
Condiții de asigurare Privată de Sănătate GENERALI PROTECT



Versiunea 2/ septembrie 2022

Definiții	3
Condiții Generale de Asigurare	7
1. Contractul de asigurare.....	7
2. Forma și dovada Contractului.....	7
3. Obiectul Asigurării	7
4. Criterii de eligibilitate	7
5. Încheierea Contractului de asigurare	8
6. Întinderea teritorială	9
7. Prima de asigurare	9
8. Plata Indemnizației de asigurare	9
9. Excluderi generale aplicabile tuturor Riscurilor asigurate	11
10. Declarații False	12
11. Modificări contractuale permise în timpul derulării Contractului și la reînnoirea Poliței de asigurare	12
12. Cheltuieli, taxe, impozite, dobânzi	13
13. Înțetarea Contractului de asigurare	13
14. Alte reglementări	14
Condiții Particulare de Asigurare	15
A. Spitalizare, intervenții chirurgicale din Accident și a doua opinie medicală în cazul unei boli grave	15
B. Spitalizare, intervenții chirurgicale din Accident și/ sau Îmbolnăvire și a doua opinie medicală în cazul unei boli grave ...	17
C. Cheltuieli medicale post-spitalizare/ post-intervenție chirurgicală din Accident	20
D. Cheltuieli medicale post-spitalizare/ post-intervenție chirurgicală din Accident și/ sau Îmbolnăvire	20
E. Recuperare medicală post-spitalizare/ post-intervenție chirurgicală din Accident	21
F. Recuperare medicală post-spitalizare/ post-intervenție chirurgicală din Accident și/ sau Îmbolnăvire	21
G. Boli grave	22
Tabelul de Procente pentru Intervenții Chirurgicale	29

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 1, 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 asiguratorilor: RA-002/2003, Certificată ISO 9001: 2015, Capital social subscris 178.999.221,7 lei, integral vărsat.

Public

Definiții:

În prezentele condiții de asigurare, se adoptă următoarele definiții:

Accident:	Eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care survine în Perioada de valabilitate a asigurării, independent de voința 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 cu titlu de exemplu): accidentul vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptura vasculară, hernia de disc lombar, herniile peretelui abdominal etc, nu pot fi incluse în această categorie.
Afecțiune (condiție) preexistentă:	Orice boală, vătămare din accident sau altă condiție medicală a Asiguraților/ Coasiguraților, diagnosticată de către un medic înaintea intrării în asigurare a acestora, cu excepția afecțiunilor acute care s-au vindecat în totalitate și cu excepția afecțiunii oncologice (cancer), dacă aceasta a fost diagnosticată după ce Asiguratul a împlinit vârsta de 18 ani și au trecut mai mult de 7 ani de la data încheierii protocolului oncologic aferent sau dacă a fost diagnosticată înainte ca Asiguratul să fi împlinit vârsta de 18 ani și au trecut mai mult de 5 ani de la data încheierii protocolului oncologic aferent.
An de asigurare:	Douăsprezece luni consecutive de asigurare de la data de început a asigurării.
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 România Asigurare Reasigurare S.A.
Bilet de externare:	Document medical emis de un Spital acreditat de Ministerul Sănătății care îndeplinește definiția de Spital din prezentele Condiții de asigurare și care conține: datele de identificare ale Asiguraților/ Coasiguraților, istoricul medical, perioada de spitalizare, procedurile și investigațiile medicale efectuate în timpul perioadei de spitalizare, evaluarea medicală (diagnosticul stabilit), schema de tratament efectuată, recomandările și tratamentele indicate la externare, inclusiv perioada de concediu medical indicată (dacă este cazul). Documentul trebuie să fie datat, semnat și parafat de medicul care a consultat Asigurații/ Coasigurații.
Boală cronică:	Afecțiune medicală sau psihiatrică cunoscută, care are o perioadă lungă de evoluție sau care prezintă recăderi frecvente, necesitând îngrijiri medicale de specialitate repetate. În această categorie se includ următoarele boli (enumerarea este cu titlu de exemplu): diabet zaharat, hepatită cronică, pancreatită cronică, poliartrită reumatoidă, insuficiență cardiacă etc. În cadrul bolilor cronice intră și orice alte afecțiuni favorizate de consumul excesiv de alcool, substanțe toxice sau stupefiante, respectiv de fumat, precum și alte afecțiuni cu caracteristici similare din punct de vedere al evoluției clinice.
Categorie de asigurați:	O parte din membrii eligibili, încadrați într-un subgrup conform unor criterii stabilite de Contractantul asigurării și acceptate de către Asigurător.
Caz de urgență medicală/ Urgență medico-chirurgicală:	Orice accident sau îmbolnăvire survenit/ă brusc sau neașteptat, care necesită asistență medicală imediată, în scopul menținerii vieții, a funcțiilor vitale sau pentru a evita pierderea unui organ sau a funcțiilor acestuia. Urgențele medico-chirurgicale sunt prevăzute de legislația din România.
Centru de coordonare al Asigurătorului:	Entitate care menține legătura între Asigurați/ Coasigurați, Asigurător și Prestatorii de servicii medicale, în ceea ce privește desfășurarea procesului de soluționare a daunelor.
Clauze contractuale:	Prevederi menționate în Contractul de asigurare, care stabilesc cel puțin drepturile și obligațiile părților contractuale.
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.
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, la data încheierii Poliței de asigurare, Asigurații/ Coasigurații împuternicesc Asigurătorul, sub condiția păstrării confidențialității tuturor datelor, să întreprindă orice fel de investigații, să ceară documente Medicilor curanți și să obțină rezultatele investigațiilor medicale efectuate cu privire la Asigurați/ Coasigurați.
Consultație medicală:	Examinarea unui pacient de către un medic în scopul stabilirii diagnosticului, a schemei terapeutice sau în scopul reevaluării medicale.

Contract de asigurare:	Actul juridic bilateral prin care Contractantul se obligă să plătească primele de asigurare Asiguratorului în schimbul preluării de către acesta a Riscului asigurat. Contractul de asigurare este alcătuit din următoarele documente: <ul style="list-style-type: none"> - Formularul DNT; - Documentul de informare conform legislației în vigoare pentru Produsul Generali Protect (PID); - Oferta de asigurare, Informarea GDPR; - Polița de asigurare și anexele la aceasta (dacă există); - Prezentele Condiții generale de asigurare; - Condițiile particulare de asigurare; - Declarațiile de sănătate și alte acte declarative (dacă există); - Orice alte documente solicitate de Asigurator pentru buna desfășurare a Asigurării.
Contractant:	Persoana fizică sau juridică care încheie, în numele Asiguraților/ Coasiguraților, Contractul de asigurare cu Asiguratorul și care poartă responsabilitatea cu privire la plata Primelor de asigurare.
Costul serviciilor medicale:	Suma care se plătește de către Asigurator 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.
Data intrării în vigoare a Contractului de asigurare:	Data de la care este angajată răspunderea Asiguratorului, menționată în Polița de asigurare, numai dacă Prima de asigurare datorată a fost plătită.
Data expirării Contractului de asigurare:	Data încetării răspunderii Asiguratorului, menționată în Polița de asigurare.
Declarație de Eveniment:	Formular propriu al Asiguratorului completat de Asigurați/ Coasigurați care conține solicitarea de plată a unei daune acoperite prin Contractul de asigurare și detaliile suplimentare cerute de Asigurator.
Declarație de sănătate/ Chestionar medical:	Formular propriu al Asiguratorului completat de Asigurați/ Coasigurați cu informațiile despre starea de Sănătate a acestora.
Decontare directă:	Modalitatea de plată utilizată de Asigurator pentru achitarea serviciilor medicale acoperite prin Contractul de asigurare către Prestatorul de servicii medicale din Rețeaua agreată, după ce acestea au fost prestate Asiguraților/ Coasiguraților.
Diagnosticare:	Procesul de identificare a unei boli sau vătămări corporale a Asiguraților/ Coasiguraților în baza datelor clinice și a celor obținute din investigații paraclinice și consemnate într-un document medical semnat și parafat de către un medic cu drept de liberă practică medicală.
Documente justificative de decontare:	Documentele medicale și fiscale pe care le eliberează Prestatorul de servicii medicale pentru a acoperi costul serviciilor medicale efectuate Asiguraților/ Coasiguraților.
Evaluarea riscurilor:	Procesul prin intermediul căruia Asiguratorul verifică condițiile în care va prelua în asigurare viitorii Asigurați/ Coasigurați. Evaluarea va ține cont de mai mulți factori, în funcție de criteriile de evaluare ale Asiguratorului, printre care enumerăm: vârsta, starea de sănătate, ocupația și modul de petrecere a timpului liber ale persoanelor evaluate. Pe lângă informațiile furnizate de Contractant/ Asigurați/ Coasigurați în Declarația de sănătate, Asiguratorul poate solicita și informații suplimentare în scris sau orice documente/ detalii din partea Asiguraților/ Coasiguraților, a personalului medical sau a instituțiilor medicale unde Asigurații/ Coasigurații au fost tratați.
Eveniment asigurat:	Incidentul sau seria de incidente (Accident sau Îmbolnăvire) care produc Riscul asigurat și la apariția cărora Asiguratorul 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
Franșiză:	Partea din prejudiciu care rămâne în sarcina Asiguraților/ Coasiguraților. Franșiza este menționată în Polița de asigurare/ acte adiționale și este exprimată ca număr de zile de indemnizare zilnică. Se aplică Franșiza deductibilă (se despăgubește doar perioada după depășirea franșizei).
Grup:	Minimum 2 (două) persoane fizice care au o relație de rudenie, pentru care există un interes asigurabil sau care prestează activități în beneficiul Contractantului în baza unui contract individual de muncă, de mandat, de leasing de personal, sau de prestări servicii ori sunt, după caz, membri/ asociați/ acționari ai Contractantului și care îndeplinesc criteriile de eligibilitate ale Asiguratorului.

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.
Inflație medicală:	Creșterea costurilor în sectorul medical cauzată de creșterea prețului aferent serviciilor medicale și/ sau de dezvoltarea logistică medicală (atât a unităților medicale cât și a tehnologiei).
Interes asigurat:	Condiție de bază pentru valabilitatea Contractului de asigurare, reprezentând motivația financiară existentă între Asigurați, Coasigurați și Contractant.
Investigații imagistice:	Producerea de imagini ale organelor sau țesuturilor prin diferite tehnici, cu scopul de a le folosi în diagnosticarea anumitor afecțiuni medicale.
Intermediar:	Persoana fizică sau juridică ce intermediază Contractul de asigurare dintre Contractant și Asigurător.
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.
Încheierea Protocolului Oncologic:	Prin încheierea protocolului oncologic se înțelege finalizarea completă a schemelor de tratament (intervenție chirurgicală, radioterapie, chimioterapie etc) și lipsa recomandărilor de tratament ulterioare referitoare la patologia oncologică (cancer). Pentru ca Asigurătorul să poată verifica data la care a fost încheiat protocolul oncologic, Asiguratul are obligația de a furniza un referat medical emis de medicul oncolog/ fișa de evidență oncologică din care să reiasă cu exactitate data finalizării tuturor schemelor de tratament referitoare la patologia oncologică (cancer).
Litigii:	Neînțelegeri, divergențe, diferențe de opinii între părțile Contractului de asigurare care pot face obiectul unui proces în fața instanțelor competente.
Medic:	Absolvent și licențiat al unei Facultăți de Medicină autorizate, care deține o diplomă eliberată de autoritățile în domeniu și care profesază în baza unei autorizații valabile de liberă practică.
Medicament:	Substanță sau amestec de substanțe care prezintă proprietăți curative în cazul unor afecțiuni, ca și orice produs care poate fi administrat în vederea stabilirii unui diagnostic medical sau a restaurării, corectării și modificării funcțiilor organice și se regăsește în Nomenclatorul medicamentelor pentru uz uman din România, publicat de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANMDM).
Medicină alternativă/ medicină experimentală:	Oricare servicii medicale care nu sunt incluse în practica medicală general acceptată și care nu sunt studiate în universitățile de medicină recunoscute oficial de Statul Român. Prin intermediul medicinei alternative/ experimentale se acordă tratamente adjuvante sau tratamente care înlocuiesc tratamentul clasic medical.
Necesitate medicală:	Serviciu medical adecvat pentru diagnosticarea sau tratarea unei afecțiuni medicale sau leziuni posttraumatice. Pentru a putea fi considerat necesitate medicală, un serviciu medical trebuie să îndeplinească următoarele criterii: să corespundă practicilor și standardelor profesionale medicale general acceptate; motivul alegerii serviciului respectiv să nu fie reprezentat exclusiv de nevoia de confort a pacientului sau a personalului medical; eficiența să fie dovedită și recunoscută în condițiile respectării indicațiilor medicale; serviciul să fie efectuat de un medic/ Prestator de servicii medicale; durata să corespundă indicației medicale, în funcție de evoluția stării de sănătate. Asigurătorul are dreptul de a analiza și stabili dacă investigațiile recomandate și/ sau Tratatamentul efectuat Asiguraților/ Coasiguraților au fost o necesitate medicală.
Ofertă de asigurare:	Document furnizat de către Asigurător Contractantului, care conține informațiile necesare în vederea încheierii Asigurării, Riscurile asigurate oferite, Sumele asigurate, Perioada asigurată, precum și alte date importante relaționate cu serviciile oferite prin Asigurare, prin care Contractantul își exprimă consimțământul cu privire la încheierea Contractului de asigurare.
Perioada asigurată:	Perioada de timp dintre data includerii în asigurare a unui Asigurat/ Coasigurat și data ieșirii din asigurare a acestuia, indiferent de numărul Polițelor reînnoite, cu continuitate în acoperire pentru respectivul Asigurat/ Coasigurat.
Perioadă de așteptare:	Perioadă de timp, calculată de la data intrării în asigurare a Asiguraților/ Coasiguraților, în care nu este angajată răspunderea Asigurătorului pentru riscul specific achiziționat de Contractant.
Perioadă de grație:	O anumită perioadă de timp scursă de la scadența de plată a primei, în care Contractantul mai poate efectua plata și pe parcursul căreia protecția oferită de Contractul de asigurare continuă. Perioada de grație este de 30 zile calendaristice de la data ultimei scadențe neachitate.
Perioadă de valabilitate a Contractului de asigurare:	Perioada de timp dintre Data intrării în vigoare și Data expirării Poliței de asigurare.

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.
Prestator de servicii medicale:	Unitate medicală (spitalicească sau ambulatorie), autorizată de către Ministerul Sănătății Publice, care se ocupă de furnizarea sau intermedierea serviciilor medicale cuprinse în Contractul de asigurare și care poate emite documente justificative de decontare pentru toate serviciile medicale prestate.
Proceduri de subscriere:	Totalitatea normelor și reglementărilor stabilite de către Asigurător pe care Contractantul/ Asigurații/ Coasigurații trebuie să le parcurgă în scopul evaluării, clasificării și cuantificării Riscurilor preluate de către Asigurător prin Contractul de asigurare, în vederea preluării/ modificării Riscului.
Primă de asigurare Individuală:	Sumă ce trebuie plătită de către Contractant pentru un Asigurat/ Coasigurat.
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.
Raport medical:	Document medical solicitat de către Asigurător, necesar pentru evaluarea și stabilirea dreptului la Indemnizația de asigurare, care conține: datele de identificare ale Asiguraților/ Coasiguraților, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale, procedurile efectuate în cadrul consultației și recomandările/ investigațiile medicale/ tratamentele indicate, semnat și parafat de medicul care a consultat Asigurații/ Coasigurații.
Rata de daună:	Raportul procentual dintre totalul daunelor plătite +/- variația rezervei de daună și primele de asigurare încasate de Asigurător.
Recomandare/ Rețetă/ Prescripție medicală:	Document medical, eliberat de un Medic cu drept de liberă practică emis de Colegiul Medicilor din România, ce conține următoarele informații obligatorii: datele de identificare ale Asiguraților/ Coasiguraților, diagnostic, recomandările Medicului, data, semnătura și parafa Medicului.
Reînnoirea contractului:	Continuarea valabilității Contractului de asigurare pentru o nouă perioadă, în aceleași Condiții stabilite inițial de către părți sau printr-o nouă negociere.
Repunere în termen:	Reluarea sau continuarea beneficiilor acoperite prin Contractul de asigurare întrerupt din cauza neplății Primelor de asigurare la scadență sau în Perioada de grație.
Rețeaua de prestatori de servicii medicale:	Totalitatea Prestatorilor de servicii medicale agreeți de către Centrul de coordonare și de Asigurător.
Rezervă privată, în regim hotelier:	Unitate spitalicească privată, care se află în incinta unui Spital de stat.
Risc asigurat:	Un eveniment viitor, posibil, dar incert, la care este expusă sănătatea Asiguraților/ Coasiguraților. Riscurile asigurate la producerea cărora Asigurătorul acordă despăgubiri sunt doar cele prevăzute în Polița de asigurare.
Servicii medicale acoperite:	Totalitatea serviciilor medicale la care Asigurații/ Coasigurații sunt îndreptățiți în virtutea Contractului de Asigurare.
Spital:	O unitate medicală publică sau privată cu paturi, a cărei funcționare este autorizată de Ministerul Sănătății și care îndeplinește cumulativ următoarele condiții: <ul style="list-style-type: none"> - acordă servicii de diagnostic și tratament în regim continuu pacienților internați, cu întocmirea Foii de Observație Clinică Generală (FOCG), conform procedurilor legale în vigoare; - dispune de echipamente medicale adecvate, de personal medical și auxiliar acreditat conform reglementărilor legale în vigoare pentru acordarea de asistență medicală de specialitate, în concordanță cu diagnosticul principal formulat la internarea pacientului.
Sport extrem:	Este o activitate sportivă cu un grad ridicat de pericol inerent, ce implică de cele mai multe ori viteză, înălțime, un nivel ridicat de efort fizic sau echipamente specializate. Pentru exemplificare, astfel de sporturi extreme sunt (enumerarea este cu titlu de exemplu): 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 potențialii Asigurații/ Coasigurați practică sporturi extreme și solicită în mod expres Asigurătorului să fie acoperit, atunci Asigurătorul va evalua și va decide modalitatea de preluare în asigurare sau refuzul includerii în asigurare a acestuia.
Sumă asigurată:	Suma pentru care s-a încheiat Asigurarea și în limita căreia Asigurătorul plătește Indemnizația de asigurare.

Tratament: Toate serviciile medicale acordate Asiguraților/ Coasiguraților pentru a evalua, diagnostica și/ sau trata boala/ afecțiunea, vătămarea corporală sau consecințele unui accident produs în Perioada asigurată.

Condiții Generale de Asigurare

1. Contractul de asigurare

- 1.1. 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.
- 1.2. Asigurătorul va răspunde în baza acestui Contract numai dacă Asigurații/ Coasigurații respectă întocmai și îndeplinesc obligațiile ce le revin în baza acestui Contract, precum și dacă aceștia dau - în Declarațiile de sănătate și în celelalte acte declarative - informații și răspunsuri adevărate.

2. Forma și dovada Contractului

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

3. Obiectul Asigurării

- 3.1. Asigurarea privată de sănătate Generali Protect este un produs de asigurare care oferă protecție pentru unul sau mai multe riscuri prevăzute la art. 3.5., conform opțiunii Contractantului.
- 3.2. Asigurarea privată de sănătate Generali Protect nu reprezintă un plan de economisire sau capitalizare și, prin urmare, nu are valoare de răscumpărare și nu poate fi transformată într-o asigurare cu suma redusă.
- 3.3. Asigurarea privată de sănătate Generali Protect se încheie pe o perioadă de 1 an, cu posibilitatea de reînnoire cu continuitate la sfârșitul perioadei de asigurare în aceleași condiții sau printr-o nouă negociere. Asigurătorul își rezervă și dreptul de a nu reînnoi Polița de asigurare.
- 3.4. La reînnoirea Poliței de asigurare, Asigurătorul își rezervă dreptul de a reevalua Riscul asigurat și de a modifica primele de asigurare în funcție de următorii factori:
 - a) inflația medicală;
 - b) situația portofoliului de Asigurați/ Coasigurați în ceea ce privește rata de daună pentru asigurarea Generali Protect.
- 3.5. Riscurile asigurate prin aceste Condiții de asigurare și Condițiile particulare de asigurare pot fi, conform opțiunii Contractantului:

Riscuri obligatorii:

- a) Spitalizare, intervenții chirurgicale din Accident și a doua opinie medicală în cazul unei boli grave **sau**
- b) Spitalizare, intervenții chirurgicale din Accident și/ sau Îmbolnăvire și a doua opinie medicală în cazul unei boli grave.

Riscuri suplimentare:

- c) Cheltuieli medicale post-spitalizare/ post-intervenție chirurgicală din Accident **sau**
- d) Cheltuieli medicale post-spitalizare/ post-intervenție chirurgicală din Accident și/ sau Îmbolnăvire;
- e) Recuperare medicală post-spitalizare/ post-intervenție chirurgicală din Accident **sau**
- f) Recuperare medicală post-spitalizare/ post-intervenție chirurgicală din Accident și/ sau Îmbolnăvire;
- g) Boli grave.

Pentru a fi valabile, Riscurile asigurate trebuie menționate expres în Polița de asigurare.

- 3.6. Dacă a fost achiziționat riscul obligatoriu Spitalizare, intervenții chirurgicale din Accident și a doua opinie medicală în cazul unei boli grave, pot fi achiziționate și riscurile suplimentare de la punctele c), e), g) doar pentru acoperirea din Accident.

Dacă a fost achiziționat riscul de bază Spitalizare, intervenții chirurgicale din Accident și/ sau Îmbolnăvire și a doua opinie medicală în cazul unei boli grave, pot fi achiziționate și riscurile suplimentare de la punctele d), f), g) pentru acoperirea din Accident și/ sau Îmbolnăvire.

4. Criterii de eligibilitate

- 4.1. Pentru Contractant persoană fizică la data semnării/ confirmării ofertei de asigurare:
 - a) vârsta minimă la încheierea contractului de asigurare este de: 18 ani;
 - b) este cetățean român sau străin, cu domiciliul/ rezidența/ dreptul de ședere în România.
- 4.2. Pentru Asigurat/ Coasigurat major la data semnării/ confirmării ofertei de asigurare:
 - a) vârsta minimă de intrare în asigurare: 18 ani;

- b) vârsta maximă de intrare în asigurare: 60 ani/ 24 ani pentru Coasigurat copil;
 - c) vârsta maximă de ieșire din asigurare: 65 ani/ 25 ani pentru Coasigurat copil;
 - d) este o persoană fizică, cetățean român sau străin, care are domiciliul/ rezidența/ dreptul de ședere în România.
- 4.3. Pentru Coasigurat minor la data semnării/ confirmării ofertei de asigurare:
- a) vârsta minimă de intrare în asigurare: de la naștere;
 - b) vârsta maximă de intrare în asigurare: 17 ani;
 - c) vârsta maximă de ieșire din asigurare: 18 ani;
 - d) este o persoană fizică, cetățean român sau străin, care are domiciliul/ rezidența/ dreptul de ședere în România.
- În sensul prezentelor condiții de asigurare, se ia în calcul vârsta calculată ca diferență dintre anul intrării, respectiv ieșirii în/ din asigurare și anul nașterii Asiguratului/ Coasiguratului.

5. Încheierea Contractului de asigurare

- 5.1. Contractul de asigurare se încheie între Contractant/ Asigurați/ Coasigurați și Asigurător. Contractantul are obligația de a informa Asigurații/ Coasigurații privind termenii contractuali, în conformitate cu legislația în vigoare.
- 5.2. În vederea încheierii Contractului de Asigurare, Contractantul va accepta/ confirma Oferta de Asigurare împreună cu documentele anexă, ce fac parte integrantă din Contractul de asigurare. În vederea întocmirii Ofertei de Asigurare, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita informații cu privire la starea de sănătate a Asiguraților/ Coasiguraților prin completarea Declarației de Sănătate. Asigurații/ Coasigurații/ Contractantul au obligația de a declara în scris Asigurătorului toți factorii esențiali din punctul de vedere al acceptării asigurării, pentru care Asigurătorul a pus întrebări în scris, factori care au fost sau trebuiau să fi fost cunoscuți de către Asigurați/ Coasigurați/ Contractant. Asigurătorul va păstra confidențialitatea informațiilor și le va folosi în activitatea de asigurare, inclusiv dar fără a se limita la scopul evaluării riscului, în vederea încheierii Asigurării, în vederea gestionării dosarelor de daună și în orice alte situații impuse de legislație. În cazul declarațiilor incomplete sau incorecte, Asigurătorul va proceda conform art. 10 (Declarații False) din prezentele Condiții de Asigurare. În cazul minorilor, va semna/ confirma Reprezentantul legal al acestuia.
- 5.3. Asigurătorul își rezervă dreptul de a evalua starea de sănătate în baza Declarației de sănătate a Asiguraților/ Coasiguraților, putând solicita și efectuarea unui examen medical sau prezentarea unor documente suplimentare, importante din punctul de vedere al acceptării Riscului ce urmează a fi asigurat.
- 5.4. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita informații suplimentare referitoare la ocupația Asiguraților/ Coasiguraților, precum și la practicarea de sporturi periculoase.
- 5.5. Dacă în urma evaluării riscului se descoperă factori care contribuie la modificarea acestuia, Asigurătorul va comunica Contractantului în termen de maximum 5 zile de la primirea tuturor documentelor solicitate în vederea evaluării cazului decizia sa, care poate fi:
- Preluarea în Asigurare în condiții standard;
 - Preluarea în asigurare în condiții de asigurare diferite (modificare primă, impunerea unor Excluderi, propunerea de sume asigurate diferite etc.);
 - Refuzul preluării în asigurare a unuia sau a mai multor Asigurați/ Coasigurați;
 - Propunerea de planuri alternative de asigurare pentru unul sau mai multi Asigurați/ Coasigurați;
 - Amânarea includerii în asigurare a unuia sau a mai multor Asigurați/ Coasigurați până la o reevaluare medicală a cărei dată va fi stabilită de Asigurător.
- 5.6. Asigurătorul va verifica existența interesului asigurabil între Contractant/ Asigurați/ Coasigurați.
- 5.7. Structura de riscuri achiziționate pentru Asigurați este întotdeauna aceeași și pentru Coasigurați.
- 5.8. Asigurătorul emite o singură Poliță de asigurare pentru Asigurați/ Coasigurați și Certificate de asigurare pentru fiecare Asigurat/ Coasigurat, în funcție de necesitate, la care se pot atașa, după caz, anexe și/ sau acte adiționale.
- 5.9. 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.
- 5.10. În cazul Contractelor de asigurare al căror contractant este Angajatorul, se consideră membru eligibil:
- a. un membru al Grupului asigurat, activ și prezent la locul de muncă la data începerii Asigurării;
 - b. un membru al Grupului asigurat, care nu este activ și prezent la locul de muncă la data începerii Asigurării este considerat eligibil la data reîncheierii activității;
 - c. o persoană care devine membru al Grupului asigurat după data de început a Asigurării, este considerată eligibilă din momentul includerii în Grupul respectiv de către Asigurător.
- 5.11. La momentul încheierii Contractului de asigurare și la fiecare modificare de Asigurați/ Coasigurați, dacă părțile nu convin altfel, Contractantul va transmite Asigurătorului datele persoanelor astfel:
- numele și prenumele;
 - CNP-ul;
 - data începerii/ încetării relațiilor de rudenie/ interesului asigurabil/ raporturilor de muncă/ de colaborare sau data includerii/ excluderii în/ din Grup în cazul sindicatelor, asociațiilor, cluburilor etc., dacă este cazul;
 - categoria de beneficii în care sunt încadrați, dacă este cazul;
 - relația Coasiguraților cu Asigurații de care aparțin, dacă este cazul.
- 5.12. Asigurătorul acceptă în perioada de derulare a Contractului, menținerea Asiguraților în Asigurare pe perioada de întrerupere temporară a activității normale la locul de muncă al acestora, cu condiția plății continue a Primelor de asigurare (inclusiv pe perioada întreruperii activității) în următoarele cazuri: concediu de odihnă, concediu de formare profesională, concediu fără plată, concediu de maternitate, concediu de creștere a copilului, concediu de îngrijire a copilului.

6. Întinderea teritorială

Acoperirile sunt valabile în România, cu excepția acoperirii „A doua opinie medicală în cazul unei boli grave”, care este valabilă în Uniunea Europeană.

7. Prima de asigurare

- 7.1. Cota de Primă de asigurare se calculează pentru Asigurați/ Coasigurați în funcție de vârstele acestora, limitele de asigurare pentru Riscurile acoperite și numărul persoanelor incluse în asigurare. Prima de asigurare poate fi, de asemenea, influențată de rezultatul evaluării riscului pentru fiecare Asigurat/ Coasigurat.
- 7.2. Prima de asigurare totală pentru un Contract de asigurare se obține prin însumarea Primelor individuale de asigurare aferente tuturor Asiguraților/ Coasiguraților cuprinși în asigurare.
- 7.3. 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.
- 7.4. 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.
- 7.5. 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 zile calendaristice de la expirarea Perioadei de grație, Asigurătorul va rezilia de plin drept Contractul în mod unilateral, fără a fi necesară nicio altă formalitate. Primele de asigurare plătite după rezilierea Contractului vor fi restituite integral Contractantului, fără a fi purtătoare de dobândă. În situația în care Contractantul achită integral primele de asigurare în termen de 60 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.
- 7.6. În cazul modificării numărului de Asigurați/ Coasigurați, Prima de asigurare se calculează proporțional cu numărul de zile acoperite de Asigurare și se plătește în maximum 30 zile calendaristice de la data modificării. Regularizarea primei de asigurare ca urmare a modificărilor de Asigurați/ Coasigurați se face la fiecare includere sau excludere în/ din asigurare.
- 7.7. Extinderea termenelor de plată a ratelor de asigurare restante nu este valabilă dacă nu este aprobată în scris de către Asigurător.
- 7.8. Asigurătorul nu este obligat să anunțe Contractantul despre data scadenței primei de asigurare, acestea fiind comunicate la data emiterii Poliței de asigurare.

8. Plata Indemnizației de asigurare

- 8.1. Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare/ să acopere Costul serviciilor medicale pentru Riscuri asigurate care se produc în Perioada de valabilitate a asigurării menționată în Polița de asigurare/ Certificatul de asigurare și care sunt notificate Asigurătorului/ Centrului de coordonare în termenul precizat în prezentele Condiții de asigurare.
- 8.2. Termenul în care trebuie notificat Asigurătorului producerea oricărui Risc asigurat este, după caz:
 1. în cazul în care serviciul medical urmează să fie acordat de un Prestator de servicii medicale din cadrul Rețelei de parteneri medicali agreată, notificarea trebuie făcută imediat cum s-a produs Evenimentul asigurat de către Asigurați/ Coasigurați, înainte ca Asigurații/ Coasigurații să întreprindă orice acțiune sau să efectueze orice cheltuială în legătură cu Evenimentul asigurat;
 2. în cazul în care serviciul medical urmează să fie acordat de un Prestator de servicii medicale din cadrul Rețelei de parteneri medicali agreată, notificarea poate fi făcută și în maximum 48 ore de la producerea Riscului asigurat, dacă, din motive obiective, Asigurații/ Coasigurații nu au putut informa Asigurătorul/ Centrul de coordonare mai devreme;
 3. în cazul în care serviciul medical urmează să fie acordat de un Prestator de servicii medicale din afara Rețelei de parteneri medicali agreată, termenul de notificare de către Asigurați/ Coasigurați este de maximum 30 zile calendaristice de la data producerii Riscului asigurat.În caz de neîndeplinire de către Asigurați/ Coasigurați a obligației de notificare menționată mai sus la punctele 1, 2 și 3, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu a putut stabili cu exactitate (prin personalul propriu de specialitate, contraexpertize realizate de terți etc.) cauza, circumstanțele, data producerii Riscurilor asigurate. Notificarea va conține o scurtă descriere a Riscurilor asigurate produse și a evenimentelor/ împrejurărilor care au determinat producerea acestora și va include, în mod obligatoriu, denumirea unității sanitare care acordă sau a acordat îngrijirile medicale necesare. Notificarea se poate face prin e-mail sau scrisoare. Asigurătorul își rezervă dreptul de a verifica prin mijloace legale condițiile acordării asistenței medicale Asiguraților/ Coasiguraților. Excepție de la această regulă fac cazurile în care, din motive obiective de natură medicală, justificate pe bază de documente medicale, Asigurații/ Coasigurații s-au aflat în imposibilitatea îndeplinirii acestei obligații.

- 8.3. Pentru ca acoperirile să fie valabile, Prestatorul de servicii medicale trebuie să primească în prealabil acceptul Asigurătorului. Excepțiile sunt urgențele medico-chirurgicale, prevăzute de legislația în vigoare, când acceptul Asigurătorului poate fi obținut și după efectuarea/ accesarea serviciilor medicale, dar nu mai târziu de 48 ore de la momentul producerii Evenimentului sau a cazurilor în care serviciul medical urmează să fie acordat de un Prestator de servicii medicale din afara Rețelei de parteneri medicali agreată.
- 8.4. În vederea soluționării dosarelor de daună, Asigurații/ Coasigurații împuternicesc Asigurătorul să întreprindă orice fel de investigații, să obțină documentele medicale/ rezultatele investigațiilor medicale efectuate de Asigurați/ Coasigurați de la medicii curanți/ instituțiile medicale și să obțină orice date referitoare la acestea.
- 8.5. Documentația necesară pentru deschiderea dosarului de daună trebuie furnizată de către Asigurați/ Coasigurați în termen de maximum 90 zile de la data producerii Riscului asigurat și va conține, în principal:
- Declarație de eveniment;
 - Documente justificative de decontare emise de către Prestatorii de servicii medicale pentru serviciile medicale oferite Asiguraților/ Coasiguraților în copie (facturi, chitanțe, bonuri etc.);
 - Documentele medicale în baza cărora au fost întocmite documentele justificative de decontare (rezultate analize medicale, rapoarte medicale, bilete de ieșire din spital, copii ale foilor de observație clinică generală, rezultate ale investigațiilor medicale etc.) (copii);
 - Copie carte de identitate/ Certificat de naștere Asigurați/ Coasigurați;
 - Alte documente solicitate de Asigurător.
- 8.6. Pentru toate serviciile medicale efectuate, Prestatorul de servicii medicale trebuie să emită:
- Rapoarte medicale complete care să conțină: datele de identificare ale Asiguraților/ Coasiguraților, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale și recomandările/ investigațiile medicale/ tratamentele indicate, rezultatele acestora, protocolul operator al intervenției chirurgicale efectuate, motivul solicitării transportului cu ambulanța;
 - Biletul de externare din spital (în cazul Spitalizării/ Intervențiilor chirurgicale);
 - Documente justificative de decontare (facturi, chitanțe, bonuri etc.);
 - Orice alte documente care să ateste și să justifice serviciile medicale prestate Asiguraților/ Coasiguraților.
- 8.7. Asigurătorul va efectua plata Indemnizației de asigurare/ va acoperi costurile serviciilor medicale în termen de 30 zile de la data la care documentația solicitată pentru dosarul de daună este completă.
- 8.8. 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.
- 8.9. Indemnizația de asigurare convenită Asiguraților/ Coasiguraților nu poate fi urmărită de creditorii acestuia, ori de alte persoane ce au un interes relativ la patrimoniul Asiguraților/ Coasiguraților.
- 8.10. Dacă Coasiguratul este minor la data plății Indemnizației de asigurare, plata acesteia se va face de către Asigurător cu respectarea prevederilor legale speciale privind drepturile minorilor.
- 8.11. Asigurătorul își rezervă dreptul de a reduce sau de a nu plăti Indemnizația de asigurare sau de a nu acoperi costurile serviciilor medicale, în cazul în care se constată încercări de fraudă din partea Asiguraților/ Coasiguraților/ Contractantului. Încercarea de fraudă va fi considerată și situația în care Asigurații/ Coasigurații/ Contractantul au cunoștință despre și nu declară o tentativă de fraudare din partea Prestatorului de servicii medicale.
- 8.12. În eventualitatea în care se constată efectuarea unor plăți necuvenite din partea Asigurătorului, acesta își rezervă dreptul de a se întoarce împotriva beneficiarilor plăților necuvenite, pentru recuperarea sumelor plătite în mod eronat.
- 8.13. Comunicările dintre părți se vor transmite prin e-mail, poștă sau curier la adresa de domiciliu/ sediul social menționat în Oferta de asigurare, dar și prin alte mijloace de comunicare ce permit păstrarea confirmării de primire.
- 8.14. Contractantul/ Asigurații/ Coasigurații asigurării au obligația de a notifica Asigurătorul în scris asupra tuturor modificărilor datelor sale relevante (nume, adresă de corespondență, CUI etc.), ca și de a desemna o persoană împuternicită prin care să poarte corespondența cu Asigurătorul, ale cărei date să fie puse la dispoziția acestuia. În cazul în care Contractantul/ Asigurații/ Coasigurații și-au schimbat adresa de corepondență fără o notificare scrisă către Asigurător, corespondența trimisă de Asigurător la ultima adresă cunoscută va avea efect juridic deplin pentru toate părțile Contractului de asigurare.
- 8.15. La încheierea Contractului de Asigurare și pe întreg parcursul acestuia, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita detalii suplimentare referitoare la Contractant/ Asigurați/ Coasigurați, necesare pentru respectarea prevederilor Legislative referitoare la prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor.
- 8.16. Serviciile medicale efectuate nu pot depăși în niciun 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.
- 8.17. Plata serviciilor medicale efectuate se va face de către Asigurător după cum urmează:
- a) direct către Prestatorul de servicii medicale din cadrul Rețelei de parteneri medicali agreată;
 - b) direct către Asigurați/ Coasigurați, în situația în care serviciul medical a fost acordat/ efectuat de un Prestator de servicii medicale din afara Rețelei de parteneri medicali agreată sau, dacă, din diverse motive, serviciul medical a fost achitat de către Asigurați/ Coasigurați.
- 8.18. Pentru efectuarea/ accesarea serviciilor medicale, se acceptă și recomandări medicale de la medici din afara Rețelei de parteneri medicali agreată.

9. Excluderi generale aplicabile tuturor Riscurilor asigurate

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

- a) Afecțiuni preexistente, Boli cronice, dizabilități sau urmări ale unui Accident petrecut anterior includerii în Asigurare;
- b) război, invazie, acțiune a unui inamic, 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, acțiuni în numele sau în legătură cu orice organizație cu activități îndreptate spre răsturnarea prin forță a Guvernului, de jure sau de facto, precum și alte evenimente asemănătoare;
- c) 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;
- d) orice tentativă de sinucidere a Asiguraților/ Coasiguraților, automutilare sau Îmbolnăvire intenționată; sinuciderea nu este considerată Accident;
- e) 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;
- f) boli mintale, tulburări psihice sau de natură nervoasă;
- g) consecințele infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite – definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
- h) practicarea unor Sporturi extreme, precum și participarea activă la competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
- i) participarea Asiguraților/ Coasiguraților ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
- j) boli infecțioase și consecințele acestora, contactate de Asigurați/ Coasigurați într-o zonă/ țară (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;
- k) catastrofe naturale, recunoscute oficial de organele abilitate din țara în care s-a produs Evenimentul;
- l) afecțiuni neoplazice, dacă Riscul asigurat se produce în primele 6 luni de la data la care Asigurații/ Coasigurații respectivi au fost incluși în asigurare;
- m) malpraxis medical;
- n) nerespectarea/ ignorarea indicațiilor și recomandărilor Medicului, rezultatele automedicației sau a tratamentului fără prescripție medicală;
- o) lipsa măsurilor de securitate și a protecției lucrătorilor, cerute de specificul activității desfășurate;
- p) necesitatea modificării/ corectării indicilor de refracție, a acuității auditive, mai puțin în cazul în care acestea sunt consecințe ale unui Accident;
- q) tuberculoză pulmonară, precum și consecințele/ complicațiile acesteia;
- r) acte de terorism: Asiguratorul nu despăgubește pierderile, daunele, costurile de orice natură, oricare ar fi aceasta, cauzate de către, care decurg din sau sunt în legătură cu orice act de terorism, indiferent de orice altă cauză sau orice alt eveniment care contribuie la pierderi, simultan sau în orice altă succesiune.

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

Sunt excluse de la acordarea de despăgubiri 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 Asiguratorul consideră că, din cauza acestei Excluderi, orice pierdere, daună, cost sau cheltuială nu este acoperită conform acestui contract, obligația dovedirii contrariului va fi în sarcina Asiguraților/ Coasiguraților. În cazul în care se constată că o parte a acestei clauze este nulă sau neexecutorie, restul va rămâne în vigoare și complet valabilă.

9.2. De asemenea, nu sunt acoperite pe niciunul din Riscurile asigurate, următoarele:

- a) investigațiile și tratamentele pentru sterilitate/ inseminare artificială și consecințele/ complicațiile acestora, precum și schimbarea de sex sau donarea de organe, în calitate de donator;
- b) toate Îmbolnăvirile cauzate de consumul cronic sau excesiv de alcool (cu titlu de exemplu: pancreatită cronică, ciroză și fibroză hepatică, neoplasm hepatic etc.);
- c) studiile de determinare a hărții genetice sau alte metode de diagnostic și tratament genetic cu excepția analizelor pentru investigarea infecțiilor virale (detecție genotipare ADN/ ARN viral);
- d) spitalizările/ intervențiile chirurgicale pentru tratamente cosmetice/ estetice/ plastice și/ sau reparatorii, cu excepția cazurilor cu indicație terapeutică expresă pentru deficite funcționale ale unui țesut, organ, membru sau segment de membru, ca urmare a unei Îmbolnăviri sau a unui Accident sau pentru excizia de tumori benigne/ maligne la recomandarea medicului. Spitalizarea pentru chirurgia estetică/ cosmetică/ plastică și/ sau reparatorie, care implică schimbarea aspectului la alegerea Asiguratului, fără a fi o necesitate medicală, nu este acoperită. Nu sunt acoperite nici intervențiile pentru obezitate/ exces ponderal, incluzând și chirurgia bariatrică (gastric sleeve/ bypass);

- e) toate evenimentele care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora precum și tratamentul infertilității (fertilizare in vitro, inseminare artificială, transferul embrionului etc.);
- f) tratamentul dentar și chirurgia dentară;
- g) medicina alternativă (cu titlu de exemplu: tratamente de detoxifiere, acupunctură, tratamente chiropractice, osteopatie, reflexologie, podiatrie etc.), tratamente experimentale, care nu sunt în acord cu standardele medicale acceptate sau orice tratamente/ investigații care nu au fost prescrise/ recomandate de către o autoritate medicală recunoscută oficial precum și servicii relaționate cu medicina muncii;
- h) 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.);
- i) împrejurări care nu sunt datorate unor Accidente/ Îmbolnăviri petrecute în Perioada de valabilitate a Contractului de asigurare sau pentru care nu există documente medicale/ fiscale justificative;
- j) orice servicii medicale neacceptate de către Asigurător și/ sau nerecomandate în scris de către un medic cu drept de liberă practică medicală precum și tratamente sau servicii medicale care nu sunt o necesitate medicală;
- k) afecțiuni/ boli congenitale sau defecte din naștere.

10. Declarații False

- 10.1. Contractantul asigurării este răspunzător pentru corectitudinea informațiilor furnizate Asigurătorului privind vârsta Asiguraților/ Coasiguraților.
Dacă vârsta Asiguraților/ Coasiguraților este declarată incorect, toate Indemnizațiile rezultând din Contractul de asigurare vor fi ajustate în consecință, pe baza datelor corecte, atât pentru Riscul de bază cât și pentru Riscurile suplimentare, dacă acestea au fost achiziționate.
- 10.2. Asigurații/ Coasigurații sunt obligați să informeze în scris Asigurătorul 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 Asigurător în timpul încheierii Contractului de asigurare.
- 10.3. În cazul în care Contractantul, Asigurații sau Coasigurații vor furniza declarații false sau informații incomplete, în măsura în care aceste informații sunt esențiale pentru buna derulare a Contractului de asigurare, Asigurătorul are dreptul de a lua următoarele măsuri, în funcție de circumstanțele concrete:
- a) în cazul în care caracterul fals sau incomplet al declarațiilor/ informațiilor furnizate este descoperit de către Asigurător înainte de producerea Riscului 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 asigurat în cazul 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 asigurat 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 asigurat în cazul producerii oricărui Evenimente 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 Asigurații/ Coasigurații, 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.
- 10.4. În cazul rezilierii de către Asigurător a Contractului de asigurare pentru declarații false/ incomplete, Asigurătorul este degrevat de plata Indemnizației de asigurare.
- 10.5. Rezilierea Contractului de asigurare de către Asigurător se poate face și doar pentru un Asigurat/ Coasigurat prin excluderea acestuia din Contract, în cazul în care există mai mulți Asigurați/ Coasigurați în același Contract de asigurare.

11. Modificări contractuale permise în timpul derulării Contractului și la reînnoirea Poliței de asigurare

Dacă la momentul solicitării nu se înregistrează întârzieri în plata primelor de asigurare, Contractantul are următoarele posibilități:

11.1. Să adauge Asigurați/ Coasigurați:

Această modificare este posibilă în următoarele situații:

- la emiterea Poliței/ la Reînnoire. La Reînnoire, modificarea va fi avizată cu 30 zile înaintea datei de expirare.

Asigurătorul poate efectua o analiză a riscului pentru fiecare Asigurat/ Coasigurat care va fi adăugat în Polița de asigurare. Dacă în urma evaluării riscului se descoperă factori care contribuie la modificarea acestuia, Asigurătorul va proceda în conformitate cu prevederile art. 5.5. Asigurătorul va confirma adăugarea Asiguraților/ Coasiguraților noi prin emiterea unui Act adițional.

- după data de emitere a Poliței, Contractantul poate să ceară doar o dată pe lună Asigurătorului, printr-o notificare trimisă în acest sens, includerea în asigurare a Asiguraților/ Coasiguraților noi. Includerile în Asigurare se fac doar cu acordul Asigurătorului și sunt operate o dată pe lună, începând cu ora 00:00 a zilei imediat următoare zilei în care Asigurătorul a primit notificarea de includere. Notificarea privind Asigurații/ Coasigurații noi se trimite de către Contractant în maximum 30 zile de la data angajării/ includerii în Grup. Prin excepție de la această regulă, se pot adăuga Coasigurați (soț/ soție/ partener) pentru care notificarea s-a făcut în maximum 30 zile de la data căsătoriei Asiguratului în cursul anului de asigurare și/ sau Coasigurați copii pentru care notificarea s-a făcut în maximum 30 zile de la data nașterii copilului Asiguratului, în cursul anului de asigurare.

În cazul apartenenței la un grup de tipul organizațiilor de sindicat, patronale sau sportive, aderarea la Grupul asigurat se face în termen de maximum 30 zile de la data aderării la organizația respectivă.

11.2. Să excludă Asigurați/ Coasigurați:

Această modificare este posibilă în următoarele situații:

- la Reînnoire. Modificarea va fi avizată cu 30 zile înaintea datei de expirare.
- după data de emitere a Poliței, Contractantul are dreptul să ceară doar o dată pe lună Asigurătorului, printr-o notificare trimisă în acest sens, excluderea din asigurare a Asiguraților/ Coasiguraților care nu mai fac parte din Grup. Excluderile din Asigurare se fac doar cu acordul Asigurătorului și sunt operate de Asigurător o dată pe lună, începând cu ora 00:00 a zilei imediat următoare zilei în care Asigurătorul a primit notificarea de excludere. Notificarea privind foștii Asigurați/ Coasigurați se trimite de către Contractant în maximum 30 zile de la data încetării relațiilor de rudenie/ interesului asigurabil/ relațiilor contractuale de muncă/ mandat/ prestări servicii/ leasing de personal. În cazul decesului Asiguraților/ Coasiguraților, aceștia vor fi excluși din asigurare cu data imediat următoare decesului, iar prima de asigurare va fi calculată pro-rata în funcție de Perioada asigurată.

O persoană care este exclusă din Asigurare, nu mai poate fi inclusă în Asigurare în timpul anului de asigurare, ci doar la Reînnoirea Poliței.

Coasigurații vor fi excluși din Polița de asigurare la momentul excluderii Asiguratului de care aparțin, eliminarea Asiguratului din Polița de asigurare conducând automat și la eliminarea Coasiguraților acestuia.

11.3. Să actualizeze datele Contractantului/ Asiguraților/ Coasiguraților:

Această modificare este posibilă oricând. Asigurătorul va confirma modificarea prin emiterea unui Act adițional.

11.4. Să modifice Riscul de bază precum și Riscurile suplimentare.

Această modificare este posibilă doar la Reînnoire. În acest caz, Asigurătorul poate efectua o analiză a riscului pentru Asigurați/ Coasigurați. Dacă în urma evaluării riscului se descoperă factori care contribuie la modificarea acestuia, Asigurătorul va proceda în conformitate cu prevederile art. 5.5. Asigurătorul va confirma modificarea Riscului de bază și a Riscurilor suplimentare prin emiterea unei noi Polițe.

12. 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.

13. Încetarea Contractului de asigurare

13.1. Contractul de asigurare încetează în următoarele moduri:

- La ora 00:00 a datei de expirare a Contractului de asigurare, menționată ca atare în Polița de asigurare;
- 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;
- Prin rezilierea unilaterală, după cum urmează:
 - de drept, fără notificare sau orice altă formalitate prealabilă, fără punere în întârziere, partea în culpă fiind de drept în întârziere prin însăși neexecutarea obligației, și fără intervenția instanței de judecată, în următoarea situație:
 - 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 această situație și în niciun alt caz, Asigurătorul nu va fi considerat răspunzător de a plăti vreo Despăgubire/ Indemnizație sau de a furniza orice alt beneficiu în temeiul prezentului Contract, în măsura în care acestea ar expune Asigurătorul la sancțiuni, interdicții sau restricții în temeiul rezoluțiilor Națiunilor Unite sau ale sancțiunilor comerciale sau economice, legilor sau regulamentelor Uniunii Europene, ale Statelor Unite ale Americii, O.S.C.E. sau ale României.
 - fără nicio formalitate prealabilă, fără punere în întârziere, partea în culpă fiind de drept în întârziere prin însăși neexecutarea obligației, cu excepția transmiterii prealabile a unei notificări de reziliere cu cel puțin 10 zile anterior datei de reziliere, în următoarele situații:
 - 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).

- d) În celelalte moduri prevăzute de codul civil român sau de legislația aplicabilă prezentului Contract.
- 13.2. Prevederea de la litera c) de la prezentul articol constituie un pact comisoriu de ultimul grad.
- 13.3. Asigurarea încetează pentru Asigurați/ Coasigurați, aceștia fiind scoși din Polița de asigurare, în următoarele cazuri:
- a) în cazul prezentării către Asigurător a unor declarații/ documente false și/ sau informații incomplete cu privire la împrejurările esențiale referitoare la Riscurile asigurate, informații care, dacă ar fi fost aduse la cunoștința Asigurătorului, ar fi determinat neîncheierea/ neinclusiunea respectivilor Asigurați/ Coasigurați în asigurare sau oferirea acesteia în alte condiții;
 - b) nerespectarea obligațiilor contractuale de către Asigurați/ Coasigurați;
 - c) la solicitarea Contractantului;
 - d) la data atingerii vârstei maxime de ieșire din asigurare, conform art. 4 din prezentele Condiții generale de asigurare;
 - e) la data decesului Asiguraților/ Coasiguraților;
 - f) în urma evaluării medicale efectuate de Asigurător pentru anumiți Asigurați/ Coasigurați;
 - g) la data la care are loc încetarea relațiilor de rudenie/ interesului asigurabil/ raporturilor contractuale, din orice motiv, între Asigurat și Contractant.

14. Alte reglementări

Dispozițiile prezentelor Condiții generale se completează cu prevederile Condițiilor particulare de asigurare și fac parte integrantă din Contractul de asigurare încheiat. Prevederile prezentelor Condiții de asigurare se completează cu dispozițiile legale în materie. Prevederile din Polița de asigurare și anexele acesteia vor prevala față de dispozițiile din Condițiile de asigurare.

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 insolvabilitate. Fondul se constituie prin contribuția tuturor Asigurătorilor, 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.com/contact/ sugestii-reclamatiiintrebari/](https://www.general.com/contact/sugestii-reclamatiiintrebari/)), către sediul central al Asigurătorului. Acesta va înregistra petiția și va proceda la soluționarea nemulțumirii formulate. Petentul va primi ulterior, prin intermediul unei înștiințări oficiale, punctul de vedere al Asigurătorului, conținând clarificările necesare și, eventual, modalitatea de soluționare a cererii. Dacă, din punctul de vedere al petentului, răspunsul Asigurătorului nu corespunde cerințelor sale, la solicitarea acestuia, părțile pot conveni la organizarea unei întâlniri în cadrul căreia să se soluționeze cererea. În situația în care nu s-a reușit soluționarea cazului pe cale amiabilă, părțile se pot adresa 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 Asigurător, 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).

Condiții Particulare de Asigurare

A. Spitalizare, intervenții chirurgicale din Accident și a doua opinie medicală în cazul unei boli grave

A. I. Spitalizare și intervenții chirurgicale din Accident

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii Spitalizare și intervenții chirurgicale din Accident, alături de Condițiile Generale de asigurare.

1. Acest Risc asigurat este valabil pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident) în Perioada de valabilitate a Poliței de asigurare, Asigurații/ Coasigurații sunt internați într-un Spital și/ sau suferă o intervenție chirurgicală, la recomandarea scrisă a unui medic.

Se consideră o zi de spitalizare ziua calendaristică, indiferent de ora internării și externării Asiguraților/ Coasiguraților.

În cazul Spitalelor private, Asigurătorul va acoperi, în limitele menționate în Polița de asigurare, costurile cu serviciile medicale aferente spitalizării și/ sau intervenției chirurgicale, respectiv:

- cazarea Asiguraților/ Coasiguraților (și a însoțitorului când Coasiguratul este minor), mesele, consultațiile medicale, investigațiile medicale, intervențiile chirurgicale, medicamentele și consumabilele furnizate în regim de spitalizare; În situația în care Prestatorul de servicii are disponibile mai multe opțiuni de cazare (exemplu: cameră dublă, single etc), Centrul de coordonare/ Asigurătorul va decide, în funcție de necesitatea medicală, modalitatea de cazare care va fi aprobată.

- montarea chirurgicală de proteze, dispozitive sau aparate pentru susținerea unei funcții a corpului uman absentă, afectată sau distrusă (spre exemplificare: stenturi, plase, materiale de osteosinteză etc.); este acoperit și costul protezei/ dispozitivului/ aparatului, în limita specificată în Poliță.

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

În cazul Spitalelor publice, Asigurătorul va plăti Indemnizații, în limitele menționate în Polița de asigurare.

Pentru spitalizare se va achita o indemnizație zilnică, iar pentru intervenții chirurgicale o indemnizație fixă, în funcție de tipul intervenției suferite, conform Poliței de asigurare și Tabelului de Procente pentru Intervenții Chirurgicale.

2. Pentru ca această acoperire să fie valabilă, spitalizarea și intervenția chirurgicală trebuie să se efectueze cu acceptul Asigurătorului. Nu se acoperă spitalizarea și intervenția chirurgicală decât în condițiile notificării prealabile a Asigurătorului, cu excepția cazului în care Asigurații/ Coasigurații au fost internați pentru o urgență medico-chirurgicală, caz în care vor anunța Asigurătorul în termen de 48 h de la momentul internării și vor prezenta ulterior Asigurătorului documentele medicale în original, care să ateste existența urgenței (fișa de ambulanță, fișa UPU sau de la Camera de Gardă, Raport medical complet, rezultatele investigațiilor efectuate etc.).

3. În sensul prezentelor Condiții de asigurare, prin spitalizare se înțelege forma de internare într-o secție/ compartiment dintr-o unitate medicală acreditată, prin care se asigură asistență medicală curativă pentru afecțiunile acute și urmările unui Accident petrecut în Perioada asigurată, pe întreaga durată necesară rezolvării cazului respectiv, cu întocmirea FOCG (Foi de Observație Clinică Generală).

Spitalizarea continuă se face la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii. Nu este acoperită spitalizarea efectuată la cererea Asiguraților/ Coasiguraților.

Nu se consideră Spitalizare internarea în:

- unitățile destinate îngrijirii persoanelor dependente de alcool sau de substanțe psihoactive;
- unitățile destinate îngrijirii bătrânilor și azilele de bătrâni;
- unitățile medico-sociale sau spitalele, secțiile destinate internării cazurilor sociale;
- instituțiile de nursing sau de îngrijiri medicale la domiciliu;
- clinicile de chirurgie estetică și înfrumusețare;
- sanatoriile balneare și secțiile de balneofizioterapie/ recuperare medicală;
- sanatoriile și preventoriile TBC, precum și unitățile sau secțiile de pneumoftiziologie sau ftiziologie, cu excepția situațiilor în care din documentele medicale reiese cu exactitate faptul că pacientul a fost tratat în astfel de instituții pentru alte afecțiuni decât tuberculoza sau complicațiile acesteia;
- instituțiile pentru tratarea bolilor psihice;
- centre de medicină complementară/ medicină alternativă/ centre wellness etc.;
- Spital în calitate de însoțitor, cu excepția situației în care Asigurații/ Coasigurații sunt însoțitori ai unui Coasigurat minor.

4. În sensul prezentelor Condiții de asigurare, prin intervenție chirurgicală se înțelege procedura medicală efectuată la recomandarea unui medic de specialitate, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- se realizează în concordanță cu standardele și normele recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;
- este practică într-o secție chirurgicală a unui Spital, conform standardelor și normelor medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;

- presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.

În situația în care spitalizarea/ intervenția chirurgicală este efectuată în afara Rețelei de parteneri medicali agreată, Asigurătorul va achita costurile după cum urmează:

- integral, prin decontare ulterioară, în limitele menționate în Polița de asigurare, în cazul în care serviciile au fost acordate de un Prestator de servicii medicale privat;

- sub formă de Indemnizație de asigurare pentru spitalizare și intervenție chirurgicală calculată pentru Asigurați/ Coasigurați, în limitele menționate în Polița de asigurare, în cazul în care serviciile au fost acordate de un Prestator public de servicii medicale (Spital de Stat).
- 5. Pe lângă Excluderile menționate în cadrul art. 9, este exclusă, de asemenea, spitalizarea în scopul efectuării unui tratament de recuperare medicală specializată.
- 6. Indemnizația se plătește cu respectarea prevederilor art. 8 din Condițiile Generale de asigurare pentru Asigurarea Privată de sănătate Generali Protect.
- 7. Indemnizația de asigurare are, de regulă, caracter personal și se achită doar Asiguraților/ Coasiguraților. Cu toate acestea, în cazul în care Asigurații/ Coasigurații au decedat înaintea plății Indemnizației cuvenite, Indemnizația de asigurare pentru acest Risc va fi plătită moștenitorilor legali.
- 8. Nu pot fi achiziționate în același timp Riscurile Spitalizare și intervenții chirurgicale din Accident și Îmbolnăvire și a doua opinie medicală în cazul unei boli grave și Spitalizare și intervenții chirurgicale din Accident și a doua opinie medicală în cazul unei boli grave.
- 9. În cazul intervențiilor chirurgicale efectuate în Spitale publice pentru care Asiguraților/ Coasiguraților li se va plăti Indemnizație de asigurare, se va ține cont de următoarele condiții:
 - a) două sau mai multe intervenții chirurgicale efectuate în aceeași ședință operatorie, vor fi considerate o singură intervenție chirurgicală, iar Indemnizația de asigurare va fi cea corespunzătoare intervenției chirurgicale efectuate care are cel mai ridicat procentaj în „Tabelul de Procente pentru Intervenții Chirurgicale”.
 - b) Pentru orice intervenție chirurgicală 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.

A. II. A doua opinie medicală în cazul unei boli grave

1. În cazul în care Asigurații/ Coasigurații au fost diagnosticați pentru prima dată în Perioada asigurată cu o afecțiune medicală inclusă în lista celor menționate în cadrul clauzei de Boli grave, atunci aceștia pot solicita o a doua opinie medicală, la unul dintre medicii specialiști experți sau, în anumite cazuri, la o comisie de medici experți, recomandați de Centrul de coordonare al Asiguratorului. Asigurații/ Coasigurații pot solicita obținerea unei a doua opinii medicale și dacă urmează să sufere o intervenție chirurgicală cauzată de o afecțiune acută din categoriile: afecțiuni ale coloanei vertebrale, ale articulațiilor, afecțiuni gastro-intestinale. Medicul expert selectat de Centrul de coordonare, este un medic cu drept de liberă practică medicală în țara sa de rezidență, recunoscut ca un specialist de top în domeniul său de practică medicală.
2. A doua opinie medicală este un serviciu medical la distanță, care permite Asiguraților/ Coasiguraților să obțină o opinie personalizată de la medici experți în domeniu, în legătură cu diagnosticul lor medical, respectiv recomandarea de tratament sau de intervenție chirurgicală care le-a fost prescrisă de un alt medic/ echipă medicală.
3. Această acoperire se poate utiliza doar o singură dată per an de asigurare pentru fiecare dintre Asigurați/ Coasigurați, dacă Polița de asigurare este în Perioada de valabilitate și doar pentru afecțiunile descrise în cadrul clauzei Boli grave.
Asigurații/ Coasigurații pot solicita obținerea unei a doua opinii medicale și dacă urmează să sufere o intervenție chirurgicală cauzată de o afecțiune acută din categoriile: afecțiuni ale coloanei vertebrale, ale articulațiilor, afecțiuni gastro-intestinale. Prin solicitarea unei a doua opinii medicale se acoperă costurile aferente pregătirii și transmiterii către Asigurați/ Coasigurați a Raportului de expertiză medicală și utilizarea platformei web pusă la dispoziție de Centrul de coordonare al Asiguratorului. Orice alte costuri care sunt în afara Raportului de expertiză medicală, vor fi suportate de către Asigurați/ Coasigurați. Raportul de expertiză medicală este generat ca urmare a analizării documentației medicale transmisă de Asigurați/ Coasigurați către Centrul de coordonare al Asiguratorului și a datelor furnizate în Chestionarele medicale completate de către Asigurați/ Coasigurați. Prin completarea Chestionarului medical, Asigurații/ Coasigurații sunt de acord cu procesarea datelor lor de sănătate și transmiterea acestora către Medicul expert/ Comisia de medici experți selectată de Centrul de coordonare al Asiguratorului. Asigurații/ Coasigurații vor utiliza platforma web securizată pusă la dispoziție de Centrul de coordonare pentru transmiterea datelor solicitate, precum și pentru primirea Raportului de expertiză medicală. În situația în care Coasiguratul este minor, transmiterea documentelor medicale, completarea Chestionarelor medicale va fi efectuată de părintele/ reprezentantul legal al minorului în beneficiul acestuia.
4. Toate documentele medicale, precum și formularele solicitate de către Centrul de coordonare vor fi traduse în limba engleză pentru a putea fi încărcate în platforma web în vederea obținerii celei de a doua opinii medicale. Costul traducerii este suportat de către Centrul de coordonare al Asiguratorului. Raportul de expertiză medicală va fi, de asemenea, tradus în limba română, integral de către Centrul de coordonare al Asiguratorului.
5. Pentru ca această acoperire să fie operantă, serviciile trebuie să se efectueze cu respectarea Condițiilor de asigurare iar afecțiunea pentru care se solicită a doua opinie medicală să fie diagnosticată pentru prima dată în Perioada asigurată.
6. Asigurații/ Coasigurații contactează Centrul de coordonare la numărul indicat în Polița de asigurare în vederea obținerii unei a doua opinii medicale. Asigurații/ Coasigurații vor completa formularele solicitate de Centrul de coordonare al Asiguratorului și vor transmite toate documentele și informațiile medicale necesare pentru contactarea medicilor specialiști experți adecvați în vederea obținerii celei de a doua opinii medicale pentru Asigurat/ Coasigurat. Centrul de coordonare va deschide un cont special alocat Asiguraților/ Coasiguraților în vederea transmiterii documentelor medicale. De la data solicitării celei de a doua opinii medicale și a deschiderii contului web pentru

- Asigurații/ Coasigurați, toate documentele medicale și chestionarele solicitate de Asigurător trebuie să fie transmise către Centrul de coordonare în termen de 30 zile.
7. Un Raport scris ce conține a doua opinie medicală va fi furnizat de către medicul expert după analiza documentației medicale transmise de Asigurat/ Coasigurat. Termenul maxim de transmitere a Raportului este de 14 zile lucrătoare de la data la care documentația medicală solicitată Asiguraților/ Coasiguraților este completă și trimisă Centrului de coordonare.
 8. Centrul de coordonare va oferi asistență Asiguraților/ Coasiguraților în vederea parcurgerii și a înțelegerii Raportului medicului expert, precum și a clarificării conduitei terapeutice propuse/ opiniei medicale transmise. În cazul în care Asigurații/ Coasigurații au în continuare întrebări, le pot adresa și în mod direct medicului expert (maximum 5 întrebări).
 9. Cazul medical va fi închis după 30 zile lucrătoare de la data furnizării celei de a doua opinii medicale. După trecerea perioadei de 30 zile, Asigurații/ Coasigurații nu mai pot adresa întrebări suplimentare, nu vor mai avea acces la platforma web și nu vor mai putea primi altă opinie medicală.
 10. Pentru prezenta acoperire, se aplică Excluderile generale menționate la art. 9, precum și prevederile menționate la clauza Boli grave, art. G.
 11. Pentru acoperirea a doua opinie medicală în cazul unei boli grave, nu se aplică perioadă de așteptare.
 12. Asiguratul/ Coasiguratul este singurul și pe deplin responsabil pentru corectitudinea, coerența și caracterul complet al documentației și informațiilor medicale furnizate de acesta.
 13. Centrul de coordonare al Asigurătorului nu va putea efectua verificări sau controale pentru a constata dacă înregistrările și informațiile transmise de Asigurat/ Coasigurat sunt exacte și complete. Astfel, medicul expert care furnizează Raportul medical ce conține a doua opinie medicală nu poate fi responsabil pentru acesta, în condițiile în care Asiguratul/ Coasiguratul transmite documente/ informații medicale incomplete, insuficiente, trunchiate, modificate sau false.
 14. Raportul medical care include a doua opinie medicală furnizat de medicul expert nu înlocuiește opinia medicului curant al Asiguratului/ Coasiguratului asupra stării de sănătate a acestuia, în urma examenului medical, de specialitate, ce a fost efectuat. Niciun sfat sau tratament medical acordat Asiguratului/ Coasiguratului de către un profesionist din domeniul sănătății nu trebuie neglijat sau amânat din cauza Raportului ce conține a doua opinie medicală furnizat de un medic expert. Orice urgență medicală trebuie să determine Asiguratul/ Coasiguratul să contacteze imediat serviciile de urgență și/ sau medicul care îi monitorizează starea medicală.
 15. siguratul/ Coasiguratul înțelege că ia singur decizii cu privire la îngrijirea sănătății sale în raport cu informațiile și recomandările furnizate de către medicul specialist responsabil cu urmărirea stării de sănătate a acestuia, indiferent de rezultatul transmis prin Raportul care conține a doua opinie medicală a medicului expert.

B. Spitalizare, intervenții chirurgicale din Accident și/ sau Îmbolnăvire și a doua opinie medicală în cazul unei boli grave

B. I. Spitalizare și intervenții chirurgicale din Accident și/ sau Îmbolnăvire

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii Spitalizare și intervenții chirurgicale din Accident și Îmbolnăvire, alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Acest Risc asigurat este valabil pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident/ Îmbolnăvire) în Perioada de valabilitate a Poliței de asigurare, Asigurații/ Coasigurații sunt internați într-un Spital și/ sau suferă o intervenție chirurgicală, la recomandarea scrisă a unui medic.

Se consideră o zi de spitalizare ziua calendaristică, indiferent de ora internării și externării Asiguraților/ Coasiguraților.

În cazul Spitalelor private, Asigurătorul va acoperi, în limitele menționate în Polița de asigurare, costurile cu serviciile medicale aferente spitalizării și/ sau intervenției chirurgicale, respectiv:

- cazarea Asiguraților/ Coasiguraților (și a însoțitorului când Coasiguratul este minor), mesele, consultațiile medicale, investigațiile medicale, intervențiile chirurgicale, medicamentele și consumabilele furnizate în regim de spitalizare. În situația în care Prestatorul de servicii are disponibile mai multe opțiuni de cazare (exemplu: cameră dublă, single etc), Centrul de coordonare/ Asigurătorul va decide, în funcție de necesitatea medicală, modalitatea de cazare care va fi aprobată.
- montarea chirurgicală de proteze, dispozitive sau aparate pentru susținerea unei funcții a corpului uman absentă, afectată sau distrusă (spre exemplificare: stenturi, plase, materiale de osteosinteză etc.); este acoperit și costul protezei/ dispozitivului/ aparatului, în limita specificată în Poliță.

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

În cazul spitalelor publice, Asigurătorul va plăti Indemnizații, în limitele menționate în Polița de asigurare.

Pentru spitalizare se va achita o Indemnizație zilnică, iar pentru intervenții chirurgicale o Indemnizație fixă, în funcție de tipul intervenției suferite, conform Poliței de asigurare și Tabelului de Procente pentru Intervenții Chirurgicale.

2. Pentru ca această acoperire să fie valabilă, spitalizarea și intervenția chirurgicală trebuie să se efectueze cu acceptul Asigurătorului. Nu se acoperă spitalizarea și intervenția chirurgicală decât în condițiile notificării prealabile a Asigurătorului, cu excepția cazului în care Asigurații/ Coasigurații au fost internați pentru o urgență medico-chirurgicală, caz în care vor anunța Asigurătorul în termen de 48 h de la momentul internării și vor prezenta ulterior Asigurătorului documentele medicale în original, care să ateste existența urgenței (fișa de ambulanță, fișa UPU sau de la Camera de Gardă, Raport medical complet, rezultatele investigațiilor efectuate etc.).

3. În sensul prezentelor Condiții de asigurare, prin spitalizare se înțelege forma de internare într-o secție/ compartiment dintr-o unitate medicală acreditată, prin care se asigură asistență medicală curativă pentru afecțiunile acute și urmările unui Accident și/ sau unei Îmbolnăviri petrecut/ e în Perioada asigurată, pe întreaga durată necesară rezolvării cazului respectiv, cu întocmirea FOCG (Foi de Observație Clinică Generală).

Spitalizarea continuă se face la recomandarea unui medic de specialitate acreditat în condițiile legii. Nu este acoperită spitalizarea efectuată la cererea Asiguraților/ Coasiguraților.

Nu se consideră Spitalizare internarea în:

- unitățile destinate îngrijirii persoanelor dependente de alcool sau de substanțe psihoactive;
- unitățile destinate îngrijirii bătrânilor și azilele de bătrâni;
- unitățile medico-sociale sau spitalele, secțiile destinate internării cazurilor sociale;
- instituțiile de nursing sau de îngrijiri medicale la domiciliu;
- clinicile de chirurgie estetică și înfrumusețare;
- sanatoriile balneare și secțiile de balneofizioterapie/ recuperare medicală;
- sanatoriile și preventoriile TBC, precum și unitățile sau secțiile de pneumoftiziologie sau ftiziologie, cu excepția situațiilor în care din documentele medicale reiese cu exactitate faptul că pacientul a fost tratat în astfel de instituții pentru alte afecțiuni decât tuberculoza sau complicațiile acesteia;
- instituțiile pentru tratarea bolilor psihice;
- centre de medicină complementară/ medicină alternativă/ centre wellness etc.;
- Spital în calitate de însoțitor, cu excepția situației în care Asigurații/ Coasigurații sunt însoțitori ai unui Coasigurat minor.

4. În sensul prezentelor Condiții de asigurare, prin intervenție chirurgicală se înțelege procedura medicală efectuată la recomandarea unui medic de specialitate, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- se realizează în concordanță cu standardele și normele recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;
- este practică într-o secție chirurgicală a unui Spital, conform standardelor și normelor medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;

- presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.

În situația în care spitalizarea/ intervenția chirurgicală este efectuată în afara Rețelei de parteneri medicali agreată, Asigurătorul va achita costurile după cum urmează:

- integral, prin decontare ulterioară, în limitele menționate în Polița de asigurare, în cazul în care serviciile au fost acordate de un Prestator de servicii medicale privat;
- sub formă de Indemnizație de asigurare pentru spitalizare și intervenție chirurgicală calculată pentru Asigurați/ Coasigurați, în limitele menționate în Polița de asigurare, în cazul în care serviciile au fost acordate de un Prestator public de servicii medicale (Spital de Stat).

5. Pe lângă Excluderile menționate în cadrul art. 9, sunt excluse, de asemenea, următoarele:

- a) spitalizarea în scopul efectuării unui tratament de recuperare medicală specializată;
- b) intervențiile chirurgicale pentru corectarea tulburărilor de refracție a ochilor și/ sau a acuității acustice, cu excepția celor care sunt urmarea unui Accident petrecut în Perioada asigurată.

6. Indemnizația se plătește cu respectarea prevederilor art. 8 din Condițiile generale de asigurare pentru asigurarea Privată de sănătate Generali Protect.

7. Indemnizația de asigurare are, de regulă, caracter personal și se achită doar Asiguraților/ Coasiguraților. Cu toate acestea, în cazul în care Asigurații/ Coasigurații au decedat înaintea plății Indemnizației convenite, Indemnizația de asigurare pentru acest Risc va fi plătită moștenitorilor legali.

8. Nu pot fi achiziționate în același timp Riscurile Spitalizare și intervenții chirurgicale din Accident și Îmbolnăvire și a doua opinie medicală în cazul unei boli grave și Spitalizare și intervenții chirurgicale din Accident și a doua opinie medicală în cazul unei boli grave.

9. În cazul intervențiilor chirurgicale efectuate în Spitale publice pentru care Asiguraților/ Coasiguraților li se va plăti Indemnizație de asigurare, se va ține cont de următoarele condiții:

- a) două sau mai multe intervenții chirurgicale efectuate în aceeași ședință operatorie, vor fi considerate o singură intervenție chirurgicală, iar Indemnizația de asigurare va fi cea corespunzătoare intervenției chirurgicale efectuate care are cel mai ridicat procentaj în „Tabelul de Procente pentru Intervenții Chirurgicale”.

- b) Pentru orice intervenție chirurgicală neprecizată în „Tabelul de Procente pentru Intervenții Chirurgicale”, Asigurătorul va indemniza prin analogie cu o intervenție specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Asigurătorului, cu excepția cazului în care acea intervenție este exclusă în mod explicit în Contractul de asigurare.

B. II. A doua opinie medicală în cazul unei boli grave

1. În cazul în care Asigurații/ Coasigurații au fost diagnosticați pentru prima dată în Perioada asigurată cu o afecțiune medicală inclusă în lista celor menționate în cadrul clauzei de Boli grave, atunci aceștia pot solicita o a doua opinie medicală, la unul dintre medicii specialiști experți sau, în anumite cazuri, la o comisie de medici experți, recomandați de Centrul de coordonare al Asigurătorului. Asigurații/ Coasigurații pot solicita obținerea unei a doua opinii medicale și dacă urmează să sufere o intervenție chirurgicală cauzată de o afecțiune acută din categoriile: afecțiuni ale coloanei vertebrale, ale articulațiilor, afecțiuni gastro-intestinale. Medicul expert selectat de Centrul de coordonare, este un medic cu drept de liberă practică medicală în țara sa de rezidență, recunoscut ca un specialist de top în domeniul său de practică medicală.

2. A doua opinie medicală este un serviciu medical la distanță, care permite Asiguraților/ Coasiguraților să obțină o opinie personalizată de la medici experți în domeniu, în legătură cu diagnosticul lor medical, respectiv recomandarea de tratament sau de intervenție chirurgicală care le-a fost prescrisă de un alt medic/ echipă medicală.
3. Această acoperire se poate utiliza doar o singură dată per an de asigurare pentru fiecare dintre Asigurații/ Coasigurații, dacă Polița de asigurare este în Perioada de valabilitate și doar pentru afecțiunile descrise în cadrul clauzei Boli grave. Asigurații/ Coasigurații pot solicita obținerea unei a doua opinii medicale și dacă urmează să sufere o intervenție chirurgicală cauzată de o afecțiune acută din categoriile: afecțiuni ale coloanei vertebrale, ale articulațiilor, afecțiuni gastro-intestinale. Prin solicitarea unei a doua opinii medicale se acoperă costurile aferente pregătirii și transmiterii către Asigurații/ Coasigurații a Raportului de expertiză medicală și utilizarea platformei web pusă la dispoziție de Centrul de coordonare al Asigurătorului. Orice alte costuri care sunt în afara Raportului de expertiză medicală, vor fi suportate de către Asigurații/ Coasigurații. Raportul de expertiză medicală este generat ca urmare a analizării documentației medicale transmisă de Asigurații/ Coasigurații către Centrul de coordonare al Asigurătorului și a datelor furnizate în Chestionarele medicale completate de către Asigurații/ Coasigurații. Prin completarea Chestionarului medical, Asigurații/ Coasigurații sunt de acord cu procesarea datelor lor de sănătate și transmiterea acestora către Medicul expert/ Comisia de medici experți selectată de Centrul de coordonare al Asigurătorului. Asigurații/ Coasigurații vor utiliza platforma web securizată pusă la dispoziție de Centrul de coordonare pentru transmiterea datelor solicitate, precum și pentru primirea Raportului de expertiză medicală. În situația în care Coasiguratul este minor, transmiterea documentelor medicale, completarea Chestionarelor medicale va fi efectuată de părintele/ reprezentantul legal al minorului în beneficiul acestuia.
4. Toate documentele medicale, precum și formularele solicitate de către Centrul de coordonare vor fi traduse în limba engleză pentru a putea fi încărcate în platforma web în vederea obținerii celei de a doua opinii medicale. Costul traducerii este suportat de către Centrul de coordonare al Asigurătorului. Raportul de expertiză medicală va fi, de asemenea, tradus în limba română, integral de către Centrul de coordonare al Asigurătorului.
5. Pentru ca această acoperire să fie operantă, serviciile trebuie să se efectueze cu respectarea Condițiilor de asigurare iar afecțiunea pentru care se solicită a doua opinie medicală să fie diagnosticată pentru prima dată în Perioada asigurată.
6. Asigurații/ Coasigurații contactează Centrul de coordonare la numărul indicat în Polița de asigurare în vederea obținerii unei a doua opinii medicale. Asigurații/ Coasigurații vor completa formularele solicitate de Centrul de coordonare al Asigurătorului și vor transmite toate documentele și informațiile medicale necesare pentru contactarea medicilor specialiști experți adecvați în vederea obținerii celei de a doua opinii medicale pentru Asigurat/ Coasigurat. Centrul de coordonare va deschide un cont special alocat Asiguraților/ Coasiguraților în vederea transmiterii documentelor medicale. De la data solicitării celei de a doua opinii medicale și a deschiderii contului web pentru Asigurații/ Coasigurații, toate documentele medicale și chestionarele solicitate de Asigurător trebuie să fie transmise către Centrul de coordonare în termen de 30 zile.
7. Un Raport scris ce conține a doua opinie medicală va fi furnizat de către medicul expert după analiza documentației medicale transmise de Asigurat/ Coasigurat. Termenul maxim de transmitere a raportului este de 14 zile lucrătoare de la data la care documentația medicală solicitată Asiguraților/ Coasiguraților este completă și trimisă Centrului de coordonare.
8. Centrul de coordonare va oferi asistență Asiguraților/ Coasiguraților în vederea parcurgerii și a înțelegerii Raportului medicului expert, precum și a clarificării conduitei terapeutice propuse/ opiniei medicale transmise. În cazul în care Asigurații/ Coasigurații au în continuare întrebări, le pot adresa și în mod direct medicului expert (maximum 5 întrebări).
9. Cazul medical va fi închis după 30 zile lucrătoare de la data furnizării celei de a doua opinii medicale. După trecerea perioadei de 30 zile, Asigurații/ Coasigurații nu mai pot adresa întrebări suplimentare, nu vor mai avea acces la platforma web și nu vor mai putea primi altă opinie medicală.
10. Pentru prezenta acoperire, se aplică Excluderile generale menționate la art. 9, precum și prevederile menționate la clauza Boli grave, art. G.
11. Pentru acoperirea A doua opinie medicală în cazul unei boli grave, nu se aplică perioadă de așteptare.
12. Asiguratul/ Coasiguratul este singurul și pe deplin responsabil pentru corectitudinea, coerența și caracterul complet al documentației și informațiilor medicale furnizate de acesta.
13. Centrul de coordonare al Asigurătorului nu va putea efectua verificări sau controale pentru a constata dacă înregistrările și informațiile transmise de Asigurat/ Coasigurat sunt exacte și complete. Astfel, medicul expert care furnizează Raportul medical ce conține a doua opinie medicală nu poate fi responsabil pentru acesta, în condițiile în care Asiguratul/ Coasiguratul transmite documente/ informații medicale incomplete, insuficiente, trunchiate, modificate sau false.
14. Raportul medical care include a doua opinie medicală furnizat de medicul expert nu înlocuiește opinia medicului curant al Asiguratului/ Coasiguratului asupra stării de sănătate a acestuia, în urma examenului medical, de specialitate, ce a fost efectuat. Niciun sfat sau tratament medical acordat Asiguratului/ Coasiguratului de către un profesionist din domeniul sănătății nu trebuie neglijat sau amânat din cauza Raportului ce conține a doua opinie medicală furnizat de un medic expert. Orice urgență medicală trebuie să determine Asiguratul/ Coasiguratul să contacteze imediat serviciile de urgență și/ sau medicul care îi monitorizează starea medicală.
15. Asiguratul/ Coasiguratul înțelege că ia singur decizii cu privire la îngrijirea sănătății sale în raport cu informațiile și recomandările furnizate de către medicul specialist responsabil cu urmărirea stării de sănătate a acestuia, indiferent de rezultatul transmis prin Raportul care conține a doua opinie medicală a medicului expert.

C. Cheltuieli medicale post-spitalizare/ post-intervenție chirurgicală din Accident

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii Cheltuieli medicale post spitalizare/ post-intervenție chirurgicală din Accident, alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Acest Risc este valabil pentru cazurile în care Asigurații/ Coasigurații, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident) pentru care a fost necesară spitalizare/ intervenție chirurgicală în Perioada de valabilitate a Poliței de asigurare, sunt obligați să suporte următoarele cheltuieli medicale pe baza prescripției medicului:
 - procurarea de medicamente, administrarea de medicamente sau achiziția de materiale necesare administrării tratamentului (cu titlu de exemplu: branule, seringi), în vederea tratării consecințelor Evenimentului asigurat. Asigurătorul va acoperi cheltuielile medicale în limitele Sumei asigurate prevăzute în Polița de asigurare pentru această acoperire. Nu se acoperă Asiguratului medicamente și consumabile achiziționate în cadrul perioadei de spitalizare și/ sau în perioada de efectuare a intervențiilor chirurgicale.
2. Medicamentele/ materialele trebuie să fie achiziționate în Perioada de valabilitate a Poliței de asigurare și doar în urma recomandării scrise a medicului curant, respectiv în baza unei rețete/ scrisori medicale care trebuie să fie datată, parafată și semnată de către acesta.
3. Pe lângă Excluserile generale, se aplică și următoarele Excluseri particulare:
Nu se oferă acoperire pentru:
 - 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);
 - medicamente pentru care nu există recomandarea scrisă a medicului și/ sau documente justificative de decontare (rețete, facturi, bonuri etc.);
 - medicamente care nu au fost recomandate ca urmare a unei perioade de spitalizare/ intervenție chirurgicală din Accident petrecută în Perioada asigurată;
 - medicamente recomandate în scop preventiv;
 - achiziția/ repararea de lentile, ochelari, aparate auditive și echipamente similare pentru corecția tulburărilor de vedere și auz;
 - cheltuielile legate de închirierea și/ sau achiziționarea de aparatură medicală (ex: aparat de aerosoli, glucometru, tensiometru și alte aparate similare), consumabilele acestora, instrumentar medical;
 - produse cosmetice și de igienă, chiar dacă acestea sunt recomandate de către un medic, cu excepția celor care se regăsesc în lista de medicamente a ANM (Agenției Naționale a Medicamentului).
4. Indemnizația de asigurare are, de regulă, caracter personal și se achită doar Asiguraților/ Coasiguraților. Cu toate acestea, în cazul în care Asigurații/ Coasigurații au decedat înaintea plății Indemnizației convenite, Indemnizația de asigurare pentru acest Risc va fi plătită moștenitorilor legali.
5. Cheltuielile medicale sunt acoperite pentru o perioadă de 30 zile de la data externării/ efectuării intervenției chirurgicale după caz, în limitele menționate în Polița de asigurare.

D. Cheltuieli medicale post-spitalizare/ post-intervenție chirurgicală din Accident și/ sau Îmbolnăvire

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii Cheltuieli medicale post spitalizare/ post-intervenție chirurgicală din Accident și/ sau Îmbolnăvire, alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Acest Risc este valabil pentru cazurile în care Asigurații/ Coasigurații, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident/ Îmbolnăvire) pentru care a fost necesară spitalizare/ intervenție chirurgicală în Perioada de valabilitate a Poliței de asigurare, sunt obligați să suporte următoarele cheltuieli medicale pe baza prescripției medicului:
 - procurarea de medicamente, administrarea de medicamente sau achiziția de materiale necesare administrării tratamentului (cu titlu de exemplu: branule, seringi), în vederea tratării consecințelor Evenimentului asigurat. Asigurătorul va acoperi cheltuielile medicale în limitele Sumei asigurate prevăzute în Polița de asigurare pentru această acoperire. Nu se acoperă medicamente și consumabile achiziționate în cadrul perioadei de spitalizare și/ sau în perioada de efectuare a intervențiilor chirurgicale.
2. Medicamentele/ materialele trebuie să fie achiziționate în Perioada de valabilitate a Poliței de asigurare și doar în urma recomandării scrise a medicului curant, respectiv în baza unei rețete/ scrisori medicale care trebuie să fie datată, parafată și semnată de către acesta.
3. Pe lângă Excluserile generale, se aplică și următoarele Excluseri particulare:
Nu se oferă acoperire pentru:
 - 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);
 - medicamente pentru care nu există recomandarea scrisă a medicului și/ sau documente justificative de decontare (rețete, facturi, bonuri etc.);
 - medicamente care nu au fost recomandate ca urmare a unei perioade de spitalizare/ intervenție chirurgicală din Accident și/ sau Îmbolnăvire petrecută în Perioada asigurată;
 - medicamente recomandate în scop preventiv;
 - achiziția/ repararea de lentile, ochelari, aparate auditive și echipamente similare pentru corecția tulburărilor de vedere și auz;

- cheltuielile legate de închirierea și/ sau achiziționarea de aparatură medicală (ex: aparat de aerosoli, glucometru, tensiometru și alte aparate similare), consumabilele acestora, instrumentar medical;
 - produse cosmetice și de igienă, chiar dacă acestea sunt recomandate de către un medic, cu excepția celor care se regăsesc în lista de medicamente a ANM (Agenției Naționale a Medicamentului).
4. Indemnizația de asigurare are, de regulă, caracter personal și se achită doar Asiguraților/ Coasiguraților. Cu toate acestea, în cazul în care Asigurații/ Coasigurații au decedat înaintea plății Indemnizației cuvenite, Indemnizația de asigurare pentru acest Risc va fi plătită moștenitorilor legali.
 5. Cheltuielile medicale sunt acoperite pe o perioadă de 30 zile de la data externării/ efectuării intervenției chirurgicale după caz, în limitele menționate în Polița de asigurare.

E. Recuperare medicală post-spitalizare/ post-intervenție chirurgicală din Accident

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii Recuperare medicală post spitalizare/ post-intervenție chirurgicală din Accident, alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Acest Risc este valabil pentru cazurile în care Asigurații/ Coasigurații, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident) pentru care a fost necesară spitalizare de cel puțin 3 zile sau o intervenție chirurgicală în Perioada de valabilitate a Poliței de asigurare, efectuează proceduri de recuperare medicală specializată, pentru același Eveniment care a necesitat spitalizarea/ intervenția chirurgicală respectivă și cu recomandare clară pentru tratament recuperator care să reiasă din biletul de externare. De asemenea, pentru orice tratament de recuperare medicală trebuie să existe o fișă de tratament recuperator eliberată de Prestatorul de servicii medicale de recuperare, din care să reiasă tipul și numărul procedurilor recomandate și efectuate.
2. Procedurile de recuperare medicală specializată post-spitalizare sunt din categoriile (enumerarea este cu titlu de exemplu):
 - Fiziokinetoterapie;
 - Electroterapie;
 - Balneofizioterapie;
 - Gimnastică medicală.
3. Asigurătorul va achita valoarea menționată în Polița pentru ședințele de recuperare medicală efectuate, în limitele menționate în Polița de asigurare.
4. Asigurătorul nu va despăgubi procedurile de recuperare medicală efectuate în scop preventiv sau la cererea Asiguraților/ Coasiguraților.
5. Asigurătorul își rezervă dreptul de a evalua fiecare caz și de a despăgubi doar serviciile de recuperare medicală specializată care au strictă legătură cu Evenimentul asigurat.
6. Recuperarea medicală specializată este acoperită dacă este efectuată într-o perioadă de maximum 6 luni de la data externării/ efectuării intervenției chirurgicale după caz, conform limitelor menționate în Polița de asigurare, cu condiția ca aceasta să fie efectuată în Perioada de valabilitate a Poliței de asigurare.
7. Indemnizația de asigurare are, de regulă, caracter personal și se achită doar Asiguraților/ Coasiguraților. Cu toate acestea, în cazul în care Asigurații/ Coasigurații au decedat înaintea plății Indemnizației cuvenite, Indemnizația de asigurare pentru acest Risc va fi plătită moștenitorilor legali.

F. Recuperare medicală post-spitalizare/ post-intervenție chirurgicală din Accident și/ sau Îmbolnăvire

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii Recuperare medicală post spitalizare/ intervenție chirurgicală din Accident și/ sau Îmbolnăvire, alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Acest Risc este valabil pentru cazurile în care Asigurații/ Coasigurații, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident/ Îmbolnăvire) pentru care a fost necesară spitalizare de cel puțin 3 zile sau o intervenție chirurgicală în Perioada de valabilitate a Poliței de asigurare, efectuează proceduri de recuperare medicală specializată, pentru același Eveniment care a necesitat spitalizarea/ intervenția chirurgicală respectivă și cu recomandare clară pentru tratament recuperator care să reiasă din biletul de externare. De asemenea, pentru orice tratament de recuperare medicală trebuie să existe o fișă de tratament recuperator eliberată de Prestatorul de servicii medicale de recuperare, din care să reiasă tipul și numărul procedurilor recomandate și efectuate.
2. Procedurile de recuperare medicală specializată post-spitalizare sunt din categoriile (enumerarea este cu titlu de exemplu):
 - Fiziokinetoterapie;
 - Electroterapie;
 - Balneofizioterapie;
 - Gimnastică medicală.
3. Asigurătorul va achita valoarea menționată în Polița pentru ședințele de recuperare medicală efectuate, în limitele menționate în Polița de asigurare.
4. Asigurătorul nu va despăgubi procedurile de recuperare medicală efectuate în scop preventiv sau la cererea Asiguraților/ Coasiguraților.
5. Asigurătorul își rezervă dreptul de a evalua fiecare caz și de a despăgubi doar serviciile de recuperare medicală specializată care au strictă legătură cu Evenimentul asigurat.
6. Recuperarea medicală specializată este acoperită dacă este efectuată într-o perioadă de maximum 6 luni de la data externării/ efectuării intervenției chirurgicale după caz, conform limitelor menționate în Polița de asigurare, cu condiția ca aceasta să fie efectuată în Perioada de valabilitate a Poliței de asigurare.

7. Indemnizația de asigurare are, de regulă, caracter personal și se achită doar Asiguraților/ Coasiguraților. Cu toate acestea, în cazul în care Asigurații/ Coasigurații au decedat înaintea plății Indemnizației convenite, Indemnizația de asigurare pentru acest Risc va fi plătită moștenitorilor legali.

G. Boli grave

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii Boli grave, alături de Condițiile generale de asigurare.

1. Acest Risc este valabil pentru cazurile în care, ca urmare a producerii unui Eveniment asigurat (Accident/ Îmbolnăvire) în Perioada de valabilitate a Poliței de asigurare, Asigurații/ Coasigurații sunt diagnosticați pentru prima dată în Perioada asigurată cu una dintre bolile grave sau suferă o intervenție chirurgicală dintre cele specificate în cuprinsul prezentei acoperiri. Bolile grave diagnosticate înaintea includerii în asigurare a Asiguraților/ Coasiguraților sunt considerate risc produs în afara Perioadei de valabilitate a Poliței de asigurare și nu pot fi acoperite. Indemnizația de asigurare pentru o boală gravă/ intervenție chirurgicală se va plăti cel mult o singură dată pentru fiecare dintre bolile grave/ intervențiile chirurgicale menționate în cadrul acoperirii. Nu se pot achita două indemnizații de asigurare pentru aceeași boală gravă/ intervenție chirurgicală.
2. Asigurătorul va achita Asiguraților/ Coasiguraților valoarea Sumei asigurate menționate în Polița de asigurare pentru prezentul Risc asigurat.
3. În cazul achiziționării prezentei acoperiri, se va aplica o Perioadă de așteptare de 6 luni de la data intrării în asigurare a Asiguraților/ Coasiguraților, perioadă în care, chiar dacă Asigurații/ Coasigurații au fost diagnosticați cu o boală gravă, Asigurătorul nu va plăti Indemnizația aferentă acestei acoperiri. În cazul în care Contractul de asigurare este reînnoit anual fără întreruperi, această Perioadă de așteptare de 6 luni se aplică o singură dată.
4. Suma asigurată va fi plătită o singură dată per an de asigurare pentru fiecare Asigurat/ Coasigurat. Indemnizația de asigurare are, de regulă, caracter personal și se achită doar Asiguraților/ Coasiguraților. Cu toate acestea, în cazul în care Asigurații/ Coasigurații au decedat înaintea plății Indemnizației convenite, Indemnizația de asigurare pentru acest Risc va fi plătită moștenitorilor legali.

5. În cadrul prezentei acoperiri sunt cuprinse următoarele boli/ afecțiuni/ intervenții chirurgicale:

5.1. Accident vascular cerebral

Orice disfuncție (dereglare) vasculară cerebrală care produce sechele neurologice cu durată mai mare de 24 ore și include infarctul țesutului cerebral, hemoragia unui vas intracranian sau embolismul cerebral. 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, cel puțin 3 din cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă; îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa) și să fie susținută de rezultate ale investigațiilor imagistice specifice. O pretenție de indemnizare poate fi admisă numai după trecerea acestei perioade. Accidentul vascular cerebral este exclus dacă vreuna din dovezile de mai sus lipsește, de exemplu: diagnostic bazat doar pe tomografie cerebrală sau doar deficit neurologic permanent. Următoarele tipuri de hemoragie cerebrală sau infarct cerebral sunt excluse:

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

5.2. Cancer

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

- 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) infarctele 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 trei criterii, ci doar pe criterii ecografice, de rezonanță magnetică nucleară, de tomografie cu emisie de pozitroni;
- d) condiții patologice care evidențiază doar unul sau două din criteriile de mai sus;
- e) reinfarctizarea (recidiva) în același teritoriu coronarian.

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 dializă renală regulată, cel puțin o dată pe săptămână sau realizarea transplantului de rinichi.

Următoarele Excluderi specifice se aplică în caz de insuficiență renală:

- a) hemodializa în situația unei insuficiențe renale acute sau orice caz de hemodializă nonpermanentă;
- b) insuficiența unui singur rinichi;
- c) afecțiunea Asiguraților/ Coasiguraților cu indicația de transplant renal anterioară datei intrării în asigurare sau sub tratament cronic de hemodializă sau Asigurați/ Coasigurați înregistrați pe orice listă de așteptare pentru un transplant de organ;
- d) orice stadiu de afecțiune renală care necesită dializă temporară;
- e) afecțiunea Asiguraților/ Coasiguraților diagnosticați cu SIDA sau purtători de HIV.

5.5. Scleroză multiplă

Boală caracterizată prin degenerarea țesutului nervos, localizată în creier sau măduva spinării și manifestată prin paralizie parțială sau totală, parestezii și/ sau nevrită optică sau alte manifestări tipice ale bolii. Este caracterizată prin episoade de remisie și exacerbare. Diagnosticul este stabilit pe baza următoarelor: istoricul medical, analiza lichidului cefalorahidian, prezența a mai mult de un simptom neurologic bine definit, cu deteriorări funcționale nervoase manifestate pe o durată mai mare de 6 luni și care trebuie confirmată cu tehnici de investigație modernă ca tomografie/ rezonanță magnetică nucleară. Manifestările neurologice constau în simptome tipice de demielinizare a creierului, nervului optic și/ sau măduvei spinării. Următoarele două criterii trebuie îndeplinite: evidența prin imagistică medicală (CT/ RMN etc.) a unor multiple afectări tisulare cicatrizate în diferite arii ale sistemului nervos central și cel puțin două episoade diferite de acutizări sau atacuri, separate între ele de perioade minime de 24 ore. Atacurile neurologice izolate, ca și episoadele neurologice izolate, cu o durată mai mică de 24 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, care afectează articulațiile sacroiliace ale coloanei vertebrale, diagnosticat de către un medic reumatolog prin prezența obligatorie a criteriului radiologic (sacroileită de cel puțin grad II, bilaterală) și a cel puțin unui criteriu suplimentar dintre cele trei 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 Poliției. Sunt excluse orice alte tehnici care nu necesită intervenție chirurgicală pe torace deschis, precum și chirurgia valvulară, chirurgia pentru tumori intracardiace, chirurgia pentru boli congenitale sau orice altă chirurgie nespecific considerată ca by-pass aortocoronarian sau mamarocoronarian sau ambele.

5.9. Transplant de organe

Intervenția chirurgicală care constă în poziționarea și fixarea chirurgicală a următoarelor organe la nivelul organismului Asiguraților/ Coasiguraților, ca primitor: inimă, plămâni, rinichi, pancreas (cu excepția transplantării de insule Langerhans), ficat sau măduvă osoasă. Transplantul de organ trebuie să fie ultima resursă de tratament și trebuie efectuată ca urmare a unei necesități medicale, în concordanță cu definiția inclusă în Condițiile generale ale Poliției la care prezenta este atașată. Transplantul de organe este acoperit doar în cazul intervențiilor pentru afecțiuni care s-au manifestat sau au fost diagnosticate pentru prima dată în Perioada de valabilitate a Poliției. Următoarele Excluderi specifice sunt aplicate în cazul transplantului de organ:

- a) Transplant de organe de proveniență animală;
- b) Transplant ca donor;

- c) Transplant de organe modificate genetic;
- d) Dacă anterior a existat o reacție de respingere pentru alt organ (înlocuire);
- e) Transplant pentru tratarea unei afecțiuni congenitale;
- f) Ca urmare a HIV sau SIDA;
- g) Transplantul de măduvă secundar aplaziei cauzată de cancer;
- 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 care necesită incizia cordului pentru ameliorarea sau vindecarea bolilor cardiace severe apărute în Perioada de valabilitate a Poliței (boli cardiace congenitale, boli valvulare). Grefa de aortă este acoperită, de asemenea, fiind definită ca o intervenție chirurgicală efectuată când un segment afectat al aortei necesită excizia și înlocuirea cu o grefă.

Prin aortă, în sensul prezentei definiții, se înțelege doar aortă toracică și abdominală, nu și ramificațiile acestora. Afecțiunile de natură traumatică nu sunt acoperite prin prezenta clauză. Următoarele Excluderi specifice se aplică în cazul intervențiilor chirurgicale pe cord deschis: toate intervențiile chirurgicale care folosesc cateter sau intervențiile chirurgicale care nu sunt asociate chirurgiei pe cord deschis:

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

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 Asiguraților/ Coasiguraților, produs de acțiunea bruscă a unor factori externi fizici. În urma producerii traumatismului, Asigurații/ Coasigurații 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, cel puțin 3 din cele 5 activități zilnice curente (spălat- duș sau cadă; îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa).

5.13. Comă

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

- a) persistă peste 96 ore;
- b) necesită sisteme de asistență a funcțiilor vitale;
- c) conduce la un deficit neurologic post-critic permanent, care trebuie să fie evaluat ca atare la 60 zile după producerea comei;
- d) starea de comă și deficitul neurologic permanent trebuie confirmate de un medic specialist neurolog.

Asigurații/ Coasigurații 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, cel puțin 3 din cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă; îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa).

5.14. Encefalită acută

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

Electroencefalograma și recoltarea agentului patologic din lichidul cefalorahidian trebuie să susțină în mod obligatoriu diagnosticul. Este exclusă encefalita care are ca etiologie infecția HIV.

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 a unui Accident. Orbirea trebuie confirmată în scris de către un medic specialist oftalmolog, demonstrată obligatoriu paraclinic (examen biomicroscopic, oftalmoscopic, fund de ochi, refractometrie, determinarea acuității vizuale) și să nu poată fi corectată prin nicio formă de tratament.

Excluderi specifice:

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

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;
- Administrare de agenți imunosupresivi;
- Transplant de măduvă osoasă.

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

5.17. Poliartrită reumatoidă cu determinări sistemice

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

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

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 afectării renale confirmată prin biopsie renală, care să prezinte una dintre următoarele forme:
 - Glomerulonefrită lupică proliferativă focală și segmentară (GSFS);
 - Glomerulonefrită lupică difuz proliferativă;
 - Glomerulonefrită lupică membranoasă.
- b) prezența, confirmată obligatoriu atât clinic cât și paraclinic, a cel puțin uneia dintre următoarele afectări:
 - Cordul (pericardită, endocardită, miocardită sau afectarea vaselor coronare) - afectare confirmată ecocardiografic;
 - Plămânil/ 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

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

5.20. Paralizie (de cauză medulară)

Reprezintă pierderea totală și ireversibilă a capacității de utilizare a cel puțin 2 membre integrale (paraplegie/ hemiplegie/ tetraplegie), ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri. Asigurații/ Coasigurații 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, cel puțin 3 din cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă; îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa). Sunt excluse paraliziiile parțiale ale membrilor și paraliziiile temporare după infecții virale.

5.21. Boala Crohn

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

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

5.22. Colită Ulcerativă

Reprezintă o boală inflamatorie intestinală, care produce ulceratii 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 și cel puțin un criteriu dintre următoarele:

- Afectare extensivă a colonului (pancolită) - 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 colagen-vasculară, care determină fibroza difuză progresivă la nivelul pielii, vaselor de sânge și organelor interne. Diagnosticul trebuie să fie susținut obligatoriu prin biopsie tegumentară/ de organ și probe serologice (anticorpi antinucleari - ANA sau anticorpi anti-centromer - ACA sau anticorpi antitopoizomeraza I-SCL 70), iar afectarea a cel puțin două dintre următoarele trei 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, dovedită prin înregistrarea EKG 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 trei înregistrări EKG/ holter EKG distincte, la un interval de cel puțin 3 luni una de alta.

5.26. Tumoră cerebrală benignă

Este considerată eligibilă pentru despăgubire tumora benignă la nivel cerebral, care este inoperabilă și determină un deficit neurologic permanent, stabilit de un medic neurolog/ neurochirurg, la 3 luni de la data diagnosticului. Prezența tumorii trebuie să fie susținută obligatoriu de rezultatele investigațiilor imagistice concludente (RMN, CT etc.). Deficitul neurologic permanent constă în imposibilitatea de a efectua, fără ajutor, cel puțin 3 din cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă; îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa).

Excluderi:

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

5.27. Boala Parkinson severă

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

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

Reprezintă deteriorarea funcțiilor intelectuale și cognitive, conducând la incapacitatea de a efectua activitățile zilnice uzuale. Diagnosticul trebuie confirmat obligatoriu clinic și paraclinic (imagistic), de către un medic specialist neurolog sau psihiatru, iar Asigurații/ Coasigurații trebuie să necesite supraveghere permanentă și să fie în imposibilitatea de a efectua cel puțin

3 din cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă; îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa), pe o perioadă continuă de cel puțin 6 luni. Sunt excluse formele de demență ca urmare a consumului de alcool/ droguri sau ca urmare a infecției cu HIV.

5.29. Sindrom Apallic

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

5.30. Hipertensiune pulmonară primitivă

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

- Presiune în artera pulmonară de cel puțin 30 mmHg sau peste, măsurată prin metode invazive;
- Indicii EKG de hipertrofie cardiacă dreaptă (R V1 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 două din următoarele criterii trebuie îndeplinite:

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

5.32. Boala pericardică

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

5.33. Insuficiență respiratorie cronică

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

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

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 trei dintre criteriile de mai jos:

- Icter permanent obiectivat clinic și susținut de analize de laborator (Bilirubina totală, Urobilinogen);
- Ascită 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 ejeție 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.

Pentru această acoperire nu este valabilă Excluderea de la art. 9.1. punctul g).

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.

Orice afecțiune care nu respectă definițiile de mai sus nu este considerată boală gravă.

Tabelul de Procente pentru Intervenții Chirurgicale

Intervenția chirurgicală	%
1. Intervenții pe creier/ la nivelul cutiei craniene	
5.01 Incizii sau extirpări executate la nivelul cutiei craniene, creierului și meningelor	
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/ Îndepărtarea unei părți osoase	80
5.021 Refacerea meningelor cerebrale/ Intervenții pentru encefalocel, meningocel	90
5.022 Ventriculostomia	80
5.023 Șuntul ventricular extracranian	70
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 Ablazia sau distrugerea măduvei spinării și meningelor	100
5.034 Intervenții plastice pe măduva spinării și meninge (corectare spina bifida, sutura meningelor)	80
5.035 Secționarea aderențelor la nivelul măduvei spinării sau ale rădăcinilor nervilor	50
5.036 Drenajul spinal	45
5.039 Inserția de neuropacemaker	50
5.04 Intervenții pe nervii cranieni și periferici	
5.040 Ablazia nervului	45
5.042 Sutura nervului	35
5.043 Îndepărtarea aderențelor și decompresia nervului	25
5.044 Grefa de nervi	75
5.045 Transpoziție de nerv	35
5.05 Intervenții pe nervii simpatici sau ganglioni	
5.050 Secționarea unui nerv simpatic sau ganglion	30
5.051 Simpatectomia	50
2. Intervenții pe Sistemul Endocrin	
5.06 Intervenții pe glanda tiroidă și paratiroidă	
5.060 Incizia regiunii tiroidiene	25
5.061 Lobectomia tiroidiană unilaterală	40
5.062 Excizia unor leziuni ale tiroidei	30
5.063 Tiroidectomia completă	50
5.065 Excizia tiroidei linguale	40
5.066 Excizia tractului tireoglos	35
5.067 Paratiroidectomia parțială	50
5.068 Paratiroidectomia completă	60
5.07 Intervenții pe alte glande endocrine	
5.070 Explorarea glandelor suprarenale	30
5.071 Suprarenalectomia parțială/ unilaterală	75
5.072 Suprarenalectomia bilaterală	100
5.074 Intervenții pe glanda hipofiză	65
5.075 Hipofizectomia	75
5.077 Timectomia	40

3. Intervenții pe Ochi

5.08 Intervenții pe aparatul lacrimal

5.080 Incizia glandei lacrimale/ Extracția unui corp strain	5
5.081 Extirparea glandei lacrimale sau a unei leziuni a acesteia	25
5.083 Extirparea unei leziuni a căilor lacrimale	10
5.084 Incizia sacului lacrimal	5
5.085 Extirparea sacului lacrimal (dacriocistectomia)	20
5.086 Refacerea canaliculelor și a punctelor lacrimale	20
5.087 Dacriocistorinostomia/ Anastomoza nazo-lacrimală	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 Miotomia și tenotomia mușchilor oculari	20
5.101 Excizia mușchiului ocular sau tendonului	20
5.103 Transplantarea unui muschi 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

5.13 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/ Sclerotomia/ Sclerectomia	10
5.133 Facilitarea circulației intraoculare	15
5.134 Distrugerea de leziuni ale irisului, corpului ciliar sau sclerei	20
5.136 Iridoplastia	35
5.137 Scleroplastia	35

5.14 Intervenții pe cristalin

5.140 Îndepărtarea cu magnetul a corpurilor străini din cristalin	10
5.141 Îndepărtarea corpurilor străini din cristalin prin incizie	20
5.142 Extracția liniară a cristalinului	40
5.143 Discizia capsulei și capsulotomia	40
5.144 Extracția intracapsulară a cristalinului	40
5.145 Extragerea extracapsulară a cristalinului	40
5.146 Extracția cristalinului prin facoemulsificare	25
5.147 Inserția 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	30
5.16 Intervenții pe orbită și globul ocular	
5.160 Orbitotomia	50
5.161 Îndepărtarea de corpi străini din ochi sau orbită neclasificată în altă parte	15
5.162 Eviscerarea globului ocular	80
5.163 Enucleația globului ocular	90
5.164 Exenterația orbitei	90
5.165 Inserția unui implant în orbită	40
5.166 Îndepărtarea implantului orbital	25
5.167 Refacerea orbitei	45
4. Intervenții pe Ureche	
5.18 Intervenții pe urechea externă	
5.180 Incizii ale urechii externe	5
5.181 Excizia sau extirparea unei leziuni a urechii externe	7
5.182 Amputarea urechii externe	40
5.183 Sutura urechii externe	15
5.184 Corectarea chirurgicală a pavilionului urechii cu grefă cartilaginoasă	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/ Închiderea 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 Închiderea perforației septale/ Sutura septului sau cartilajului nazal	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	45
5.226 Reconstituirea sinusurilor nazale	50

5.23 Intervenții pe dinți	
5.231 Extracția chirurgicală a unui dinte	5
5.235 Replantarea dinților	10
5.237 Rezecția apicală și terapia endodontală a canalului radicular	10
5.24 Alte intervenții pe gingie și alveolă	
5.240 Incizia marginii gingivale și a peretelui alveolar	5
5.241 Gingivoplastia	10
5.243 Extirparea tumorilor de cauza dentară	20
5.244 Alveoloplastia	15
5.245 Descoperirea chirurgicală a unui dinte neerupt	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 lojelor 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	30
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 sașturilor branhiiale	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 traheei cu proteză	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 aderențe 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 (comisuroлиза, comisurotomia transventriculară, transauriculară)	60
5.351 Comisurotomia pe cord deschis/ intervenții pe cordaje tendinoase, mușchi papilari	90
5.352 Înlocuirea valvelor inimii (proteizarea valvulară)	100
5.353 Valvuloplastia cardiacă (fără înlocuire)	80
5.36 Intervenții pe vasele inimii	
5.360.1 Rotablații 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
5.372 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/ Angioplastii cu stent	15
5.381 Endarterectomia	20
5.382 Rezecția de vase cu reanastomoză/ Excizie și sutură anevrism	25

5.383 Rezeecția de vase cu înlocuire	30
5.384 Crosectomia, ligatura și smulgerea safenei și venelor varicoase	15
5.385 Anevriasmectomia/ Excizia de vene pentru grefare	20
5.386 Plicaturarea venei cave	25
5.39 Alte intervenții pe vase	
5.390 Șunt 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 (alcoholizări) 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/ Secționarea 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 anastomoză la esofag	50
5.436 Gastrectomia parțială cu anastomoză la duoden	50
5.437 Gastrectomia parțială cu anastomoză 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 in situ	35
5.45 Incizii, excizii și anastomoze ale intestinului	

5.450 Enterotomia/ Îndepărtarea unui corp străin/ Drenajul străin	20
5.451 Excizii sau extirpări de leziuni ale intestinului subțire	25
5.452 Excizii sau distrugeri 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 Anastomoză intestin subțire la intestin subțire	40
5.458 Anastomoză 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 distrugeri locale ale anusului	20
5.493 Hemoroidectomia	15
5.494 Sfincterotomia anală	10
5.50 Intervenții pe ficat	
5.500 Hepatotomia/ Extragerea de corpi străini	30
5.501 Excizia sau extirparea locală a ficatului/ Hepatectomia parțială	40
5.502 Lobectomia ficatului	50
5.503 Hepatectomia totală/ Transplantul ficatului	100
5.505 Reconstituirea ficatului	60
5.51 Intervenții pe vezica biliară și tractul biliar	
5.510 Colectostomia	15
5.5111 Colectiectomia laparoscopică	20
5.5112 Colectiectomia 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 grefă sau proteză	35
5.532 Cura bilaterală a herniei inghino-femorale	40
5.533 Cura bilaterală a herniei inghino-femorale cu grefă sau proteză	45
5.534 Cura herniei ombilicale 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
5.542 Excizia sau distrugerea peritoneului	55
5.542 Secționarea de aderențe peritoneale	25
5.545 Sutura peretelui abdominal și peritoneului	25
10. Intervenții pe Aparatul Urinar	
5.55 Intervenții pe rinichi	
5.550 Nefrotomia și nefrostomia	40
5.551 Pielotomia și pielostomia	35
5.552 Excizia ori extirparea unei leziuni a rinichiului	40
5.553 Nefrectomia parțială	55
5.5541 Nefrectomia totală unilaterală	70
5.5542 Nefrectomia totală bilaterală/ Transplant renal	100
5.556 Nefropexia	30
5.56 Intervenții pe ureter	
5.561 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
5.573 Excizia transureterală a vezicii	30
5.574 Excizia sau extirparea unor leziuni ale vezicii urinare	25
5.575 Cistectomia parțială/ Rezecția parțială	40
5.576 Cistectomie totală	55
5.577 Reconstituirea vezicii urinare	35
5.58 Intervenții pe uretră	
5.580 Uretrotomia externă/ Uretrostomia	30
5.581 Meatotomia uretrală	20
5.582 Excizii sau extirpări ale uretrei	30
5.583 Reconstituirea uretrei	30
5.584 Cura chirurgicală a stricturilor uretrale	15

5.59 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 ridicatori	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 varicocelului	20
5.621 Excizia sau distrugerea de leziuni testiculare	30
5.622 Orchiectomia unilaterală	40
5.623 Orchiectomia bilaterală	50
5.624 Orhidopexia	25
5.625 Reconstituirea testiculelor	30
5.632 Excizia unor leziuni ale cordonului spermatic și epididimului	20
5.649 Cura chirurgicală a fimozei	10

12. Intervenții pe Organele Genitale Feminine

5.65 Intervenții pe ovar

5.6501 Ovarotomia unilaterală	15
5.6502 Ovarotomia bilaterală	20
5.651 Excizia parțială a ovarului/ Excizia unei leziuni a ovarului	25
5.652 Ovarectomia unilaterală	30
5.653 Salpingo - ovarectomia unilaterală	35
5.654 Ovarectomia bilaterală	40
5.655 Salpingo-ovarectomia bilaterală	45
5.656 Reconstituirea ovarului	20
5.657 Eliberarea din aderențe a ovarului și trompei	15

5.66 Intervenții pe trompe

5.660 Salpingotomia	15
5.661 Salpingectomia totală unilaterală	30
5.662 Salpingectomia totală bilaterală	40
5.663 Distrugerea sau ocluzionarea endoscopică a trompelor, bilateral	20
5.664 Salpingectomia parțială/ Excizia unei leziuni a trompei	20
5.666 Reconstituirea trompelor Fallope	25
5.667 Insuflarea trompelor	15

5.67 Intervenții pe colul uterin

5.671 Conizația colului uterin	20
5.672 Excizia unor leziuni ale colului uterin	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 Culdocenteză/ Drenajul abcesului pelvian	20
5.701 Vagino-perineotomia	15
5.702 Excizia unei leziuni a vaginului	15
5.704 Cura cistocelului și rectocelului	25
5.706 Excizia și închiderea unei fistule perineale	15
5.711 Operații pe glandele Bartholin	15
5.716 Perineorafie	15

13. Intervenții pe Aparatul Osteo-muscular

5.76 Reducerea de fracturi ale masivului facial

5.760 Reducerea închisă a fracturilor zigomatice	25
5.761 Reducerea deschisă a fracturilor zigomatice	35
5.762 Reducerea închisă a fracturilor de maxilar și mandibulă	35
5.763 Reducerea deschisă a fracturilor de maxilar și mandibulă	45
5.764 Reducerea deschisă a fracturii alveolare	25
5.765 Reducerea deschisă a fracturii de orbită cu grefa sau implant	40

5.77 Alte intervenții pe oasele și articulațiile masivului facial

5.770 Incizia oaselor faciale	20
5.771 Excizia sau extirparea de leziuni ale oaselor feței	25
5.772 Ostectomia parțială a oaselor masivului facial, cu excepția mandibulei	35
5.773 Extirparea și reconstituirea mandibulei	40
5.774 Atroplastia temporo-mandibulară	40

5.78 Intervenții pe alte oase

5.780 Trepanația	70
5.781 Osteotomia	30
5.782 Rezecția pentru hallux valgus	25
5.783 Excizia leziunilor osoase	35
5.784 Rezecția segmentară	30
5.785 Rezecția osoasă totală	35
5.786 Grefă osoasă	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, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falangele degetelor

Oase mari = toate celelalte oase (în afara celor menționate mai sus)

5.80 Incizii și excizii ale structurilor articulare	
5.800 Artrotomia/ Artroscopia	20
5.801 Secționarea capsulei articulare, ligamentelor sau cartilajelor/ Ligamentoplastia	25
5.802 Excizia sau ablația leziunilor articulare	20
5.803 Excizia discului intervertebral	40
5.804. Excizia parțială a meniscului	25
5.804.1 Excizia totală a meniscului	30
5.805 Sinovectomia articulară	30
5.81 Refaceri și intervenții plastice pe structurile articulare	
5.810 Sinostoza vertebrală	80
5.811 Artrodeza piciorului și a gleznei	40
5.812 Artrodeza altor articulații	30
5.813 Artroplastia piciorului și degetelor	25
5.814 Artroplastia genunchiului/ Proteză genunchi	40
5.815 Proteză totală a șoldului	60
5.817 Artroplastii ale mâinii și degetelor	30
5.818 Artroplastia umărului	40
5.819 Corectarea deformației 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 Corecția contracturii Dupuytren	20
5.824 Sutura mușchilor, tendoanelor și fasciei mâinii	25
5.825 Transplantarea mușchilor și tendoanelor mâinii	30
5.826 Reconstituirea degetelor	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 membrelor	
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 mediotarsiană)	25
5.847 Amputația membrului inferior și gleznei (supramaleolară)	50
5.848 Amputația coapsei și dezarticulația genunchiului (supracondiliană)	65
5.849 Amputația abdominopelvică ileoabdominală și dezarticulația șoldului	80
5.85 Alte intervenții pe aparatul osteo-muscular	
5.851 Reimplantarea degetelor și policelui	50
5.853 Reimplantarea piciorului și degetelor	100
5.855 Implantarea unui dispozitiv protetic al unui membru	40
14. Intervenții pe Sân	
5.86 Excizia sânului	
5.860 Excizia locală de leziuni ale sânului	20

5.8611 Mastectomia completă unilaterală	35
5.8612 Mastectomia completa bilaterală	50
5.8612 Mastectomia simplă extinsă	40
5.8613 Mastectomia radicală	55
5.8614 Mastectomia radicală extinsă	60
5.8615 Mastectomia subcutanată cu implantarea de proteză	40

5.87 Alte intervenții pe sân

5.871 Mastotomia	25
5.871 Intervenții pe mamelonul sânelui	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	10
5.883 Toaleta chirurgicală a plăgii sau a țesutului infectat	10
5.884 Excizia locală sau distrugerea de piele și țesut subcutanat, excizie lipom	10
5.885 Excizia radicală a unei leziuni cutanate (alta decât nev, papilom)	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