

Condiții de Asigurare Privată de Sănătate **GENERALI Co-Protect**

V4/ ianuarie 2023

Cuprins

Definiții:	3
Condiții Generale de Asigurare	5
Contractul de asigurare	5
Forma și dovada Contractului	5
Art. 1 Obiectul Asigurării	5
Art. 2 Încheierea Contractului de asigurare și criteriile de eligibilitate	5
Art. 3 Prima Unică de Asigurare	6
Art. 4 Plata Indemnizației de asigurare	6
Art. 5 Excluderi generale aplicabile tuturor Riscurilor asigurate	7
Art. 6 Întinderea teritorială	7
Art. 7 Cheltuieli, taxe, impozite, dobânzi	7
Art. 8 Încetarea Contractului de asigurare	7
Art. 9 Alte reglementări.....	8
Condiții Particulare de Asigurare	9
Indemnizația zilnică pentru Spitalizare continuă ca urmare a îmbolnăvirii Covid-19	9
Indemnizația zilnică pentru Spitalizare continuă în unități de terapie intensivă ca urmare a îmbolnăvirii Covid-19.....	9
Asigurarea pentru Cheltuieli post-spitalizare ca urmare a îmbolnăvirii Covid-19, pentru acoperirea necesităților de bază...	10

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:

Afecțiune (condiție) preexistentă:	Orice Boală, vătămare din Accident sau altă condiție medicală a Asiguratului, diagnosticată de către un Medic înainte de intrarea în asigurare a acestuia, cu excepția Afecțiunilor acute care s-au vindecat în totalitate.
Asigurare de grup:	Asigurare acordată unui anumit număr de persoane (minim 10), care respectă criteriile din definiția Grupului.
Asigurat:	Persoană desemnată de către Contractant, membră a Grupului, a cărei stare de sănătate reprezintă obiectul asigurării și căreia îi sunt oferite beneficiile cuprinse în Contractul de asigurare.
Asigurător:	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 Asiguratului, 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 Asiguratul.
Boală cronică:	Afecțiune medicală sau psihiatrică cunoscută, care are o perioadă lungă de evoluție sau care prezintă recăderi frecvente, necesitând îngrijiri medicale de specialitate repetate. În această categorie se includ următoarele boli (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): diabet zaharat, hepatită cronică, pancreatită cronică, poliartrită reumatoidă, insuficiență cardiacă etc. În cadrul bolilor cronice intră și orice alte afecțiuni favorizate de consumul excesiv de alcool, substanțe toxice sau stupefiante, respectiv de fumat, precum și alte afecțiuni cu caracteristici similare din punct de vedere al evoluției clinice.
Categorie de asigurați:	O parte din membrii eligibili, încadrați într-un subgrup conform unor criterii stabilite de Contractantul asigurării și acceptate de către Asigurător.
Catering:	Aprovizionarea, furnizarea și servirea de produse alimentare gata preparate prin intermediul firmelor specializate.
Cerere de asigurare:	Formularul completat și semnat pe propria răspundere de către Contractant, Intermediar (dacă este cazul) și Asigurător, care conține informațiile necesare în vederea încheierii asigurării, precum și manifestarea de voință și consimțământul Contractantului cu privire la încheierea Contractului de asigurare.
Clauze contractuale:	Prevederi menționate în Contractul de asigurare, care stabilesc cel puțin drepturile și obligațiile părților contractuale.
Confidențialitatea informațiilor:	Obligația de a nu divulga informații legate de starea de sănătate și de tratamentul efectuat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare. În vederea soluționării dosarelor de daună, Asiguratul împuternicește Asigurătorul, sub păstrarea confidențialității tuturor datelor, la data încheierii Poliței de asigurare, să întreprindă orice fel de investigații, să ceară documente Medicilor curanți și să obțină rezultatele investigațiilor medicale efectuate cu privire la Asigurat.
Contract de asigurare:	Actul juridic bilateral prin care Contractantul se obligă să plătească primele de asigurare Asiguratului 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 Co-Protect (PID);- Oferta de asigurare, Informarea GDPR și Cererea de emiterie (documente care se succed unul după celălalt);- Polița de asigurare și anexele la aceasta (dacă există);- Prezentele Condiții generale de asigurare;- Condițiile particulare de asigurare;- Declarațiile de sănătate (dacă este cazul) și alte acte declarative (dacă există);- Orice alte documente solicitate de Asigurător pentru buna desfășurare a Asigurării.
Contractant:	Persoana juridică care încheie, în numele Asiguratului, Contractul de asigurare cu Asigurătorul și care poartă responsabilitatea cu privire la plata Primei de asigurare.
Data intrării în vigoare a contractului de asigurare:	Data de la care este angajată răspunderea Asiguratului, menționată în Polița de asigurare, numai dacă Prima de asigurare a fost plătită.
Data expirării Contractului de asigurare:	Data încetării răspunderii Asiguratului, menționată în Polița de asigurare.
Declarație de Daună:	Solicitarea de plată a unei daune acoperite prin Contractul de asigurare.
Diagnosticare:	Procesul de identificare a unei boli sau vătămări corporale a Asiguratului în baza datelor clinice și a celor obținute din investigații paraclinice și consemnate într-un document medical semnat și parafat de către un medic cu drept de liberă practică medicală.

Documente justificative de decontare:	Documentele pe care le eliberează prestatorul de servicii medicale pentru a acoperi costul serviciilor medicale efectuate unui Asigurat.
Eveniment:	Incidentul sau seria de incidente care produc Riscul asigurat și la apariția cărora Asiguratul va plăti Indemnizația de asigurare Asiguratului, 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 Asiguratului. 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 10 (zece) membri (persoane fizice) ai personalului Contractantului care prestează activități în beneficiul acestuia, în baza unui contract individual de muncă, de mandat, de leasing de personal, sau de prestări servicii și care îndeplinesc criteriile de eligibilitate ale Asiguratului.
Indemnizația de asigurare/ Despăgubirea:	Suma de bani plătită de către Asigurator, 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.
Îmbolnăvire/ Boală:	Modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate, diagnosticată ca atare de un Medic, contractată sau care se manifestă pentru prima dată în Perioada de valabilitate a Asigurării.
Litigii:	Neînțelegeri, divergențe, diferențe de opinii între părțile Contractului de asigurare care pot face obiectul unui proces în fața instanțelor competente.
Medic:	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).
Ofertă de asigurare:	Document furnizat de către Asigurator 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 de valabilitate a contractului de asigurare:	Perioada de timp dintre Data intrării în vigoare și Data expirării, în care Contractul de asigurare este în vigoare.
Poliță de asigurare:	Document scris, emis de către Asigurator, care dovedește încheierea Contractului de asigurare. Orice derogare de la Condițiile de asigurare se face prin prevederi specifice în Polița de asigurare sau prin acte adiționale ale Poliței de asigurare.
Primă de asigurare Individuală / Primă unică de asigurare Individuală:	Sumă de bani ce trebuie plătită de către Contractant pentru un Asigurat, indiferent de momentul preluării în asigurare.
Primă de asigurare totală/ Primă de asigurare:	Sumă de bani ce trebuie plătită de către Contractant pentru toți Asigurații în schimbul preluării de către Asigurator a Riscului asigurat. Prima de asigurare totală va fi plătită integral, la termenul și în moneda specificate în Contractul de asigurare.
Raport medical:	Document medical solicitat de către Asigurator, necesar pentru evaluarea și stabilirea dreptului la Indemnizația de asigurare, care conține: datele de identificare ale Asiguratului, istoricul medical, simptomatologia, rezultatul consultației medicale, procedurile efectuate în cadrul consultației și recomandările/ investigațiile medicale/ tratamentele indicate, semnat și parafat de medicul care a consultat Asiguratul.
Recomandare/ Rețetă / Prescripție medicală:	Document medical, eliberat de un Medic cu drept de liberă practică emis de Colegiul Medicilor din România, ce conține următoarele informații obligatorii: datele de identificare ale Asiguratului, diagnostic, recomandările Medicului, data, semnătura și parafa Medicului.
Rezervă privată, în regim hotelier:	Unitate spitalicească privată, care se află în incinta unui spital de stat.
Risc asigurat:	Un eveniment viitor, posibil, dar incert, la care este expusă viața sau sănătatea Asiguratului. Riscurile asigurate la producerea cărora Asiguratorul acordă despăgubiri sunt doar cele prevăzute în Polița 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.

Sumă asigurată:	Suma pentru care s-a încheiat Asigurarea și în limita căreia Asigurătorul plătește Indemnizația de asigurare.
Transport medical de urgență/ Ambulanță:	Transportul pacientului la un spital, realizat prin intermediul unui vehicul amenajat special pentru acordarea asistenței medicale de urgență.
Transport sanitar neasistat:	Transportul pacienților care nu se află în stare critică și care nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului, în condiții stabilite de legislația în vigoare.

Condiții Generale de Asigurare

Contractul de asigurare

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 Cererea de asigurare și de alte înțelegeri scrise, semnate de părți, toate făcând parte integrantă din Contract.

Respectarea riguroasă și îndeplinirea dispozițiilor prevăzute în acest Contract, în măsura în care se referă la obligațiile care îi revin Asiguratului, precum și presupunerea că declarațiile și răspunsurile din Cererea de asigurare, sunt adevărate, vor fi o condiție ce precede orice răspundere care revine Asigurătorului.

Forma și dovada Contractului

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

Art. 1 Obiectul Asigurării

- Asigurarea de grup "GENERALI Co-Protect" este un produs de asigurare care oferă protecție pentru Riscurile prevăzute la pct.1.5. al prezentului articol, pentru Grupuri.
- Asigurarea de grup "GENERALI Co-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.
- Asigurarea de grup "GENERALI Co-Protect" se încheie pe o perioadă anuală/ subanuală, până cel târziu la data de 31.12.2023. Asigurarea de grup "GENERALI Co-Protect" se încheie exclusiv în Lei.
- Contractul de asigurare se încheie nominal, pentru toți membrii eligibili ai personalului Contractantului. Listele cu aceste persoane se vor actualiza prin includerea noilor membri ai personalului Contractantului și excluderea celor care nu mai fac parte din personalul acestuia.
- Riscurile asigurate prin prezentele Condiții de asigurare sunt:
 - Indemnizația zilnică pentru Spitalizare continuă ca urmare a îmbolnăvirii Covid-19;
 - Indemnizația zilnică pentru Spitalizare continuă în unități de terapie intensivă ca urmare a îmbolnăvirii Covid-19;
 - Asigurarea pentru Cheltuieli post-spitalizare ca urmare a îmbolnăvirii Covid-19, pentru acoperirea necesităților de bază.

Art. 2 Încheierea Contractului de asigurare și criteriile de eligibilitate

- Contractul de asigurare se încheie între Asigurător și o persoană juridică înregistrată în România, în calitate de Contractant, în beneficiul Asiguraților. Asiguratul este o persoană fizică, cetățean român sau străin, care are domiciliul/ rezidența/ dreptul de ședere în România. Contractantul are obligația de a informa Asigurații cu privire la Riscurile asigurate, excluderile din asigurare, termenii și condițiile Contractului de asigurare, precum și Procedura în caz de daună.
- Contractul de asigurare se încheie pentru toți membrii eligibili ai Grupului, a căror vârstă este cuprinsă între 16 ani și 65 ani (inclusiv). În sensul prezentelor Condiții de asigurare, se ia în calcul vârsta în ani împliniți la data includerii în Asigurare.
- În condițiile pct.2.2., se consideră membru eligibil:
 - un membru al Grupului, activ și prezent la locul de muncă la data începerii Asigurării;
 - un membru al Grupului, care nu este activ și prezent la locul de muncă la data începerii Asigurării este considerat eligibil la data reîncheierii activității;
 - o persoană care devine membru al Grupului după data de început a Asigurării, este considerată eligibilă din momentul includerii în Grupul respectiv de către Asigurător.
- Contractantul are dreptul să ceară doar o dată pe lună Asigurătorului, printr-o Notificare trimisă în acest sens, includerea în asigurare a angajaților noi, respectiv excluderea persoanelor care nu mai fac parte din personalul său. Includerile și excluderile în/ 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 includere/ excludere. Notificarea privind angajații noi și/sau foștii angajați se trimite de către Contractant în maxim 30 de zile de la data angajării, respectiv a încetării relațiilor contractuale de muncă/ mandat/ prestări servicii/ leasing de personal.

- 2.5. În cazurile cuprinse la pct.2.3 lit. b) și c), plata Primei de asigurare individuale se face la data convenită în Actul adițional la Contractul de asigurare.
- 2.6. La momentul încheierii Contractului de asigurare și la fiecare fluctuație de personal, dacă părțile nu convin altfel, Contractantul va transmite Asigurătorului lista membrilor eligibili în format electronic, care va cuprinde:
 - numele și prenumele;
 - CNP-ul;
 - data începerii raporturilor de muncă/ de colaborare;
 - data încetării raporturilor de muncă / colaborare;
 - categoria de beneficii în care sunt încadrați.
- 2.7. Asigurătorul emite o singură Poliță de asigurare pentru toți Asigurații, la care se pot atașa, după caz, anexe și/ sau acte adiționale cu datele de identificare sus menționate ale tuturor Asiguraților.
- 2.8. 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.
- 2.9. O persoană care este exclusă din Asigurare, nu mai poate fi inclusă în Asigurare în timpul anului de asigurare.
- 2.10. 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 pentru creșterea copilului în vârstă de până la 2 ani sau, în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea vârstei de 3 ani, șomaj tehnic.

Art. 3 Prima Unică de Asigurare

- 3.1. Prima de asigurare individuală este aceeași pentru toți membrii Grupului și indiferent de perioada pentru care fiecare Asigurat este inclus în mod efectiv în asigurare.
- 3.2. Prima de asigurare trebuie să fie plătită la termenul scadent specificat în Contractul de asigurare.
- 3.3. Obligația plății primei de asigurare pentru toți Asigurații îi revine Contractantului și se face prin transfer bancar, în contul indicat de Asigurător în Contractul de asigurare.
- 3.4. În cazul suplimentării numărului de Asigurați, Prima unică de asigurare individuală se va achita integral pentru fiecare persoană nou inclusă, indiferent de perioada asigurată pentru persoana respectivă, și se va plăti în maxim 30 zile calendaristice de la data modificării. În cazul ieșirii unor persoane din Asigurare, prima aferentă perioadei rămase până la data expirării Contractului de asigurare, pentru persoanele respective, nu va fi rambursată Contractantului.

Art. 4 Plata Indemnizației de asigurare

- 4.1. Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare pentru Riscurile asigurate produse în Perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, astfel cum este menționată în Polița de asigurare, și care sunt notificate Asigurătorului în termen de maxim 30 de zile de la data producerii Riscului asigurat. În caz de neîndeplinire de către Asigurat a obligației de notificare în 30 de zile, 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.
- 4.2. Asigurătorul va comunica solicitantului, în scris, documentația necesară pentru deschiderea dosarului de daună. Documentația trebuie furnizată de către Asigurat în termen de maxim 90 de zile de la data solicitării și va conține, în principal:
 - dovada eligibilității prin depunerea adevărinței cu data angajării și/ sau data încetării activității în cadrul Grupului (dacă este cazul), conform pct.2.3;
 - după caz, pentru angajații Contractantului, se poate solicita extras din Revisal, furnizat de către Contractant;
 - Declarația de daună;
 - dovada producerii Riscului asigurat (test pozitiv Covid-19, bilet de externare, raport medical, rețete medicale, facturi/ chitanțe pentru cheltuieli etc.);
 - documente de identificare a Asiguratului;
 - alte documente solicitate de Asigurător.

Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita și alte documente sau efectuarea de consulturi la Medici desemnați de către acesta în scopul determinării valabilității solicitării și a valorii Indemnizației de asigurare.

- 4.3. Indemnizațiile de asigurare convenite pentru orice Risc asigurat prin Polița de asigurare au caracter personal și se plătesc exclusiv Asiguratului.
- 4.4. Asigurătorul va efectua plata Indemnizației de asigurare în termen de 30 de zile calendaristice de la data la care documentația solicitată este completă.
- 4.5. Plata Indemnizației de asigurare se va face pe teritoriul României, în Lei și în conformitate cu legile aplicabile privind impozitele și taxele, la data efectuării plății.
- 4.6. Dacă Asiguratul este minor la data plății Indemnizației de asigurare, plata acesteia se va face de către Asigurător cu respectarea prevederilor legale speciale privind drepturile minorilor.
- 4.7. Asigurătorul își rezervă dreptul de a reduce valoarea Indemnizației de asigurare sau de a nu plăti Indemnizația de asigurare în cazul în care se constată încercări de fraudă din partea Asiguratului/ Contractantului.
- 4.8. 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.

- 4.9. În vederea stabilirii dreptului la Indemnizația de asigurare, Asiguratul consimte să împuternicească Asigurătorul să întreprindă orice fel de investigații, să ceară documente medicilor curanți, care pot duce la evaluarea completă a stării de sănătate a Asiguratului, după caz. În acest scop, orice medic, spital, policlinică, sau orice altă instituție medicală sau persoană care deține date sau informații și/ sau documente despre starea de sănătate a Asiguratului va putea furniza, la solicitarea scrisă a Asigurătorului, informații complete, referitoare la orice boală, accident, tratament, examinare, consultație sau spitalizare pe care Asiguratul a efectuat-o. În cazul producerii unui Eveniment/ Risc asigurat, Asigurătorul este împuternicit să facă toate demersurile pentru obținerea documentelor necesare stabilirii întinderii obligației de plată a Indemnizației de asigurare, Asiguratul eliberând de secretul profesional atât pe medicii care l-au consultat/ tratat, cât și orice Instituție publică sau privată care deține informații cu privire la starea acestuia de sănătate.

Art. 5 Excluderi generale aplicabile tuturor Riscurilor asigurate

1. Nu sunt acoperite Riscurile asigurate cauzate de sau care rezultă din următoarele situații:
 - a) Dacă afecțiunea Covid-19 a debutat înainte de includerea în asigurare a Asiguratului respectiv;
 - b) Nerespectarea de către Asigurat a măsurilor de carantină/ izolare impuse de autorități;
 - c) Orice afecțiuni care nu au legătură cu îmbolnăvirea Covid-19;
 - d) Participarea Asiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
 - e) Nerespectarea/ ignorarea indicațiilor și recomandărilor Medicului, rezultatele automedicației sau a tratamentului fără prescripție medicală;
 - f) Împrejurări care nu sunt datorate unor Îmbolnăviri apărute în Perioada de valabilitate a Contractului de asigurare sau pentru care nu există documente medicale/ fiscale justificative;
 - g) Lipsa măsurilor de securitate și a protecției lucrătorilor, cerute de specificul activității desfășurate;
 - h) Evenimentele care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora, cu excepția infectării cu virusul care a cauzat apariția bolii Covid-19 pe perioada sarcinii;
 - i) Orice serviciu medical acordat într-o instituție de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre de dezintoxicare/ reabilitare, centre de wellness, unități pentru tratarea bolilor psihice etc.). Prin excepție, în cazul în care se aprobă de către autoritățile competente, ca una din aceste instituții să devină unitate medicală acreditată pentru tratarea pacienților infectați cu SARS-CoV-2, atunci această entitate va fi considerată că îndeplinește definiția de Spital și se vor putea acoperi Riscurile asigurate specificate în prezentele Condiții de asigurare.
2. Nu pot fi incluse în Asigurare persoanele care au ocupații din următoarele domenii: sănătate, armată, poliție, jandarmerie, asistență socială.

Art. 6 Întinderea teritorială

Acoperirile sunt valabile în întreaga lume.

Art. 7 Cheltuieli, taxe, impozite, dobânzi

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

Art. 8 Încetarea Contractului de asigurare

- 8.1. Contractul de asigurare încetează în următoarele moduri:
 - a) La ora 00:00 a datei de expirare a Contractului de asigurare, menționată ca atare în Polița de asigurare;
 - b) În cazul denunțării unilaterale a Contractului de asigurare de către Contractantul Asigurării sau de către Asigurator, sub condiția acordării unui termen de preaviz de cel puțin 20 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;
 - c) Prin rezilierea unilaterală, după cum urmează:
 - (i) 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, Asiguratorul 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 Asiguratorul 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.
 - (ii) 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 au fost incomplete și/ sau inexacte și nu poate fi stabilită reaua credință a acestora.
 - În cazul nerespectării altor obligații esențiale contractuale de către una dintre părți (Contractant sau Asigurator).
 - d) în celelalte moduri prevăzute de codul civil român sau de legislația aplicabilă prezentului Contract.

- 8.2. Prevederea de la litera c) de la prezentul articol constituie un pact comisoriu de ultimul grad.
- 8.3. Asigurarea încetează pentru Asigurat, acesta fiind scos din Polița de asigurare, în următoarele cazuri:
- în cazul prezentării către Asigurător a unor declarații/ documente false și/ sau informații incomplete cu privire la împrejurările esențiale referitoare la Riscurile asigurate, informații care, dacă ar fi fost aduse la cunoștința Asigurătorului, ar fi determinat neîncheierea/ neinclusiunea respectivului Asigurat în asigurare sau oferirea acesteia în alte condiții;
 - la data la care are loc încetarea raporturilor contractuale, din orice motiv, între Asigurat și Contractant;
 - nerespectarea obligațiilor contractuale de către Asigurat;
 - la data pensionării, pentru persoanele care s-au pensionat, indiferent de motiv (limită de vârstă, anticipat, invaliditate, etc.).

Art. 9 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, Beneficiarilor asigurării, precum și terțelor persoane păgubite, în cazul în care societatea asigurătoare se află în stare de insolvabilitate. Fondul se constituie prin contribuția tuturor Asigurătorilor, fiind administrat în condițiile legii.

Litigii. Modalități de soluționare a reclamațiilor: Orice nemulțumire din partea Contractanților/ Asiguraților va fi soluționată pe cale amiabilă. În acest sens, cererea va fi transmisă în scris (inclusiv în formă electronică, la adresa de e-mail info.ro@general.ro și pe site-ul Generali la adresa <https://www.general.ro/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/ Asiguratul 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 Asigurat.

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 deplin 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: Asiguratul are toate drepturile reglementate de legislația în vigoare referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date 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. Asiguratul își poate exercita drepturile depunând la Asigurător o cerere în formă scrisă, datată și semnată. În cerere, solicitantul poate arăta dacă dorește ca informațiile să îi fie comunicate la o anumită adresă de corespondență sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea i se va face numai personal.

Contractul de asigurare va fi guvernat de Legislația Română.

Legislația Aplicabilă: 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, atât pentru angajat, cât și pentru angajator. 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

Indemnizația zilnică pentru Spitalizare continuă ca urmare a îmbolnăvirii Covid-19

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii Indemnizația zilnică pentru Spitalizare continuă ca urmare a îmbolnăvirii Covid-19, alături de Condițiile generale de asigurare.

1. În cazul în care, ca urmare a infectării cu noul coronavirus care determină îmbolnăvirea Covid-19 în Perioada valabilității Poliței de asigurare, Asiguratul este internat într-un Spital pentru o perioadă mai mare de 5 zile, Asigurătorul va plăti o Indemnizație pentru fiecare zi de Spitalizare continuă, începând cu cea de-a 6-a zi de spitalizare, pentru o perioadă de maxim 14 zile. Ziua de externare nu este indemnizată.
Se consideră o zi de spitalizare ziua calendaristică, indiferent de ora internării și externării Asiguratului.
2. În sensul prezentelor Condiții de asigurare, prin spitalizare se înțelege forma de internare într-o secție/ compartiment dintr-o unitate medicală acreditată, prin care se asigură asistență medicală curativă pentru tratamentul acordat Asiguratului în cazul îmbolnăvirii Covid-19, îmbolnăvire petrecută în perioada asigurată, cu întocmirea FOCG (Foii de Observație Clinică Generală).
Nu se consideră Spitalizare continuă internarea în:
 - unitățile destinate îngrijirii persoanelor dependente de alcool sau de substanțe psihoactive;
 - unitățile destinate îngrijirii bătrânilor și azilele de bătrâni;
 - unitățile medico-sociale sau Spitalele, secțiile destinate internării cazurilor sociale;
 - structurile denumite "spitalizare de zi";
 - instituțiile de îngrijiri medicale la domiciliu;
 - sanatoriile balneare și secțiile de balneofizioterapie;
 - clinicile de chirurgie estetică și înfrumusețare;
 - sanatoriile și preventoriile TBC, precum și unitățile sau secțiile de pneumoftiziologie sau ftiziologie, 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;
 - unitățile sau secțiile care furnizează servicii medicale de recuperare-reabilitare medicală;
 - Spital în calitate de însoțitor.Prin excepție, în cazul în care se aprobă de către autoritățile competente, ca una din instituțiile de mai sus să devină unitate medicală acreditată pentru tratarea pacienților în cazul îmbolnăvirii Covid-19, atunci această instituție va fi considerată că îndeplinește definiția de Spital și se vor putea acoperi Riscurile asigurate specificate în prezentele Condiții de asigurare.
3. Indemnizația se plătește cu respectarea prevederilor art.4 din Condițiile generale de asigurare pentru asigurarea „GENERALI Co-Protect”.
4. În cazul în care Riscul (data de început a perioadei de spitalizare) s-a produs înainte de expirarea Poliței de asigurare, numărul maxim de zile de spitalizare continuă plătite în total este de 14 zile. Acestea se vor achita chiar dacă Polița de asigurare a expirat, cu condiția obligatorie ca diagnosticul Covid-19 să fie pus în perioada asigurată și prima zi de spitalizare să fie inclusă în perioada în care Polița de asigurare era valabilă.
5. Nu se acordă Indemnizații de spitalizare decât Asiguratului căruia Medicul de specialitate îi recomandă internarea într-un Spital în scopul urmăririi tratamentului pentru afecțiunea Covid-19. Nu este acoperită spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului, acordarea de servicii medicale în Spitale în alte forme decât spitalizarea continuă, precum și orice alte afecțiuni care nu au legătură cu îmbolnăvirea Covid-19.
6. Pentru acest Risc se acordă numai Indemnizații de asigurare către Asigurat, nu se acoperă în niciun caz eventualele facturi emise de către Spitale pentru acoperirea costului spitalizării sau alte servicii prestate pe parcursul perioadei de spitalizare.
7. Indemnizația de asigurare are caracter personal și se plătește exclusiv Asiguratului. Nu va fi plătită Indemnizația de asigurare pentru acest Risc în cazul în care Asiguratul decedează înaintea depunerii dosarului de daună.
8. Indemnizația pentru Spitalizare continuă ca urmare a îmbolnăvirii Covid-19 nu se acordă pentru perioada de Spitalizare continuă în unități de terapie intensivă ca urmare a îmbolnăvirii Covid-19.

Indemnizația zilnică pentru Spitalizare continuă în unități de terapie intensivă ca urmare a îmbolnăvirii Covid-19

Prezentele Condiții de asigurare reglementează prevederile acoperirii Indemnizația zilnică pentru Spitalizare continuă în unități de terapie intensivă ca urmare a îmbolnăvirii Covid-19, alături de Condițiile generale de asigurare.

- 1.1. În cazul în care, ca urmare a dobândirii afecțiunii Covid-19 în Perioada valabilității Poliței de asigurare, Asiguratul este internat într-un Spital în secția de Terapie intensivă, la recomandarea scrisă a unui medic, Asigurătorul va plăti o Indemnizație pentru fiecare zi de Spitalizare continuă în unități de terapie intensivă, începând cu prima zi de spitalizare în această unitate, pentru o perioadă de maxim 14 zile. Ziua de externare nu este indemnizată.
Se consideră o zi de spitalizare în secție de Terapie Intensivă, intervalul de 24 ore petrecut efectiv de către Asigurat într-o secție Terapie Intensivă (T.I.).
Prin excepție, se oferă acoperire și în cadrul secțiilor de Terapie Intensivă mobile, dacă sunt acreditate de Ministerul Sănătății și echipate conform legislației în vigoare.
2. În sensul prezentelor Condiții de asigurare, prin spitalizare în Secție de Terapie Intensivă se înțelege forma de internare într-o Secție de Terapie Intensivă dintr-o unitate medicală acreditată, în care se tratează bolnavi aflați în stare critică de sănătate ca urmare a dobândirii afecțiunii Covid-19, care necesită monitorizare permanentă și menținerea, redresarea sau suplinirea a minim unei funcții vitale cu ajutorul unor echipamente adecvate acestor manevre medicale.

3. Indemnizația se plătește cu respectarea prevederilor art.4 din Condițiile generale de asigurare pentru asigurarea „GENERALI Co-Protect”.
4. În cazul în care Riscul (data de început a perioadei de spitalizare) s-a produs înainte de expirarea Poliței de asigurare, numărul maxim de zile de spitalizare continuă plătite în total este de 14 zile.
5. Nu se acordă Indemnizații de spitalizare decât Asiguratului căruia Medicul de specialitate îi recomandă internarea într-un Spital în secție de Terapie Intensivă sau, prin excepție în secție mobilă de Terapie intensivă, în scopul urmării tratamentului ca urmare a îmbolnăvirii Covid-19.
Nu este acoperită spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului, acordarea de servicii medicale în Spitale în alte forme decât spitalizarea continuă, precum și orice alte afecțiuni care nu au legătură cu dobândirea afecțiunii Covid-19.
6. Pentru acest Risc se acordă numai Indemnizații de asigurare către Asigurat, nu se acoperă în niciun caz eventualele facturi emise de către Spitale pentru acoperirea costului spitalizării sau alte servicii prestate pe parcursul perioadei de spitalizare.
7. Indemnizația de asigurare are caracter personal și se plătește exclusiv Asiguratului.
Nu va fi plătită Indemnizația de asigurare pentru acest Risc în cazul în care Asiguratul decedează înaintea depunerii dosarului de daună.
8. Indemnizația pentru Spitalizare continuă în unități de terapie intensivă ca urmare a dobândirii afecțiunii Covid-19 nu se acordă pentru perioada de Spitalizare continuă ca urmare a dobândirii afecțiunii Covid-19.

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

1. Această acoperire este operantă pentru cazurile în care Asiguratul, ca urmare a spitalizării de minim 5 zile cauzate de îmbolnăvirea Covid-19 în perioada asigurată, este obligat să suporte următoarele cheltuieli pentru acoperirea necesităților de bază:
 - transport Asigurat la centre medicale specializate (Spital/ Clinică/ Cabinet medical);
 - servicii de asistență a copiilor;
 - servicii de asistență la domiciliul Asiguratului;
 - procurarea de medicamente, conform recomandării medicului specialist;
 - servicii de livrare a alimentelor;
 - alte posibile cheltuieli medicale legate de perioada de recuperare medicală post-spitalizare după tratarea în urma îmbolnăvirii Covid-19: consultații, analize de laborator, etc.Prin transportul Asiguratului se înțelege transportul prin intermediul unui Serviciu acreditat de Ambulanță, sau un transport medical neasistat, taxi sau mijloace de transport proprii (cu decontarea bonului de combustibil, cu limita de 50 LEI per transport). Pentru a putea achita cheltuiala aferentă transportului, este necesară prezentarea Raportului medical emis de medicul curant din ziua în care s-a efectuat transportul Asiguratului către centrul medical specializat. Prin servicii de asistență a copiilor Asiguratului se înțelege acordarea de servicii de asistență pentru copiii Asiguratului în vârstă de până la 14 ani, de către firme/ persoane specializate cu emiterea de facturi fiscale pe numele Asiguratului și cu precizarea numărului de zile de asistență acordate.
Prin procurarea de medicamente se înțelege achiziția de preparate farmaceutice/ medicamente de către Asigurat în baza unei Rețete medicale, în vederea finalizării tratamentului asociat Covid-19. Nu se vor despăgubi:
 - produse din categoria naturiste/ homeopate/ suplimente alimentare care nu sunt înregistrate în Nomenclatorul medicamentelor pentru uz uman din România, publicat de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANMDM) precum și consultațiile, rețetele, tratamentele și investigațiile alternative, naturiste, homeopate, acupunctură, fitoterapie, apifiterapie, cristaloterapie, aromoterapie, bioenergie (enumerarea este ilustrativă nu exhaustivă);
 - orice medicamente pentru care nu există Recomandare scrisă semnată și parafată de către un Medic;
 - orice preparate/ medicamente care nu au legătură cu finalizarea tratamentului asociat Covid-19, spre exemplificare (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): tratamente recomandate pentru tratarea unor afecțiuni cronice ale Asiguratului, cheltuieli medicale stomatologice etc.Prin servicii de asistență la domiciliul Asiguratului se înțelege acordarea de servicii de îngrijire medicală a Asiguratului, efectuate de către firme/ persoane specializate, cu emiterea de facturi fiscale pe numele Asiguratului și cu precizarea numărului de zile de asistență acordate precum și cu indicarea serviciilor aferente.
Prin servicii de livrare a alimentelor se înțelege acoperirea costurilor serviciului de catering (food delivery), inclusiv costul produselor cumpărate în limita a maxim 100 lei/ zi.
2. Se rambursează costurile pentru o perioadă de recuperare de maxim 15 zile de la data externării din Spital, în baza documentelor justificative.
3. Asiguratorul acoperă aceste cheltuieli (achită Asiguratului contravaloarea lor), pe baza documentelor medicale și fiscale emise pe numele Asiguratului, până la limita maximă prevăzută în Poliță pentru acest Risc. Despăgubirile pentru acest Risc se vor plăti cu respectarea prevederilor art. 4 din Condițiile generale de asigurare.
4. Pentru Riscul de Cheltuieli post-spitalizare, nu se acordă Indemnizații de asigurare, ci se acoperă costul cheltuielilor efectuate în beneficiul Asiguratului. Nu va fi plătită Indemnizația de asigurare pentru acest Risc în cazul în care Asiguratul decedează înaintea depunerii dosarului de daună.