentru finalizarea dosarului de daună.

Articolul 13. Drepturile/Obligațiile Asiguratorului/Plata Indemnizației de asigurare

- 13.1 Asiguratorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare, conform Condițiilor de asigurare, pentru:
- Riscul asigurat de bază, dacă s-a întâmplat în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare;
 - Riscurile asigurate suplimentar, dacă asigurările există și sunt în vigoare, pentru Evenimente care au avut loc în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare.
- 13.2 Plata Indemnizației de asigurare se face în urma notificării producerii Riscului. Notificarea se face prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire, fax sau e-mail, care se transmite agenției prin care s-a încheiat asigurarea sau Direcției Centrale a Asiguratorului.
- Asiguratorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare, conform Condițiilor generale și particulare de asigurare numai pentru Accidentul/îmbolnăvirea apărute în perioada de valabilitate a Poliței și notificate Asiguratorului în termen de 30 de zile de la data producerii. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Asiguratorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și este exonerat de la plata oricărei Indemnizații de asigurare. Excepție de la aceasta regula fac situațiile în care din motive obiective, justificate pe baza de documente medicale, Contractantul / Asiguratul / Beneficiarul s-a aflat în imposibilitatea îndeplinirii obligației de notificare în 30 de zile.
- 13.3 Indemnizația de asigurare se plătește Asiguratului sau Beneficiarilor desemnați de acesta, conform procentelor prevăzute în Polița de asigurare. În cazul decesului Asiguratului, dacă nu s-a desemnat nici un Beneficiar, Indemnizația de asigurare se plătește moștenitorilor Asiguratului, conform procentelor menționate în certificatul de moștenitor. Dacă Asiguratul nu a dispus altfel, atunci când sunt mai mulți Beneficiari desemnați, aceștia au drepturi egale asupra Indemnizației de asigurare.
- 13.4 Indemnizația de asigurare care se plătește în caz de deces este egală cu Suma asigurată la Decesul din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire) valabilă în momentul producerii evenimentului asigurat.
- În cazul în care Asiguratul este dispărut dar nu există o hotărâre judecătorească definitivă declarativă a morții, acesta este prezumat de lege a fi în viață până la pronunțarea unei asemenea hotărâri sau până la constatarea fizică a decesului sau până la momentul la care se face dovada decesului sau cu documente oficiale (certificat de deces, certificat constatator al decesului, certificat de moștenitor). În urma pronunțării hotărârii judecătorești definitive declarative a morții, care stabilește ca dată a decesului o dată cuprinsă în perioada de asigurare sau la constatarea fizică a decesului, sau la momentul în care se face dovada decesului cu documente oficiale, Asiguratorul datorează Indemnizația de asigurare prevăzută în Polița de asigurare. Indemnizația de asigurare se va plăti Beneficiarului/Beneficiarilor desemnați în Polița de asigurare, conform procentelor de indemnizare stabilite.
- 13.5 În cazul decesului Asiguratului, plata indemnizației de asigurare se va efectua integral către Beneficiari.
- 13.6 Plata Indemnizației de asigurare se face numai după prezentare, în termen de maxim 90 de zile de la data producerii riscului asigurat, a următoarelor acte:
- în cazul decesului Asiguratului:
 - Polița de asigurare și ultima anexă, ambele în original sau copie;
 - certificatul de deces al Asiguratului în copie legalizată, precum și copie după certificatul medical constatator al decesului vizat de registrul de stare civilă;
 - certificatul de moștenitor în copie legalizată, dacă nu a fost desemnat un Beneficiar la deces;
 - în caz de Accident, procesul-verbal de constatare a Accidentului încheiat de organele competente sau orice alte acte care pot dovedi producerea Accidentului (de exemplu, documente medicale eliberate de instituția medicală care a tratat Asiguratul, declarațiile martorilor etc.) și valoarea alcoolemiei;
 - adeverință de la locul de muncă, din care să reiasă ocupația Asiguratului la data producerii Riscului;
 - actul de identitate al fiecărui Beneficiar la deces, în copie semnată (conform cu originalul)
 - declarație de daună (formular tip emis de către Asigurator) completată de o rudă apropiată/ reprezentant Asigurat.
 - în cazul producerii Riscurilor asigurate suplimentar, sunt necesare - în funcție de riscul asigurat produs - următoarele acte: bilet de ieșire din spital, adeverințe medicale, scrisoare medicală, certificat de concediu medical, rețete și bonuri fiscale în original etc.
- În cazul în care documentele solicitate nu au fost puse la dispoziția Asiguratorului, 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).
- 13.7 Asiguratorul își rezervă dreptul de a solicita și alte documente, în scopul determinării valabilității solicitării și a valorii Indemnizației de asigurare. Asiguratorul poate desemna un medic care să-l consulte pe Asigurat, poate solicita efectuarea de investigații medicale / expertize medicale. Costurile acestor consultatii / investigații / expertize va fi suportat de Asigurator.
- 13.8 Refuzul Contractantului/Asiguratului sau Beneficiarului de a pune la dispoziția Asiguratorului documentele solicitate sau refuzul Asiguratului de a se supune consultului / investigațiilor solicitate de Asigurator / expertizei medico-legale după caz, dă dreptul Asiguratorului de a refuza plata Indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu pot fi stabilite cauza, modul de producere și urmările riscurilor asigurate.
- 13.9 Asiguratorul va efectua plata Indemnizației de asigurare în termen de maxim 30 de zile de la data la care documentația solicitată este completă.
- 13.10 Plata Indemnizației de asigurare se va face pe teritoriul României, în moneda convenită în Polița de asigurare și în conformitate cu legile aplicabile privind impozitele și taxele, în vigoare la data efectuării plății.
- 13.11 Indemnizația de asigurare se datorează independent de sumele convenite Asiguratului sau Beneficiarului din asigurări sociale, de repararea prejudiciului de cei răspunzători de producerea sa, precum și de sumele primite de la alți asigurători în temeiul altor contracte de asigurare. Creditorii Asiguratului nu au dreptul să urmărească Indemnizația de asigurare convenită Beneficiarilor sau moștenitorilor, după caz.
- 13.12 Dacă Beneficiarul este minor la data plății Indemnizației de asigurare, plata se va face cu respectarea prevederilor legale speciale privind drepturile minorilor.
- 13.13 În cazul reorganizării judiciare ori a lichidării Asiguratorului, acesta are obligația, în conformitate cu prevederile Legii nr. 503/2004 privind redresarea financiară, falimentul, dizolvarea și lichidarea voluntară în activitatea de asigurări

si Legii nr. 85/2014 privind procedurile de prevenire a insolvenței și de insolvență, cu modificările și completările ulterioare, să achite cu prioritate obligațiile față de asigurați, folosind în acest sens activele ce constituie fondul asigurărilor de viață.

- 13.14 În cazul unor declarații false sau încercări de fraudă din partea Contractantului/Asiguratului/Beneficiarului, se vor aplica prevederile art. 15 din prezentele Condiții de Asigurare.
- 13.15 La încheierea Contractului de asigurare și pe întreg parcursul acestuia, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita detalii suplimentare referitoare la Contractant/Asigurat/Beneficiari, necesare pentru respectarea prevederilor legislative referitoare la prevenirea și combaterea spălării banilor (AML- Anti Money Laundering) CRS (Common Reporting Standard), a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor (CTF- Countering Financing Terrorism) și a legislației cu privire la Sancțiunile Internaționale
- 13.16 Pe întreaga perioadă de derulare a Contractului de Asigurare, Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul are obligația de a înștiința Asigurătorul asupra oricărei modificări fata de informațiile oferite referitoare la rezidența/ cetățenia/ rezidența fiscală.
- 13.17 Documentele emise într-o limbă străină trebuie însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către Contractant /Asigurat sau de către Beneficiari în cazul decesului persoanei asigurate.

Articolul 14. Excluderi

14.1. Excluderi generale.

Sunt excluse din acoperire evenimentele apărute ca urmare a:

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

Asigurătorul nu despăgubește pierderile, daunele, costurile de orice natură, oricare ar fi aceasta, cauzate în mod direct 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 ori 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 exclude 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 parte a acestei clauze este nulă sau neexecutorie, restul va rămâne în vigoare și complet valabilă.

- o) catastrofelor naturale, epidemiilor, pandemiilor etc.
- p) intervențiilor pentru tratarea obezității sau excesului ponderal / chirurgica bariatrică.

- 14.2 Dacă decesul Asiguratului a fost cauzat de actul intenționat al unui Beneficiar, pentru care acesta a fost condamnat definitiv, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de asigurare către acest Beneficiar. În acest caz Indemnizația de asigurare va fi plătită de către Asigurător celorlalți Beneficiari desemnați, iar în cazul în care aceștia nu sunt desemnați aceasta va fi plătită moștenitorilor Asiguratului, în calitate de Beneficiari.
- 14.3 Asigurătorul nu datorează Indemnizația de asigurare dacă decesul Asiguratului s-a produs ca urmare a evenimentelor prevăzute la art. 14.1 precum și ca urmare a :
- a) unei Afecțiuni preexistente, bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior datei de început a Poliței de asigurare, cu excepția cazului în care afecțiunea, boala cronică, handicapul sau urmările au fost declarate, în scris, la încheierea asigurării și acceptate de Asigurător;
 - b) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroza hepatică, neoplasm hepatic etc.);
 - c) unei afecțiuni neoplazice, diagnosticate în primele șase luni de la data de început a Contractului de Asigurare.

Articolul 15. Declarații False

- 15.1 Contractantul asigurării este răspunzător pentru corectitudinea informațiilor furnizate Asigurătorului privind vârsta Asiguratului.
Dacă vârsta Asiguratului este declarată incorect, toate indemnizațiile rezultând din Contractul de asigurare vor fi ajustate în consecință, pe baza datelor corecte, atât pentru Asigurarea de bază cât și pentru riscurile asigurate suplimentar, dacă acestea au fost achiziționate.
- 15.2 Asiguratul este obligat să informeze în scris pe Asigurător despre condițiile cu privire la Riscul Asigurat pe care le cunoaște sau ar trebui să le cunoască și care sunt importante din punct de vedere al evaluării riscului asumat. Asiguratul va îndeplini această obligație de înștiințare prin declararea adevărului și prin răspunsuri complete la toate întrebările conținute în Cererea de asigurare sau adresate de către Asigurător în timpul încheierii Contractului de asigurare. În cazul în care Contractantul asigurării și Asiguratul sunt persoane diferite, Contractantul este răspunzător pentru furnizarea adevărului și a informațiilor complete.
- 15.3 În cazul în care Contractantul, Asiguratul sau Beneficiarii (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de Beneficiari) vor furniza declarații false sau informații incomplete, în măsura în care aceste informații sunt esențiale pentru bună derulare a Contractului de asigurare, Asigurătorul are dreptul de a lua următoarele măsuri, în funcție de circumstanțele concrete:
- 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 împrejurările reale și complete privitoare la risc, ar fi încheiat Contractul de asigurare în alte condiții, Asigurătorul are dreptul de a modifica unilateral, în consecință, condițiile de acoperire contractuală a riscului producerii Evenimentului Asigurat;
 - (ii) în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință împrejurările reale și complete privitoare la Risc, nu ar fi încheiat Contractul de asigurare, Asigurătorul are dreptul de a rezilia unilateral Contractul de asigurare.
 - 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 împrejurările reale și complete privitoare la Risc, ar fi încheiat Contractul de asigurare în alte condiții, Asigurătorul are dreptul de a reduce cuantumul Indemnizației plătibile corespunzător raportului dintre Prima stabilită și cea care ar fi trebuit plătită, cunoscându-se exact împrejurările, respectiv de a anula beneficiile acordabile, corespunzător regulilor de evaluare a riscului asigurabil practicate de către Asigurător în ceea ce privește riscurile respective. În aceste circumstanțe, Asigurătorul are totodată dreptul de a modifica unilateral, în consecință, Condițiile de Acoperire Contractuală a Riscului producerii oricărora dintre Evenimentele asigurate în baza Contractului de asigurare;
 - (ii) în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință împrejurările reale și complete privitoare la Risc, nu ar fi încheiat Contractul de asigurare, Asigurătorul are dreptul de a refuza plata Indemnizației de asigurare și de a rezilia unilateral Contractul de asigurare;
 - (iii) în cazul în care Contractantul asigurării și/sau Beneficiarii, după caz, au furnizat informații false sau incomplete cu privire la circumstanțele producerii Evenimentului asigurat, Asigurătorul are dreptul de a refuza plata Indemnizației de asigurare.
- 15.4 În cazul rezilierii de către Asigurător a Contractului de asigurare pentru declarații false/incomplete, Asigurătorul este degrevat de plata Indemnizației de asigurare.

Articolul 16. Modalități de executare, suspendare, reziliere și încetare a Contractului de asigurare.

Încetarea acoperii pentru riscurile asigurate suplimentar.

- 16.1 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) în cazul decesului Asiguratului;
 - b) La ora 0:00 a datei expirării Contractului de asigurare, data menționată ca atare în Polița de asigurare;
 - c) prin rezilierea unilaterală de către Asigurător a Contractului de asigurare, în următoarele situații:
 - (i) în cazurile prevăzute ca atare în cadrul prezentelor Condiții Generale și Particulare de asigurare;
 - (ii) în cazul în care Contractantul și/sau Asiguratul și/sau Beneficiarii (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de Beneficiari) refuză să ofere informații privind datele de identificare personale solicitate de către Asigurător;
 - (iii) în cazul în care Contractantul și/sau Asiguratul și/sau Beneficiarii (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de Beneficiari) furnizează Asigurătorului declarații false și/sau informații incomplete cu privire la împrejurările esențiale referitoare la riscurile asigurate, informații care, dacă ar fi fost aduse la cunoștința Asigurătorului, ar fi determinat neîncheierea Contractului de asigurare sau oferirea acestuia în alte condiții (conform art.15);

- (iv) în cazul în care datele de identificare personale ale Contractantului și/sau Asiguratului și/sau Beneficiarilor (respectiv ale moștenitorilor Asiguratului în calitate de Beneficiari) se regăsesc în Listele oficiale ale persoanelor fizice și persoanelor juridice suspecte de săvârșirea sau de finanțarea actelor de terorism. Datele de identificare personale sunt cele prevăzute 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 sau Beneficiarilor, după caz. Contractul de asigurare va înceta deplin drept la ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei expedierii de către Asigurător ascrisorii prin care Asigurătorul informează Contractantul sau, după caz, Beneficiarii desemnați contractual asupra încetării Contractului de asigurare.
 - (v) În cazul în care Contractantul / Asiguratul / Beneficiarii refuza să ofere informații sau documente referitoare la identificarea identității în conformitate cu reglementările CRS (Common Reporting Standard).
 - d) prin rezilierea unilaterală de către Contractant a Contractului de asigurare;
 - e) în cazul denunțării unilaterale a Contractului de asigurare de către Contractantul asigurării sau de către Asigurat – în condițiile retragerii de către acesta din urmă a consimțământului dat la încheierea Contractului de asigurare având ca obiect viața sa. 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.
 - f) în cazul denunțării unilaterale a Contractului de asigurare de către Asigurat cu notificarea scrisă prealabilă a celeilalte părți, care trebuie făcută cu cel puțin 20 de zile înainte de denunțare. 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. 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 cu excepția cazurilor în care nu se prevede altfel.
- 16.2. Acoperirile pentru riscurile asigurate suplimentar pot înceta în următoarele cazuri:
- a) odată cu asigurarea de bază, la expirarea Poliței;
 - b) odată cu asigurarea de bază, la rezilierea Poliței;
 - c) la aniversarea poliței de bază, la solicitarea Contractantului;
 - d) în cazul decesului Asiguratului;
 - e) în cazul rezilierii Contractului de asigurare de către Asigurător/Contractant;
 - f) în cazul denunțării unilaterale a Contractului de asigurare de către una dintre părți, în conformitate cu prevederile legale;
 - g) în cazul nerespectării obligațiilor contractuale de către una din părți, conform condițiilor contractuale;
- 16.3. În cazul riscului de Invaliditate permanentă, acoperirea încetează și la data plății integrale (100%) a indemnizației aferente clauzei de invaliditate.
- 16.4. În cazul riscului asigurat suplimentar „Exonerare de la Plata Primelor în caz de Invaliditate Totală și Permanentă din orice cauză (E.P.P.I.)”, acoperirea încetează la data împlinirii vârstei de 65 de ani a Asiguratului;
- 16.5. În cazul riscului asigurat suplimentar „Boli Grave (BG)” acoperirea încetează și după plata integrală (100%) a indemnizației aferente diagnosticării cu una din afecțiunile acoperite prin această clauză.

Articolul 17. Emiterea unei noi Polițe de asigurare

- 17.1 În situația în care Contractantul completează greșit Cererea și / sau Oferta de asigurare și ca urmare Polița de asigurare emisă trebuie înlocuită cu una nouă cu datele corectate, atunci, începând cu data emiterii noii polițe, Polița emisă inițial își pierde valabilitatea. Contractantul poate notifica eventualele modificări / rectificări pe care le dorește în termen de 20 de zile de la data emiterii poliței de asigurare; în caz contrar Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu mai efectua modificările solicitate.
- 17.2 În situația în care Asigurătorul emite greșit Polița de asigurare și ca urmare polița emisă trebuie înlocuită cu una nouă cu datele corectate, emiterea noii polițe se face pe cheltuiala Asigurătorului. Începând cu data emiterii noii polițe, Polița emisă inițial își pierde valabilitatea.
- 17.3 În situația în care Contractantul solicită efectuarea de modificări ale datelor inițiale menționate în Polița de asigurare, Asigurătorul le operează pe baza înștiințării în scris, transmise de Contractant. Modificările solicitate sunt valabile începând cu data la care s-a primit la Direcția Centrală a Asigurătorului înștiințarea în scris și sunt notificate Contractantului prin Anexă la Contract.
- 17.4 În situația în care Contractantul pierde Polița de asigurare ori aceasta este distrusă sau furată, Asigurătorul va emite o nouă Poliță de asigurare, în urma solicitării scrise a acestuia. Solicitarea scrisă va preciza împrejurările pierderii, distrugerii sau furtului acesteia. Începând cu data emiterii noii polițe, Polița de asigurare emisă inițial își pierde valabilitatea.

Articolul 18. Cheltuieli, Taxe, Impozite

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

Articolul 19. 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 Asiguratorului, 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 Asiguratorului sau orice alt mijloc de comunicare electronică oficializat);
- b) cele adresate Contractantului, la adresa indicată în poliță sau la aceea care a fost menționată expres de către Contractant pentru trimiterea comunicărilor (se poate utiliza adresa de e-mail/, fax, indicate de acesta).

Articolul 20. Alte Prevederi Contractuale

- 20.1 Prevederile prezentelor condiții de asigurare se completează cu Condițiile particulare de asigurare pentru Riscurile asigurate suplimentar precum și cu dispozițiile legale în vigoare.
- 20.2 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.
- 20.3 Dacă este necesar pentru scopul și natura Asigurării, există posibilitatea includerii în Contractul de asigurare a unor prevederi diferite de cele menționate în prezentele Condiții Generale de Asigurare. Eventualele diferențe nu vor fi în conflict cu prevederile imperative ale legislației mai sus menționate.
- 20.4 Asiguratul, respectiv Contractantul Asigurării, au dreptul de a solicita oricând informații suplimentare legate de Contractul de asigurare prin intermediul Consultantului de Asigurare, telefonic sau în scris.
- 20.5 Litigii. Modalități de soluționare a reclamațiilor: Orice nemulțumire din partea Contractanților / Asiguraților și / sau Beneficiarilor va fi soluționată pe cale amiabilă. În acest sens, cererea va fi transmisă în scris (inclusiv în formă electronică), către sediul central al Asiguratorului. Acesta va înregistra petiția și va transmite un răspuns în scris, punctual și argumentat către persoana care a formulat sesizarea, în termen de 30 de zile de la data primirii acesteia. Dacă, din punctul de vedere al petentului, răspunsul Asiguratorului nu corespunde cerințelor sale, la solicitarea acestuia, părțile pot conveni la organizarea unei întâlniri în cadrul căreia să se soluționeze cererea. În cazul imposibilității rezolvării amiabile a litigiului, persoana interesată se va putea adresa Autorității de Supraveghere Financiară sau Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor ori va putea sesiza instanțele judecătorești competente. Orice litigiu decurgând din sau în legătură cu contractul de asigurare va fi soluționat de către organele abilitate din România, de la sediul Asiguratorului.
Contractantul/ Asiguratul / Beneficiarii, pot apela la soluționarea alternativă a litigiului potrivit dispozițiilor O.G. nr. 38/2015 și a regulamentelor și procedurilor conexe emise de A.S.F. , cu condiția să facă dovada că, în prealabil, a încercat să soluționeze litigiul în mod direct. În acest sens, aceștia 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>.
- 20.6 Schimbarea Contractantului Asigurării. Schimbarea Contractantului Asigurării poate fi solicitată oricând pe durata Contractului, în baza unei cereri scrise și va fi efectuată cu acordul expres al vechiului și noului Contractant, al Asiguratului precum și al Asiguratorului. Pe lângă datele de identificare ale noului Contractant, Asiguratorul poate solicita, în vederea acordului său la această modificare, informații legate de motivul schimbării, interes asigurabil, precum și declarații cu privire la îndeplinirea obligațiilor fiscale rezultate în urma acestei operațiuni. Modificarea va intra în vigoare în momentul emiterii de către Asigurator a unei Anexe la Polița de Asigurare, cu datele de identificare ale noului Contractant și ale instrumentelor de plată aferente.
- 20.7 Specimenul de Semnătură. Semnătura Asiguratului, respectiv a Contractantului, de pe Cererea și Oferta de Asigurare este considerată Specimen de Semnătură. Toate solicitările de modificare vor fi luate în considerare dacă vor avea aceeași semnătură ca pe Cererea și Oferta de Asigurare. În cazul în care Asiguratul sau Contractantul își vor schimba semnătura pe parcursul derulării Contractului, vor avea obligația să aducă la cunoștință Asiguratorului acest fapt, printr-un document cu noul Specimen de Semnătură, documentul respectiv fiind semnat și cu vechea și cu noua semnătură.
- 20.8 Orice litigiu decurgând din sau în legătură cu contractul de asigurare va fi soluționat de către organele abilitate din România, de la sediul Asiguratorului.
- 20.9 Fondul de Garantare: definit astfel prin Legea nr. 213/2015, cu modificările și completările ulterioare, este destinat protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării, precum și terțelor persoane păgubite, în cazul în care societatea asigurătoare se află în stare de insolvabilitate. Fondul se constituie prin contribuția tuturor asiguratorilor, fiind administrat în condițiile legii.
- 20.10 Deduceri fiscale. Prevederi generale: Conform legislației fiscale în vigoare, primele de asigurare nu sunt purtătoare de TVA și nu sunt deductibile la calculul impozitului pe venit/profit. Asigurările de viață nu beneficiază de deduceri fiscale în ceea ce privește plata primelor de asigurare. Orice Indemnizație de asigurare aferentă Contractului de asigurare nu este supusă impozitului pe venit. Prezentele precizări fiscale sunt valabile sub rezerva modificării legislației fiscale (Codul Fiscal și orice alt act normativ adoptat în aplicarea acestuia).

CONDITII PARTICULARE DE ASIGURARE

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

Articolul 1

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

Articolul 2

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

Articolul 3

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

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

Articolul 4

Dacă Asiguratul decedează după plata unei Indemnizații pentru Invaliditate Permanentă din Accident / orice cauza în termen de un an de la data producerii Evenimentului, cauza decesului fiind același eveniment care a determinat și Invaliditatea, atunci Asigurătorul:

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

Articolul 5

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

5.2. Asigurătorul nu datorează Indemnizația de asigurare pentru aceasta clauză, dacă decesul Asiguratului se produce ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 14.1 - Excluderi generale.

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

Definiții

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

Articolul 1

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

Articolul 2

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

Articolul 3

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

Articolul 4

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

Articolul 5

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

Articolul 6

Dacă Asiguratul decedează după plata unei Indemnizații pentru Invaliditate Permanentă din Accident / orice cauza în termen de un an de la data producerii Evenimentului, cauza decesului fiind același eveniment care a determinat și Invaliditatea, atunci Asigurătorul:

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

Articolul 7

- 7.1. Dacă decesul Asiguratului a fost cauzat de actul intenționat al unui Beneficiar, pentru care acesta a fost condamnat definitiv, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de Asigurare către acest Beneficiar. În acest caz Indemnizația de Asigurare va fi plătită de către Asigurător celorlalți Beneficiari desemnați, iar în cazul în care aceștia nu sunt desemnați, aceasta va fi plătită moștenitorilor Asiguratului în calitate de Beneficiari.
- 7.2. Asigurătorul nu datorează Indemnizația de Asigurare pentru aceasta clauză, dacă decesul Asiguratului se produce ca urmare a riscurilor prevăzute în cadrul art. 14.1 - Excluderi generale.

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

Definiții:

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

Articolul 1

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

Articolul 2

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

Articolul 3

În cazurile de Invaliditate Permanentă nespecificate în „Tabelul de procente pentru Invaliditate Permanentă”, Indemnizația se stabilește în funcție de măsura în care este diminuată definitiv capacitatea generală a Asiguratului de a desfășura orice muncă utilă, indiferent de profesia sa, prin analogie cu o invaliditate specificată în tabel, de gravitate comparabilă după aprecierea Asiguratorului, cu excepția cazului în care această invaliditate este exclusă în mod explicit în Contractul de asigurare.

Articolul 4

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

Articolul 5

Stabilirea gradului de invaliditate se face pe baza certificatului medical constatator al Invalidității Permanente eliberat de autoritatea competentă. Plata Indemnizațiilor în caz de Invaliditate Permanentă din Accident / orice cauză se face după trecerea termenului de 12 luni consecutive de la data Evenimentului. În cazul în care Invaliditatea Permanentă este

incontestabilă, stabilirea gradului de invaliditate și plata Indemnizației se poate face și înainte de terminarea perioadei de 12 luni consecutive, dar nu mai devreme de 3 luni de la producerea Evenimentului.

Articolul 6

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

Articolul 7

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

Articolul 8

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

Articolul 9

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

Articolul 10

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

Articolul 11

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

14.1. Excluderi generale, precum și ca urmare a:

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

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

Definiții

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

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

Articolul 1

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

Articolul 2

În cazul în care Asiguratul a suferit, pe durata Contractului, o Invaliditate Totală și Permanentă din orice cauză, care îl împiedică definitiv să desfășoare orice activitate ce ar putea să-i asigure un venit, salariu, remunerare sau profit, Contractantul este scutit (exonerat), până la expirarea Contractului, de obligația de a plăti Primele de asigurare ulterioare momentului producerii Îmbolnăvirii sau Accidentului. În cazul în care Contractantul este scutit (exonerat) până la expirarea contractului de obligația de a plăti primele de asigurare, dreptul la modificarea primei de asigurare / a sumei asigurate / a riscurilor asigurate suplimentar nu mai este valabil. Primele de asigurare anuale ce sunt datorate se consideră toate ca fiind cu valoare constantă și egală cu ultima Primă de asigurare anuală plătită (chiar dacă parțial).

Articolul 3

Din momentul în care se produce Invaliditatea Permanentă și Totală a Asiguratului, acesta trebuie să notifice în scris Evenimentul asigurat conform art. 12.7 și să atașeze documente medicale justificative (Certificat de încadrare în grad de Invaliditate, Decizia asupra capacității de muncă, ultimul bilet de ieșire din spital, Fișa de Consultație de la Medicul de familie, Fișa de observație Clinică din Spital, etc.). Din momentul în care Asigurătorul recunoaște starea de Invaliditate Permanentă și Totală a Asiguratului, acesta va rambursa Primele de asigurare achitate integral care au fost scadente în perioada cuprinsă între prezentarea cererii cu documentele medicale complete de către Asigurat și recunoașterea Invalidității de către Asigurator

Articolul 4

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

Articolul 5

Dacă Certificatul de încadrare în grad de invaliditate este revizibil, Asiguratul se obligă să informeze Asiguratorul cu privire la rezultatul revizurii și să transmită, dacă e cazul, noul Certificat la fiecare revizuire emisă de autoritatea competentă. Dacă Asiguratul își recapătă în totalitate sau în parte capacitatea de muncă, trebuie să anunțe în termen de maxim 30 de zile Asiguratorul și prin urmare încetează imediat efectele prezentei acoperiri și Contractul continuă în condițiile inițiale. Asigurătorul are dreptul să efectueze în oricare moment, dar nu mai mult de o dată pe an, verificarea stării de Invaliditate a Asiguratului.

Articolul 6

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

Articolul 7

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

Articolul 8

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

Articolul 9

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

Articolul 10

Asigurătorul nu oferă această acoperire dacă Invaliditatea Totală și Permanentă a Asiguratului se produce ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 14.1 - Excluderi generale, precum și ca urmare a:

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

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

Definiții

Spital:

O unitate sanitară publică sau privată cu paturi, a cărei funcționare este autorizată de MSF și care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- acordă servicii de diagnostic și tratament în regim continuu pacienților internați, cu întocmirea Fișei de Observație Clinică Generală (FOCG), conform procedurilor legale în vigoare;
- dispune de echipamente medicale adecvate și de personal medical și auxiliar acreditat conform reglementărilor legale în vigoare pentru acordarea de asistență medicală de specialitate, în concordanță cu diagnosticul principal formulat la internarea pacientului;

Spitalizare continuă: Forma de internare într-o secție dintr-un Spital pentru îngrijirea afecțiunilor acute sau tratarea urmărilor unui Eveniment, cu întocmirea FOCG, prin care se asigură asistență medicală curativă pentru afecțiunile acute și urmările unui Accident pe întreaga durată necesară rezolvării cazului respectiv. Spitalizarea continuă se face la recomandarea unui Medic de specialitate, acreditat în condițiile legii sau în cazul urgențelor medico-chirurgicale.

Nu este acoperită spitalizarea în scopul tratării Bolilor cronice care nu au fost diagnosticate pentru prima dată în perioada asigurată, spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului, acordarea de servicii medicale în Spitale în alte forme decât spitalizarea continuă. Nu se consideră Spitalizare continuă internarea în:

- unitățile destinate îngrijirii persoanelor dependente de alcool sau de substanțe psihoactive;
- unitățile destinate îngrijirii bătrânilor și azilele de bătrâni;
- unitățile medico-sociale sau spitalele, secțiile destinate internării cazurilor sociale; structurile denumite „spitalizare de zi”;
- instituțiile de nursing - sau de îngrijiri medicale la domiciliu;
- centre de medicină complementară/medicină alternativă/centre wellness;
- instituțiile pentru tratarea bolilor psihice;
- sanatoriile și preventoriile TBC precum și unitățile sau secțiile de pneumoftizilogie sau ftiziologie, cu excepția situațiilor în care, din documentele medicale reiese cu exactitate faptul că pacientul a fost tratat în astfel de instituții pentru alte afecțiuni decât tuberculoza sau complicații ale acesteia;
- unitățile sau secțiile care furnizează servicii medicale de recuperare-reabilitare medicală sau cure în stațiuni balneoclimaterice, cu excepția situațiilor în care se efectuează tratamente recuperatorii pentru un eveniment asigurat apărut pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării. În acest caz, numărul maxim de zile de spitalizare pentru recuperare este de 30 de zile.

Zi de Spitalizare: Intervalul de 24 ore petrecut efectiv de către Asigurat în Spital, la recomandarea medicului. Prima zi de spitalizare începe la ora de internare a Asiguratului odata cu luarea în evidență a acestuia de către Spital și se termină la ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare. Ultima zi de spitalizare începe la ora 0:00 a acestei zile și se termină la momentul externării

Eveniment asigurat:

- Accidentul survenit în perioada de valabilitate a Poliței de Asigurare în cazul în care s-a optat pentru clauza de Spitalizare Continuă din Accident;
- Accident/îmbolnăvire survenit/survenită) în perioada de valabilitate a Poliței de Asigurare în cazul în care s-a optat pentru clauza de Spitalizare Continuă din orice cauză.

Contractantul /Asiguratul poate opta doar pentru una din cele două clauze.

Articolul 1

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

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

Ziua de externare nu este indemnizată.

Articolul 2

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

Articolul 3

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

Articolul 4

Nu se acordă Indemnizații de Spitalizare decât Asiguratului căruia Medicul de specialitate îi recomandă internarea într-un Spital în scopul tratării consecințelor unui Eveniment acoperit prin prezentele Condiții de asigurare. Indemnizația pentru clauza de Spitalizare nu se plătește către Beneficiari sau moștenitori nici în cazul decesului Asiguratului.

Articolul 5

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

Articolul 6

Asigurătorul nu datorează Indemnizația de Asigurare pentru clauza de Spitalizare din Accident și pentru clauza de Spitalizare din orice cauză, dacă Spitalizarea a avut loc ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 14.1 - Excluderi generale, precum și ca urmare a:

- a) unei Afecțiuni preexistente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident diagnosticate înainte de data de început a valabilității prezentei clauze, cu excepția cazului în care afecțiunea, Boala cronică, handicapul sau urmările au fost declarate, în scris, de către Asigurat și acceptate de Asigurator;
- b) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroza hepatică, neoplasm hepatic, etc.;
- c) unei afecțiuni neoplazice, diagnosticate în primele șase luni de la data de început a valabilității prezentei clauze;
- d) spitalizărilor în secții de chirurgie plastică și reparatorie, cu excepția cazurilor în care spitalizarea este recomandată expres de către un medic de specialitate pentru repararea consecințelor unui Accident suferit în perioada valabilității Poliței de asigurare;
- e) evenimentelor care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția avortului în scop terapeutic, necesar în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către medicul de specialitate);
- f) efectuării de investigații și tratamente pentru sterilitate/fertilizare în vitro/inseminare artificial/ transferul embrionului / impotent / frigiditate / schimbare de sex / donare de organe;
- g) unor operații sau tratamente efectuate greșit;
- h) oricarei acțiuni provocate intenționat de către Asigurat / Contractant / Beneficiari în vederea obținerii indemnizației de asigurare.

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

Definiții:

Intervenție Chirurgică

procedură medicală efectuată la recomandarea unui Medic de specialitate exclusiv în scop terapeutic, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- este practică în timpul Spitalizării, în secția de chirurgie a unui Spital, sau a unui centru medical ambulator care deține autorizare/acreditare explicită pentru furnizarea serviciului medical respectiv conform standardelor și normelor medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;
- presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.
- Accidentul survenit în perioada de valabilitate a Poliței de asigurare în cazul în care s-a optat pentru clauză de Intervenții Chirurgicale din Accident;
- Accident sau Îmbolnăvire survenită în perioada de valabilitate a Poliței de asigurare în cazul în care s-a optat pentru clauză de Intervenții Chirurgicale din orice cauză. Contractantul/Asiguratul poate opta doar pentru una din cele două clauze.

Eveniment asigurat

Articolul 1

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

Articolul 2

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

Articolul 3

Pentru orice Intervenție Chirurgică neprecizată în „Tabelul de procente pentru Intervenții Chirurgicale”, Asiguratorul va indemniza prin analogie cu o intervenție specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Asiguratorului, cu excepția cazului în care acea intervenție este exclusă în mod explicit în Contractul de asigurare.

Articolul 4

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

Articolul 5

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

Articolul 6

Indemnizația de asigurare se plătește cu respectarea prevederilor din Condițiile Generale de Asigurare referitoare la Obligațiile Asiguratorului.

Articolul 7

Indemnizația de asigurare pentru Intervenții Chirurgicale are caracter personal și se plătește direct Asiguratului și nu către Beneficiari sau mostenitori în cazul decesului acestuia.

Articolul 8

Asigurătorul nu datorează Indemnizația de Asigurare pentru clauza de Intervenție Chirurgicală din Accident și pentru clauza de Intervenție Chirurgicală din orice cauză, dacă Intervenția Chirurgicală a avut loc ca urmare a evenimentelor prevazute în cadrul art. 14.1 - Excluderi generale, precum și ca urmare a:

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

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

Articolul 1

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

Articolul 2

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

Articolul 3

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

Articolul 4

Indemnizația de Asigurare are caracter personal și se plătește direct Asiguratului și nu către beneficiari sau moștenitori în cazul decesului acestuia

Articolul 5

Sunt excluse din această acoperire cazurile de imobilizare într-o îmbrăcămintă de ghips sau o aparatură imobilizantă echivalentă, provocate ca urmare a evenimentelor prevazute în cadrul art. 14.1 – Excluderi generale, precum și ca urmare a:

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

Riscul Asigurat Suplimentar „Fracturi/Arsuri din Accident (F./A.)”

Definiii:

- Fractura:** discontinuitatea osului / cartilagiului fibros provocată ca urmare a unui Accident petrecut în perioada asigurată, prin traumatism direct și detectabilă prin imagistica medicală.
- Fractura cominutivă:** se caracterizează prin prezența a mai mult de două fragmente osoase la nivelul unui singur os

- Arsura:** leziune tegumentara provocata ca urmare a expunerii accidentale in perioada asigurata la actiunea unor agenti externi (termici, electrici, chimici etc).
- Arsura de gradul I:** arsura superficiala care intereseaza stratul superficial al tegumentului (epidermul) si care permite vindecarea fara sechele intr-un timp scurt.

Articolul 1

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

Descrierea tipului de fractură	Procent
Fractură craniu	60%
Fractură una sau mai multe vertebre prin compresie	50%
Fractură femur	50%
Fractură gambă - ambele oase	30%
Fractură pelvis	30%
Fractură humerus	25%
Fractură antebrăț - ambele oase sau rotulă	20%
Fractură mandibulă, maxilar, planșeu orbital	20%
Fractură claviculă, omoplat, antebrăț sau gambă un singur os	15%
Fractură articulația pumnului, carpiene, metacarpene	10%
Fractură articulația gleznei, tarsiene, metatarsiene sau calcaneu	10%
Fractură piramidă nazală, arcadă orbitală	10%
Fractură coaste două sau mai multe, sau stern	10%
Procese transversale vertebrale, fiecare din acestea sau o coastă	5%
Fractură deget de la mână sau picior	2%
Fractură dentară	2%
Descrierea tipului de arsură	Procent
Arsură de gradul doi pe o suprafață mai mică de 5% din corp:	5%
Arsură de gradul doi pe o suprafață de 5 -10% din corp:	10%
Arsură de gradul doi pe o suprafață de 10 -24% din corp:	15%
Arsură de gradul doi pe o suprafață de 25-50% din corp:	30%
Arsură de gradul doi pe o suprafață de peste 50% din corp:	45%
Arsură de gradul trei și patru pe o suprafață de până la 10% din corp:	70%
Arsură de gradul trei și patru a organelor senzoriale:	100%
Arsură de gradul trei și patru pe o suprafață de peste 10% din corp:	100%

Articolul 2

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

Articolul 3

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

Articolul 4

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

Articolul 5

Indemnizația pentru Fracturi/Arsuri are caracter personal și se plătește direct Asiguratului și nu către Beneficiari sau mostenitori în cazul decesului acestuia

Articolul 6

Sunt excluse din această acoperire cazurile de Fracturi /Arsuri provocate ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 14.1 - Excluderi generale precum și ca urmare a:

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

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

Articolul 1

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

Articolul 2

Plata indemnizației pentru clauza de Boli Grave se face numai către Asigurat și nu către beneficiari sau moștenitori în cazul decesului acestuia. În cazul decesului Asiguratului ca urmare a unei boli grave, nu se acordă indemnizația corespunzătoare acestei clauze (B.G.). Dacă asiguratul a primit deja indemnizația pentru clauza de B.G. și decedează în termen de un an de la data producerii riscului de B.G., se va scădea din suma asigurată la deces valoarea indemnizației deja plătite pentru riscul de B.G.

Articolul 3

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

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

Articolul 4

Nu pot fi considerate asigurabile persoanele care au fost deja diagnosticate ca având maladia la care se referă prezenta Asigurare Suplimentară. Pentru această acoperire există o perioadă de așteptare de 6 luni de la data de început a valabilității prezentei clauze suplimentare, perioada în care, chiar dacă Asiguratul a fost diagnosticat cu o boală gravă, Asiguratorul nu va oferi acoperire.

Articolul 5

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

Definiții:

5.1. Accident vascular Cerebral:

Orice disfuncție (dereglare) 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 hrană a fost pregătită și pusă la dispoziția sa). Si 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; deficit ischemic neurologic extins și reversibil; alterări ischemice ale sistemului vestibular;
- 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.

5.2. Cancer:

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

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

5.3. Infarct miocardic acut:

necroza unei porțiuni a mușchiului cardiac ca rezultat al blocării circulației în una sau mai multe artere coronare, consecința unei întreruperi subite a fluxului circulator sau irigației 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 electrocardiogramei, 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 criteriile ecografice, de rezonanță magnetică nucleară, de tomografie cu emisii de pozitroni;
- d) condiții patologice care evidențiază doar unul sau două din criteriile de mai sus;
- e) reinfarctizarea (recidiva) în același teritoriu coronarian.

5.4. Insuficiență Renală cronică (stadiul de uremie):

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

Următoarele excluderi specifice se aplică în caz de insuficiență renală:

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

5.5. Scleroza multiplă:

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

Următoarele două criterii trebuie îndeplinite: evidența prin imagistica 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.

5.6. 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.

5.7. Spondilită ankilozantă

Reumatism inflamator cronic afectând articulațiile sacroiliace ale coloanei vertebrale diagnosticat de către un medic reumatolog prin prezența obligatorie a criteriului radiologic (sacroilită 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;

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

5.9. Transplant de organe:

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

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) Datorat HIV sau SIDA;
- g) Transplantul de măduvă secundar aplaziei datorată cancerului;
- h) Experimental sau când altă alternativă de tratament este valabilă;
- i) Orice transplant efectuat în afara normelor și regulilor în vigoare pentru transplante.

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

5.10. Intervenție Chirurgicală pe cord deschis:

Intervenție chirurgicală necesitând incizia cordului pentru ameliorarea sau vindecarea bolilor cardiace severe aparute 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 grefă.

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

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

5.11. 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.

5.12. 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 hrană a fost pregătită și pusă la dispoziția sa)

5.13. Coma

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 hrană a fost pregătită și pusă la dispoziția sa)

5.14. Encefalita acută

Afecțiunea care constă în inflamația severă a substanței cerebrale (emisfere cerebrale, cerebel), de cauza 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 hrană 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.

5.15. Cecitate (Orbire)

Pierderea totală și ireversibilă a vederii (acuitate vizuală redusă sub 3/60) la ambii ochi ca urmare a unei boli sau 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

5.16. 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
- Administrarea de agenți imunosupresivi
- Transplantul 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.

5.17. Poliartrita reumatoidă cu determinări sistemice

Boala 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):

- Afectarea bilaterală a cel puțin 5 dintre următoarele grupe articulare: articulații metacarpofalangiene, interfalangiene proximale, radio-cubito-carpene, coate, genunchi, metatarsofalangiene, tibio-tarsiene, certificate prin radiografii;
- Amiloidoza renală certificată prin puncție biopsie renală;
- Manifestări oculare legate de boală, confirmate de medicul specialist oftalmolog (irita, irido-ciclita, sclerita sau scleromalacie perforans);
- Vasculita reumatoidă (leziuni cutanate, arterită coronariană sau pulmonară, mononevrita 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, imunograma modificată (IgA și IgM)
- Sindromul Felty - cuprinde următoarele entități clinice și paraclinice: Artrită reumatoidă, leucopenie (susținută prin hemoleucogramă), splenomegalie (obiectivată imagistic).

5.18. 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:

- a) prezența afecției renale confirmată prin biopsie renală, care să prezinte una dintre următoarele forme:
 - Glomerulonefrita lupică proliferativă focală și segmentară (GSFS)
 - Glomerulonefrita lupică difuz proliferativă
 - Glomerulonefrita lupică membranoasă
- b) prezența, confirmată obligatoriu atât clinic cât și paraclinic, a cel puțin uneia dintre următoarele afectări:
 - Cordul (pericardita, endocardita, miocardita 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

5.19. Boala neuronului motor

Boala 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 cât și obligatoriu susținut paraclinic prin investigații neuroimagistice sau rezultate morfopatologice. Nu se va indemniza prezenta boală gravă dacă nu este confirmată paraclinic.

5.20. Paralizie (de cauza medulară)

Reprezintă pierderea totală și ireversibilă a capacității de utilizare a cel puțin 2 membre integrale (paraplegie/hemiplegie/tetraplegie), datorită unui Accident sau 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 hrană a fost pregătită și pusă la dispoziția sa).

Sunt excluse paralizile parțiale ale membrelor, paralizile temporare după infecții virale.

5.21. Boala Crohn

Boala 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:

- Afectarea concomitentă a cel puțin 2 segmente digestive (ex. Ileon și porțiuni din colon), documentată endoscopic
- Tratament chirurgical (resecții ale segmentelor digestive)
- Afectare sistemică (oculară-conjunctivită, irită, iridociclita; vasculita; colangita/pericolangita; 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 masă corporală în ultimele 6 luni.

5.22. Colita 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 (pancolita) - confirmată endoscopic;
- Prezența de perforații la nivel intestinal - confirmate endoscopic;
- Tratament chirurgical de rezecție a unor porțiuni ale intestinului gros.

5.23. Sclerodermie progresivă

Afecțiune sistemică collagen-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.

5.24. 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 dovedite 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

5.25. 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.

5.26 . Tumora 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 hrană a fost pregătită și pusă la dispoziția sa)

Excluderi:

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

5.27. 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 hrană a fost pregătită și pusă la dispoziția sa);
- Lipsa de răspuns la tratamentul specific;

- Rigiditate musculară severă;
- Demența severă;
- Încadrare în grad de invaliditate cu emiterea Certificatului corespunzător.

5.28. Boala Alzheimer/Demența progresivă, apărută înainte de vârsta de 60 de 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 hrană 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.

5.29. Sdr. Apallic

Necroza 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 șase luni. Este exclusă afecțiunea datorată unei boli congenitale.

5.30. Hipertensiunea 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.

5.31. 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 prezența 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

5.32. Boala pericardică

Definită ca inflamație cronică a pericardului, de cauze variată, 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 Equivalents) <5.

5.33. Insuficiența 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 (acidoza sau alcaloza).

5.34. 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.

5.35. 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.

5.36. Afecțiune hepatică în stadiul terminal

Este considerată insuficiență 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.

5.37. 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.

5.38. 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 ejeecție globală <50%), atestată clinic de către medicul specialist cardiolog și obiectivată obligatoriu ecocardiografic.

5.39. 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.

5.40 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.

Stabilirea și Plata Indemnizațiilor

Articolul 6

În vederea acceptării plății pentru cazurile de afecțiuni grave, se vor prezenta, pe lângă documentele precizate în condițiile generale, și următoarele documente:

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

Articolul 7

În cazul afecțiunilor specificate la art. 5. de mai sus, Asiguratul are obligația de a prezenta Asigurătorului toate documentele de daună în termen de cel mult 90 de zile de la data diagnosticării afecțiunii grave acoperite prin prezenta clauză.

Articolul 8

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

Articolul 9

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

Articolul 10

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

Articolul 11

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

Articolul 12

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

Articolul 13

Asigurătorul nu datorează Indemnizația de asigurare pentru aceasta clauză dacă Boala Grava se produce ca urmare a evenimentelor prevazute în cadrul art. 14.1 - Excluderi generale precum și ca urmare a:

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

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

Definiții:

Eveniment asigurat reprezintă:

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

Articolul 1

Această acoperire este operantă pentru cazurile în care Asiguratul, ca urmare a unui Eveniment produs în perioada de valabilitate a prezentei clauze, este obligat să suporte următoarele cheltuieli medicale, efectuate în perioada de valabilitate a prezentei clauze, recomandate de către un Medic, pe baza prescripției medicale:

- efectuarea unor proceduri medicale precum: consulturi de diagnosticare, consulturi de control (interpretare rezultate/ monitorizare tratament etc), investigații imagistice, investigații paraclinice, etc.;
- medicamente cumpărate pe baza prescripției medicului, eliberată pe numele Asiguratului și cu certificarea rețetei originale;
- achiziționare sau închiriere de proteze, orteze, cârje, scaune cu rotile pentru restaurarea funcțiilor organismului, ochelari pentru corecția tulburărilor de vedere (doar lentile) și alte echipamente și instrumente similare necesare (cu excepția dispozitivelor pentru măsurarea unor funcții sau aplicarea unor substanțe farmaceutice cum ar fi: tensiometru, glucometru, termometru, aparat aerosoli etc), pe baza prescripției medicului, o singură dată per Eveniment asigurat;
- transport cu ambulanța de la locul accidentului sau de la locul în care se află pacientul care reclamă probleme urgente de sănătate, la cel mai apropiat spital/unitate medicală abilitată în acordarea primului ajutor sau de la acesta la un alt spital/clinică specializată, în cazul în care acest lucru este absolut necesar și justificat din punct de vedere medical, al tehnicilor de diagnosticare sau de tratament;

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

Articolul 2

- 2.1 Pentru clauza de Cheltuieli Medicale nu se acordă Indemnizații de asigurare, ci se acoperă costul cheltuielilor efectuate în beneficiul asiguratului. Nu se pot indemniza pe acest risc costurile aferente Spitalizării / Intervențiilor Chirurgicale precum și toate serviciile medicale prestate / medicamentele achiziționate în decursul Spitalizării / Intervențiilor Chirurgicale precum și nici costurile aferente Recuperării medicale specializate. Cheltuielile medicale sunt acoperite cu condiția ca medicamentul / produsul terapeutic / dispozitivul medical să se regasească în nomenclatorul Agenției Naționale a Medicamentului și Dispozitivelor medicale.
- 2.2 Suma asigurată pentru clauză de Cheltuieli Medicale din Accident/din orice cauză per an de asigurare este menționată în polița de asigurare și/sau în anexele emise la aniversare.
- 2.3 Acoperirea Cheltuielilor Medicale se face cu respectarea unei franșize deductibile per eveniment, stabilită în polița de asigurare și/sau în anexele emise la aniversare. Prin franșiză deductibilă se înțelege suma fixă, stabilită per eveniment asigurat, care rămâne în sarcina Asiguratului. Aceasta se deduce din valoarea totală a cheltuielilor medicale aferente fiecărui eveniment asigurat. Pentru facturi al căror quantum total se situează sub franșiză deductibilă per eveniment, nu se acoperă cheltuielile medicale.
- 2.4 Valoarea totală a cheltuielilor medicale acoperite într-un an de asigurare este limitată la suma asigurată pentru clauză de Cheltuieli Medicale din Accident/Cheltuieli Medicale din orice cauză.

Articolul 3

Decontarea are caracter personal, rambursarea cheltuielilor efectuate fiind făcută doar către Asigurat. Indemnizația pentru această clauză nu se plătește către Beneficiari sau moștenitori nici în cazul decesului Asiguratului.

Articolul 4

Asigurătorul nu va acoperi Cheltuielile Medicale din Accident / din orice cauză, dacă acestea au fost efectuate ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 14.1 - Excluderi generale precum și ca urmare a:

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

Pachetul de asigurare suplimentar Acoperire Covid 19

Prezentele Condiții particulare de asigurare reglementează prevederile acoperirii Covid 19 alături de Condițiile generale de asigurare.

Definiii

Covid 19

este o boala infectioasa cauzata de infectarea cu noul coronavirus SARS-CoV-2, care se poate manifesta printr-un sindrom respirator acut viral sever. Virusul are o perioada de incubatie in general intre 2 si 14 zile. Boala poate initial sa se prezinte asimptomatic, iar ulterior se pot dezvolta febra, tuse, dificultati de respiratie, dureri musculare, urmate de pneumonie, sindrom de detresa respiratorie acuta si in anumite cazuri, insuficienta multipla de organe si/sau deces.

Pentru acest pachet varsta maxima de intrare in asigurare este de 64 de ani si varsta maxima la iesirea din asigurare este de 65 de ani.

Eveniment asigurat

În cazul în care, ca urmare a unui Eveniment suferit în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asiguratul este diagnosticat cu virusul **SARS-CoV-2**, Asiguratorul va achita indemnizații în baza documentelor transmise de Asigurat, până la limita maximă specificată în polița de asigurare pentru prezentul pachet de asigurare suplimentar „Acoperire Covid 19”.

Diagnosticul de infecție Covid 19 este confirmat doar pe baza detecției virale SARS-CoV-2 pozitiv în laborator și a Rapoartelor / investigațiilor medicale specifice emise de medicii curanți.

Sistemul de sanatate,

denumit, de asemenea, și sistem de îngrijire al sănătății sau sistem sanitar, reprezintă organizația de oameni, instituții și resurse care oferă servicii de îngrijire medicală pentru a acoperi nevoile de sănătate ale populațiilor țintă.

Articolul 1

Pentru Pachetul de asigurare suplimentar Acoperire Covid 19 nu se aplica excluderea evenimentelor aparute ca urmare a:

- bolilor infecțioase sau a parazitozelor endemice contactate pe perioada în care Asiguratul s-a aflat pe teritoriul unei țări recunoscute oficial drept zonă cu potențial mare de contaminare;
- epidemiilor, pandemiilor etc.

Pachetul de asigurare suplimentar Acoperire Covid 19 poate fi achiziționat în intervalul 14.09.2020 – 14.09.2021 și este valabil pe o perioadă de 1 an începând cu data achiziționării.

Prevederile art.7.7 din Condițiile generale de asigurare se modifică astfel: contractantul poate opta pentru Pachetul de asigurare suplimentar Acoperire Covid 19 la orice aniversare a poliței din intervalul 15.09.2020-14.09.2021. Pachetul este valabil pe o perioadă de 1 an, începând cu data achiziționării.

Pachetul suplimentar este disponibil la vânzare până la data de 14.09.2021. Asiguratorul va decide ulterior dacă acest pachet suplimentar poate fi achiziționat și după data de 14.09.2021.

Articolul 2

Această acoperire este operantă pentru cazurile în care Asiguratul, ca urmare a infecției cu virusul SARS-CoV-2 în perioada asigurată:

- A. este spitalizat sub forma continuă pentru o perioadă mai mare de 5 zile;
- B. este spitalizat sub forma continuă în secția de terapie intensivă;
- C. este obligat să suporte cheltuieli pentru acoperirea necesităților de bază, cheltuieli care urmează după o perioadă de spitalizare de minim 5 zile cauzată de boala Covid 19 în perioada asigurată;
- D. decedează în perioada asigurată, ca urmare a bolii Covid19, menționată în Certificatul medical constatator al decesului, ca principală cauză a decesului.

A. Indemnizația zilnică pentru Spitalizare continuă ca urmare a afecțiunii Covid 19

1. În cazul în care, ca urmare a infectării cu virusul SARS-CoV-2 în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asiguratul este internat într-un Spital pentru o perioadă mai mare de 5 zile, Asiguratorul va plăti o Indemnizație pentru fiecare zi de Spitalizare continuă, începând cu cea de-a 6-a zi de spitalizare, pentru o perioadă de maxim 14 zile.
2. Indemnizația zilnică pentru riscul de spitalizare continuă ca urmare a îmbolnăvirii Covid 19 este menționată în polița/anexa la polița de asigurare ce definește prezentul pachet de asigurare. Ziua de externare nu este indemnizată. Se consideră o zi de spitalizare ziua calendaristică, indiferent de ora internării și externării Asiguratului.
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 tratamentul acordat Asiguratului în cazul infectării cu virusul SARS-CoV-2, infectare petrecută în perioada asigurată, cu întocmirea FOCG (Foii de Observație Clinică Generală).

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;
- structurile denumite “spitalizare de zi”;
- instituțiile de îngrijiri medicale la domiciliu;
- sanatoriile balneare și secțiile de balneofizioterapie;
- clinicile de chirurgie estetică și înfrumusețare;
- sanatoriile și preventoriile TBC precum și unitățile sau secțiile de pneumoftiziologie sau ftiziologie;
- unitățile sau secțiile care furnizează servicii medicale de recuperare-reabilitare medicală;
- Spital în calitate de însoțitor.

Prin excepție, în cazul în care se aprobă de către autoritățile competente, ca una din instituțiile de mai sus să devină unitate medicală acreditată pentru tratarea pacienților cu afecțiunea Covid 19, atunci aceasta instituție va fi considerată ca îndeplinește definiția de Spital și se vor putea acoperi riscurile asigurate specificate în prezentele Condiții de asigurare.

4. În cazul în care Riscul (data de început a perioadei de spitalizare) s-a produs înainte de expirarea Poliței de asigurare, numărul de zile de spitalizare continuă plătite în total este de maxim 14 zile. Acestea se vor achita chiar dacă polița de asigurare a expirat, cu condiția obligatorie ca infectarea cu virusul SARS-CoV-2 să se fi produs în perioada asigurată și prima zi de spitalizare să fie inclusă în perioada în care polița de asigurare era valabilă.
5. Nu se acordă Indemnizații de spitalizare decât Asiguratului căruia Medicul de specialitate îi recomandă internarea într-un Spital în scopul urmării tratamentului pentru afecțiunea Covid 19.
6. Nu este acoperită spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului, acordarea de servicii medicale în Spitale în alte forme decât spitalizarea continuă.
7. Pentru acest Risc se acordă numai Indemnizații de asigurare către Asigurat, nu se acoperă în niciun caz eventualele facturi emise de către Spitale pentru acoperirea costului spitalizării sau altor servicii prestate pe parcursul perioadei de spitalizare.
8. Indemnizația de asigurare are caracter personal și se plătește exclusiv Asiguratului.
9. Indemnizația pentru Spitalizare continuă ca urmare a infectării cu virusul SARS-CoV-2 nu se acorda pentru perioada de Spitalizare continuă în unități de terapie intensivă ca urmare a infectării cu virusul SARS-CoV-2.

B. Indemnizația zilnică pentru Spitalizare continuă în unități de terapie intensivă ca urmare a afecțiunii Covid 19

1. În cazul în care, ca urmare a diagnosticării cu afecțiunea Covid 19 în perioada valabilității Poliței de asigurare, Asiguratul este internat într-un Spital în secția de Terapie intensivă, la recomandarea scrisă a unui medic, Asiguratul va plăti o Indemnizație pentru fiecare zi de Spitalizare continuă în unități de terapie intensivă, începând cu prima zi de spitalizare în această unitate, pentru o perioadă de maxim 14 zile. Indemnizația zilnică pentru riscul de spitalizare continuă în secție de terapie intensivă ca urmare a afecțiunii Covid 19 este menționată în anexa la polița de asigurare ce definește prezentul pachet de asigurare. Ziua de externare nu este indemnizată. Se consideră o zi de spitalizare în secție de Terapie Intensivă, intervalul de 24 ore petrecut efectiv de către Asigurat într-o secție Terapie Intensivă (T.I.).
Prin excepție, se oferă acoperire și în cadrul secțiilor de Terapie Intensiva mobile, dacă sunt acreditate de Ministerul Sănătății și echipe conform legislației în vigoare. Prin excepție, se oferă acoperire și în cadrul secțiilor de Terapie Intensiva mobile, dacă sunt acreditate de Ministerul Sănătății și echipe conform legislației în vigoare.
2. În sensul prezentelor Condiții de asigurare, prin spitalizare în Secție de Terapie Intensiva se înțelege forma de internare într-o Secție de Terapie Intensiva dintr-o unitate medicală acreditată, în care se tratează bolnavi aflați în stare critică de sănătate ca urmare a afecțiunii Covid 19, care necesită monitorizare permanentă și menținerea, redresarea sau suplینirea a minim unei funcții vitale cu ajutorul unor echipamente adecvate acestor manevre medicale.
3. În cazul în care Riscul (data de început a perioadei de spitalizare) s-a produs înainte de expirarea Poliței de asigurare, numărul maxim de zile de spitalizare continuă în T.I. plătite în total este de maxim 14 zile. Acestea se vor achita chiar dacă polița de asigurare a expirat, cu condiția obligatorie ca diagnosticul pozitiv cu virusul SARS-CoV-2 să fie pus în perioada asigurată și prima zi de spitalizare să fie inclusă în perioada în care polița de asigurare era valabilă.
4. Nu se acordă Indemnizații de spitalizare decât Asiguratului căruia Medicul de specialitate îi recomandă internarea într-un Spital în secție de Terapie Intensiva sau, prin excepție în secție mobilă de Terapie Intensiva, în scopul urmării tratamentului pentru afecțiunea Covid 19.
5. Nu este acoperită spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului, acordarea de servicii medicale în Spitale în alte forme decât spitalizarea continuă.
6. Pentru acest Risc se acordă numai Indemnizații de asigurare către Asigurat, nu se acoperă în niciun caz eventualele facturi emise de către Spitale pentru acoperirea costului spitalizării sau altor servicii prestate pe parcursul perioadei de spitalizare.
7. Indemnizația de asigurare are caracter personal și se plătește exclusiv Asiguratului.
8. Indemnizația pentru Spitalizare continuă ca urmare a infectării cu virusul SARS-CoV-2 nu se acorda pentru perioada de Spitalizare continuă în unități de terapie intensivă ca urmare a infectării cu virusul SARS-CoV-2.

C. Asigurarea pentru Cheltuieli post-spitalizare ca urmare a afecțiunii Covid 19, pentru acoperirea necesităților de bază

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care Asiguratul, ca urmare a unei spitalizări de minim 5 zile cauzate de dobândirea afecțiunii Covid 19 în Perioada asigurată, este obligat să suporte următoarele cheltuieli pentru acoperirea necesităților de bază:
 - a) transport asigurat la centre medicale specializate (Spital/ Clinica/ Cabinet medical);
 - b) servicii de asistență a copiilor;
 - c) servicii de asistență la domiciliul Asiguratului;
 - d) procurarea de medicamente, conform recomandării medicului;
 - e) servicii de livrare a alimentelor;
 - f) alte posibile cheltuieli medicale legate de perioada de recuperare medicală post spitalizare după tratarea în urma dobândirii afecțiunii Covid 19: consultații, analize de laborator, etc.
- a) Prin transportul Asiguratului se înțelege transportul prin intermediul unui Serviciu acreditat de Ambulanță, sau un transport medical neasistat, taxi sau mijloace de transport proprii (cu decontarea bonului de combustibil, cu limita de 100 LEI per transport sau echivalentul în alta valută). Pentru a putea achita cheltuielile aferente transportului, este necesară prezentarea Raportului medical emis de medicul curant din ziua în care s-a efectuat transportul Asiguratului către centrul medical specializat.
- b) Prin servicii de asistență a copiilor Asiguratului se înțelege acordarea de servicii de asistență pentru copiii Asiguratului în vârstă de până la 14 ani, de către firme/ persoane specializate cu emiterea de facturi fiscale pe numele Asiguratului și cu precizarea numărului de zile de asistență acordate.

- c) Prin servicii de asistență la domiciliul Asiguratului se înțelege acordarea de servicii de asistență medicală pentru Asigurat, la domiciliul acestuia, de către firme/ persoane specializate cu emiterea de facturi fiscale pe numele Asiguratului, cu precizarea numărului de zile de asistență acordate precum și cu indicarea serviciilor aferente.
 - d) Prin procurarea de medicamente se înțelege achiziția de preparate farmaceutice/ medicamente de către Asigurat în baza unei Rețete medicale, în vederea finalizării tratamentului asociat Covid-19. Nu se vor despăgubi:
 - produse din categoria naturiste/ homeopate/ suplimente alimentare care nu sunt înregistrate în Nomenclatorul medicamentelor pentru uz uman din România, publicat de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANMDM) precum și consultațiile, rețetele, tratamentele și investigațiile alternative, naturiste, homeopate, acupunctură, fitoterapie, apifiterapie, cristaloterapie, aromoterapie, bioenergie (enumerarea este ilustrativă nu exhaustivă);
 - orice medicamente pentru care nu există Recomandare scrisă semnată și parafată de către un Medic;
 - orice preparate/ medicamente care nu au legătură cu finalizarea tratamentului asociat Covid-19, spre exemplificare (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): tratamente recomandate pentru tratarea unor afecțiuni cronice ale Asiguratului, cheltuieli medicale stomatologice etc.
 - e) Prin servicii de livrare a alimentelor se înțelege acoperirea costurilor serviciului de catering (food delivery) în limita a maxim 50 lei/ zi sau echivalentul în altă valută.
 - f) Prin alte posibile cheltuieli medicale legate de perioada de recuperare medicală post spitalizare după tratarea în urma dobândirii afecțiunii Covid 19 se înțelege acoperirea costurilor pentru diferite servicii medicale, cu condiția obligatorie ca acestea să fie cauzate de infectarea cu virusul SARS-CoV-2, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): efectuarea unor proceduri medicale precum: consulturi de diagnosticare, consulturi de control (interpretare rezultate/ monitorizare tratament etc), investigații imagistice, investigații paraclinice, etc, pe baza prescripției medicului, eliberată pe numele Asiguratului. Asigurătorul acoperă aceste Cheltuieli (achită Asiguratului contravaloarea lor), pe baza documentelor medicale și fiscale emise pe numele Asiguratului, până la limita maximă prevăzută în Poliță/Anexele la Poliță pentru această clauză. Pentru a putea acorda indemnizația, Asiguratul trebuie să prezinte rapoartele / rețetele medicale emise de medicul curant, în care la diagnostic să apară menționată îmbolnăvirea cu Covid.
2. Pentru acest Risc, se acoperă cheltuielile efectuate de către Asigurat.; se decontează cheltuielile efectuate de asigurat în primele 15 zile după externare, pe baza bonurilor fiscale.
 3. Indemnizația de asigurare are caracter personal și se plătește exclusiv Asiguratului.

D. Indemnizația de deces în perioada asigurată, ca urmare a afecțiunii Covid 19

1. În cazul decesului din orice cauză al Asiguratului în Perioada valabilității Poliței de asigurare, ca urmare a afecțiunii Covid19, menționată în certificatul medical constatator al decesului ca principala cauză a decesului, Asigurătorul plătește o Indemnizație de asigurare egală cu suma asigurată menționată în polița de asigurare.
2. Pentru a putea acorda indemnizația de asigurare, în Certificatul medical constatator al decesului, trebuie să fie menționată ca principala cauză a decesului, afecțiunea Covid 19.

Articolul 3. Excluderi aplicabile prezentului pachet de asigurare

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

- a) Dacă afecțiunea Covid-19, a debutat înainte de achiziționarea pachetului respectiv sau în primele 14 zile de la începutul acoperirii asigurare (perioadă de așteptare);
- b) Nerespectarea de către Asigurat a măsurilor de carantină/ izolare impuse de autorități;
- c) Orice alte afecțiuni care nu au legătura cu îmbolnăvirea cu virusul SARS-CoV-2 sau pentru care nu există documente medicale și fiscale justificative;
- d) participarea Persoanei asigurate ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
- e) nerespectarea/ ignorarea indicațiilor și recomandărilor Medicului, rezultatele automedicației sau a tratamentului fără prescripție medicală;
- f) împrejurări care nu sunt datorate unor Îmbolnăvirii petrecute în Perioada de valabilitate a Contractului de asigurare sau pentru care nu există documente medicale/ fiscale justificative;
- g) lipsei măsurilor de securitate și a protecției lucrătorilor, cerute de specificul activității desfășurate; conform reglementărilor în vigoare;
- h) evenimentele care au legătură cu gravitatea, nașterea sau consecințele acestora cu excepția dobândirii afecțiunii Covid-19 pe perioada sarcinii;
- i) 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.). Prin excepție, în cazul în care se aproba de către autoritățile competente, ca una din din aceste instituții să devină unitate medicală acreditată pentru tratarea pacienților infectați cu SARS-CoV-2, atunci această entitate va fi considerată ca îndeplinește definiția de Spital și se vor putea acoperi riscurile asigurate specificate în prezentele Condiții de asigurare;
- j) malpraxisul medical.

Sunt excluse din asigurare persoanele care activează în Sistemul de sănătate: medici, paramedici, profesioniști din domeniul sănătății, angajați ai farmaciilor, membri ai Protecției civile sau entități conexe implicate în activitățile de prevenire a Covid-19, etc precum și persoanele care locuiesc într-o instituție de îngrijire medicală sau o unitate de îngrijire de lungă durată.

Persoanele care suferă de boli cronice grave (enumerarea este ilustrativă nu exhaustivă: boala renală cronică sub dializă; boala pulmonară obstructivă cronică, inclusiv emfizemul și bronșita cronică, fibroza pulmonară idiopatică și fibroza chistică; diabet zaharat; afecțiuni hematologice cronice; transplant; deficiențe imune genetice; HIV, boli hepatice cronice, inclusiv ciroza; afecțiuni cardiace grave, incluzând insuficiență cardiacă, boală coronariană, bolcardiace congenitale, cardiomiopatii, hipertensiune pulmonară; obezitate severă; tumori maligne etc) nu pot fi

asigurate pe Pachetul de asigurare suplimentar Acoperire Covid 19. In cazuri speciale, cand afectiunea cronica este bine controlata terapeutic sau se afla in remisie, Asiguratorul poate accepta includerea in asigurare in conditii speciale (excluderi medicale / extraprime etc).

Tabelul de Procente pentru Intervenții Chirurgicale

1.	Intervenții pe Sistemul Nervos	
5.01	Incizii sau extirpări executate la nivelul cutiei craniene, creierului și meningelor	
5.010	Puncția craniană	70
5.011	Craniotomia	90
5.012	Incizia creierului și a meningelui	90
5.013	Intervenții pe talamus și globus pallidus	90
5.014	Excizia unei leziuni a creierului	90
5.015	Excizia unei leziuni a craniului	60
5.02	Alte operații ale craniului, creierului și meningelor	
5.020	Cranioplastia	80
5.021	Refacerea meningelor cerebrale.....	90
5.022	Ventriculostomia.....	80
5.023	Șuntul ventricular extracranian	70
5.024	Revederea șuntului ventricular	50
5.029	Îndepărtarea unor aderențe intracraniene / Evacuare hematom subdural.....	60
5.03	Intervenții pe măduva spinării și structurile canalului rahidian	
5.030	Explorarea canalului rahidian	60
5.031	Secționarea rădăcinii nervoase intraspinale	75
5.033	Ablația sau distrugerea măduvei spinării și meningelor	100
5.034	Intervenții plastice pe măduva spinării și meninge	80
5.035	Secționarea aderențelor la nivelul măduvei spinării sau ale rădăcinilor nervilor	50
5.036	Drenajul spinal	45
5.039	Insertia de neuropacemaker	50
5.04	Intervenții pe nervii cranieni și periferici	
5.040	Ablația nervului	45
5.042	Sutura nervului	35
5.043	Îndepărtarea aderențelor și decompresia nervului	25
5.044	Grefa de nervi	75
5.045	Transpoziție de nerv	35
5.05	Intervenții pe nervii simpatici sau ganglioni	
5.050	Secționarea unui nerv simpatic sau ganglion	30
5.051	Simpatectomia	50
2.	Intervenții pe Sistemul Endocrin	
5.06	Intervenții pe glanda tiroidă și paratiroidă	
5.060	Incizia regiunii tiroidiene	25
5.061	Lobectomia tiroidiană unilaterală	40
5.062	Excizia unor leziuni ale tiroidei	30
5.063	Tiroidectomia completă	50
5.065	Excizia tiroidei linguale	40
5.066	Excizia tractului tireoglos	35
5.067	Paratiroidectomia parțială	50
5.68	Paratiroidectomia completă	60
5.07	Intervenții pe alte glande endocrine	
5.070	Explorarea / incizia glandelor suprarenale	30
5.071	Suprarenalectomia parțială/unilaterală	75
5.072	Suprarenalectomia bilaterală	100
5.074	Intervenții pe glanda hipofiză	65
5.075	Hipofizectomia	75
5.077	Timectomia	40
3.	Intervenții pe Ochi	
5.08	Intervenții pe aparatul lacrimal	
5.080	Incizia glandei lacrimale/Extracția chirurgicala a unui corp străin	5
5.081	Extirparea glandei lacrimale sau a unei leziuni a acestuia	25
5.083	Extirparea unei leziuni a căilor lacrimale	10
5.084	Incizia sacului lacrimal	5
5.085	Extirparea sacului lacrimal (dacriocistectomia)	20
5.086	Refacerea canaliculelor și a punctelor lacrimale	20
5.087	Dacriocistorinostomia/Anastomozanazo-lacrimala	30
5.088	Conjunctivorinostomia	30
5.09	Intervenții pe pleoape	
5.090	Incizia pleoapei / extirpare chalazion	5
5.091	Excizia sau distrugerea pleoapei	10
5.092	Operații pe cantus și tarsus	6
5.094	Corectarea blefaroptozei	8

5.095	Blefarorafia	7
5.10	Intervenții pe mușchii oculari	
5.100	Miotomi a și tenotomia mușchilor oculari	20
5.101	Excizia mușchiului ocular sau tendonului	20
5.103	Transplantarea unui mușchi ocular	30
5.105	Secționarea aderențelor unui mușchi ocular	7
5.11	Operații pe conjunctivă	
5.110	Îndepărtarea de corpi străini de pe conjunctivă prin incizie	5
5.112	Excizia unei leziuni a conjunctivei	10
5.113	Conjunctivoplastia	30
5.114	Eliberarea din aderențe a conjunctivei și pleoapei	15
5.115	Sutura conjunctivei	25
5.12	Intervenții pe cornee	
5.120	Îndepărtarea cu magnetul a unui corp străin cornean	5
5.121	Incizia corneei / keratotomia	15
5.122	Extirparea pterigionului	15
5.123	Excizia sau distrugerea unei leziuni corneene	20
5.124	Sutura corneei	25
5.125	Transplant de cornee	40
5.126	Corecția miopiei cu laser excimer	5
5.13	Operații pe iris, corpul ciliar și camera anterioară	
5.130	Îndepărtarea corpurilor străini localizați la nivelul polului anterior prin incizie	10
5.131	Îndepărtarea cu magnetul a unui corp străin din polul anterior al ochiului	5
5.132	Scăderea tensiunii intraoculare	10
5.133	Facilitarea circulației intraoculare	15
5.134	Distrugerea de leziuni ale irisului, corpului ciliar sau sclerei	20
5.135	Iridectomia periferică / Sfincterotomia iriană	30
5.136	Iridoplastia	35
5.137	Scleroplastia	35
5.14	Intervenții pe cristalin	
5.141	Îndepărtarea corpurilor străini din cristalin prin incizie	20
5.142	Extracția liniară a cristalinului	40
5.143	Discizia capsulei și capsulotomia	40
5.144	Extracția intracapsulară a cristalinului	40
5.145	Extragerea extracapsulară a cristalinului	30
5.146	Extracția cristalinului prin faoemulsificare	25
5.147	Insertia de lentile protetice	25
5.148	Îndepărtarea unei lentile implantate	20
5.15	Operații pe retină, coroidă și vitros	
5.150	Îndepărtarea prin incizie a corpurilor străini localizați la polul posterior	20
5.151	Îndepărtarea cu magnetul a corpurilor străini localizați în polul posterior	15
5.152	Ideritația sclerală cu implant	25
5.154	Operații pentru refacerea retinei	35
5.155	Distrugerea unei leziuni a retinei sau coroidei	25
5.157	Operații pe vitros / Implant de vitros	30
5.16	Intervenții pe orbită și globul ocular	
5.160	Orbitotomia	45
5.161	Îndepărtarea de corpi străini din ochi sau orbită neclasificată în altă parte	15
5.162	Eviscerarea globului ocular	80
5.163	Enucleația globului ocular	90
5.164	Exenterația orbitei	90
5.165	Insertia unui implant în orbită	40
5.166	Îndepărtarea implantului orbital	25
5.167	Refacerea orbitei	40
5.168	Excizia unei leziuni a orbitei	40
4.	Intervenții pe Ureche	
5.18	Intervenții pe urechea externă	
5.180	Incizii ale urechii externe	5
5.181	Excizia sau extirparea unei leziuni a urechii externe	7
5.182	Amputarea urechii externe	40
5.183	Sutura urechii externe	15
5.184	Corectarea chirurgicală a pavilionului urechii	20
5.185	Reconstituirea canalului auditiv extern	25
5.186	Reconstituirea pavilionului urechii	20
5.19	Operații de reconstituire ale urechii mijlocii	
5.190	Mobilizarea scăriței / Stapedectomia	10
5.194	Myringoplastia	35
5.199	Refacerea urechii mijlocii / Inchiderea unei fistule mastoidiene	20
5.20	Alte intervenții pe urechea medie și internă	
5.200	Miringotomia	25
5.201	Îndepărtarea tubului de timpanostomie	15

5.202	Incizia mastoidei și urechii medii	15
5.203	Mastoidectomia	50
5.205	Fenestrarea urechii interne	40
5.207	Incizia sau distrugerea urechii interne	45
5.	Intervenții pe Nas, Cavitatea Bucală și Faringe	
5.21	Intervenții pe nas	
5.211	Incizii ale nasului	10
5.212	Excizia sau distrugerea de leziuni ale nasului/Polipectomia	15
5.214	Rezecția sub mucoasă a septului nazal /Corecția deviației de sept	25
5.215	Turbinectomia	30
5.216	Reducerea deschisă a fracturii oaselor nazale	40
5.217	Refaceri și intervenții plastice ale nasului	25
5.22	Intervenții pe sinusurile nazale	
5.221	Antrotomia intranasală	20
5.222	Antrotomia maxilară externă	20
5.223	Sinusotomie și sinusectomie frontală	35
5.224	Etmoidotomia	25
5.225	Etmoidectomia, Sfenoidectomia	25
5.226	Reconstituirea sinusurilor nazale	50
5.23	Intervenții pe dinți	
5.231	Extracția chirurgicală a unui dinte	5
5.235	Replantarea dinților	10
5.236	Implant dentar endoosos (in scop protetic)	7
5.237	Rezecția apicală și terapia endodontală a canalului radicular	10
5.24	Alte intervenții pe gingie și alveolă	
5.240	Incizia marginii gingivale și a peretelui alveolar cu sutura gingiei	5
5.241	Gingivoplastia	10
5.243	Extirparea tumorilor de cauza dentară	20
5.244	Alveoloplastia	15
5.245	Descoperirea chirurgicală a unui dinte neerupt	5
5.25	Operații pe limbă	
5.250	Excizia sau extirparea de leziuni ale limbii	15
5.251	Glosectomia parțială	30
5.252	Glosectomia totală	50
5.253	Glosectomie radicală	70
5.254	Refacerea limbii și glosoplastia	60
5.258	Frenotomia linguală	15
5.26	Intervenții pe canalele și glandele salivare	
5.260	Incizii ale canalelor și glandelor salivare	10
5.261	Excizia unei leziuni a glandei salivare	15
5.262	Lobectomia glandei parotide	20
5.263	Refacerea canalului de excreție al glandei salivare	20
5.27	Alte intervenții pe gură și față	
5.270	Drenajul lojei feței și planșeului bucal	20
5.271	Incizia supurațiilor palatului	25
5.272	Rezecția de palat	40
5.274	Refacerea plastică a cavității bucale	50
5.275	Plastia de boltă	40
5.276	Intervenții pe luetă	25
5.28	Intervenții pe amigdale și adenoide	
5.280	Drenajul oral al abcesului faringian	15
5.281	Tonsilectomia (fără adenoidectomie)	20
5.282	Tonsilectomia (cu adenoidectomie)	25
5.283	Excizia bontului amigdalian	20
5.284	Excizia amigdalei linguale	35
5.285	Adenoidectomia (fără tonsilectomie)	20
5.29	Intervenții pe faringe	
5.290	Faringotomia	15
5.291	Excizia vestigiilor șanțurilor branhiale	25
5.292	Intervenție plastică pe faringe	30
5.293	Excizia sau distrugerea unei leziuni a faringelui	25
6.	Intervenții pe Aparatul Respirator	
5.30	Excizii ale laringelui	
5.300	Excizia sau distrugerea unor leziuni ale laringelui	20
5.301	Hemilaringectomia	40
5.302	Laringotomia	25
5.303	Laringectomia completă	50
5.304	Laringectomia radicală	55
5.31	Alte intervenții pe laringe și trahee	
5.311	Traheostomia temporară	20

5.312	Traheostomia permanentă	40
5.314	Excizia sau distrugerea locală a traheei	30
5.315	Refacerea laringelui	35
5.316	Refaceri sau intervenții plastice pe trahee	35
5.317	Reconstituirea traheii cu proteza	40
5.32	Rezecții pulmonare și bronhice	
5.320	Excizia sau extirparea unei leziuni bronhice	30
5.321	Rezecția bronhică	40
5.322	Excizia și extirparea unei leziuni pulmonare	45
5.323	Rezecția segmentară pulmonară	50
5.324	Lobectomia (rezecția pulmonară lobară)	60
5.325	Pneumectomia	100
5.33	Alte intervenții pe pulmoni și bronhii	
5.330	Bronhotomia	30
5.331	Pneumotomia	40
5.332	Colapsul chirurgical al pulmonului / Toracoplastia	50
5.333	Eliberarea din aderente a plămânului și peretelui toracic	40
5.334	Refaceri și intervenții plastice pe pulmoni și bronhii.....	50
5.34	Intervenții pe peretele toracic, pleură, mediastin și diafragm	
5.340	Incizii ale peretelui toracic și ale pleurei	30
5.341	Incizia mediastinului	40
5.342	Excizia sau extirparea unor leziuni mediastinale	45
5.343	Excizia sau extirparea de leziuni ale peretelui toracic	30
5.344	Pleurectomia	45
5.345	Scarificarea pleurală	35
5.346	Refacerea peretelui toracic	60
5.347	Operații pe diafragm.....	50
7.	Intervenții pe Sistemul Cardio-Vascular	
5.35	Intervenții pe valve și septurile inimii	
5.350	Intervenții pe cord închis	60
5.351	Intervenții pe cord deschis	90
5.352	Înlocuirea valvelor inimii (protezarea valvulară)	100
5.353	Valvuloplastia cardiacă (fără înlocuire)	80
5.36	Intervenții pe vasele inimii	
5.360.1	Rotablatii coronariene	80
5.361	Anastomoze (bypass) pentru revascularizarea cordului	80
5.362	Revascularizarea inimii prin implant arterial	90
5.365	Septostomii	90
5.37	Alte intervenții pe inimă și pericard	
5.371	Pericardiotomie	70
5.372	Pericardiectomia	80
5.373	Excizia unei leziuni a inimii	80
5.375	Transplantul cardiac	100
5.376	Asistarea mecanică a circulației	60
5.377	Implantul de pacemaker cardiac prin toracotomie sau mediastinotomie	50
5.378	Implant stimulator cardiac extern	20
5.38	Incizia, excizia și ocluzia de vase	
5.380	Incizia vaselor	5
5.380.1	Embolizări arteriale	15
5.381	Endarterectomia	20
5.382	Rezecția de vase cu reanastomoză / Excizie și sutura aneurism	25
5.383	Rezecția de vase cu înlocuire/Angioplastii cu stent	30
5.384	Crosectomia jigatura și smulgerea safenei și venelor varicoase	15
5.386	Plicaturarea venei cave	25
5.39	Alte intervenții pe vase	
5.390	Sunt între arterele sistemice și artera pulmonară	30
5.391	Anastomoze venoase intra-abdominale	30
5.393	Sutura de vase	15
5.394	Sutura de vase interne (intraabdominale, intratoracice)	25
5.396	Bypass cardio-pulmonar extra corporeal (C.E.C.)	90
5.397	Simpatectomia periarterială	25
5.398	Intervenții pe carotidă și alte segmente vasculare	40
5.399	Embolizări (alcoolizări) de artere septale în cardiomiopatia hipertrofică	35
5.399.1	Embolizarea arterelor uterine.....	20
8.	Intervenții pe Sistemul Hematopoetic și Limfatic	
5.40	Intervenții pe sistemul limfatic	
5.400	Incizii ale structurilor limfatice	10
5.401	Excizia simplă a structurilor limfatice	20
5.402	Excizie de ganglion limfatic regional	25
5.403	Excizie radicală a ganglionilor limfatici cervicali	40
5.405	Intervenții pe canalul toracic	50

5.41	Intervenții pe splină și măduvă osoasă	
5.410	Transplant de măduvă osoasă	100
5.412	Splenotomia	30
5.413	Splenectomia totală	50
5.414	Splenectomia parțială	30
9.	Intervenții pe Sistemul Digestiv	
5.42	Intervenții pe esofag	
5.420	Esofagotomia	20
5.421	Esofagostomia	35
5.422	Excizia locală sau distrugerea unei leziuni a esofagului	25
5.423	Excizii ale esofagului cu anastomoza termino-terminală	35
5.424	Anastomoza esofagului (intratoracică)	40
5.425	Anastomoza antesternală a esofagului	35
5.426	Esofagomiotomia/ Sectionarea sfincterului cardiac	30
5.428	Intervenții în interiorul esofagului / Ligatura varicelor esofagiene	20
5.43	Incizia și excizia stomacului	
5.431	Gastrotomia temporară	30
5.432	Gastrotomia permanentă	50
5.433	Piloromiotomia	40
5.434	Excizia sau extirparea unei leziuni a stomacului	25
5.435	Gastrectomia parțială cu anastomoza la esofag	50
5.436	Gastrectomia parțială cu anastomoza la duoden	50
5.437	Gastrectomia parțială cu anastomoza la jejun	50
5.439	Gastrectomie totală	60
5.44	Alte intervenții pe stomac	
5.440	Vagotomia	30
5.441	Piloroplastia	35
5.442	Gastroenterostomia (fără gastrectomie)	35
5.443	Sutura ulcerului gastric sau duodenal în situ	35
5.45	Incizii, excizii și anastomoze ale intestinului	
5.450	Enterotomia îndepărtarea unui corp Drenajul străin	20
5.451	Excizii sau extirpări de leziuni ale intestinului subțire	25
5.452	Excizii sau distrugerii de leziuni ale intestinului gros	25
5.453	Izolarea unui segment intestinal	20
5.454	Excizia parțială a intestinului subțire	40
5.455	Excizia parțială a intestinului gros	40
5.456	Colectomia totală	60
5.457	Anastomoza intestin subțire la intestin subțire	40
5.458	Anastomoza intestin subțire la intestin gros	40
5.459	Anastomoza intestinului gros la intestinul gros	40
5.46	Alte intervenții pe intestin	
5.460	Exteriorizarea intestinului	30
5.461	Colostomia	40
5.462	Ileostomia	40
5.464	Refacerea stomei intestinale	25
5.465	Închiderea stomei intestinale	25
5.466	Fixarea intestinului	20
5.468	Manipularea intraabdominală a intestinului	15
5.47	Intervenții pe apendice	
5.4700	Apendicectomia laparoscopică	20
5.4701	Apendicectomia clasică	25
5.471	Drenajul abcesului apendicular	15
5.48	Intervenții pe rect	
5.480	Proctotomia	15
5.482	Excizia sau distrugerea unor leziuni ale rectului	20
5.4851	Excizia parțială a rectului	35
5.4852	Excizia totală a rectului	40
5.486	Refacerea rectului	20
5.487	Incizia septului recto-vaginal	15
5.49	Intervenții pe anus și perineu	
5.490	Incizia sau excizia de țesut perineal	15
5.491	Intervenții pentru fistule anale	15
5.492	Excizii sau distrugerii locale ale anusului	20
5.493	Hemoroidectomia / Trombectomia hemoroidală	15
5.494	Sfincterotomia anală	10
5.50	Intervenții pe ficat	
5.500	Hepatotomia/ Extragerea de corpi străini	30
5.501	Excizia sau extirparea locală a ficatului/Hepatectomia parțială	40
5.502	Lobectomia ficatului	50
5.503	Hepatectomia totală/Transplantul ficatului	100
5.505	Reconstituirea ficatului	60

5.51	Intervenții pe vezica biliară și tractul biliar	
5.510	Colecistostomia	15
5.5111	Colecistectomia laparoscopica	20
5.5112	Colecistectomia clasică	25
5.512	Anastomozarea vezicii biliare sau a căilor biliare	25
5.513	Incizia căilor biliare, în vederea îndepărtării obstrucției prin calcul, strictură sau tumoră	25
5.515	Excizii sau extirpări locale ale căilor biliare	20
5.516	Reconstituirea căilor biliare	20
5.517	Îndepărtarea unui dispozitiv protetic din căile biliare.....	20
5.518	Intervenții pe sfincterul lui Oddi	30
5.52	Intervenții pe pancreas	
5.520	Pancreatotomia îndepărtarea de calculi.....	50
5.521	Excizia sau extirparea locală a pancreasului	55
5.522	Marsupializarea unui chist pancreatic	55
5.523	Drenajul intern al chistului pancreatic	50
5.524	Pancreatectomia parțială	65
5.525	Pancreatectomia totală	85
5.526	Pancreatoduodenectomia radicală	100
5.527	Anastomoze ale canalului pancreatic	45
5.53	Cura pentru hernie	
5.530	Cura herniei inghino-femorale	25
5.531	Cura herniei inghino-femorale cu greșă sau proteză	35
5.532	Cura bilaterală a herniei inghino-femorale	40
5.533	Cura bilaterală a herniei inghino-femorale cu greșă sau proteză	45
5.534	Cura herniei ombilicale sau epigastrice	35
5.537	Cura herniei diafragmatice prin inserare abdominală	40
5.538	Cura herniei diafragmatice cu cale de acces toracică	45
5.54	Alte intervenții ale regiunii abdominale	
5.540	Incizii ale pereților abdominali	25
5.542	Excizia sau distrugerea peretelui abdominal și ombilicului	50
5.543	Excizia sau distrugerea peritoneului	55
5.544	Secționarea de aderențe peritoneale	25
5.545	Sutura peretelui abdominal și peritoneului	25
5.546	Excizia unor leziuni ale peritoneului	25
10.	Intervenții pe Aparatul Urinar	
5.55	Intervenții pe rinichi	
5.550	Nefrotomia și nefrostomia	40
5.551	Pielotomia și pielostomia	35
5.552	Excizia ori extirparea unei leziuni a rinichiului.....	40
5.553	Nefrectomia parțială	55
5.5541	Nefrectomia totală unilaterală	70
5.5542	Nefrectomia totală bilaterală/Transplant renal	100
5.556	Nefropexia	30
5.56	Intervenții pe ureter	
5.561	Meatotomia ureterală	35
5.562	Ureterotomia	35
5.563	Ureterectomia	40
5.564	Ureterostomia cutanată	35
5.566	Derivarea urinei în intestin	40
5.568	Reconstituirea ureterului	35
5.57	Intervenții pe vezica urinară	
5.571	Cistostomia	35
5.574	Excizia sau extirparea unor leziuni ale vezicii urinare	25
5.573	Excizia transureterală a vezicii.....	30
5.575	Cistectomia parțială Rezecția	40
5.576	Cistectomie totală.....	55
5.577	Reconstituirea vezicii urinare	35
5.58	Intervenții pe uretră	
5.580	Uretrotomia externă/Ureterostomia	30
5.581	Meatotomia uretrală	20
5.582	Excizii sau extirpări ale uretrei	30
5.583	Reconstituirea uretrei	30
5.584	Cura chirurgicală a stricturilor uretrale	15
5.59	Alte intervenții pe aparatul urinar	
5.590	Disecția țesutului retroperitoneal	35
5.591	Incizia țesutului perivezical	20
5.592	Plicaturarea joncțiunii uretrovezicale	35
5.593	Intervenții asupra mușchilor ridicători	25
5.594	Intervenția suprapubiană în prostată.....	30
5.595	Suspensia retropubiană a uretrei	20
5.596	Suspensia și compresia periuretrală.....	20

5.597	Ureterovezicopexia	25
11.	Intervenții pe Organele Genitale Masculine	
5.60	Operații pe prostată și veziculele seminale	
5.600	Incizia prostatei	25
5.601	Prostatectomia transuretrală	35
5.602	Prostatectomie suprapubiană	40
5.603	Prostatectomie retropubiană	40
5.604	Prostatectomie radicală	45
5.606	Intervenții pe veziculele seminale	40
5.607	Incizia sau excizia țesutului periprostatic	25
5.611	Cura chirurgicală a hidrocelului sau a varicoceleului	20
5.621	Excizia sau distrugerea de leziuni testiculare	30
5.622	Orchiectomia unilaterală.....	40
5.623	Orchiectomia bilaterală.....	50
5.624	Orhidopexia.....	25
5.625	Reconstituirea testiculelor	30
5.632	Excizia unor leziuni ale cordonului spermatic și epididimului.....	20
5.649	Cura chirurgicală a fimoziei.....	10
12.	Intervenții pe Organele Genitale Feminine	
5.65	Intervenții pe ovar	
5.6501	Ovarotomia unilaterală	20
5.6502	Ovarotomia bilaterală	25
5.651	Excizia parțială a ovarului/ Excizia unei leziuni a ovarului	30
5.652	Ovarectomia unilaterală	35
5.653	Salpingo-ovarectomia unilaterală	40
5.654	Ovarectomia bilaterală	45
5.655	Salpingo-ovarectomia bilaterală	50
5.656	Reconstituirea ovarului	20
5.657	Eliberarea din aderențe a ovarului și trompei	25
5.66	Intervenții pe trompe	
5.660	Salpingotomia	20
5.661	Salpingectomia totală (unilaterală)	30
5.662	Salpingectomia totală bilaterală	40
5.663	Distrugerea sau ocluziunea endoscopică a trompelor, bilateral	20
5.664	Salpingectomia parțială/Excizia unei leziuni a trompei	25
5.666	Reconstituirea trompelor Fallope	30
5.667	Insuflarea trompelor	20
5.67	Intervenții pe colul uterin	
5.671	Conizatia colului uterin	25
5.672	Excizia unor leziuni ale colului uterin / ERAD	20
5.673	Amputarea colului uterin	35
5.674	Reconstituirea orificiului cervical intern	20
5.68	Alte incizii și excizii ale uterului	
5.680	Histerotomia	20
5.6811	Excizia sau distrugerea unor leziuni ale uterului pe cale abdominală.....	30
5.6812	Excizia sau distrugerea unor leziuni ale uterului pe cale vaginală.....	20
5.682	Histerectomia subtotală abdominală	40
5.683	Histerectomia totală abdominală	45
5.684	Histerectomia vaginală	40
5.685	Histerectomia abdominală radicală	50
5.686	Histerectomia vaginală radicală	45
5.687	Eviscerația pelviană (pelvectomia)	55
5.690	Dilatația și chiuretajul uterin	15
5.740	Operația cezariană	25
5.70	Intervenții pe vagin, vulvă și perineu	
5.700	Culdcenteza/Drenajul abcesului pelvian	20
5.702	Excizia unei leziuni a vaginului	15
5.704	Cura cistocelului și rectocelului	25
5.706	Excizia și închiderea unei fistule perineale	15
5.711	Operații pe glandele Bartholin	15
5.716	Perineorafie.....	15
13.	Intervenții pe Aparatul Osteo-Muscular	
5.76	Reducerea de fracturi ale masivului facial	
5.760	Reducerea închisă a fracturilor zigomatice	25
5.761	Reducerea deschisă a fracturilor zigomatice	35
5.762	Reducerea închisă a fracturilor de maxilar și mandibulă	35
5.763	Reducerea deschisă a fracturilor de maxilar și mandibulă	45
5.764	Reducerea deschisă a fracturii alveolare	25
5.765	Reducerea deschisă a fracturii de orbită cu grea sau implant	40
5.77	Alte intervenții pe oasele și articulațiile masivului facial	
5.770	Incizia oaselor faciale	20

5.771	Excizia sau extirparea de leziuni ale oaselor feței	25	
5.772	Ostectomia parțială a oaselor masivului facial, cu excepția mandibulei	35	
5.773	Extirparea și reconstituirea mandibulei	40	
5.774	Atroplastia temporo-mandibulară	40	
5.78	Intervenții pe alte oase		
5.780	Trepanația	70	
5.781	Osteotomia	30	
5.782	Rezecția pentru hallux valgus / Rezecția exostozei	25	
5.783	Excizia leziunilor osoase	35	
5.784	Rezecția segmentară	30	
5.785	Rezecția osoasă totală	35	
5.786	Grefă osoasă	60	
5.787	Fixarea internă a osului (fără reducerea fracturii)	30	
5.788	Ablația dispozitivelor de fixare internă a materialelor de osteosinteză	20	
5.79	Reducerea fracturilor și luxațiilor	Oase mari	Oase mici
5.790	Reducerea închisă a fracturii cu osteosinteză	30	20
5.791	Reducerea deschisă a fracturii (fără fixare internă)	35	25
5.792	Reducerea deschisă a fracturii cu fixare internă, placă, broșe, fixator extern	40	25
5.793	Reducerea închisă a decolării epifizare	25	15
5.794	Reducerea deschisă a decolării epifizare	30	20
5.795	Toaleta focarului de fractură deschisă	15	15
5.796	Reducerea deschisă a unei luxații	20	15
Oase mici = carpiene, metacarpene, tarsiene, metatarsiene, falangele degetelor			
Oase mari = toate celelalte oase (în afară de cele menționate mai sus)			
5.80	Incizii și excizii ale structurilor articulare		
5.800	Artrotomia/Artroscopia	20	
5.801	Secționarea capsulei articulare, ligamentelor sau cartilajelor	25	
5.802	Excizia sau ablația leziunilor articulare	20	
5.803	Excizia discului intervertebral	40	
5.8041	Meniscectomia totală	35	
5.8042	Meniscectomia parțială	25	
5.805	Sinovectomia articulară	30	
5.81	Refaceri și intervenții plastice pe structurile articulare		
5.810	Sinostoza vertebrală / Artrodeza vertebrală	80	
5.811	Artrodeza piciorului și a gleznei	40	
5.812	Artrodeza altor articulații	30	
5.813	Artroplastia piciorului și degetelor	25	
5.814	Artroplastia genunchiului	40	
5.815	Proteză totală a șoldului	60	
5.817	Artroplastii ale mâinii și degetelor	30	
5.818	Artroplastia umărului	40	
5.819	Corectarea deformatiei degetelor	25	
5.82	Intervenții pe mușchii, tendoanele și fascia mâinii		
5.820	Incizii ale mușchilor, tendoanelor și burselor mâinii	10	
5.821	Secționarea mușchilor, tendoanelor și fasciei mâinii	20	
5.822	Excizia de leziuni ale mușchilor, tendoanelor și fasciei mâinii	15	
5.823	Corectia contracturii Dupuytren	20	
5.824	Sutura mușchilor, tendoanelor și fasciei mâinii	25	
5.825	Transplantarea mușchilor și tendoanelor mâinii	30	
5.826	Reconstituirea policelui	20	
5.827	Intervenție plastică la mână cu grefă sau implant	30	
5.828	Transplantarea degetelor	40	
5.83	Intervenții pe alți mușchi, tendoane, fascii și burse		
5.830	Incizia mușchiului, tendonului, fasciei și bursei	15	
5.831	Secționarea mușchiului, tendonului și fasciei	20	
5.832	Excizia leziunilor mușchiului, tendonului, fasciei și bursei	15	
5.834	Excizia bursei	10	
5.835	Sutura mușchiului, tendonului și fasciei	25	
5.836	Reconstituirea mușchiului și tendonului	30	
5.84	Amputația și dezarticulația membrilor		
5.840	Amputația și dezarticulația unui deget al mâinii (altul decât policele)	8	
5.841	Amputația și dezarticulația policelui	15	
5.842	Amputația antebrațului și mâinii	25	
5.843	Dezarticulația cotului și amputația brațului	50	
5.844	Dezarticulația umărului și amputația scapulotoracică	55	
5.845	Amputația și dezarticulația unui deget al piciorului	7	
5.846	Amputația și dezarticulația piciorului (Dezarticularea mediotarsiana)	25	
5.847	Amputația membrului inferior și gleznei (supramaleolara)	50	
5.848	Amputația coapsei și dezarticulația genunchiului (supracondiliana)	65	
5.849	Amputația abdominalopelvică și dezarticulația șoldului	80	
5.85	Alte intervenții pe aparatul osteo-muscular		

5.851	Reimplantarea degetelor și policelui	50
5.853	Reimplantarea piciorului și degetelor	100
5.855	Implantarea unui dispozitiv protetic al unui membru	40
14.	Intervenții pe Sân	
5.86	Excizia sânului	
5.860	Excizia locală de leziuni ale sânului / Sectorectomia mamara	25
5.8611	Mastectomia completă unilaterală	35
5.8612	Mastectomia completă bilaterală	50
5.862	Mastectomia simplă extinsă	40
5.863	Mastectomia radicală	55
5.864	Mastectomia radicală extinsă	60
5.865	Mastectomia subcutanată cu implantarea de proteză	40
5.87	Alte intervenții pe sân	
5.871	Mastotomia	20
5.872	Intervenții pe mamelonul sânului	20
15.	Intervenții pe Piele și Țesutul Subcutanat	
5.88	Incizii și excizii ale pielii țesutului subcutanat	
5.881	Incizia sinusului pilonidal	25
5.882	Excizia simplă de nevi, papiloame,	5
5.883	Toaleta chirurgicală a plăgii sau a țesutului infectat	15
5.884	Excizia locală sau distrugerea de piele și țesut subcutanat / Excizia unei fistule / lipom	15
5.885	Excizia radicală a unei tumori cutanate	20
5.887	Excizia sinusului pilonidal	25
5.888	Excizia de piele pentru grefă	20
5.89	Refacerea și reconstituirea pielii și țesutului subcutanat	
5.8901	Sutura pielii	5
5.8902	Sutura pielii și țesutului subcutanat	10
5.891	Întinderea de țesut cicatricial sau a retracției cutanate	15
5.892	Grefa liberă cutanată a mâinii	25
5.894	Tăierea și prepararea de lambou sau grefă pediculară	20
5.895	Prinderea pe mână a unei grefe cu lambou	30
5.898	Intervenții plastice pe buză și gura externă	15
5.903	Keratotomia	5

Tabelul de Procente pentru Invaliditate Permanentă

Invaliditate Permanentă Totală.....	Procente	
Pierderea ambelor mâini, antebrațe sau brațe	100	
Pierderea ambelor membre inferioare la nivelul șoldului, genunchiului sau gleznei	100	
Pierderea totală a unui membru superior la nivelul umărului, cotului sau mâinii.....	100	
și a unui membru inferior la nivelul șoldului, genunchiului sau gleznei		
Paralizia totală și incurabilă	100	
Pierderea bilaterală totală și irecuperabilă a vederii.....	100	
Pierderea totală și irecuperabilă a abilității de a vorbi	100	
Pierderea bilaterală totală și irecuperabilă a auzului	100	
Pierderea maxilarului inferior.....	100	
Invaliditate Permanentă Parțială Extremitatea Cefalică		
Pierderea unilaterală totală și irecuperabilă a auzului	30	
Cecitate sau enucleere unilaterală	50	
Pierderea maxilarului superior cu arcadă dentară și scheletul nazal	50	
Pierderea parțială a maxilarului inferior, a secțiunii ascendente în întregime	40	
sau a jumătate din osul maxilarului		
Pierderea a mai mult de jumătate din limbă	30	
Pierderea de substanță osoasă a cutiei craniene:.....		
pe o suprafață mai mică de 3 cm ²	10	
pe o suprafață între 3 și 6 cm ²	20	
pe o suprafață mai mare de 6 cm ²	50	
Invaliditate Permanentă Parțială Membre Superioare.....	Dreapta	Stânga
Pierderea anatomică a membrului superior de la nivelul umărului	70	60
Pierderea funcțională a membrului superior de la nivelul umărului	65	55
Pierderea anatomică a antebrățului sau mâinii	60	50
Pierderea funcțională a antebrățului sau mâinii.....	55	45
Pierderea anatomică totală a policelui.....	20	15
Pierderea funcțională totală a policelui.....	15	10
Pierderea anatomică totală a policelui și indexului.....	30	25
Pierderea anatomică a policelui și a altui deget	25	20
Pierderea anatomică sau funcțională totală:		
două degete altele decât police și index.....	10	8
trei degete altele decât police și index.....	15	10
a patru degete inclusiv police	35	30

a degetului mijlociu	7	5
a inelarului sau degetului mic	5	3
a indexului	10	7
Invaliditate Permanentă Parțială Membre Inferioare		
Pierdere anatomică a membrului inferior de la nivelul:		
Coapsei		60
Gambei		50
piciorului:		
articulația tibio-tarsiană		45
articulația târso-metatarsiană		35
Pierdere funcțională a membrului inferior de la nivelul:		
Coapsei		55
Gambei		45
Piciorului		30
Pierdere anatomică:		
a tuturor degetelor		25
a patru degete inclusiv haluce		15
a patru degete, exclusiv haluce		8
a trei degete altele decât halucele		6
a două degete altele decât halucele		4
a unui deget altul decât halucele		2
Halucelui		5
Scurtarea membrului inferior cu cel puțin 5 cm		35
Scurtarea membrului inferior cu 3 până la 5 cm		25
Scurtarea membrului inferior cu 1 până la 3 cm		15
Consecințe Estetice cu Caracter Definitiv (Arsuri, Degeraturi, Cicatrici)		
întreaga suprafață a capului		25
întreaga suprafață a unui membru superior		15
întreaga suprafață a unui membru inferior sau a gâtului		15
întreaga suprafață a toracelui (anterior sau posterior)		15
Invaliditate Permanentă Parțială Organe și sisteme		
Pierdere a unui plămân		50
Pierdere a unui rinichi		30
Pierdere a splinei		11
Pierdere a unei părți de intestin gros ce necesită ileostoma		50
Pierdere cel puțin a unui lob hepatic (lobectomie)		40
Pierdere a pancreasului		11
Pierdere a altor organe interne		2

Anexa 1 – Tabel Detalii Tehnice

Taxa de modificare a sumei asigurate	0 (RON)	0 (EUR)
Taxa de emisiune a contractului și de evaluare a riscului	0 (RON)	0 (EUR)
Prima anuală minimă pentru asigurarea de bază	450 (RON)	Echivalentul în EUR a valorii de 450 RON (curs BNR)
Prima anuală minimă pentru asigurarea de bază aferentă pachetelor premium	1.200 (RON)	Echivalentul în EUR a valorii de 1.200 RON (curs BNR)
Discount acordat în funcție de frecvența de plată a primelor de asigurare:		
- Plata anuală		2,91 %
- Plata semestrială		1,94 %
- Plata trimestrială		0,97 %
- Plata lunară		0 %
Taxe legale	0,7% (indiferent de valuta contractului)	