



Informații precontractuale privind Asigurare privată de sănătate

GENERALI PROTECT

versiunea 1/ martie 2022

Înainte de încheierea Contractului de asigurare, Generali Romania Asigurare Reasigurare S.A. în calitate de Asigurător, vă pune la dispoziție informații relevante ale asigurării, specificate mai jos, în conformitate cu prevederile legale în vigoare. Detaliile complete referitoare la produsul Generali Protect se regăsesc în Condițiile de asigurare.

Definiții:

Accident:	Eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voința Asiguraților/ Coasiguraților și care se soldează cu vătămarea corporală detectabilă din punct de vedere medical. 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, hernia de disc lombar, herniile peretelui abdominal etc, nu pot fi incluse în această categorie.
Afecțiuni (condiție) preexistentă:	Orice boală, vătămare din accident sau altă condiție medicală a Asiguraților/ Coasiguraților, diagnosticată de către un medic înaintea intrării în asigurare a acestuia, cu excepția afecțiunilor acute care s-au vindecat în totalitate.
Asigurat:	Persoană desemnată de către Contractant, a cărei stare de sănătate reprezintă obiectul asigurării și căreia îi sunt oferite beneficiile serviciilor cuprinse în Contractul de asigurare.
Asigurător:	S.C. Generali Romania Asigurare Reasigurare S.A., autorizată pentru efectuarea asigurărilor de viață și generale, 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 sediul 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, HYPERLINK "http://www.general.ro/"www.general.ro, E-mail: HYPERLINK "mailto:info.ro@general.com"info.ro@general.com, Înmatriculată în registrul asigurătorilor: RA-002/2003, Certificată ISO 9001: 2015, Capital social subscris 178.999.221,7 lei, integral vărsat. Asigurătorul oferă tuturor clienților săi consultanță cu privire la produsele de asigurare, în urma căreia elaborează recomandări personalizate pe baza unor criterii profesionale în așa fel încât contractul de asigurare să corespundă cât mai bine cerințelor și necesităților clienților.
Centru de coordonare:	Entitate care menține legătura între Asigurați/ Coasigurați, Asigurător și Prestatorii de servicii medicale, în ceea ce privește desfășurarea procesului de soluționare a daunelor.
Coasigurat:	Membru al familiei Asiguratului, respectiv soțul/ soția, copiii sau alte persoane propuse de Asigurați și acceptate de Asigurător. Conform prezentelor Condiții de asigurare, Coasigurații au aceleași drepturi și obligații ca Asigurații.
Contract de asigurare:	Actul juridic bilateral prin care Contractantul se obligă să plătească primele de asigurare Asigurătorului în schimbul preluării de către acesta a Riscului asigurat. Contractul de asigurare este reglementat de Condițiile de asigurare Generale și Particulare, de Clauzele contractuale, în cazul în care sunt menționate în mod expres în Polița de asigurare, de anexe, de actele declarative/ adiționale, de Declarațiile de sănătate și de alte înțelegeri scrise, confirmate de părți, toate făcând parte integrantă din Contract.
Contractant:	Persoana fizică sau juridică care încheie, în numele Asiguraților/ Coasiguraților, Contractul de asigurare cu Asigurătorul și care poartă responsabilitatea cu privire la plata Primelor de asigurare.

Costul serviciilor medicale:	Suma care se plătește de către Asigurător Prestatorului de servicii medicale sau Asiguraților/ Coasiguraților, în conformitate cu prevederile prezentelor Condiții de asigurare, ca urmare a producerii Riscului asigurat. Costul serviciilor medicale este precizat în documentele justificative de decontare emise de către Prestatorul de servicii medicale și nu poate depăși valoarea sumei asigurate menționate în Poliță pentru fiecare Risc asigurat în parte.
Declarație de Eveniment:	Formular propriu al Asigurătorului completat de Asigurați/ Coasigurați care conține solicitarea de plată a unei daune acoperite prin Contractul de asigurare și detaliile suplimentare cerute de Asigurător.
Declarație de sănătate/ Chestionar medical:	Formular propriu al Asigurătorului completat de Asigurați/ Coasigurați cu informațiile despre starea de Sănătate a acestora.
Eveniment asigurat:	Incidentul sau seria de incidente (Accident sau Îmbolnăvire) care produc Riscul asigurat și la apariția cărora Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare, conform Contractului de asigurare.
Excluderi:	Circumstanțe sau condiții specifice menționate în Contractul de asigurare pentru care nu se acordă Indemnizația sau Suma asigurată.
Indemnizația de asigurare/ Despăgubirea:	Suma de bani plătită de către Asigurător, în cazul producerii unui Risc asigurat, conform prezentelor Condiții de asigurare. Indemnizația de asigurare se plătește doar dacă Riscul asigurat s-a produs în Perioada de valabilitate a Poliței.
Interes asigurabil:	Condiție de bază pentru valabilitatea Contractului de asigurare, reprezentând motivația financiară existentă între Asigurați, Coasigurați și Contractant.
Îmbolnăvire/ Boală:	Modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate, diagnosticată ca atare de un Medic, contractată sau care se manifestă pentru prima dată în Perioada de valabilitate a Asigurării.
Poliță de asigurare/ Certificat de asigurare:	Document scris, emis de către Asigurător, care dovedește încheierea Contractului de asigurare. Orice derogare de la Condițiile de asigurare se face prin prevederi specifice în Oferta de asigurare/ Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare sau prin acte adiționale ale Poliței de asigurare.
Primă de asigurare totală:	Sumă ce trebuie plătită de către Contractant pentru toți Asigurații/ Coasigurații, înainte de începerea asigurării, în schimbul preluării de către Asigurător a Riscului asigurat. Prima de asigurare totală poate fi plătită integral (anual) sau eșalonat, în rate lunare, trimestriale sau semestriale, la termenele specificate în Contractul de asigurare.
Risc asigurat:	Un eveniment viitor, posibil, dar incert, la care este expusă sănătatea Asiguraților/ Coasiguraților. Riscurile asigurate la producerea cărora Asigurătorul acordă despăgubiri sunt doar cele prevăzute în Polița de asigurare.

Excluderi

- Afecțiuni preexistente, Boli cronice, dizabilități sau urmări ale unui Accident petrecut anterior includerii în Asigurare;
- orice tentativă de sinucidere a Asiguraților/ Coasiguraților, automutilare sau Îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
- comiterea cu intenție de către Asigurați/ Coasigurați a unor fapte grave incriminate de dispozițiile Codului Penal, consumul de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguraților/ Coasiguraților mai ridicat de 0,4 la mie și utilizarea de către Asigurați/ Coasigurați a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumul de droguri sau efectuarea unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
- boli mintale, tulburări psihice sau de natură nervoasă;
- consecințele infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite – definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
- practicarea unor Sporturi extreme, precum și participarea activă la competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
- participarea Asiguraților/ Coasiguraților ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
- boli infecțioase și consecințele acestora, contactate de Asigurați/ Coasigurați într-o zonă cu potențial mare de infectare (inclusiv în țara de domiciliu/ reședință a Asiguraților/ Coasiguraților) pentru care organele abilitate din țara în care s-a produs Evenimentul sau Organizația Mondială a Sănătății au declarat epidemie sau pandemie;
- catastrofe naturale, recunoscute oficial de organele abilitate din țara în care s-a produs Evenimentul;
- afecțiuni neoplazice, dacă Riscul asigurat se produce în primele 6 luni de la data la care Asigurații/ Coasigurații respectivi au fost incluși în asigurare;
- malpraxis medical;
- nerespectarea/ ignorarea indicațiilor și recomandărilor Medicului, rezultatele automedicației sau a tratamentului fără prescripție medicală;

- lipsa măsurilor de securitate și a protecției lucrătorilor, cerute de specificul activității desfășurate;
- boli cu transmitere sexuală, tuberculoză pulmonară, precum și consecințele/ complicațiile acestora;
- lista completă a excluderilor se regăsește în condițiile contractuale aplicabile.

Momentul începerii contractului de asigurare. Modalitățile de executare, suspendare, încetare sau reziliere a contractului de asigurare

- Acoperirea prin Asigurare începe la ora 00.00 a zilei imediat următoare celei în care Contractantul a plătit Prima de asigurare totală, dar nu mai devreme de Data intrării în vigoare a Asigurării menționată în Polița de asigurare, dacă părțile nu au convenit altfel.
- Contractul de asigurare încetează în următoarele moduri:
 1. La ora 00:00 a datei de expirare a Contractului de asigurare, menționată ca atare în Polița de asigurare;
 2. În cazul denunțării unilaterale a Contractului de asigurare de către Contractantul Asigurării sau de către Asigurător, sub condiția acordării unui termen de preaviz de cel puțin 30 zile de la data primirii notificării de cealaltă parte. În acest caz, Contractul de asigurare își va înceta efectele la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei de expirare a preavizului;
 3. Prin rezilierea unilaterală, în conformitate cu prevederile condițiilor de asigurare:
 - În cazul în care entitatea juridică sau vreo persoană fizică care are legătură cu Contractul de asigurare apare menționată în listele cu sancțiuni internaționale adoptate la nivelul Națiunilor Unite, Uniunii Europene, OSCE, Statelor Unite ale Americii, sau în orice alte liste aplicabile pe teritoriul României;
 - În cazul în care, anterior producerii Riscului asigurat, se constată că declarația/ declarațiile Contractantului/ Asiguraților/ Coasiguraților au fost incomplete și/ sau inexacte;
 - În cazul nerespectării altor obligații esențiale contractuale de către una dintre părți (Contractant/ Asigurați/ Coasigurați sau Asigurător).
 4. În celelalte moduri prevăzute de codul civil român sau de legislația aplicabilă prezentului Contract.
 5. Asigurarea încetează pentru Asigurați/ Coasigurați, aceștia fiind scoși din Polița de asigurare, în următoarele cazuri:
 - în cazul prezentării către Asigurător a unor declarații/ documente false și/ sau informații incomplete cu privire la împrejurările esențiale referitoare la Riscurile asigurate, informații care, dacă ar fi fost aduse la cunoștința Asigurătorului, ar fi determinat neîncheierea/ neinclusiunea respectivilor Asigurați/ Coasigurați în asigurare sau oferirea acesteia în alte condiții;
 - nerespectarea obligațiilor contractuale de către Asigurați/ Coasigurați;
 - la solicitarea Contractantului;
 - la data atingerii vârstei maxime de ieșire din asigurare;
 - la data decesului Asiguraților/ Coasiguraților;
 - în urma evaluării medicale efectuate de Asigurător pentru anumiți Asigurați/ Coasigurați;
 - la data la care are loc încetarea relațiilor de rudenie/ interesului asiguratibil/ raporturilor contractuale, din orice motiv, între Asigurat și Contractant.

Perioada de grație și rezilierea contractului de asigurare

În cazul în care Contractantul nu achită integral Prima de asigurare datorată la scadență, Asigurătorul acordă o Perioadă de grație de 30 zile începând cu data de scadență a Primei de asigurare neachitate. Polița de asigurare este valabilă în Perioada de grație de 30 zile. Riscul asigurat este acoperit doar dacă sunt achitate în totalitate primele scadente până la expirarea Perioadei de grație. Dacă se produc daune în Perioada de grație, dar până la sfârșitul acesteia primele de asigurare nu se regăsesc în conturile Asigurătorului, solicitările de despăgubire pentru aceste daune nu vor fi suportate de către Asigurător. Dacă Contractantul nu achită toate primele restante în termen de 60 de zile calendaristice de la expirarea Perioadei de grație, Asigurătorul va rezilia de plin drept Contractul în mod unilateral, fără a fi necesară nici o altă formalitate. Primele de asigurare plătite după rezilierea Contractului vor fi restituite integral Contractantului, fără a fi purtătoare de dobândă.

Repunerea în vigoare a contractului de asigurare

În situația în care Contractantul achită integral primele de asigurare în termen de 60 de zile calendaristice de la expirarea Perioadei de grație, atunci Contractul poate fi repus în vigoare. Asigurătorul își rezervă dreptul de a reevalua starea de sănătate a Asiguraților/ Coasiguraților în vederea repunerii în vigoare. În urma evaluării, Asigurătorul poate schimba condițiile de continuare a asigurării sau poate refuza continuarea asigurării pentru anumiți Asigurați/ Coasigurați. În cazul în care Contractul nu este repus în vigoare în urma evaluării, primele plătite după rezilierea Contractului vor fi restituite integral Contractantului.

Primele de asigurare

Prima de asigurare totală se poate plăti anual sau în rate lunare, trimestriale sau semestriale conform opțiunii Contractantului. Ratele de primă trebuie să fie plătite la termenele scadente specificate în Contractul de asigurare. Prima de asigurare totală sau ratele de primă se plătesc de către Contractant pentru Asigurați/ Coasigurați în Lei prin modalitățile de plată puse la dispoziție de Asigurător, așa cum este menționat în Contractul de asigurare.

Plata indemnizațiilor de asigurare

- Termenul în care trebuie notificat Asiguratorului producerea oricărui Risc asigurat este:
- 1. În cazul unui Prestator de servicii medicale din cadrul Rețelei de parteneri medicali agreată:
 - imediat cum s-a produs Evenimentul asigurat, înainte ca orice acțiune sau cheltuială în legătură cu Evenimentul asigurat să fie întreprinse;
 - în maxim 48 de ore de la producerea Riscului asigurat, dacă, din motive obiective, Asiguratorul/ Centrul de coordonare nu au putut fi informați mai devreme;
- 2. În cazul unui Prestator de servicii medicale din afara Rețelei de parteneri medicali agreată:
 - maxim 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data producerii Riscului asigurat.
 - Asiguratorul va efectua plata Indemnizației de asigurare/ va acoperi costurile serviciilor medicale în termen de 30 de zile de la data la care documentația solicitată pentru dosarul de daună este completă.
 - Plata Indemnizației de asigurare/ acoperirea costurilor serviciilor medicale se va face pe teritoriul României, în Lei și în conformitate cu legile aplicabile privind impozitele și taxele, la data efectuării plății.
 - Serviciile medicale efectuate nu pot depăși în nici un caz numărul/ valorile menționate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare. În cazul în care sunt depășite numărul/ valorile specificate în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare, Asigurații/ Coasigurații/ Contractantul au obligația de a achita către Prestatorul de Servicii medicale sumele ce depășesc limitele prevăzute în Poliță/ Certificatul de asigurare. Numărul/ valorile aferente acoperirilor se calculează pe durata unui an de asigurare și nu se pot reporta pentru anul următor.

Declarații False

- Contractantul asigurării este răspunzător pentru corectitudinea informațiilor furnizate Asiguratorului privind vârsta Asiguraților/ Coasiguraților.
- Asigurații/ Coasigurații sunt obligați să informeze în scris pe Asigurator despre condițiile cu privire la Riscul Asigurat pe care le cunosc sau ar trebui să le cunoască și care sunt importante din punct de vedere al evaluării riscului asumat. Asigurații/ Coasigurații vor îndeplini această obligație de înștiințare prin declararea adevărului și prin răspunsuri complete la toate întrebările conținute în Declarația de sănătate sau adresate de către Asigurator în timpul încheierii Contractului de asigurare.

Cheltuieli, taxe, impozite, dobânzi

- Toate cheltuielile, taxele și impozitele aplicabile Primelor de asigurare sau Indemnizațiilor de asigurare sunt în sarcina Contractantului Asigurării, respectiv Asiguraților/ Coasiguraților, în conformitate cu prevederile legale în domeniu.

Alte reglementări

Fondul de Garantare: Definit astfel prin Legea nr. 213/2015, cu modificările și completările ulterioare, este destinat protejării Asiguraților/ Coasiguraților, precum și terțelor persoane păgubite, în cazul în care societatea asigurătoare se află în stare de insolabilitate. Fondul se constituie prin contribuția tuturor Asiguratorilor, fiind administrat în condițiile legii.

Litigii. Modalități de soluționare a reclamațiilor: Orice nemulțumire din partea Contractanților/ Asiguraților/ Coasiguraților va fi soluționată pe cale amiabilă. În acest sens, cererea va fi transmisă în scris (inclusiv în formă electronică, la adresa de e-mail info.ro@general.com și pe site-ul Generali la adresa <https://www.general.ro/contact/> sugestii-reclamatiiintrebari/), către sediul central al Asiguratorului. Acesta va înregistra petiția și va proceda la soluționarea nemulțumirii formulate.

Petentul va primi ulterior, prin intermediul unei înștiințări oficiale, punctul de vedere al Asiguratorului, conținând clarificările necesare și, eventual, modalitatea de soluționare a cererii. 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 situația în care nu s-a reușit soluționarea cazului pe cale amiabilă, părțile se pot adresa autorităților abilitate. Contractantul/ Asigurații/ Coasigurații pot apela la soluționarea alternativă a Litigiului și se pot adresa către SAL-FIN, entitate de soluționare alternativă a Litigiilor în domeniul financiar non-bancar ce funcționează în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară. Solicitățile se adresează în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare. Informații detaliate cu privire la modul și condițiile de soluționare alternativă a Litigiilor pot fi obținute la adresa de internet <http://www.salfin.ro>. Orice Litigiu, decurgând din sau în legătură cu Contractul de asigurare și care nu poate fi soluționat pe cale amiabilă, va fi soluționat de către instanțele judecătorești competente cu sediul în România.

Taxe: Toate taxele percepute de diferite instituții (Medic de familie, Spital, Poliție, Parchet, Institutul de Medicină Legală etc.) pentru eliberarea documentelor solicitate de Asigurator, în vederea plății Indemnizației de asigurare, dacă sunt aplicabile, sunt suportate de Asigurați/ Coasigurați.

Forța majoră: Exonerează părțile contractante de îndeplinirea obligațiilor asumate prin prezentul Contract de asigurare, pe toată perioada în care aceasta acționează. Îndeplinirea Contractului de asigurare va fi suspendată în perioada de acțiune a forței majore, dar fără a prejudicia drepturile ce li se cuveneau părților până la apariția acesteia. Partea contractantă care invocă forța majoră are obligația de a notifica celeilalte părți, imediat și în mod complet, producerea acesteia și de a lua

orice măsuri care îi stau la dispoziție în vederea limitării consecințelor. Dacă forța majoră acționează sau se estimează că va acționa o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte va avea dreptul să notifice celeilalte părți încetarea de plin drept a prezentului Contract de asigurare, fără ca vreuna dintre părți să poată pretinde celeilalte daune – interese. Forța majoră trebuie constatată de o autoritate competentă.

Protecția datelor: Asigurații/ Coasigurații au toate drepturile reglementate de legislația în vigoare referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date conform Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date precum și conform Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679. Asigurații/ Coasigurații își pot exercita drepturile depunând la Asigurător o cerere în formă scrisă, datată și semnată. În cerere, solicitantul poate arăta dacă dorește ca informațiile să îi fie comunicate la o anumită adresă de corespondență sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea i se va face numai personal.

Legislația Aplicabilă: Contractul de asigurare va fi guvernat de Legislația Română.

Deduceri fiscale. Prevederi generale: Conform legislației fiscale în vigoare (legea 227/2015 privind codul fiscal cu modificările și completările ulterioare), asigurările private de sănătate sunt deductibile fiscal, în limita a 400 eur/ persoană/ an. Prezentele precizări fiscale sunt valabile sub rezerva modificării legislației fiscale (Codul Fiscal și orice alt act normativ adoptat în aplicarea acestuia).

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