

Condiții de asigurare pentru Asigurarea Mixtă de Viață PRACTIC PLUS

Versiunea 12 / Februarie 2025

Cuprins

CONDITII GENERALE DE ASIGURARE	3
Definiții	3
Capitolul I. Prevederi generale	5
Articolul 1. Contractul de asigurare	5
Articolul 2. Forma și dovada contractului	5
Articolul 3. Întinderea Teritorială. Timpul operativ	6
Articolul 4. Evenimentul asigurat și riscul asigurat	6
Articolul 5. Încheierea Asigurării	6
Articolul 6. Începutul Acoperirii prin Asigurare, Acoperirea Intermediară Imediată	6
Articolul 7. Prima de Asigurare	7
Articolul 8. Neplata Primei de Asigurare	7
Capitolul II. Asigurarea de Bază și alte Clauze Specifice Asigurărilor de Viață	8
Articolul 9. Asigurarea de bază	8
Articolul 10. Clauza de Participare la Câștig a Contractului de Asigurare	8
Articolul 11. Clauza de Indexare	9
Articolul 12. Clauza de Plată în vederea unei Intervenții Chirurgicale	9
Articolul 13. Clauza de Retrageri Parțiale	9
Articolul 14. Clauza de Transformare a Contractului de Asigurare în Contract Liber de la Plata Primelor	9
Articolul 15. Clauza de înghețare a Contractului de Asigurare	10
Articolul 16. Clauza de Răscumpărare	10
Capitolul III. Riscuri Asigurate Suplimentar	11
Articolul 17. Riscuri Asigurate Suplimentar	11
Capitolul IV. Alte prevederi contractuale	12
Articolul 18. Drepturile/Obligațiile Contractantului și ale Asiguratului	12
Articolul 19. Drepturile/Obligațiile Asigurătorului/Plata Indemnizației de Asigurare	12
Articolul 20. Excluderi	14
Articolul 21. Declarații False	15
Articolul 22. Modalități de executare, suspendare, reziliere și încetare a Contractului de Asigurare. Incetarea acoperii pentru riscurile asigurate suplimentar	16
Articolul 23. Emiterea unei noi Polițe de Asigurare	17
Articolul 24. Cheltuieli, Taxe, Impozite	17
Articolul 25. Locul comunicărilor	17
Articolul 26. Alte Prevederi Contractuale	17
CONDITII PARTICULARE DE ASIGURARE	18
Riscul Asigurat Suplimentar „Deces din Accident (D.A.)”	18
Riscul Asigurat Suplimentar „Deces din Accident de Circulație (D.A.C.)”	18
Riscul Asigurat Suplimentar „Deces din orice cauză (D.O.C.)”	19
Riscul Asigurat Suplimentar Invaliditate Permanentă din Accident (I.P.A.)/„Invaliditate Permanentă din orice cauză (I.P.)”	20
Riscul Asigurat Suplimentar „Exonerare de la Plata Primelor în caz de Invaliditate Totală și Permanentă din orice cauză (E.P.P.I.)”	21
Riscul Asigurat Suplimentar „Spitalizare Continuă din Accident (S.A.)” / „Spitalizare Continuă din orice cauză (S.)”	22
Riscul Asigurat Suplimentar „Intervenții Chirurgicale din Accident (I.C.A.)”/„Intervenții Chirurgicale din orice cauză (I.C.)”	23
Riscul Asigurat Suplimentar „Imobilizare în Aparat Ghipsat ca urmare a unui Accident (I.A.G.)”	24
Riscul Asigurat Suplimentar „Fracturi/ Arsuri ca urmare a unui accident (F./A.)”	24
Riscul Asigurat Suplimentar „Boli Grave (B.G.)”	25
Riscul Asigurat Suplimentar „Cheltuieli medicale din accident (C.M.A.)” / „Cheltuieli medicale din orice cauză (C.M.)”	32
Tabelul de Procente pentru Intervenții Chirurgicale	33
Tabelul de Procente pentru Invaliditate Permanentă	42
ANEXA 1 - Tabel Detalii tehnice	44
ANEXA 2 - TABEL DETALII RĂSCUMPĂRARE	45

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, etajele 1, 6 și 7, 011857, Nr. ordine R.C./EUID: J2007017484401, C.U.I. 2886621, C.I.F. RO 2886621, Cod LEI 213800J9BYTZ1Z4YK783, Tel. +4021 312 36 35, Fax +4021 312 37 20, Call center +40372 010 202, www.generali.ro, E-mail: info.ro@generali.com, Înmatriculată în registrul asigurătorilor: RA-002/2003, Certificată ISO 9001: 2015, Capital social subscris 178.999.221,7 lei, integral vărsat.

Public

CONDITII GENERALE DE ASIGURARE

Definiții:

În prezentele condiții de asigurare se adoptă următoarele definiții:

Asigurător:	S.C. Generali Romania Asigurare Reasigurare S.A.;
Contractant:	Persoana fizică sau juridică cu care Asigurătorul încheie Contractul de asigurare și care are obligația să plătească Primele de asigurare;
Asigurat:	Persoana a cărei viață și sănătate constituie obiectul asigurării și care este nominalizată în cererea de asigurare;
Beneficiar:	Persoana desemnată prin Contractul de asigurare să încaseze Indemnizația de asigurare. În situația în care în Contractul de asigurare nu au fost desemnați în mod expres Beneficiari, aceștia vor fi moștenitorii Asiguratului. Pentru clauzele suplimentare, altele decât Deces din orice cauză, Deces din accident, Deces din accident de circulație, Indemnizația de Asigurare se va plăti numai persoanei asigurate.
Cerere de Asigurare:	Formularul completat și semnat pe propria răspundere de către Contractant împreună cu Asiguratul, care conține informațiile necesare în vederea încheierii Contractului de Asigurare (datele Contractantului / Asiguratului, ale Beneficiarilor, după caz), precum și manifestarea de voință și consimțământul Asiguratului / Contractantului privind încheierea Asigurării;
Ofertă de asigurare:	Formularul completat și semnat de către Contractant, care conține informațiile necesare în vederea încheierii asigurării, acoperirile oferite, sumele asigurate, perioada asigurată, alte date importante relaționate cu serviciile oferite prin asigurare, precum și manifestarea de voință și consimțământul Contractantului / Asiguratului cu privire la încheierea contractului de asigurare;
Poliță de asigurare:	Document scris, eliberat de Asigurător, care dovedește existența unui Contract de asigurare. Orice derogare de la condițiile de asigurare se face prin prevederi specifice în Polița de asigurare sau prin acte adiționale ale Politei de asigurare;
Contract de asigurare:	Actul juridic bilateral prin care Contractantul se obligă să plătească Prima de asigurare Asigurătorului în schimbul preluării de către acesta a Riscului asigurat de bază și suplimentar. Contractul de asigurare cuprinde prezentele condiții de asigurare, Cererea de asigurare, Oferta de asigurare, Formularul DNT, Documentul de informare conform legislației în vigoare, Informarea GDPR, Polița de asigurare împreună cu anexele și actele adiționale (dacă există), Condițiile de asigurare pentru Riscurile asigurate suplimentar, corespondența între Asigurător și Contractant, precum și orice alte documente solicitate de Asigurător pentru buna desfășurare a asigurării, incluzând dar nelimitându-se la date cu privire la starea de sănătate a Asiguratului, ocupația și hobby-urile sale;
Risc asigurat:	Un eveniment viitor, posibil dar incert, la care este expusă viața și sănătatea Asiguratului. Riscurile asigurate sunt cele prevăzute în polița de asigurare și pot fi acoperite în conformitate cu prevederile condițiilor de asigurare doar dacă se produc în perioada de valabilitate a politei. Nu sunt acoperite riscurile produse în afara perioadei de valabilitate a politei de asigurare chiar dacă evenimentul s-a produs în perioada asigurată;
Riscuri asigurate de baza:	Supraviețuirea Asiguratului la expirarea asigurării și decesul Asiguratului din orice cauză (Accident și/sau îmbolnăvire) în perioada asigurată, definite conform prezentelor condiții de asigurare. Noțiunea „orice cauză” are în vedere exclusiv Accidentele sau Îmbolnăvirile produse în perioada asigurată;
Riscuri asigurate suplimentar:	Deces din Accident, Deces din Accident de Circulație, Deces din orice cauză, Invaliditate Permanentă totală sau parțială din orice cauză / din Accident, Exonerare de la Plata Primelor de asigurare în caz de Invaliditate permanentă totală din orice cauză, Spitalizare continuă din orice cauză / din Accident, Intervenții Chirurgicale din orice cauză / din Accident, Imobilizare în Aparat Ghipsat ca urmare a unui Accident, Cheltuieli Medicale din Accident / din orice cauză, Boli Grave, Fracturi/ Arsuri. Asigurările pentru aceste riscuri completează asigurarea mixtă de viață cu acumulare de capital „Generali Practic Plus”. Noțiunea „orice cauză” are în vedere exclusiv Accidentele sau Îmbolnăvirile produse în perioada asigurată;
Primă de asigurare:	Suma ce trebuie plătită de către Contractant în schimbul preluării Riscurilor (Eșalonată): asigurate (de bază și suplimentar) de către Asigurător;
Avansul de Primă de Asigurare:	Prima de asigurare conform frecvenței de plată;
Contract Liber de la Plata Primelor:	Un Contract de Asigurare în care Contractantul Asigurării nu mai continuă plata Primelor de Asigurare și care este încadrat în prevederile art. 14 din prezentele Condiții de Asigurare;
Valoare de răscumpărare:	Valoarea Contractului de asigurare la un moment dat. Valoarea de răscumpărare se calculează pe baza matematicilor actuariale și nu reprezintă suma Primelor de asigurare plătite de Contractant;
Sumă asigurată redusă:	Suma asigurată aferentă unui Contract de asigurare pentru care nu se mai plătesc Prime de asigurare, Contractul de asigurare rămânând în vigoare. Suma asigurată redusă se calculează de către Asigurător pe baza rezervei matematice.

Dobândă tehnică garantată:	Rata anuală a dobânzii stabilită de către Asigurător, ce intră în calculul primei de asigurare și este garantată de către Asigurător.
Aniversare:	Data la care se împlinește un număr întreg de ani în raport cu data de început a asigurării înscrisă în Polița de asigurare;
Incapacitate permanentă de muncă:	Starea în care Asiguratul, ca urmare a unei boli, invalidități sau infirmități dovedite medical, nu poate să practice nicio activitate în câmpul muncii;
Sumă asigurată:	Suma stabilită în Polița de asigurare, în funcție de solicitarea Contractantului și de evaluarea riscului de către Asigurător. Suma asigurată este garantată de Asigurător în conformitate cu prevederile contractului de asigurare;
Indemnizație de asigurare:	Suma ce trebuie plătită de către Asigurător conform prezentelor condiții de asigurare în cazul producerii Riscurilor asigurate (de bază și/sau suplimentar);
Eveniment asigurat:	Incidentul sau seria de incidente care produc Riscul Asigurat și la apariția cărora Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare Asiguratului/Beneficiarului, conform Condițiilor de Asigurare;
Excluderi:	Circumstanțe sau condiții specifice menționate în contractul de asigurare pentru care nu se acordă indemnizația sau suma asigurată, deși s-a produs Riscul Asigurat
Accident:	Eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voința Asiguratului și care se soldează cu vătămarea corporală sau decesul Asiguratului. și se datorează acțiunii bruște asupra organismului a unor factori externi fizici (mecanici, termici, electrice etc.) sau chimici, cu excepția infecțiilor (virale, fungice, bacteriene etc.). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): accidentul vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptura vasculară etc., nu pot fi incluse în această categorie.
Vătămare corporală:	Vătămarea fizică a corpului Asiguratului, care poate fi stabilită din punct de vedere medical, cauzată de un Accident produs în perioada de valabilitate a asigurării;
Medic:	Persoană care posedă o diplomă eliberată de autoritățile în domeniu, care profesează în baza unei autorizații valabile de liberă practică, absolvent și licențiat al unei Facultăți de Medicină autorizate și membru al Colegiului Medicilor;
Îmbolnăvire:	Modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Asiguratului, contractată sau care se manifestă pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării și care a fost diagnosticată ca atare de un medic după data de început a contractului de asigurare;
Afecțiuni preexistente (boală preexistentă):	Orice boală, vătămare din accident sau altă condiție medicală a Asiguratului diagnosticată ca atare de către un medic înaintea datei de început a contractului de asigurare, cu excepția afecțiunilor acute care au fost vindecate 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;
Medicament:	Orice substanță sau combinație de substanțe, omologată de Ministerul Sănătății și care se regăsește în Nomenclatorul Agenției Naționale a Medicamentului din România, ce poate fi folosită sau administrată la om, fie pentru restabilirea, corectarea sau modificarea funcțiilor fiziologice prin exercitarea unei acțiuni farmacologice, imunologice sau metabolice, fie pentru stabilirea unui diagnostic medical;
Recomandare/ Prescripție medicală:	Document medical, eliberat de un medic cu drept de liberă practică emis de Colegiul Medicilor din România, ce conține următoarele informații obligatorii: datele de identificare ale asiguratului, diagnostic, recomandările medicului, data, semnatura și parafa medicului;
Boală cronică:	Afecțiune medicală sau psihiatrică cunoscută, care are o perioadă lungă de evoluție sau care prezintă recăderi frecvente, necesitând repetate îngrijiri medicale de specialitate. În această categorie se includ următoarele boli (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): diabetul zaharat, hepatita cronică, pancreatita cronică, poliartrita reumatoidă, insuficiența cardiacă etc. În cadrul bolilor cronice intră și orice alte afecțiuni favorizate de consumul excesiv de alcool, substanțe toxice sau stupefiante, respectiv de fumat, precum și alte afecțiuni cu caracteristici similare din punctul de vedere al evoluției clinice;
Incheierea Protocolului Oncologic:	Prin încheierea protocolului oncologic se înțelege finalizarea completa a schemelor de tratament (intervenție chirurgicală, radioterapie, chimioterapie etc) și lipsa recomandărilor de tratament ulterioare referitoare la patologia oncologică (cancer). Pentru ca Asiguratorul 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).
Sport extrem:	Este o activitate sportivă cu un grad ridicat de pericol inerent ce implică de cele mai multe ori viteză, înălțime, un nivel ridicat de efort fizic sau echipamente specializate. Pentru exemplificare, astfel de sporturi extreme sunt (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): parașutismul, deltaplanismul, utilizarea de parapante, sărituri cu coarda elastică, rafting, scufundări autonome care implică utilizarea unor sisteme de respirație sub apă, alpinism, mountain bike etc.; În cazul în care potențialul asigurat practică sporturi extreme și solicită în mod expres Asiguratorului să fie acoperit, atunci Asiguratorul va evalua și va decide modalitatea de

Interes asigurabil:	preluare în asigurare sau refuzul includerii în asigurare a acestuia; Condiție de bază pentru valabilitatea Contractului de asigurare, reprezentând motivația financiară existentă între Asigurat și Contractant pe de o parte (în ceea ce privește interesul legitim de plată a primelor de asigurare) și între Asigurat și Beneficiar pe de altă parte (în ceea ce privește interesul legitim de încasare al Indemnizației de asigurare);
Poliță suspendată:	Poliță de asigurare ce a fost la un moment dat în vigoare dar care, din cauza nerespectării condițiilor contractuale nu își mai produce efectele. În condițiile în care cauzele pentru care a fost suspendată polița nu se mai regăsesc, iar aceasta nu a fost reziliată, polița poate fi repusă în vigoare conform condițiilor de asigurare;
Perioada de grație:	O anumită perioadă de timp scursă de la scadența de plată a primei, în care Contractantul mai poate efectua plata și pe parcursul căreia protecția oferită de contractul de asigurare continuă în conformitate cu prezentele condiții de asigurare.
Confidențialitatea informațiilor:	Obligația de a nu divulga informații legate de starea de sănătate și de tratamentul efectuat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare. În vederea soluționării dosarelor de daună Asiguratul împuternicește Asigurătorul în mod automat la data încheierii poliței de asigurare să întreprindă orice fel de investigații, să ceară documente medicilor curanți și să obțină rezultatele investigațiilor medicale efectuate de acesta;
Litigii:	Neînțelegeri, divergențe, diferențe de opinii între părțile Contractului de asigurare care pot face obiectul unui proces în fața instanțelor competente.
Data intrării în vigoare a contractului de asigurare:	Data de la care este angajată răspunderea Asigurătorului, menționată în polița de asigurare;
Data expirării contractului de asigurare:	Data încetării răspunderii Asigurătorului, menționată în polița de asigurare;
Caz de urgență medicală/ chirurgicală:	Orice îmbolnăvire sau accident survenite brusc sau neașteptat, care necesită asistență medicală imediată, în scopul menținerii vieții, a funcțiilor vitale sau pentru a evita pierderea unui organ sau a funcțiilor acestuia;
Proteză:	Structură artificială, dispozitiv sau aparat, care reconstituie o parte absentă a corpului uman (organ, membru sau o parte dintr-un membru), afectată sau distrusă;
Orteză:	Aparat ortopedic destinat protejării, imobilizării sau susținerii corpului sau a unei părți a acestuia, la nivelul căruia este fixat direct;
Declarație de sănătate:	Formular propriu al Asigurătorului completat de Asigurat cu informațiile despre starea de sănătate a acestuia.
Medicină alternativă/ medicină experimentală:	Oricare servicii medicale care nu sunt incluse în practică 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.
Rezerva matematica:	Reprezintă diferența dintre obligațiile viitoare ale Asiguratorului referitoare la contractul de asigurare (suma asigurată) și obligațiile viitoare ale Contractantului (plata primelor de asigurare) actualizate la momentul calculului. Pe măsură ce primele de asigurare se plătesc, rezerva matematică crește până ajunge, la sfârșitul contractului, la o valoare egală cu suma asigurată.
Marja de siguranță:	Procent aplicat de către Asigurator în calculul participării la câștig cu scopul de a acoperi cheltuielile de administrare.
Matematici actuariale:	Metode probabilistice și statistice folosite în evaluarea obligațiilor Asiguratorului și ale Contractantului (ex: calculul primelor, al sumelor asigurate, evaluarea rezervei matematice, calculul beneficiilor etc)
Rata investitională:	Surplus de dobândă obținut de către Asigurator prin investirea rezervelor matematice în instrumente financiare.

Capitolul I. Prevederi generale

Articolul 1. Contractul de asigurare

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

Articolul 2. Forma și dovada contractului

- 2.1. Contractul de asigurare trebuie să fie încheiat în scris, și nu se poate dovedi prin martori, chiar dacă există un început de dovadă scrisă. Dacă documentele de asigurare au dispărut prin forță majoră sau caz fortuit și nu există posibilitatea obținerii unui duplicat, existența și conținutul lor pot fi dovedite prin orice mijloc de probă.
- 2.2. Dispozițiile alineatului precedent se aplică și tuturor modificărilor ulterioare ale contractului de asigurare.

- 2.3 Încheierea contractului de asigurare se constată prin polița de asigurare sau certificatul de asigurare emis de Asigurător, precum și prin plata primei de asigurare.
- 2.4 Documentele care atestă încheierea unei asigurări pot fi semnate și certificate prin mijloace electronice.

Articolul 3. Întinderea Teritorială. Timpul operativ

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

Articolul 4. Evenimentul asigurat și riscul asigurat

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

Articolul 5. Încheierea Asigurării

- 5.1 În vederea încheierii Contractului de Asigurare, Asiguratul și Contractantul vor completa și semna Cererea și Oferta de Asigurare, documente ce fac parte integrantă din Contractul de Asigurare. Prin completarea Cererii de asigurare, Asiguratul/Contractantul are obligația de a declara în scris Asigurătorului toți factorii esențiali din punctul de vedere al acceptării asigurării, pentru care Asigurătorul a pus întrebări în scris, factori care au fost sau trebuiau să fi fost cunoscuți de către Asigurat. Asigurătorul va păstra confidențialitatea informațiilor și le va folosi numai în scopul evaluării riscului, în vederea încheierii asigurării.
- 5.2 Asigurătorul își rezervă dreptul de a verifica starea de sănătate a Asiguratului, putând solicita efectuarea unui examen medical sau prezentarea unor documente suplimentare, importante din punctul de vedere al acceptării riscului ce urmează a fi asigurat.
- 5.3 Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita informații suplimentare referitoare la ocupațiile Asiguratului, rezidența, activitatea profesională, precum și la practicarea de sporturi sau hobby-uri.
- 5.4 Asigurătorul își rezervă dreptul de a verifica următoarele aspecte: existența interesului asigurabil, capacitatea Contractantului de a plăti primele de asigurare, justificarea sumei asigurate alese.
- 5.5 În cazul declarațiilor incomplete sau incorecte, Asigurătorul va proceda conform Art. 21 (Declarații False) din prezentele Condiții de Asigurare.
- 5.6 Dacă în urma evaluării riscului se descoperă factori care contribuie la modificarea acestuia, Asigurătorul va comunica Contractantului în termen de 30 de zile de la primirea Cererii de asigurare decizia sa, care poate fi:
- 5.6.1 Acceptarea încheierii asigurării, în termenii și condițiile propuse în scris Contractantului, astfel:
- a) în cazul în care Asiguratul a fost încadrat inițial într-o clasă superioară de risc din punctul de vedere al calculului Primei de asigurare, Asigurătorul va restitui Contractantului suma datorată în termen de 30 de zile de la data înștiințării;
 - b) în cazul în care Asiguratul a fost încadrat inițial într-o clasă inferioară de risc din punctul de vedere al calculului Primei de asigurare, Asigurătorul va cere Contractantului ca în termen de 30 de zile de la data înștiințării să își dea acordul privind noile condiții de preluare a riscului;
- 5.6.2 În ambele cazuri de mai sus, cu acordul scris al Contractantului, Suma asigurată poate fi modificată corespunzător cu Prima de asigurare plătită în momentul completării Cererii de asigurare.
- 5.6.3 Refuzul încheierii asigurării, în cazul în care riscul este considerat major, urmând ca în termen de 30 de zile de la data înștiințării să restituie Contractantului Avansul de primă de asigurare plătit, din care se rețin cheltuielile controlului medical (dacă acesta a fost efectuat).
- 5.6.4 Acceptarea asigurării cu anumite excluderi de natură medicală sau profesională. Aceste excluderi vor fi menționate în Polița de asigurare.
- 5.6.5 Amânarea încheierii asigurării ca urmare a unor factori de risc de natură medicală sau profesională.
- 5.7 În cazul refuzării încheierii asigurării de către Asigurător, acesta nu este obligat să declare motivele refuzului. Cererea de asigurare și toate documentele anexate la aceasta rămân în proprietatea Asigurătorului, menținându-și caracterul confidențial.
- 5.8 Dacă în urma evaluării riscului de către Asigurător Contractantul asigurării nu mai dorește încheierea asigurării, Asigurătorul va înapoia Contractantului Avansul de primă achitat, mai puțin costul controlului medical (dacă acesta a fost efectuat).
- 5.9 În cazul acceptării încheierii asigurării de către Asigurător, asigurarea se încheie prin emiterea Poliței de asigurare în conformitate cu datele cuprinse în Cererea de asigurare și în Oferta de asigurare, cu eventualele modificări ulterioare, tariful de primă corespunzător și prezentele condiții de asigurare aprobate de autoritatea competentă.
- 5.10 Asigurarea poate fi încheiată pentru persoane a căror vârstă este cuprinsă între 15 și 70 de ani.
- 5.11 Vârsta Asiguratului nu poate fi mai mare de 75 ani la expirarea Contractului de asigurare.
- 5.12 Durata Contractului de asigurare este cuprinsă între 5 și 30 ani. Perioada asigurată menționată în polița de asigurare nu poate fi prelungită ulterior.
- 5.13 Nu pot fi asigurate persoanele cu incapacitate permanentă de muncă sau cele care prezintă tulburări neuropsihice grave.
- 5.14 Perioada de valabilitate a asigurării și a Contractului de asigurare este înscrisă în Polița de asigurare.
- 5.15 Acoperirea prin asigurare începe la ora 24 a zilei în care a fost plătit Avansul de primă, dar nu mai devreme de data specificată în oferta de asigurare semnată de Contractant. Acoperirea este valabilă cu respectarea prevederilor articolului 6 din prezentele condiții de asigurare.

Articolul 6. Începutul Acoperirii prin Asigurare, Acoperirea Intermediară Imediată

- 6.1 Pentru toate Cererile de asigurare pentru care Asigurătorul a încasat Avansul de primă, Asigurătorul garantează acoperire intermediară imediată numai pentru riscul de Deces din Accident, începând cu ora 24 a zilei în care a fost plătit Avansul de Primă de Asigurare, cu condiția ca cererea și oferta de asigurare să fi fost semnată de Contractant și Asigurat. Condiția impusă de Asigurător pentru acoperirea intermediară imediată este ca la data completării

Cererii și Ofertei de asigurare Asiguratul să nu fie în incapacitate fizică sau psihică constatată medical și să nu fie sub tratament sau supraveghere medicală. În perioada acoperirii intermediare imediate asigurările pentru Riscurile asigurate suplimentar nu sunt valabile.

6.2 Valabilitatea acoperirii intermediare imediate încetează după caz:

- a) La data începerii asigurării menționată în Polița de asigurare;
- b) La data emiterii de către Asigurător a oricărei decizii de amânare sau respingere a preluării Riscului asigurat. În cazul respingerii preluării riscului asigurat, Asigurătorul restituie avansul de primă mai puțin costul controlului medical, dacă acesta a fost efectuat;
- c) La data refuzului Contractantului de a mai încheia asigurarea. În acest caz, Asigurătorul restituie Avansul de primă mai puțin costul controlului medical, dacă acesta a fost efectuat;
- d) Automat (fără înștiințarea Contractantului), în termen de 90 de zile de la data efectuării plății Avansului de primă, dacă Polița de asigurare nu a fost emisă. În acest caz Asigurătorul restituie Avansul de primă mai puțin costul controlului medical, dacă acesta a fost efectuat.

6.3 În perioada de acoperire intermediară imediată Asigurătorul oferă acoperire pentru maxim 5.000 EURO, dar nu mai mult decât suma asigurată menționată în oferta de asigurare pentru riscul asigurat de baza de deces din orice cauză, în condițiile stipulate în art. 6.1. După plata Indemnizației de asigurare, Contractul de asigurare încetează.

6.4 Dacă în perioada de acoperire intermediară imediată Asiguratul decedează ca urmare a unei îmbolnăviri, Asigurătorul restituie Contractantului / Beneficiarilor Avansul de primă plătit mai puțin costul controlului medical, dacă acesta a fost efectuat, iar procesul de emitere al Contractului încetează;

6.5 După efectuarea analizei de risc a Cererii de Asigurare, în cazul acceptării riscului de către Asigurător în termenii și condițiile comunicate în scris Contractantului / Asiguratului. Asigurătorul va emite Polița de asigurare pe care o va trimite Contractantului asigurării. De la data încasării Primei de Asigurare sau, după caz, a primei rate a acesteia, dar nu înainte de data începerii acoperirii prin asigurare înscrisă în Polița de Asigurare, va începe obligația Asigurătorului în continuarea și în completarea Acoperirii Intermediare Imediate.

Articolul 7. Prima de Asigurare

7.1 Prima de asigurare este calculată pe baza tarifelor Asigurătorului, care iau în considerare vârsta, tabela de mortalitate a populației României, durata asigurării, Suma asigurată, modalitatea de plată, dobânda tehnică și cheltuielile Asigurătorului.

Vârsta Asiguratului se calculează ca diferență între anul în care se încheie asigurarea și anul nașterii Asiguratului. Valoarea Primei de asigurare se determină și în funcție de starea de sănătate a Asiguratului, ocupația și modul de petrecere al timpului liber, în conformitate cu regulile Asigurătorului privind evaluarea riscului, cu respectarea criteriilor internaționale.

7.2 Pentru un risc agravat de mortalitate al Asiguratului, Asigurătorul poate percepe o primă de asigurare mărită față de tariful standard sau se pot acorda Condiții Speciale pentru includerea în Asigurare.

7.3 Prima de asigurare este anuală. Prima de asigurare anuală poate fi eșalonată în rate semestriale, trimestriale sau lunare. Pentru frecvențele de plată anuale / semestriale / trimestriale există discounturi prevăzute în tariful de asigurare. Primele de asigurare eșalonate trebuie să fie plătite integral la termenele scadente, conform frecvenței de plată specificate în Polița de asigurare.

7.4 Plata Primelor de Asigurare va fi efectuată exclusiv prin modalitățile de plată indicate de către Asigurător (de ex: ordin de plată, transfer bancar, cupoane, direct debit). Contractantul Asigurării este răspunzător pentru efectuarea plății Primelor de Asigurare scadente.

7.5 Plățile Primelor de Asigurare vor fi considerate ca fiind efectuate la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei la care Instituția bancară a vizat instrucțiunea de plată dată de Contractant sau a zilei în care Contractantul a achitat avansul de prima către reprezentantul Generali Romania. Instrucțiunea de plată emisă de către Contractant, conținând datele complete și corecte privind plata precum și transferul către contul bancar al Asigurătorului, vizate în mod corespunzător de către Instituția bancară, sau chitanța electronică emisă de către reprezentantul Generali Romania vor constitui dovada efectuării plății.

7.6 La fiecare Aniversare a Contractului de asigurare, Contractantul asigurării poate solicita schimbarea frecvenței de plată a Primei de asigurare, printr-o înștiințare în scris făcută Asigurătorului cu cel puțin 30 zile înainte de data aniversării.

7.7 Modificarea Primei de asigurare / a Sumei asigurate / a riscurilor asigurate suplimentar se poate face numai la Aniversarea Contractului de asigurare în cazul în care Contractantul a plătit integral Primele de asigurare pentru primul an de asigurare (plata integrală a unei Prime de asigurare anuale). Contractantul asigurării poate solicita modificarea printr-o înștiințare în scris care trebuie să ajungă la sediul central al Asigurătorului cu cel puțin 30 de zile înainte de data aniversării. Modificarea Primei de asigurare conduce la modificarea Sumei asigurate, pe baza matematicilor actuariale.

7.8 Modificarea primei de asigurare / sumei asigurate / adăugarea de riscuri asigurate suplimentar nu se poate face în ultimul an de asigurare, înainte de data expirării Contractului de asigurare.

7.9 Prima/rata de asigurare se achită numai în valuta în care a fost încheiat Contractul de asigurare.

7.10 Contractanții persoane juridice vor efectua plata primelor de asigurare prin transfer bancar, ordin de plată sau direct debit.

Articolul 8. Neplata Primei de Asigurare

8.1 Asigurătorul va notifica Contractantul despre obligația de plată a Primei/ratei de asigurare, conform prevederilor legale.

8.2 În cazul în care Contractantul nu achită integral Prima/rata de asigurare la scadență pentru asigurarea de bază și Riscurile asigurate suplimentar (dacă există), Asigurătorul acordă o perioadă de grație de 30 zile începând cu data de scadență a Primei/ratei de asigurare neachitate, pentru plata integrală a acesteia. Acoperirea prin asigurare în perioada de grație este valabilă cu respectarea art. 8.3 - 8.5.

- 8.3 Dacă sumele datorate de Contractant cu titlu de primă nu sunt plătite nici în perioada de grație, asigurarea este suspendată retroactiv, începând cu scadența primei rate neachitate, fără ca o notificare, punere în întârziere sau altă formalitate prealabilă să mai fie necesară.
- 8.4 Dacă se produc daune în perioada de grație, dar până la sfârșitul acesteia primele de asigurare nu se regăsesc în conturile Asiguratorului, aceste solicitări de despăgubire nu vor fi suportate de către Asigurator, polița fiind suspendată de la data menționată în alineatul precedent. Excepție de la această prevedere fac situațiile în care - din motive obiective, legate direct de starea de sănătate a Asiguratului - acesta nu a putut efectua plata primei restante până la finalul perioadei de grație. Motivele obiective se referă la cazurile în care Asiguratul - care are și calitatea de Contractant - s-a aflat în imposibilitate medicală, probată prin documente medicale justificative, să efectueze plata primei restante ca urmare a unui Accident sau Îmbolnăviri produse în perioada de grație, sau ca urmare a producerii decesului Asiguratului / Contractantului în perioada de grație.
- 8.5 Daunele produse în perioada de grație vor fi suportate de către Asigurator dacă prima de asigurare este achitată până la data expirării perioadei de grație - cu respectarea prevederilor de la art. 8.4.
- 8.6 În cazul în care plata integrală a Primei sau ratei de asigurare nu se efectuează în perioada de grație, acoperirea prin asigurare încetează în conformitate cu articolul de mai sus. În acest caz Contractantul poate solicita în scris Asiguratorului:
- a) răscumpărarea Contractului de asigurare (conform art. 16), sau
 - b) transformarea Contractului de asigurare în contract liber de la plata primelor de asigurare (conform art. 14) sau
 - c) înghețarea Contractului de Asigurare (conform art. 15).
- 8.7 În cazul în care Contractantul achită Prima/ratele de asigurare restante și penalitățile stabilite de Asigurator după expirarea perioadei de grație dar în termen de maxim 3 luni de la data celei dintâi Prime/rate de asigurare scadente neachitate, Asiguratorul poate decide reînceperea acoperirii prin asigurare. În acest caz reînceperea acoperirii prin asigurare intră în vigoare de la ora 24 a zilei în care s-au plătit integral Prima/ratele de asigurare restante, dacă Asiguratul este în viață la această dată.
- 8.8 În cazul în care Contractantul nu achită Primele/ratele de asigurare restante și penalitățile stabilite de Asigurator în termen de maxim 3 luni de la data celei dintâi rate scadente neachitate, atunci Asiguratorul:
- 8.8.1 va rezilia Contractul de asigurare fără nicio obligație de plată din partea sa, dacă Primele de asigurare aferente primilor 3 ani de asigurare împliniți nu au fost achitate integral (plata integrală a trei Prime de asigurare anuale). Asiguratorul va rezilia polița începând cu data celei dintâi scadențe de rată neachitată, fără a fi necesară o notificare suplimentară prealabilă.
- 8.8.2 va transforma Contractul de asigurare în contract liber de la plata Primelor de asigurare (art.14), dacă Primele de asigurare aferente primilor 3 ani de asigurare împliniți au fost achitate integral (plata integrală a trei Prime de asigurare anuale). După reziliere / transformarea contractului în contract liber de la plata primelor de asigurare, Contractul de asigurare poate fi repus în vigoare cu acordul scris al Asiguratorului în termen de maxim un an de la data primei rate scadente neplătite, cu condiția plății integrale a sumei primelor restante și numai dacă Asiguratorul a acceptat în scris repunerea în vigoare ulterior primirii formularului de reactivare (formular tip emis de Asigurator și completat de către Contractant). Prin repunerea în vigoare, contractul va oferi acoperire numai pentru viitor. La reactivarea contractului, Asiguratorul își rezervă dreptul de a face o nouă analiză a riscului.
- În ambele cazuri Asiguratorul va notifica Contractantul cu privire la starea Contractului de asigurare.

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

Articolul 9. Asigurarea de bază

Prezenta asigurare oferă acoperire pentru următoarele Riscuri asigurate de bază:

- a) supraviețuirea Asiguratului la expirarea Contractului de asigurare, și
- b) decesul Asiguratului din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire) în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare.

Articolul 10. Clauza de Participare la Câștig a Contractului de Asigurare

- 10.1 Începând cu anul trei de asigurare, contractul de asigurare participă anual la câștigul obținut din investirea rezervelor matematice, conform rezultatelor financiare calculate la data de 31 decembrie a fiecărui an.
- 10.2 Valoarea participării la castig calculata, la data de 31 decembrie a fiecarui an, devine garantată de Asigurator, fiind comunicata Contractantului la fiecare Aniversare a Contractului de Asigurare.
- 10.3 Doar primele de asigurare corespunzătoare asigurării de baza contribuie la constituirea rezervei matematice. Primele de asigurare corespunzătoare asigurărilor suplimentare nu contribuie la formarea rezervei matematice.
- 10.4 Rezerva matematica este investita de către Asigurator, iar un procent din rezultatul obtinut este alocat Contractantului. Procentul de alocare a participării la câștig este stabilit periodic de către Asigurator, fiind prezentat în Tabelul „Detalii tehnice” (anexa 1 a prezentelor conditii de asigurare.)
- 10.5 Contul de participare la castig este creditat anual pe baza rezultatelor obtinute din fructificarea rezervei matematice si a participării la castig din anii precedenti, conform rezultatelor investitionale calculate la data de 31 decembrie a fiecărui an.
- 10.6 În funcție de rata anuală investitională obținută prin investirea rezervei matematice pot exista următoarele situații privind participarea la castig acordată Contractantului:
- a) Dacă rata investitională este mai mare decât suma dintre dobânda tehnică garantată și marja de siguranță, atunci participarea la castig este egală cu suma dintre :
 - Procentul de alocare înmulțit cu excedentul de dobânda obținut prin investirea rezervei matematice
 - Procentul de alocare înmulțit cu excedentul de dobânda plus dobânda tehnică aplicată la participarea la castig garantată din anii precedenti.

Excedentul de dobanda este calculat ca diferenta între rata investitionala obtinuta, marja de siguranta si dobanda tehnica garantata. Marja de siguranta si dobanda tehnica garantata sunt prezentate în Tabelul "Detalii tehnice" (anexa 1 a prezentelor conditii de asigurare.)

- b) Dacă rata investitionala este egala cu suma dintre dobanda tehnica garantata si marja de siguranta atunci participarea la castig este egala cu dobanda tehnica aplicata asupra participarii la castig garantate din anul precedent.

Articolul 11. Clauza de Indexare

- 11.1 Indexarea constă în majorarea anuală a Sumei asigurate, la Aniversare, cu un procent stabilit de către Asigurător în conformitate cu Tabelul "Detalii Tehnice" (anexa 1 a prezentelor conditii de asigurare.). Cuantumul primei de asigurare nu crește cu același procent de indexare ci prima este recalculată în conformitate cu matematicile actuariale, ținându-se cont de noua vârstă a persoanei asigurate cât și de durata rămasă a contractului de asigurare.
- 11.2 Contractul de asigurare se va indexa anual, la aniversare, cu excepția cazului în care Contractantul precizează explicit că nu dorește indexarea, prin menționarea acestui lucru în rubrica indicată din Cererea de Asigurare.
- 11.3 Contractantul poate solicita, cu cel puțin 30 zile înainte de data Aniversării, majorarea Sumei asigurate cu un alt procent decât cel propus de Asigurător, însă acesta nu trebuie să fie mai mic decât procentul minim de indexare din Tabelul "Detalii Tehnice" (anexa 1). În acest caz, Asigurătorul va decide asupra acestei solicitări și își rezervă dreptul de a efectua o nouă analiză a riscului.
- 11.4 Cu 45 de zile înainte de Aniversare, Asigurătorul înștiințează Contractantul cu privire la majorările aferente indexării (noua Sumă asigurată și Primă de asigurare). Contractantul are obligația de a comunica în scris Asigurătorului cu cel puțin 30 de zile înainte de data Aniversării acordul sau refuzul său cu privire la respectivele majorări.
- 11.5 În cazul în care Contractantul nu va comunica Asigurătorului opțiunea sa în termenul prevăzut mai sus, Asigurătorul va utiliza automat la Aniversare opțiunea Contractantului exprimată în anul anterior de asigurare (dacă în anul anterior de asigurare Contractul de asigurare a fost indexat, se va indexa în continuare, în caz contrar, va rămâne la valorile anterioare).
- 11.6 Contractantul nu poate solicita modificarea contractului de asigurare (majorarea primei/sumei asigurate sau micșorarea primei/ sumei asigurate) sau aplicarea clauzei de indexare în ultimul an de asigurare, înainte de expirarea Contractului de asigurare.
- 11.7 Contractantul poate solicita diminuarea primei/ sumei asigurate cu condiția ca noua prima anuală să nu fie sub minimul stabilit în Tabelul „Detalii tehnice” (anexa 1 a prezentelor conditii de asigurare.)

Articolul 12. Clauza de Plată în vederea unei Intervenții Chirurgicale

- 12.1 Începând cu anul al patrulea de asigurare, în cazul în care Contractantul a plătit integral Primele de asigurare pentru primii 3 ani de asigurare (plata integrală a trei Prime de asigurare anuale), Asiguratul poate solicita efectuarea unei plăți dacă a suferit sau urmează să sufere o intervenție chirurgicală pentru redobândirea ori menținerea sănătății, o singură dată pe toată durata asigurării.
- 12.2 Suma care se plătește nu poate depăși costurile rezonabile ale intervenției chirurgicale și Valoarea de răscumpărare a Contractului de asigurare calculată la data la care se solicită în scris acordarea acestei facilități.
- 12.3 Asigurătorul acordă această facilitate dacă Contractantul a plătit toate Primele de asigurare la scadență sau în perioada de grație.
- 12.4 După plata sumei pentru efectuarea intervenției chirurgicale, Asigurătorul va recalcula noua Sumă asigurată pe baza matematicilor actuariale (noua suma asigurată fiind mai mică decât suma asigurată inițială), iar noua valoare va fi comunicată Contractantului.

Articolul 13. Clauza de Retrageri Parțiale

- 13.1 Începând cu anul al patrulea de asigurare, în cazul în care Contractantul a plătit integral Primele de asigurare pentru primii 3 ani de asigurare (plata integrală a trei Prime de asigurare anuale), Contractantul poate solicita retrageri parțiale din rezerva matematică cel mai devreme la jumătatea perioadei de asigurare și nu de mai mult de 2 (două) ori pe toată durata asigurării.
- 13.2 Retragerile parțiale din rezerva matematică nu pot depăși jumătate din Valoarea de răscumpărare calculată la data retragerii, în conformitate cu Tabelul valorilor garantate anexat Poliței de asigurare.
- 13.3 Asigurătorul acordă această facilitate numai dacă Contractantul a plătit toate Primele de asigurare la scadență și doar la aniversarea contractului.
- 13.4 După retragerea parțială din rezerva matematică, Asigurătorul va recalcula noua Sumă asigurată pe baza matematicilor actuariale (noua suma asigurată fiind mai mică decât suma asigurată inițială), iar noua valoare va fi comunicată Contractantului.

Articolul 14. Clauza de Transformare a Contractului de Asigurare în Contract Liber de la Plata Primelor

- 14.1 Contractul de asigurare poate fi transformat într-un contract liber de la plata primelor începând cu anul al patrulea de asigurare, doar în cazul în care Contractantul a plătit integral Primele de asigurare pentru primii 3 ani de asigurare (plata integrală a trei Prime de asigurare anuale) și doar dacă suma asigurată redusă a contractului depășește plafonul stabilit periodic de Asigurator. Plafonul este stabilit periodic în funcție de cheltuielile de administrare corespunzătoare contractului de asigurare de viață.
- Transformarea contractului într-un contract liber de la plata primelor se face în următoarele cazuri:
- a) la data solicitării făcute în scris de către Contractant dacă Primele/ratele de asigurare au fost achitate la datele de scadență conform frecvenței de plată precizată în Polița de asigurare sau în perioada de grație;
- b) în mod automat, la data celei dintâi scadențe neachitate integral, în conformitate cu prevederile art. 8.
- 14.2 În cazul în care suma asigurată redusă a contractului de asigurare este sub plafonul stabilit periodic de către Asigurator, contractul de asigurare poate fi reziliat de către Asigurator cu plata valorii de rascumpărare (în cazul în care aceasta există).

- 14.3 Contractul de asigurare liber de la plata Primelor de asigurare este valabil pe durata rămasă a asigurării pentru Suma asigurată redusă. Suma asigurată redusă se calculează pe baza matematicilor actuariale, în funcție de durata rămasă a asigurării și de valoarea rezervei matematice.
- 14.4 Suma asigurată redusă, minim garantată la începutul contractului pentru fiecare an de asigurare, este prezentată în Tabelul valorilor garantate generat la data emiterii Poliței de asigurare și anexat Poliței.
- 14.5 În cazul unui Contract de asigurare a cărui Sumă asigurată a fost majorată prin indexare (art. 11), calculul sumei asigurate reduse va fi făcut luând în considerare rezerva matematică corespunzătoare noilor sume.
- 14.6 Asigurătorul va notifica Contractantul în termen de 30 zile de la data primirii solicitării despre valorile Contractului de asigurare eliberat de la plata primelor.
- 14.7 În perioada în care Contractul de asigurare este liber de la plata primelor, acoperirile pentru Riscurile asigurate suplimentar, dacă au fost achiziționate, nu mai sunt valabile.
- 14.8 Contractul de asigurare eliberat de la plata Primelor de asigurare poate fi răscumpărat (art. 16).
- 14.9 Contractul de asigurare liber de la plata primelor participă la câștig (art. 10).
- 14.10 Contractantul poate solicita reactivarea Contractului prin completarea formularului de reactivare (formular tip emis de Asigurator și completat de către Contractant). Reactivarea se poate efectua cu acceptul Asiguratorului, astfel:
- a) fie cu plata integrală a tuturor restanțelor - în termen de maxim 1 an de la prima scadență neachitată în conformitate cu art.8.8. După reactivarea Contractului, Asigurătorul va restaura contractul, conform situației de dinaintea eliberării de la plata primelor. După reactivarea Contractului, acoperirile pentru Riscurile asigurate suplimentar, dacă există, redevin valabile în cazul în care se reiau plățile Primelor de asigurare pentru aceste acoperiri.
 - b) fie numai la Aniversarea Contractului, fără plata integrală a tuturor restanțelor. Reluarea Contractului fără plata retroactivă a primelor este echivalentă cu încheierea unei polițe noi, pe durata rămasă a asigurării. În acest caz, la maturitatea contractului, beneficiarul la supraviețuire primește suma asigurată redusă de pe polița eliberată de la plata și suma asigurată de pe polița nouă – cu condiția ca aceasta să fie plătită la zi.
- 14.11 La reactivarea Contractului, Asiguratorul își rezervă dreptul de a face o nouă analiză a riscului.
- 14.12 Reactivarea pentru un Contract de asigurare eliberat de la plata primelor nu se poate face în ultimii 4 ani înainte de expirarea Contractului de asigurare.

Articolul 15. Clauza de înghețare a Contractului de Asigurare

- 15.1 Începând cu anul al patrulea de asigurare, în cazul în care Contractantul a plătit integral Primele de asigurare pentru primii 3 ani de asigurare (plata integrală a trei Prime de asigurare anuale), Contractantul are posibilitatea de a întrerupe plata Primelor de asigurare pe o perioadă de maxim 3 ani, cu păstrarea indemnizației pentru deces nemodificată (înghețarea Contractului de asigurare). Perioada de înghețare stabilită nu se poate modifica ulterior.
- 15.2 Înghețarea Contractului de asigurare se poate face numai la Aniversare și cu condiția ca primele de asigurare să fie achitate la zi. În acest sens, Contractantul va notifica Asigurătorul cu cel puțin 60 zile înainte de data Aniversării.
- 15.3 Pe perioada înghețării, contractul de asigurare este format din două componente:
- un contract liber de la plata primelor, având suma asigurată egală cu suma asigurată redusă de la momentul înghețării;
 - și o asigurare de deces cu suma asigurată egală cu diferența dintre suma asigurată de dinainte de înghețare și suma asigurată redusă.
- Pentru asigurarea de deces, Contractantul trebuie să plătească anual o primă de asigurare pentru preluarea riscului de deces din orice cauză (prima de risc).
- 15.4 Înghețarea Contractului de asigurare intră în vigoare la ora 24 a zilei în care Contractantul a plătit integral Prima de asigurare anuală pentru preluarea riscului de deces din orice cauză.
- 15.5 În perioada în care Contractul de asigurare este înghețat acoperirile pentru Riscurile asigurate suplimentar, dacă acestea au fost achiziționate, nu mai sunt valabile.
- 15.6 Înghețarea Contractului de asigurare se poate solicita o singură dată pe toată durata contractului.
- 15.7 Reînceperea plății Primei de asigurare corespunzătoare asigurării de bază se poate face doar la Aniversare.
- 15.8 După perioada de înghețare a Contractului de Asigurare, Asigurătorul va recalcula noua Sumă asigurată, pe care o va comunica Contractantului. Asigurările pentru Riscurile asigurate suplimentar intră în vigoare la ora 24 a zilei în care Contractantul a plătit integral Primele de asigurare pentru acoperirea acestor riscuri suplimentare.
- 15.9 Noua Sumă asigurată pentru acoperirea de bază este formată din următoarele componente:
- suma asigurată redusă de la momentul înghețării, aferentă contractului liber de la plata primelor;
 - și o suma asigurată pentru o asigurare mixtă de viață, calculată în funcție de durata contractuală rămasă și vârsta curentă a asiguratului, păstrând prima anuală totală de dinainte de înghețare.
- 15.10 Contractul de asigurare nu participă la câștig (art. 10) în perioada în care este înghețat.
- 15.11 În perioada în care un contract este înghețat, acesta nu poate fi răscumpărat. Răscumpărarea se poate efectua numai după ce contractul revine la starea inițială.

Articolul 16. Clauza de Răscumpărare

- 16.1 Începând cu anul al patrulea de asigurare, în cazul în care Contractantul a plătit integral Primele de asigurare pentru primii 3 ani de asigurare (plata integrală a trei Prime de asigurare anuale), Contractantul poate solicita, în scris, răscumpărarea Contractului de asigurare. În timpul primilor 3 ani de asigurare, contractul de asigurare nu are valoare de răscumpărare.
- 16.2 Asigurătorul va plăti Valoarea de răscumpărare la care se adaugă participarea la câștig, în conformitate cu valorile din Tabelul valorilor garantate generat la emiterea Poliței de asigurare și anexat Poliței. Valoarea de răscumpărare este calculată de către Asigurător pe baza rezervei matematice din care se deduce procentul de penalitate în caz de răscumpărare, conform anexei 2 (Tabel detalii răscumpărare) a prezentelor condiții de asigurare. Valoarea de răscumpărare este diferită de suma primelor plătite.

- 16.3 Valoarea de răscumpărare se calculează:
- la data solicitării răscumpărării, dacă Primele/ratele de asigurare au fost achitate la datele de scadență conform frecvenței de plată precizată în Polița de asigurare sau în perioada de grație;
 - la data celei dintâi scadențe neachitate integral, dacă Primele/ratele de asigurare nu au fost achitate la datele de scadență conform frecvenței de plată precizată în Polița de asigurare sau în perioada de grație.
- 16.4 Valoarea de răscumpărare minim garantată la începutul contractului și pentru fiecare an de asigurare, este prezentată în Tabelul valorilor garantate generat la emiterea Poliței de asigurare și anexat Politei.
- 16.5 Prin răscumpărare Contractul de asigurare încetează definitiv și nu mai poate fi repus în vigoare.
- 16.6 Valoarea de răscumpărare se va plăti doar Contractantului. În cazul decesului Contractantului, valoarea de răscumpărare poate fi solicitată în scris de către mostenitorii/ beneficiarii desemnați ai Contractantului.
- 16.7. Plata valorii de răscumpărare se face în termen de 30 de zile de la data la care cererea de răscumpărare însoțită de documentele solicitate de Asigurător ajung la sediul acestuia.

Capitolul III. Riscuri Asigurate Suplimentar

Articolul 17. Riscuri Asigurate Suplimentar

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

Imobilizare în Aparat Ghipsat, Boli Grave, Cheltuieli Medicale din orice cauză, Fracturi / Arsuri - cu mențiunea că riscurile asigurate suplimentar „Fracturi / Arsuri”, “Deces din Accident de circulație” și “Invaliditate Permanentă din orice cauza” se acordă gratuit clientului. Pachetul CONFORT Premium va putea fi achiziționat numai pentru contractele de asigurare cu o primă emisă anuală cel puțin egală cu minimul stabilit de Asigurător la momentul începerii poliței, conform tabelului detalii tehnice (anexa 1).

- 17.3 Riscurile asigurate suplimentar sunt în vigoare numai dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:
- a) Contractantul a plătit integral Prima de asigurare;
 - b) Sunt menționate explicit în Polița de asigurare sau în Anexa la Polița de asigurare.
- 17.4 Riscurile asigurate suplimentar sunt opționale, în conformitate cu prezentele Condiții Generale de Asigurare precum și cu Condițiile Particulare de Asigurare.

Capitolul IV. Alte prevederi contractuale

Articolul 18. Drepturile/Obligațiile Contractantului și ale Asiguratului

- 18.1 Contractantul beneficiază de toate prevederile cuprinse în Capitolul II. Asigurarea de Bază și alte Clauze Specifice Asigurărilor de Viață, al prezentelor Condiții de asigurare.
- 18.2 Cu acordul scris al Asiguratului, transmis Asigurătorului, Contractantul asigurării are dreptul să modifice la orice dată Beneficiarul/ Beneficiarii Contractului de asigurare. Asigurătorul își rezervă dreptul de a verifica existența interesului asigurabil înainte de a modifica beneficiarul la deces și, în cazul în care acesta nu poate fi probat, își rezervă dreptul de a nu face modificarea. În cazul în care există interes asigurabil și modificarea poate fi efectuată, aceasta intră în vigoare de la data deciziei Asigurătorului comunicată în scris către Contractant.
- 18.3 Contractantul are la dispoziție o perioadă de 20 zile de la data semnării Contractului de asigurare de către Asigurător în care poate anula Contractul de asigurare. În acest caz Asigurătorul returnează Avansul de primă mai puțin contravaloarea analizelor medicale, dacă acestea au fost efectuate.
- 18.4 Contractantul este obligat la plata integrală a Primele/ratelor de asigurare până la data de scadență conform frecvenței de plată precizată în Polița de asigurare sau în perioada de grație, conform prevederilor art. 8 din prezentele condiții de asigurare.
- 18.5 Contractantul/Asiguratul are obligația anunțării oricăror modificări ale ocupației, practicării de sporturi, hobby-uri etc. ale Asiguratului, în termen de 30 zile de la data producerii modificării. Asigurătorul va reanaliza riscul și va comunica Contractantului termenii și condițiile de continuare ale asigurării. În cazul în care Contractantul/Asiguratul nu notifică Asigurătorul despre modificarea ocupației, practicării de sporturi, hobby-uri, etc. de către Asigurat, Asigurătorul poate refuza plata Indemnizației de asigurare, în cazul producerii unui eveniment asigurat.
- 18.6 Contractantul și Asiguratul au obligația anunțării oricărei modificări a adresei de domiciliu sau de corespondență. În cazul părăsirii teritoriului României, aceștia au obligația de a comunica Asigurătorului o persoană împuternicită, cu domiciliul în România, pentru a primi corespondența. Asigurătorul va trimite corespondența la ultima adresă de corespondență comunicată de către Contractant.
- Corespondența transmisă de Asigurător la ultima adresă de corespondență cunoscută se consideră trimisă de acesta și primită de Contractant/Asigurat sau Beneficiar, după caz.
- 18.7 Contractantul are obligația de a comunica în scris Asigurătorului, cu cel puțin 30 de zile înainte de data Aniversării, decizia sa în ceea ce privește indexarea (art. 11).
- 18.8 Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul are obligația de a notifica Asigurătorului producerea Riscului asigurat (de bază și suplimentar) în termen de 30 zile de la data producerii lui. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și este exonerat de la plata indemnizației de asigurare. Excepție de la această regulă fac cazurile în care, din motive obiective, justificate pe bază de documente medicale, Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul s-a aflat în imposibilitatea îndeplinirii acestei obligații.
- 18.9 Contractantul/Asiguratul sau Beneficiarul are obligația de a sprijini Asigurătorul în acțiunea sa pe lângă autoritățile care au legătură cu Riscul asigurat, pentru finalizarea dosarului de daună.

Articolul 19. Drepturile/Obligațiile Asigurătorului/Plata Indemnizației de Asigurare

- 19.1 Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare, conform condițiilor de asigurare, pentru:
- a) Riscurile asigurate de bază;
 - b) Riscurile asigurate suplimentar, dacă acestea există și sunt în vigoare, pentru evenimente care au avut loc în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare.
- 19.2 Plata Indemnizației de asigurare se face în urma notificării producerii riscului. Notificarea se face prin scrisoare sau e-mail, care se transmite agenției prin care s-a încheiat asigurarea sau Direcției Centrale a Asigurătorului. Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare, conform Condițiilor generale și particulare de asigurare numai pentru Accidentul / Îmbolnăvirea apărute în perioada de valabilitate a Poliței și notificate Asigurătorului în termen de 30 de zile de la data producerii. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Asigurătorul se va afla în imposibilitatea de a stabili cauza producerii riscului asigurat și a întinderii prejudiciului și este exonerat de la plata oricărei Indemnizații de asigurare. Excepție de la această regulă fac situațiile în care - din motive obiective, justificate pe bază de documente medicale, Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul s-a aflat în imposibilitatea îndeplinirii obligației de notificare în 30 de zile.
- 19.3 Indemnizația de asigurare se plătește Asiguratului sau Beneficiarilor desemnați de acesta, conform procentelor prevăzute în Polița de asigurare. În cazul decesului Asiguratului, dacă nu s-a desemnat nici un Beneficiar, Indemnizația de asigurare se plătește moștenitorilor Asiguratului, conform procentelor menționate în certificatul de moștenitor. Dacă Asiguratul nu a dispus altfel, atunci când sunt mai mulți Beneficiari desemnați, aceștia au drepturi egale asupra Indemnizației de asigurare.
- 19.4 În cazul decesului Asiguratului din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire) în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, Asigurătorul va plăti o Indemnizație de asigurare formată din:

- a) Suma asigurată plus participarea la câștig, la care se adaugă, dacă există, Suma asigurată pentru Riscurile asigurate suplimentar;
- b) Suma asigurată redusă plus participarea la câștig, dacă Contractul de asigurare a fost eliberat de la plata Primelor de asigurare (art. 14);
- c) Suma asigurată pentru deces la care se adaugă participarea la câștig, dacă Contractul de asigurare este înghețat la data decesului (art. 15).

În cazul în care Asiguratul este dispărut dar nu există o hotărâre judecătorească definitivă declarativă a morții, acesta este prezumat de lege a fi în viață până la pronunțarea unei asemenea hotărâri sau până la constatarea fizică a decesului. În urma pronunțării hotărârii judecătorești definitive declarative a morții, care stabilește ca dată a decesului o dată cuprinsă în perioada de asigurare sau la constatarea fizică a decesului, Asigurătorul datorează

19.5 Indemnizația de asigurare prevăzută în Polița de asigurare, conform prevederilor din prezentele condiții de asigurare. În cazul supraviețuirii Asiguratului la expirarea Contractului de asigurare, Asigurătorul va plăti o Indemnizație de asigurare formată din:

- a) Suma asigurată plus participarea la câștig pe toată durata contractului, dacă Contractul de asigurare este în vigoare;
- b) Suma asigurată redusă plus participarea la câștig pe toată durata contractului, dacă Contractul de asigurare a fost eliberat de la plata Primelor de asigurare (art. 14).

Indemnizația de asigurare se va plăti Beneficiarului/ Beneficiarilor desemnați în Polița de asigurare, conform procentelor de indemnizare stabilite. În cazul în care nu a fost desemnat un Beneficiar la supraviețuire, Indemnizația de asigurare va reveni Asiguratului. În cazul în care Asiguratul este dispărut dar nu există o hotărâre judecătorească definitivă declarativă a morții, acesta este prezumat de lege a fi în viață până la pronunțarea unei asemenea hotărâri sau până la constatarea fizică a decesului. Prin urmare, dacă Asiguratul este declarat dispărut la data expirării Contractului de asigurare, Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare pentru cazul de supraviețuire exclusiv beneficiarului la supraviețuire, cu excepția cazului în care mostenitorii Asiguratului prezintă documente oficiale care atestă decesul acestuia (certificat de deces, certificat de mostenitor, hotărâre judecătorească definitivă declarativă a morții)

19.6 Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita Contractantului/Asiguratului informații sau documente suplimentare cu scopul de a proba existența interesului asigurat.

19.7 În cazul răscumpărării Contractului de asigurare (art. 16), Asigurătorul va plăti Valoarea de răscumpărare și participarea la câștig. Valoarea de răscumpărare se calculează:

- a) la data solicitării răscumpărării, dacă Primele/ratele de asigurare au fost achitate la datele de scadență conform frecvenței de plată precizată în Polița de asigurare sau în perioada de grație;
- b) la data celei dintâi scadențe neachitate integral, în caz contrar.

19.8 În cazul decesului Asiguratului sau la expirarea Contractului de asigurare, plata Indemnizației de asigurare se va efectua integral către Beneficiari.

19.9 Plata Indemnizației de asigurare se face numai după prezentare, în termen de maxim 90 de zile de la data producerii riscului asigurat, a următoarelor acte:

- a) în caz de supraviețuire:
 1. Polița de asigurare și ultima anexă, ambele în copie;
 2. actul de identitate al Asiguratului/Beneficiarului, în copie semnată (conform cu originalul);
 3. o confirmare scrisă a faptului că Asiguratul era în viață la data expirării Contractului de asigurare.
- b) în caz de deces:
 1. Polița de asigurare și ultima anexă, ambele în copie;
 2. certificatul de deces al Asiguratului în copie legalizată, precum și copie după certificatul medical constatator al decesului vizat de registrul de stare civilă;
 3. certificatul de moștenitor în copie legalizată, dacă nu a fost desemnat un Beneficiar la deces;
 4. în caz de Accident, procesul-verbal de constatare a Accidentului încheiat de organele competente sau orice alte acte care pot dovedi producerea Accidentului (de exemplu, documente medicale eliberate de instituția medicală care a tratat Asiguratul, declarațiile martorilor etc.) și valoarea alcoolemiei;
 5. adeverință de la locul de muncă din care să reiasă ocupația Asiguratului la data producerii riscului;
 6. actul de identitate a fiecărui Beneficiar la deces, în copie semnată (conform cu originalul)
 7. declarație de daună (formular tip emis de către Asigurător) completată de o rudă apropiată / reprezentant Asigurat;
- c) pentru riscurile asigurate suplimentar, sunt necesare - în funcție de riscul asigurat produs - următoarele acte: bilet de ieșire din spital, adeverințe medicale, scrisoare medicală, certificat de concediu medical, rețete și bonuri fiscale etc.

În cazul în care documentele solicitate nu au fost puse la dispoziția Asigurătorului, în termen de maxim 90 de zile de la data producerii riscului asigurat, cazul va fi închis, urmând a se redeschide în situația depunerii actelor (în termenul maxim specificat de legislația în vigoare).

19.10 Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita și alte documente, în scopul determinării valabilității solicitării și a valorii Indemnizației de asigurare. Asigurătorul poate desemna un medic care să-l consulte pe Asigurat.

19.11 Refuzul Contractantului/Asiguratului sau Beneficiarului de a pune la dispoziția Asigurătorului documentele solicitate dă dreptul Asigurătorului de a refuza plata Indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu pot fi stabilite cauza, modul de producere și urmările riscurilor asigurate.

19.12 Asigurătorul va efectua plata Indemnizației de asigurare în termen de maxim 30 de zile de la data la care documentația solicitată este completă.

19.13 Plata Indemnizației de asigurare se va face pe teritoriul României, în moneda convenită în Polița de asigurare și în conformitate cu legile aplicabile privind impozitele și taxele, în vigoare la data efectuării plății.

19.14 Indemnizația de asigurare se datorează independent de sumele cuvenite Asiguratului sau Beneficiarului din asigurări sociale, de repararea prejudiciului de cei răspunzători de producerea sa, precum și de sumele primite de la alți

- asigurători în temeiul altor contracte de asigurare. Creditorii Asiguratului nu au dreptul să urmărească Indemnizația de asigurare cuvenită Beneficiarilor sau moștenitorilor, după caz.
- 19.15 Dacă Beneficiarul este minor la data plății Indemnizației de asigurare, plata se va face cu respectarea prevederilor legale speciale privind drepturile minorilor.
- 19.16 În cazul reorganizării judiciare ori a lichidării Asigurătorului acesta are obligația, în conformitate cu prevederile legale, legislației aplicabile, să achite cu prioritate obligațiile față de asigurați, folosind în acest sens activele ce constituie fondul asigurărilor de viață.
- 19.17 În cazul unor declarații false sau încercări de fraudă din partea Contractantului/Asiguratului/ Beneficiarului, se vor aplica prevederile art. 21 din prezentele Condiții de Asigurare.
- 19.18 La încheierea Contractului de Asigurare și pe întreg parcursul acestuia, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita detalii suplimentare referitoare la Contractant (inclusiv Beneficiarii Reali / Reprezentantul legal) / Asigurat/ Beneficiari, necesare pentru respectarea prevederilor legislative referitoare la prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor.
- 19.19. La încheierea Contractului de Asigurare și pe întreg parcursul acestuia, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita detalii suplimentare referitoare la Contractant (inclusiv Beneficiarii Reali / Reprezentantul legal) / Beneficiari relateate cu prevederile FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act), CRS (Common Reporting Standard), DAC (Directiva privind cooperarea administrativă pentru schimbul automat obligatoriu de informații în domeniul fiscal), AML (Anti Money Laundering), CTF (countering Financing Terrorism) și legislația cu privire la Sancțiunile Internaționale. Pe întreaga perioadă de derulare a Contractului de Asigurare, Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul are obligația de a înștiința Asiguratorul asupra oricărei modificări față de informațiile oferite referitoare la rezidența/ cetățenie/ rezidența fiscală
- 19.20. Documentele emise într-o limbă străină trebuie însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către Contractant / Asigurat sau de către Beneficiari în cazul decesului persoanei asigurate.
- 19.21. Asiguratorul nu va oferi acoperire și nu va fi obligat să plătească vreo despăgubire, sau să ofere vreun beneficiu conform prezentelor condiții de asigurare, dacă oferirea acoperirii, plata despăgubirii sau furnizarea de beneficii poate expune Asiguratorul oricărei sancțiuni, interdicții sau restricții, în temeiul rezoluțiilor Organizației Națiunilor Unite sau a sancțiunilor comerciale sau economice, legilor sau reglementărilor Uniunii Europene, Statelor Unite ale Americii sau a celor aplicabile în România.

Articolul 20. Excluderi

20.1 Excluderi generale.

Sunt excluse din acoperire evenimentele apărute ca urmare a:

- a) 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 și alte evenimente asemănătoare;
- b) riscurilor nucleare: radiațiile ionizante sau contaminarea prin radioactivitate din orice combustibil nuclear sau din orice deșeuri nucleare provenite din arderea combustibilului nuclear (arderea va include procesul auto-suficient de fuziune nucleară) precum și expunerea toxică radioactivă sau alte proprietăți periculoase ale oricărei expunerii la un ansamblu nuclear sau la un element component nuclear al acestuia;
- c) oricărei tentative de automutilare sau îmbolnăvire intenționată a Asiguratului. Sinuciderea Asiguratului nu este acoperită în primii doi ani de la data emiterii poliței de asigurare.
- d) comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave înscrinate de dispozițiile Codului Penal, consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
- e) bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
- f) consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
- g) practicării unor sporturi extreme precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive extreme sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
- h) participării Asiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
- i) bolilor infecțioase și consecințele acestora, contactate de Asigurat într-o zonă/tara (inclusiv în țara de domiciliu/ reședință a Asiguratului) pentru care organele abilitate din țara în care s-a produs evenimentul sau Organizația Mondială a Sănătății au declarat epidemie sau pandemie;
- j) medicinei alternative (cu titlu de exemplu: tratamente de detoxifiere, acupunctura, tratamente chiropractice, osteopatie, reflexologie, podiatrie etc), tratamentelor 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 relateate cu medicina muncii;
- k) oricăror servicii medicale pentru care nu există recomandarea scrisă a unui medic sau pentru care nu există documente medicale justificative;
- l) oricărei acțiuni provocate intenționat de către Contractant, Asigurat sau Beneficiari în vederea obținerii Indemnizației de Asigurare;
- m) actelor de terorism:

Asigurătorul 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.

Se exclud totodată și pierderile, daunele, costurile sau cheltuielile de orice natură, oricare ar fi aceasta, cauzate în mod direct de către, care decurg din sau sunt în legătură cu vreo acțiune întreprinsă pentru a controla, a preveni, a suprima orice act de terorism, sau care sunt legate în vreun fel de acesta.

Dacă Asigurătorul pretinde că, din cauza acestei excluderi, orice pierdere, daună, cost sau cheltuială nu este acoperită conform acestui contract, sarcina dovedirii contrariului va fi în sarcina Asiguratului.

În cazul în care se constată că parte a acestei clauze este nulă sau neexecutorie, restul va rămâne în vigoare și complet valabilă.

- n) catastrofelor naturale, epidemiilor, pandemiilor etc.
 - o) intervențiilor pentru tratarea obezității sau excesului ponderal / chirurgia bariatrică.
- 20.2 Dacă decesul Asiguratului a fost cauzat de actul intenționat al unui Beneficiar, pentru care acesta a fost condamnat definitiv, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de asigurare către acest Beneficiar. În acest caz Indemnizația de asigurare va fi plătită de către Asigurător celorlalți Beneficiari desemnați, iar în cazul în care aceștia nu sunt desemnați, aceasta va fi plătită moștenitorilor Asiguratului, în calitate de Beneficiari.
- 20.3 Asigurătorul va plăti doar Valoarea de răscumpărare și participarea la câștig conform prezentelor condiții de asigurare dacă decesul Asiguratului s-a produs ca urmare a evenimentelor prevăzute la art. 20.1 precum și ca urmare a:
- a) unei Afecțiuni preexistente, bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident anterior datei de început a Poliței de asigurare, cu excepția cazului în care afecțiunea, boala cronică, handicapul sau urmările au fost declarate, în scris, la încheierea asigurării și acceptate de Asigurător;
 - b) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroza hepatică, neoplasm hepatic etc.);
 - c) unei afecțiuni neoplazice, diagnosticate în primele șase luni de la data de început a Contractului de Asigurare.

Articolul 21. Declarații False

- 21.1 Contractantul Asigurării este răspunzător pentru corectitudinea informațiilor furnizate Asigurătorului privind vârsta Asiguratului. Dacă vârsta Asiguratului este declarată incorect, toate indemnizațiile rezultând din Contractul de Asigurare vor fi ajustate în consecință, pe baza datelor corecte, atât pentru asigurarea de bază cât și pentru riscurile asigurate suplimentar, dacă acestea au fost achiziționate.
- 21.2 Asiguratul este obligat să informeze în scris Asigurătorul despre condițiile cu privire la Riscul Asigurat pe care le cunoaște sau ar trebui să le cunoască și care sunt importante din punct de vedere al evaluării riscului asumat. Asiguratul va îndeplini această obligație de înștiințare prin declararea adevărului și prin răspunsuri complete la toate întrebările conținute în Cererea de Asigurare sau adresate de către Asigurător în timpul încheierii Contractului de Asigurare. În cazul în care Contractantul Asigurării și Asiguratul sunt persoane diferite, Contractantul este răspunzător pentru furnizarea adevărului și a informațiilor complete.
- 21.3 Dacă, Asiguratul, Contractantul sau Beneficiarii (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de Beneficiari) vor furniza declarații false sau informații incomplete, în măsura în care aceste informații sunt esențiale pentru buna derulare a Contractului de Asigurare, Asigurătorul are dreptul de a lua următoarele măsuri, în funcție de circumstanțele concrete:
- a) în cazul în care caracterul fals sau incomplet al declarațiilor / informațiilor furnizate este descoperit de către Asigurător înainte de producerea Evenimentului Asigurat, Asigurătorul are următoarele drepturi:
 - (i) în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință împrejurările reale și complete privitoare la Risc, ar fi încheiat Contractul de Asigurare în alte condiții, Asigurătorul are dreptul de a modifica unilateral, în consecință, condițiile de acoperire contractuală a riscului producerii Evenimentului Asigurat;
 - (ii) în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință împrejurările reale și complete privitoare la Risc, nu ar fi încheiat Contractul de Asigurare, Asigurătorul are dreptul de a rezilia unilateral Contractul de Asigurare.
 - b) în cazul în care caracterul fals sau incomplet al declarațiilor / informațiilor furnizate este descoperit de către Asigurător ulterior producerii Evenimentului Asigurat, Asigurătorul are următoarele drepturi:
 - (i) în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință împrejurările reale și complete privitoare la Risc, ar fi încheiat Contractul de Asigurare în alte condiții, Asigurătorul are dreptul de a reduce quantumul Indemnizației plătibile corespunzător raportului dintre Prima stabilită și cea care ar fi trebuit plătită, cunoscându-se exact împrejurările, respectiv de a anula beneficiile acordabile, corespunzător regulilor de evaluare a riscului asigurabil practicate de către Asigurător în ceea ce privește riscurile respective. În aceste circumstanțe, Asigurătorul are totodată dreptul de a modifica unilateral, în consecință, Condițiile de Acoperire Contractuală a Riscului producerii oricăroră dintre Evenimentele Asigurate în baza Contractului de Asigurare;
 - (ii) în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință împrejurările reale și complete privitoare la Risc, nu ar fi încheiat Contractul de Asigurare, Asigurătorul are dreptul de a refuza plata Indemnizației de Asigurare și de a rezilia unilateral Contractul de Asigurare, plătind în schimb Valoarea de Răscumpărare existentă la data producerii Evenimentului Asigurat și participarea la câștig conform art.10;
 - (iii) în cazul în care Contractantul Asigurării și /sau Beneficiarii, după caz, au furnizat informații false sau incomplete cu privire la circumstanțele producerii Evenimentului Asigurat, Asigurătorul are dreptul de a refuza plata Indemnizației de Asigurare, plătind în schimb, Valoarea de Răscumpărare existentă la data producerii Evenimentului Asigurat și participarea la câștig conform art.10;.
- 21.4 În cazul rezilierii de către Asigurător a Contractului de asigurare pentru declarații false / incomplete, Asigurătorul este degrevat de plata Indemnizației de asigurare și va plăti, în schimb, Valoarea de răscumpărare și participarea la câștig, dacă aceasta există, în conformitate cu prevederile art. 10 și 16.

Articolul 22. Modalitati de executare, suspendare, reziliere si incetare a Contractului de Asigurare. Incetarea acoperii pentru riscurile asigurate suplimentar.

22.1. În următoarele situații, Contractul de asigurare își încetează efectele de plin drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, somații, proceduri etc. și fără intervenția vreunei instanțe judecătorești:

- a) în cazul decesului Asiguratului;
- b) în cazul plății Valorii de răscumpărare;
- c) La ora 0:00 a datei expirării Contractului de asigurare, data menționată ca atare în Polița de asigurare;
- d) prin rezilierea unilaterală de către Asigurător a Contractului de asigurare, în următoarele situații:
 - (i) în cazurile prevăzute ca atare în cadrul prezentelor Condiții Generale și Particulare de asigurare;
 - (ii) în cazul în care Contractantul (inclusiv Beneficiarii Reali / Reprezentantul legal) și/sau Asiguratul și/sau Beneficiarii (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de Beneficiari) refuză să ofere informații privind datele de identificare personale solicitate de către Asigurător;
 - (iii) în cazul în care Contractantul și/sau Asiguratul și/sau Beneficiarii (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de Beneficiari) furnizează Asigurătorului declarații false și/sau informații incomplete cu privire la împrejurările esențiale referitoare la riscurile asigurate, informații care, dacă ar fi fost aduse la cunoștința Asigurătorului, ar fi determinat neîncheierea Contractului de asigurare sau oferirea acestuia în alte condiții (conform art.21);
 - (iv) în cazul în care datele de identificare personale ale Contractantului și/sau Asiguratului și/sau Beneficiarilor (respectiv ale moștenitorilor Asiguratului în calitate de Beneficiari) și /sau Beneficiarilor Reali / Reprezentantului legal se regăsesc în Listele oficiale ale persoanelor fizice și persoanelor juridice suspecte de săvârșirea sau de finanțarea actelor de terorism sau pe listele cu persoane cu sancțiuni internaționale. Datele de identificare personale sunt cele prevăzute de Regulamentul 13/2019 privind instituirea măsurilor de prevenire și combatere a spălării banilor și a finanțării terorismului prin intermediul sectoarelor financiare supravegheate de Autoritatea de Supraveghere Financiară. La constatarea acestor situații, Asigurătorul are dreptul de a rezilia unilateral Contractul de asigurare, printr-o scrisoare recomandată adresată în acest sens Contractantului sau Beneficiarilor, după caz. Contractul de asigurare va înceta de plin drept la ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei expedierii de către Asigurător a scrisorii prin care Asigurătorul informează Contractantul sau, după caz, Beneficiarii desemnați contractual, atât asupra încetării Contractului de asigurare, cât și asupra eventualei Valori de răscumpărare plătibile în acest caz;
 - (v) în cazul în care Contractantul (inclusiv Beneficiarii Reali / Reprezentantul legal) și/sau Beneficiarii (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de beneficiari) se califică drept cetățean american sau rezident SUA sau ca instituție financiară străină non-participantă și refuză să ofere informații sau documente referitoare la verificarea identității lor, în conformitate cu reglementările FATCA sau alte acte legislative (fiscale și de combatere a spălării banilor). Aceleasi prevederi si in cazul in care Contractantul și/sau Beneficiarii (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de beneficiari) refuză să ofere informații sau documente referitoare la verificarea identității lor în conformitate cu reglementările CRS (Common Reporting Standard) și DAC (Directiva privind cooperarea administrativă pentru schimbul automat obligatoriu de informații în domeniul fiscal);
- e) prin rezilierea unilaterală de către Contractant a Contractului de asigurare;
- f) în cazul denunțării unilaterale a Contractului de asigurare de către Contractantul asigurării sau de către Asigurat – în condițiile retragerii de către acesta din urmă a consimțământului dat la încheierea Contractului de asigurare având ca obiect viața sa. În această situație, Contractantul beneficiază de Valoarea de răscumpărare aferentă Contractului său de asigurare la data încetării acestuia și participarea la castig, în conformitate cu prevederile Condițiilor Generale și Particulare de asigurare. Contractantul asigurării se obligă să comunice Asigurătorului decizia sa de denunțare a Contractului de asigurare printr-o înștiințare scrisă prealabilă a Asigurătorului, care trebuie făcută cu cel puțin 20 de zile înainte de denunțare. Contractul de asigurare își va înceta efectele la ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei de încetare astfel solicitate de către Contractant sau, în cazul în care o astfel de dată nu este specificată expres de către Contractant, la ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei recepționării de către Asigurător a înștiințării scrise de denunțare a Contractului de asigurare. Contractantul asigurării este obligat să plătească primele de asigurare aferente acoperirii riscului până la data încetării Contractului de asigurare, în caz contrar contravaloarea acestora deducându-se din cuantumul Valorii de răscumpărare.
- g) în cazul denunțării unilaterale a Contractului de asigurare de către Asigurator cu notificarea scrisă prealabilă a celeilalte părți, care trebuie făcută cu cel puțin 20 de zile înainte de denunțare.

În această situație, Contractantul beneficiază de Rezerva matematică aferentă Contractului său de asigurare la data încetării acestuia, plus participarea la castig, plus prima necastigată până la următoarea scadență neachitată, în conformitate cu prevederile Condițiilor Generale și Particulare de asigurare.

22.2. Acoperirile pentru riscurile asigurate suplimentar pot înceta în următoarele cazuri:

- a) odată cu asigurarea de bază, la expirarea Poliței;
- b) odată cu asigurarea de bază, la rezilierea Poliței;
- c) la aniversarea poliței de bază, la solicitarea Contractantului;
- d) pe durata în care contractul este eliberat de la plata Primelor de Asigurare;
- e) pe durata în care contractul este înghețat;
- f) în cazul decesului Asiguratului;
- g) în cazul plății Valorii de răscumpărare;
- h) în cazul rezilierii Contractului de asigurare de către Asigurător/Contractant;
- i) în cazul denunțării unilaterale a Contractului de asigurare de către una dintre părți, în conformitate cu prevederile legale;
- j) în cazul nerespectării obligațiilor contractuale de către una din părți, conform condițiilor contractuale;

22.3. În cazul riscului de Invaliditate permanentă, acoperirea încetează și la data plății integrale (100%) a indemnizației aferente clauzei de invaliditate.

- 22.4. În cazul riscului asigurat suplimentar „Exonerare de la Plata Primelor în caz de Invaliditate Totală și Permanentă din orice cauză (E.P.P.I.)”, acoperirea încetează și la data împlinirii vârstei de 65 de ani a Asiguratului;
- 22.5. În cazul riscului asigurat suplimentar „Boli Grave (BG)” acoperirea încetează și după plata integrală (100%) a indemnizației aferente diagnosticării cu una din afecțiunile acoperite prin această clauză.

Articolul 23. Emiterea unei noi Polițe de Asigurare

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

Articolul 24. Cheltuieli, Taxe, Impozite

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

Articolul 25. Locul comunicărilor

Toate comunicările cu privire la derularea prezentului contract trebuie să fie efectuate în scris cu confirmare de primire după cum urmează:

- a) cele destinate Asiguratorului, la sediul legal al acestuia, așa cum rezultă din poliță sau din modificările succesive înscrise, conform legii, în Registrul Comerțului (se poate utiliza și adresa de e-mail publicată pe site-ul Societății sau orice alt mijloc de comunicare electronică oficializat);
- b) cele adresate Contractantului, la adresa indicată în poliță sau la aceea care a fost menționată expres de către Contractant pentru trimiterea comunicărilor (se poate utiliza adresa postală / de email indicate de acesta).

Articolul 26. Alte Prevederi Contractuale

- 26.1 Prevederile prezentelor condiții de asigurare se completează cu Condițiile particulare de asigurare pentru Riscurile asigurate suplimentar precum și cu dispozițiile legale în vigoare.
- 26.2 Legislația Aplicabilă. Contractul de Asigurare va fi guvernat de Legislația Română în vigoare, incluzând actele normative privind Asigurările și Reasigurările, Regulamentul privind Efectuarea Operațiunilor Valutare și prevederile specifice cuprinse în prezentele Condiții de Asigurare.
- 26.3 Dacă este necesar pentru scopul și natura Asigurării, există posibilitatea includerii în Contractul de Asigurare a unor prevederi diferite de cele menționate în prezentele Condiții Generale de Asigurare. Eventualele diferențe nu vor fi în conflict cu prevederile imperative ale legislației mai sus menționate.
- 26.4 Asiguratul, respectiv Contractantul Asigurării, au dreptul de a solicita oricând informații suplimentare legate de Contractul de Asigurare prin intermediul Consultantului de Asigurare, telefonic sau în scris.
- 26.5 Litigii. Modalități de soluționare a reclamațiilor: Orice nemulțumire din partea Contractanților / Asiguraților și / sau Beneficiarilor va fi soluționată pe cale amiabilă. În acest sens, cererea va fi transmisă în scris (inclusiv în formă electronică), către sediul central al Asiguratorului. Acesta va înregistra petitia și va transmite un răspuns în scris, punctual și argumentat către persoana care a formulat sesizarea, în termen de 30 de zile de la data primirii acesteia. Dacă, din punctul de vedere al petentului, răspunsul Asiguratorului nu corespunde cerințelor sale, la solicitarea acestuia, părțile pot conveni la organizarea unei întâlniri în cadrul căreia să se soluționeze cererea. În cazul imposibilității rezolvării amiabile a litigiului, persoana interesată se va putea adresa Autorității de Supraveghere Financiară sau Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor ori va putea sesiza instanțele judecătorești competente. Orice litigiu decurgând din sau în legătură cu contractul de asigurare va fi soluționat de către organele abilitate din România, de la sediul Asiguratorului.
- Contractantul / Asiguratul / Beneficiarii, pot apela la soluționarea alternativă a litigiului potrivit dispozițiilor O.G. nr. 38/2015 și a regulamentelor și procedurilor conexe emise de A.S.F. , cu condiția să facă dovada că, în prealabil, a încercat să soluționeze litigiul în mod direct. În acest sens, acestia 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>.
- 26.6 Schimbarea Contractantului Asigurării. Schimbarea Contractantului Asigurării poate fi solicitată oricând pe durata Contractului, în baza unei cereri scrise și va fi efectuată cu acordul expres al vechiului și noului Contractant, al Asiguratului precum și al Asiguratorului. Pe lângă datele de identificare ale noului Contractant, Asiguratorul poate solicita, în vederea acordului său la această modificare, informații legate de motivul schimbării, interes asigurabil, precum și declarații cu privire la îndeplinirea obligațiilor fiscale rezultate în urma acestei operațiuni. Modificarea va

- intra în vigoare în momentul emiterii de către Asigurător a unei Anexe la Polița de Asigurare, cu datele de identificare ale noului Contractant și ale instrumentelor de plată aferente.
- 26.7 Orice litigiu decurgând din sau în legătură cu contractul de asigurare va fi soluționat de către instanțele judecătorești din România, de la sediul Asiguratorului.
- 20.8. 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 asiguraților, fiind administrat în condițiile legii.
- 20.9 Deduceri fiscale. Prevederi generale: Conform legislației fiscale în vigoare, primele de asigurare nu sunt purtătoare de TVA și nu sunt deductibile la calculul impozitului pe venit/profit. Asigurările de viață nu beneficiază de deduceri fiscale în ceea ce privește plata primelor de asigurare. Orice Indemnizație de asigurare eafereantă Contractului de asigurare nu este supusă impozitului pe venit. Prezentele precizări fiscale sunt valabile sub rezerva modificării legislației fiscale (Codul Fiscal și orice alt act normativ adoptat în aplicarea acestuia).
- 20.10 **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.

CONDITII PARTICULARE DE ASIGURARE

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

Articolul 1

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

Acestă indemnizație se plătește suplimentar față de cea pentru asigurarea de bază.

Articolul 2

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

Articolul 3

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

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

Articolul 4

Dacă Asiguratul decedează după plata unei Indemnizații pentru Invaliditate Permanentă din Accident / orice cauza în termen de un an de la data producerii Evenimentului, atunci Asigurătorul:

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

Articolul 5

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

5.2. Asigurătorul nu datorează Indemnizația de asigurare pentru aceasta clauză, dacă decesul Asiguratului se produce ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale.

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

Definiții

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

Articolul 1

Dacă decesul Asiguratului are loc ca urmare a Vătămărilor corporale apărute în urma unui Accident de Circulație suferit în perioada valabilității Poliței de Asigurare, Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare formată din

Suma asigurată prevăzută în Polița de asigurare pentru această acoperire suplimentară. Această indemnizație se plătește suplimentar față de cea pentru asigurarea de bază.

Articolul 2

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

Articolul 3

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

Articolul 4

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

Articolul 5

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

Articolul 6

Dacă Asiguratul decedează după plata unei Indemnizații pentru Invaliditate Permanentă din Accident / orice cauza în termen de un an de la data producerii Evenimentului, atunci Asigurătorul:

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

Articolul 7

- 7.1. Dacă decesul Asiguratului a fost cauzat de actul intenționat al unui Beneficiar, pentru care acesta a fost condamnat definitiv, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de Asigurare către acest Beneficiar. În acest caz Indemnizația de Asigurare va fi plătită de către Asigurător celorlalți Beneficiari desemnați, iar în cazul în care aceștia nu sunt desemnați, aceasta va fi plătită moștenitorilor Asiguratului în calitate de Beneficiari.
- 7.2. Asigurătorul nu datorează Indemnizația de Asigurare pentru aceasta cauză, dacă decesul Asiguratului se produce ca urmare a riscurilor prevăzute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale.

Riscul Asigurat Suplimentar „Deces din orice cauză (D.O.C.)”

Articolul 1

La solicitarea Contractantului asigurarea de bază se poate completa, la încheierea asigurării sau la Aniversare, cu acoperirea suplimentară de Deces din orice cauză (D.O.C). Aceasta acoperire poate fi achiziționată până la vârsta maximă de 65 de ani a Asiguratului.

În cazul producerii, în perioada asigurată, a decesului Asiguratului din orice cauză (Accident și/sau îmbolnăvire), Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare constând în Suma asigurată prevăzută în Polița de asigurare pentru această acoperire suplimentară. Această indemnizație se plătește suplimentar față de cea pentru asigurarea de bază.

Articolul 2

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

Articolul 3

Indemnizația de asigurare se plătește cu condiția ca decesul Asiguratului să fi survenit în perioada Asigurată ca urmare a unui eveniment survenit în perioada de valabilitate a poliței de asigurare.

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

Articolul 4

Dacă Asiguratul decedează după plata unei Indemnizații pentru Invaliditate Permanentă din Accident / orice cauza în termen de un an de la data producerii Evenimentului, atunci Asigurătorul:

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

Articolul 5

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

5.2 Asigurătorul nu datorează Indemnizația de asigurare dacă decesul Asiguratului s-a produs ca urmare a riscurilor prevăzute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale, precum și ca urmare a:

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

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

Definiții

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

Articolul 1

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

Articolul 2

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

Articolul 3

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

Articolul 4

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

Articolul 5

Stabilirea gradului de invaliditate se face pe baza certificatului medical constatator al Invalidității Permanente eliberat de autoritatea competentă. Plata Indemnizațiilor în caz de Invaliditate Permanentă din Accident / orice cauză se face după trecerea termenului de 12 luni consecutive de la data Evenimentului. În cazul în care Invaliditatea Permanentă este incontestabilă, stabilirea gradului de invaliditate și plata Indemnizației se poate face și înainte de terminarea perioadei de 12 luni consecutive, dar nu mai devreme de 3 luni de la producerea Evenimentului.

Articolul 6

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

Articolul 7

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

Articolul 8

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

Articolul 9

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

Articolul 10

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

Articolul 11

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

20.1 - Excluderi generale, precum și ca urmare a:

- unei Afecțiuni preexistente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident diagnosticate înainte de data de început a valabilității prezentei clauze, cu excepția cazului în care afecțiunea, Boala cronică, handicapul sau

- urmările au fost declarate, în scris, de către Asigurat și acceptate de Asigurator;
- b) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroza hepatică, neoplasm hepatic, etc.;
 - c) unei afecțiuni neoplazice, diagnosticate în primele șase luni de la data de început a valabilității prezentei clauze suplimentare

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

Definiții

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

Articolul 1

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

Articolul 2

În cazul în care Asiguratul a suferit, pe durata Contractului, o Invaliditate Totală și Permanentă din orice cauză, care îl împiedică definitiv să desfășoare orice activitate ce ar putea să-i asigure un venit, salariu, remunerare sau profit, Contractantul este scutit (exonerat), până la expirarea Contractului, de obligația de a plăti Primele de Asigurare ulterioare momentului producerii Îmbolnăvirii sau Accidentului.

În cazul în care Contractantul este exonerat de la plata Primelor de asigurare, dreptul la modificarea Primei de asigurare / a Sumei asigurate / a riscurilor asigurate suplimentar oferit Contractantului în baza art. 7.7 nu mai este valabil. Primele de Asigurare anuale ce sunt datorate se consideră toate ca fiind cu valoare constantă și egală cu ultima Primă de Asigurare anuală plătită (chiar dacă parțial). Pe durata exonerării, contractul participă la câștig.

Articolul 3

Din momentul în care se produce Invaliditatea Permanentă și Totală a Asiguratului, acesta trebuie să notifice în scris Evenimentul asigurat conform art. 18.9 și să atașeze documente medicale justificative (Certificat de încadrare în grad de Invaliditate, Decizia asupra capacității de muncă, ultimul bilet de ieșire din spital, Fișa de Consultație de la medicul de familie, Fișa de observație Clinică din Spital etc.). Din momentul în care Asigurătorul recunoaște starea de invaliditate permanentă și totală a Asiguratului, acesta va rambursa primele de asigurare achitate integral care au fost scadente în perioada cuprinsă între prezentarea cererii cu documentele medicale complete de către Asigurat și recunoașterea Invalidității de către Asigurator.

Articolul 4

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

Articolul 5

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

Articolul 6

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

Articolul 7

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

Articolul 8

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

Articolul 9

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

Articolul 10

Asigurătorul nu oferă această acoperire dacă Invaliditatea Totală și Permanentă a Asiguratului se produce ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale, precum și ca urmare a:

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

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

Definiții

Spital	O unitate sanitară publică sau privată cu paturi, a cărei funcționare este autorizată de MSF și care îndeplinește cumulativ următoarele condiții: • acordă servicii de diagnostic și tratament în regim continuu pacienților internați, cu întocmirea Fișei de Observație Clinică Generală (FOCG), conform procedurilor legale în vigoare; • dispune de echipamente medicale adecvate și de personal medical și auxiliar acreditat conform reglementărilor legale în vigoare pentru acordarea de asistență medicală de specialitate, în concordanță cu diagnosticul principal formulat la internarea pacientului;
Spitalizare continuă:	Forma de internare într-o secție dintr-un Spital pentru îngrijirea afecțiunilor acute sau tratarea urmărilor unui Eveniment asigurat, cu întocmirea FOCG, prin care se asigură asistență medicală curativă pe întreaga durată necesară rezolvării cazului respectiv. Spitalizarea continuă se face la recomandarea unui Medic de specialitate acreditat în condițiile legii sau în cazul urgențelor medico-chirurgicale. Nu este acoperită spitalizarea în scopul tratării bolilor cronice, care nu au fost diagnosticate pentru prima dată în perioada asigurată, spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului, acordarea de servicii medicale în Spitale în alte forme decât spitalizarea continuă. Nu se consideră Spitalizare continuă internarea în: • unitățile destinate îngrijirii persoanelor dependente de alcool sau de substanțe psihoactive; • unitățile destinate îngrijirii bătrânilor și azilele de bătrâni; • unitățile medico-sociale sau spitalele, secțiile destinate internării cazurilor sociale; • structurile denumite “spitalizare de zi”; • instituțiile de nursing - sau de îngrijiri medicale la domiciliu; • centre de medicină complementară/medicină alternativă/centre wellness; • instituțiile pentru tratarea bolilor psihice; • sanatoriile și preventoriile TBC precum și unitățile sau secțiile de 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 complicații ale acesteia; • unitățile sau secțiile care furnizează servicii medicale de recuperare-reabilitare medicală sau cure în stațiuni balneoclimaterice, cu excepția situațiilor în care se efectuează tratamente recuperatorii pentru un eveniment asigurat apărut în perioada de valabilitate a asigurării. În acest caz, numărul maxim de zile de spitalizare pentru recuperare este de 30 de zile.
Zi de spitalizare:	Intervalul de 24 ore petrecut efectiv de către Asigurat în Spital, la recomandarea medicului. Prima zi de spitalizare începe la ora de internare a Asiguratului odata cu luarea în evidență a acestuia de către Spital și se termină la ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare. Ultima zi de spitalizare începe la ora 0:00 a acestei zile și se termină la momentul externării.
Eveniment asigurat:	• Accidentul survenit în perioada de valabilitate a poliței de asigurare în cazul în care s-a optat pentru clauza de Spitalizare Continuă din Accident; • Accident sau Îmbolnăvire survenit/survenită în perioada de valabilitate a Poliței de Asigurare în cazul în care s-a optat pentru clauza de Spitalizare Continuă din orice cauză. Contractantul/Asiguratul poate opta doar pentru una din cele două clauze.

Articolul 1

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

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

Ziua de externare nu este indemnizată.

Articolul 2

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

Articolul 3

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

Articolul 4

Indemnizația de asigurare pentru clauza de Spitalizare are caracter personal și se plătește direct Asiguratului căruia medicul de specialitate îi recomandă internarea într-un Spital în scopul tratării consecințelor unui Eveniment acoperit prin prezentele Condiții de Asigurare. Indemnizația pentru clauza de Spitalizare nu se plătește către Beneficiari sau moștenitori nici în cazul decesului Asiguratului.

Articolul 5

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

Articolul 6

Asigurătorul nu datorează Indemnizația de Asigurare pentru clauza de Spitalizare din Accident și pentru clauza de Spitalizare din orice cauză, dacă Spitalizarea a avut loc ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale, precum și ca urmare a:

- a) unei Afecțiuni preexistente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident diagnosticate înainte de începutul valabilității prezentei clauze, cu excepția cazului în care afecțiunea, Boala cronică, handicapul sau urmările au fost declarate, în scris, de către Asigurat și acceptate de Asigurător;
- b) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroza hepatică, neoplasm hepatic etc.;
- c) unei afecțiuni neoplazice, diagnosticate în primele șase luni de la data de început a valabilității prezentei clauze suplimentare;
- d) spitalizărilor pentru tratamente cosmetice /estetice /plastice și / sau reparatorii cu excepția cazurilor cu indicație terapeutică expresă pentru deficite funcționale. Spitalizările pentru proceduri chirurgicale estetice /cosmetice, care implica schimbarea aspectului la alegerea asiguratului, nefiind o consecință a unei afecțiuni / accident produs în perioada asigurată, nu sunt acoperite;
- e) evenimentelor care au legătură cu gravitatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția avortului în scop terapeutic, necesar în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către medicul de specialitate);
- f) efectuării de investigații și tratamente pentru sterilitate/fertilizare în vitro/inseminare artificială/ transferul embrionului/ impotenta/frigiditate/ schimbare de sex/ donare de organe;
- g) oricărei acțiuni provocate intenționat de către Asigurat / Contractant / Beneficiari în vederea obținerii indemnizației de asigurare.

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

Definiții

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

- este practică în timpul Spitalizării, în secția de chirurgie a unui Spital, conform standardelor și normelor medicale recunoscute de către Organizația Mondială a Sănătății;
- presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.

Eveniment asigurat:

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

Articolul 1

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

Articolul 2

În prezentele Condiții de Asigurare, două sau mai multe Intervenții Chirurgicale efectuate în aceeași ședință operatorie, prin aceeași incizie vor fi considerate o singură Intervenție 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”.

Articolul 3

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 Asiguratorului, cu excepția cazului în care acea intervenție este exclusă în mod explicit în Contractul de Asigurare.

Articolul 4

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

Articolul 5

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

Articolul 6

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

Articolul 7

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

Articolul 8

Asigurătorul nu datorează Indemnizația de Asigurare pentru clauza de Intervenție Chirurgicală din Accident și pentru clauza de Intervenție Chirurgicală din orice cauză, dacă Intervenția Chirurgicală a avut loc ca urmare a evenimentelor prevazute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale, precum și ca urmare a:

- a) unei Afecțiuni preexistente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident diagnosticate înainte de începutul valabilității prezentei clauze, cu excepția cazului în care afecțiunea, Boala cronică, handicapul sau urmările au fost declarate, în scris, de către Asigurat și acceptate de către Asigurător;
- b) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroza hepatică, neoplasm hepatic etc.;
- c) unei afecțiuni neoplazice, diagnosticate în primele șase luni de la data de început a Contractului de Asigurare;
- d) evenimentelor care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția avortului în scop terapeutic, necesar în cazul unor urgențe medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către medicul de specialitate);
- e) efectuării de intervenții pentru sterilitate/fertilizare în vitro/inseminare artificială /transferul embrionului/impotenta/ frigiditate/ schimbare de sex/ donare de organe;
- f) intervențiilor de chirurgie cosmetică /estetică /plastică și / sau reparatorie cu excepția cazurilor cu indicație terapeutică expresă pentru deficite funcționale. Chirurgia estetică /cosmetică, care implica schimbarea aspectului la alegerea asiguratului, nefiind o consecință a unei afecțiuni / accident produs în perioada asigurată, nu este acoperită;
- g) intervențiilor stomatologice. Cu toate acestea, Asigurătorul va plăti indemnizații pentru Intervențiile chirurgicale buco-maxilo-faciale, necesare ca urmare a unui Accident suferit în perioada valabilității Poliței de asigurare, dar nu se vor acorda indemnizații pentru restaurarea dentară;
- h) oricarei acțiuni provocate intenționat de către Asigurat / Contractant / Beneficiari în vederea obținerii indemnizației de asigurare.

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

Articolul 1

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

Articolul 2

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

Articolul 3

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

Articolul 4

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

Articolul 5

Sunt excluse din această acoperire cazurile de imobilizare într-o îmbrăcămintă de ghips sau o aparatură imobilizantă echivalentă provocate ca urmare a evenimentelor prevazute în cadrul art. 20.1 – Excluderi generale, precum și ca urmare a:

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

Riscul Asigurat Suplimentar „Fracturi/ Arsuri ca urmare a unui accident (F./A.)”

Definirii:

Fractura: discontinuitatea osului / cartilagiului fibros provocată ca urmare a unui Accident petrecut în perioada asigurată, prin traumatism direct și detectabilă prin imagistica medicală.

Arsura: leziune tegumentară provocată ca urmare a expunerii accidentale în perioada asigurată la acțiunea unor agenți externi (termici, electrici, chimici etc).

Arsura de gradul I: arsură superficială care interesează stratul superficial al tegumentului (epidermul) și care permite vindecarea fără sechele într-un timp scurt.

Articolul 1

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

Descrierea tipului de fractură	Procent
Fractură craniu	60%
Fractură una sau mai multe vertebre prin compresie	50%

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

Articolul 2

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

Articolul 3

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

Articolul 4

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

Articolul 5

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

Articolul 6

Pentru orice Fractura / Arsura neprecizată în cadrul acestei clauze, Asigurătorul poate acorda indemnizația prin analogie cu o Fractura / Arsura specificată, de gravitate comparabilă după aprecierea Asiguratorului, cu excepția cazului în care acea Fractura / Arsura este exclusă în mod explicit în Contractul de Asigurare.

Articolul 7

Sunt excluse din această acoperire cazurile de Fracturi / Arsuri provocate ca urmare a evenimentelor prevăzute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale precum și ca urmare a:

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

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

Articolul 1

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

Articolul 2

Plata Indemnizației pentru clauza de Boli Grave se face numai către Asigurat și nu către Beneficiari sau moștenitori în cazul decesului acestuia. În cazul decesului Asiguratului ca urmare a unei B.G., nu se mai acorda indemnizația corespunzătoare clauzei de B.G. Dacă Asiguratul a primit deja indemnizația pentru clauza de B.G. și decedează în termen de un an de la data producerii riscului B.G., se va scadea din suma asigurată la deces valoarea indemnizației plătite deja pentru riscul B.G.

Articolul 3

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

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

Articolul 4

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

Articolul 5

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

Definiții:

5.1 Accident vascular cerebral: orice disfuncție (dereglare) vasculară cerebrală care produce sechele neurologice cu durată mai mare de 24 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 să fie confirmată în scris de un neurolog și manifestată prin imposibilitatea de a efectua, fără ajutor, a cel puțin 3 din cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă, îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată cu hrană 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 ischemic neurologic extins și reversibil; alterări ischemice ale sistemului vestibular;
- c) deficit neurologic ischemic reversibil;
- d) hemoragie cerebrală provocată de leziuni traumatiche, post traumatiche sau hipoxie;
- e) hemoragie cerebrală datorată unei tumori cerebrale;
- f) hemoragie cerebrală provocată de complicații după chirurgia vasculară cerebrală;
- g) manifestări survenite ca urmare a malformației vaselor cerebrale;
- h) datorate consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA;
- i) simptome de migrenă;
- j) afecțiuni vasculare care afectează ochiul sau nervul optic;
- k) boli care afectează în plan secundar sistemul nervos (central sau periferic);
- l) boli congenitale ale sistemului nervos;
- m) Accidentul vascular vechi, descoperit intamplator la o examinare imagistică.

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

- 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:

- infarcte silențioase depistate pe electrocardiogramă;
- toate tipurile de angină incluzând angina stabilă, angina instabilă (preinfarct) și angina Prinzmetal;
- 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;
- condiții patologice care evidențiază doar unul sau două din criteriile de mai sus;
- reinfectarea (recidiva) în același teritoriu coronarian.

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

Următoarele excluderi specifice se aplică în caz de insuficiență renală:

- hemodializa în situația unei insuficiențe renale acute sau orice caz de hemodializa nonpermanentă;
- insuficiența unui singur rinichi;
- afecțiunea Asiguratului cu indicația de transplant renal anterioară datei intrării în vigoare a Poliței sau sub tratament cronic de hemodializă sau Asigurat înregistrat pe orice lista de așteptare pentru un transplant de organ;
- orice stadiu de afecțiune renală care necesită dializă temporară;
- afecțiunea Asiguratului diagnosticat cu SIDA sau purtător 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 istoricului medical, pe analiza lichidului cefalorahidian și pe prezența a mai mult de un simptom neurologic bine definit, cu deteriorări funcționale nervoase manifestate pe o durată mai mare de 6 luni și care trebuie confirmată cu tehnici de investigație modernă ca tomografie, rezonanță magnetică nucleară. Manifestările neurologice constau în simptome tipice de demielinizare a creierului, nervului optic și / sau măduvei spinării. Următoarele 2 criterii trebuie îndeplinite: evidența prin imagistica medicală (CT / RMN etc) a unor multiple afectări tisulare cicatrizate în diferite arii ale sistemului nervos central și cel puțin 2 episoade diferite de acutizări sau atacuri separate între ele de perioade minime de 24 ore. Atacurile neurologice izolate ca și episoadele neurologice izolate cu o durată mai mică de 24 de ore și / sau fără deteriorarea funcțiilor pe o perioadă mai mică de 6 luni sunt excluse.

5.6 Intervenție Chirurgicală de tip by-pass Aorto-coronarian: reprezintă intervenția chirurgicală recomandată de un medic de a specialitate pentru corecția stenozei sau ocluziei arterei coronare prin introducerea unei grefe de tip by-pass aorto-coronarian în scopul limitării simptomelor de tip anginos.

5.7 Spondilită ankilozantă: Reumatism inflamator cronic afectând articulațiile sacroiliace ale coloanei vertebrale diagnosticat de către un medic reumatolog prin prezența obligatorie a criteriului radiologic (sacroileită de cel puțin grad II, bilaterală) și a cel puțin unui criteriu suplimentar dintre cele 3 criterii menționate mai jos:

- HLA B 27 pozitiv;
- 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: amplasarea unui stimulator cardiac în pereții ventriculilor sau atrialilor, prin abord transvenos sau transtoracic, respectiv montarea unui dispozitiv electronic implantabil (defibrilator), în scopul corectării tulburărilor de ritm. Sunt acoperite doar pentru afecțiuni care s-au manifestat sau au fost diagnosticate pentru prima dată în perioada de valabilitate a Poliței.

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

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

- Transplant de organe de proveniență animală;
- Transplant ca donor;
- Organe modificate genetic;
- Dacă anterior a existat o reacție de respingere pentru alt organ (înlocuire);
- În situația unei afecțiuni congenitale;
- Datorat HIV sau SIDA;
- Transplantul de măduvă secundar aplaziei datorată cancerului;
- Experimental sau când altă alternativă de tratament este valabilă;
- Orice transplant efectuat în afara normelor și regulilor în vigoare pentru transplante.

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

5.10 Intervenție chirurgicală pe cord deschis: Intervenție chirurgicală necesitând incizia cordului pentru ameliorarea sau vindecarea bolilor cardiace severe aparute în perioada valabilității poliței de asigurare (ex: boli cardiace ischemice, 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

aorta toracică și abdominală nu și ramificațiile acestora. Afecțiunile de natură traumatică nu sunt acoperite prin prezenta clauză.

Următoarele excluderi specifice se aplică în cazul intervențiilor chirurgicale pe cord deschis: toate intervențiile chirurgicale care folosesc cateter sau intervențiile chirurgicale care nu sunt asociate chirurgiei pe cord deschis:

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

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

5.11 Sindroame coronariene severe:

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

5.12 Traumatism cranian major

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

5.13 Coma

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

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

Asiguratul trebuie să prezinte deficite neurologice permanente, la cel puțin 3 luni de la data producerii evenimentului, confirmate în scris de un neurolog, manifestate prin imposibilitatea de a efectua, fără ajutor, a cel puțin 3 din cele 5 activități zilnice curente (spălat-duș sau cadă, îmbrăcat; capacitatea de a se muta singur din pat pe un scaun și invers; capacitatea de a folosi singur toaleta; capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrană a fost pregătită și pusă la dispoziția sa).

5.14 Encefalita acută

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

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

Este exclusă encefalita care are ca etiologie infecția HIV.

5.15 Cecitate (Orbire)

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

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

5.16 Anemie aplastică

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

- Transfuzie de produse de sânge
- Administrare de agenți de stimulare a măduvei osoase hematogene
- Administrarea de agenți imunosupresivi
- Transplantul de măduvă osoasă

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

5.17 Poliartrita reumatoidă cu determinări sistemice

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

- Afectarea bilaterală a cel puțin 5 dintre următoarele grupe articulare: articulații metacarpofalangiene, interfalangiene proximale, radio-cubito-carpene, coate, genunchi, metatarsofalangiene, tibio-tarsiene, certificate prin radiografii;
- Amiloidoza renală certificată prin puncție biopsie renală;
- Manifestări oculare legate de boală, confirmate de medicul specialist oftalmolog (irita, irido-ciclita, sclerita sau scleromalacie perforans);
- Vasculita reumatoidă (leziuni cutanate, arterită coronariană sau pulmonară, mononevrita multiplex), confirmată de medicul reumatolog clinic și susținută obligatoriu paraclinic;

- Sindromul Sjogren - afecțiune autoimună ce afectează întregul organism și care este caracterizată prin infiltrarea limfocitară cronică a organelor cu secreție exocrină, (cum ar fi cele implicate în secreția de salivă, de lacrimi). Susținerea paraclinică a diagnosticului va cuprinde: Anticorpi anti-nucleari crescuți, Anticorpi anti SSA crescuți, Anticorpi anti SSB crescuți, Factor reumatoid crescut, imunograma modificată (IgA și IgM)
- Sindromul Felty - cuprinde următoarele entități clinice și paraclinice: Artrită reumatoidă, leucopenie (susținută prin hemoleucogramă), splenomegalie (obiectivată imagistic).

5.18 Lupus Eritematos Sistemic cu determinări sistemice

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

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

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

5.19 Boala neuronului motor

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

5.20 Paralizie (de cauza medulară)

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

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

5.21 Boala Crohn

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

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

5.22 Colita Ulcerativă

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

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

5.23 Sclerodermie progresivă

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

Excluderi:

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

5.24 Cardiomiopatie

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

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

Excluderi:

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

5.25 Tulburări de ritm ventriculare maligne

Sunt considerate cu potențial malign următoarele situații:

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

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

5.26. Tumora cerebrală benignă

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

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

Excluderi:

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

5.27. Boala Parkinson severă

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

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

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

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

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

5.29. Sdr. Apallic

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

5.30. Hipertensiunea pulmonară primitivă

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

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

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

5.31. Boala arterială periferică

Disfuncție cronică la nivelul arterelor periferice (incluzând carotidele) Diagnosticul trebuie confirmat de către medicul specialist cardiolog sau de chirurgie cardio-vasculară, obligatoriu pe baza evaluării ecografice și angiografice. Pentru plata indemnizației cel puțin 2 din următoarele criterii trebuie îndeplinite: Boala evolutivă fără răspuns la tratament medicamentos optim, cu prezența de dureri inclusiv în repaus și obiectivată prin investigații paraclinice

- Prezența unei obstrucții de cel puțin 75% pe una din arterele coapsei, brațului sau la nivelul carotidei.
- Gangrena cu pierderea unor segmente periferice datorită afectării arteriale

5.32. Boala pericardică

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

5.33. Insuficiența respiratorie cronică

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

- $FEV1 \leq 1$ litru (sau mai puțin de 40% din valoarea previzionată) pentru boala pulmonară obstructivă sau FVC mai mic de 1 litru (sau mai puțin de 40% din valoarea previzionată) pentru boala pulmonară restrictivă.
- Prezența simptomelor clinice.
- Prezența modificărilor metabolismului acido-bazic (acidoza sau alcaloza).

5.34. Arsuri majore

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

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

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

5.35. Distrofie musculară

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

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

5.36. Afecțiune hepatică în stadiul terminal

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

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

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

5.37. Pierderea vorbirii

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

5.38. Boala cardiacă valvulară cu insuficiență cardiacă

Afectarea valvelor cardiace ce asociază insuficiența cardiacă congestivă clasa NYHA de cel puțin 3 (caracterizată paraclinic prin test de efort cu METS <5 și fracția de 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.

5.40. Intervenție chirurgicală pe valvele cardiace

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

Stabilirea și Plata Indemnizațiilor

Articolul 6

În vederea acceptării plății pentru cazurile de afecțiuni grave, Beneficiarul indemnizației de asigurare va prezenta, pe lângă documentele precizate în condițiile generale, și următoarele documente:

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

Articolul 7

În cazul afecțiunilor specificate la Art.5. de mai sus, Asiguratul are obligația de a prezenta Asigurătorului toate documentele de daună în termen de cel mult 3 luni de la data diagnosticării afecțiunii grave acoperite prin prezenta clauză.

Articolul 8

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

Articolul 9

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

Articolul 10

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

Articolul 11

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

Articolul 12

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

Articolul 13

Asigurătorul nu datorează Indemnizația de asigurare pentru aceasta clauză dacă Boala Grava se produce ca urmare a evenimentelor prevazute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale precum și ca urmare a:

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

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

Definiții

Eveniment asigurat:

- Accidentul survenit în perioada de valabilitate a Poliței de Asigurare în cazul în care s-a optat pentru clauza de Cheltuieli Medicale din Accident;
- Accident sau Îmbolnăvire survenit/survenită în perioada de valabilitate a Poliței de Asigurare în cazul în care s-a optat pentru clauza de Cheltuieli Medicale din orice cauză.

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

Articolul 1

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

- efectuarea unor proceduri medicale precum: consulturi de diagnosticare, consulturi de control, investigații imagistice, investigații paraclinice etc.;
- medicamente cumpărate pe baza prescripției medicului, eliberată pe numele Asiguratului și cu certificarea rețetei;
- achiziționare sau închiriere de proteze, orteze, cârje, scaune cu rotile, ochelari de vedere (doar lentile) și alte echipamente și instrumente similare necesare, pe baza prescripției medicului o singură dată per Eveniment asigurat;
- transport cu ambulanța de la locul accidentului sau de la locul în care se află pacientul care reclamă probleme urgente de sănătate, la cel mai apropiat spital/unitate medicală, abilitată în acordarea primului ajutor sau de la acesta la un alt spital/clinică specializată, în cazul în care acest lucru este absolut necesar și justificat din punct de vedere medical, al tehnicilor de diagnosticare sau de tratament;

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

Articolul 2

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

Articolul 3

Decontarea are caracter personal, rambursarea cheltuielilor efectuate fiind făcută doar către Asigurat și nu către Beneficiari sau moștenitori în cazul decesului acestuia.

Articolul 4

Asigurătorul nu va acoperi Cheltuielile Medicale din Accident / din orice cauză, dacă acestea au fost efectuate ca urmare a evenimentelor prevazute în cadrul art. 20.1 - Excluderi generale precum și ca urmare a:

- a) unei Afecțiuni preexistente, Bolilor cronice, unui handicap sau urmărilor unui Accident diagnosticate înainte de data de început a valabilității prezentei clauze, cu excepția cazului în care afecțiunea, Boala cronică, handicapul sau urmările au fost declarate, în scris, de către Asigurat și acceptate de Asigurător;
- b) îmbolnăvirilor cauzate, complicate sau agravate de consumul cronic și/sau excesiv de alcool, cum ar fi (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă): pancreatita cronică, ciroza și fibroza hepatică, neoplasm hepatic etc.;
- c) unei afecțiuni neoplazice, diagnosticate în primele șase luni de la data de început a Contractului de Asigurare;
- d) evenimentelor care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora (cu excepția avortului în scop terapeutic, necesar în cazul unor urgente medico-chirurgicale sau ale unor malformații congenitale ale fătului diagnosticate de către medicul de specialitate);

- e) efectuării de investigații și tratamente pentru sterilitate/fertilizare în vitro/inseminare artificială/ transferul embrionului/ impotenta/frigiditate/ schimbare de sex/ donare de organe;
- f) tratamentului dentar, chirurgiei și esteticii dentare. Cu toate acestea, Asigurătorul va acoperi Cheltuielile Medicale dentare necesare ca urmare a unui Accident produs în perioada asigurată, dar nu va acoperi Cheltuielile Medicale necesare restaurării dentare;
- g) îngrijirilor medicale acordate la domiciliu;
- h) tratamentelor și investigațiilor alternative, naturiste, homeopatice, acupunctura, fitoterapie, apifiterapie, cristaloterapie, aromoterapie, bioenergie (enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă);
- i) vaccinurilor;
- j) oricăror tratamente medicale recuperatorii sau cure în stațiuni balneoclimaterice;
- k) consilierii nutriționale, investigațiilor / testelor aferente, precum și alte servicii și tratamente recomandate pentru controlul excesului ponderal

Tabelul de Procente pentru Intervenții Chirurgicale

1. Intervenții pe Sistemul Nervos

5.01	Incizii sau extirpări executate la nivelul cutiei craniene, creierului și meningelor	
5.010	Puncția craniană	70
5.011	Craniotomia 90	
5.012	Incizia creierului și a meningelui	90
5.013	Intervenții pe talamus și globus pallidus	90
5.014	Excizia unei leziuni a creierului	90
5.015	Excizia unei leziuni a craniului	60
5.02	Alte operații ale craniului, creierului și meningelor	
5.020	Cranioplastia	80
5.021	Refacerea meningelor cerebrale	90
5.022	Ventriculostomia	80
5.023	Șuntul ventricular extracranian	70
5.029	Indepărtarea 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	Ablatia sau distrugerea măduvei spinării și meningelor	100
5.034	Intervenții plastice pe măduva spinării și meninge	80
5.035	Secționarea aderențelor la nivelul măduvei spinării sau ale rădăcinilor nervilor	50
5.036	Drenajul spinal	45
5.039	Insertia de neuropacemaker	50
5.04	Intervenții pe nervii cranieni și periferici	
5.040	Ablatia 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/ incizia glandelor suprarenale	30
5.071	Suprarenalectomia parțială / unilaterală	75
5.072	Suprarenalectomia bilaterală	100
5.074	Intervenții pe glanda hipofiză	65
5.075	Hipofizectomia	75
5.077	Timectomia	40

3. Intervenții pe Ochi

5.08	Intervenții pe aparatul lacrimal	
5.080	Incizia glandei lacrimale / Extracția chirurgicală a unui corp străin	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/Anastomozanazo-lacrimala	30
5.088	Conjunctivorinostomia	30
5.09	Intervenții pe pleoape	
5.090	Incizia pleoapei / Extirpare chalazion	5
5.091	Excizia sau distrugerea pleoapei	10
5.092	Operații pe cantus și tarsus	6
5.094	Corectarea blefaroptozei	8
5.095	Blefarorafia	7
5.10	Intervenții pe mușchii oculari	
5.100	Miotomia și tenotomia mușchilor oculari	20
5.101	Excizia mușchiului ocular sau tendonului	20
5.103	Transplantarea unui mușchi ocular	30
5.105	Secționarea aderentelor 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 aderente 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	10
5.133	Facilitarea circulației intraoculare	15
5.134	Distrugerea de leziuni ale irisului, corpului ciliar sau sclerei	20
5.135	Iridectomia periferică/ Sfinccterotomia iriană	30
5.136	Iridoplastia	35
5.137	Scleroplastia.....	45
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	30
5.146	Extracția cristalinului prin facoemulsificare	25
5.147	Insertia de lentile protetice	25
5.148	Îndepărtarea unei lentile implantate	20
5.15	Operații pe retină, coroidă și vitros	
5.150	Îndepărtarea prin incizie a corpurilor străini localizați la polul posterior	20
5.151	Îndepărtarea cu magnetul a corpurilor străini localizați în polul posterior	15
5.152	Ideritația sclerală cu implant	25
5.154	Operații pentru refacerea retinei	35
5.155	Distrugerea unei leziuni a retinei sau coroidei	25
5.157	Operații pe vitros / Implant de vitros.....	30
5.16	Intervenții pe orbită și globul ocular	
5.160	Orbitotomia	45
5.161	Îndepărtarea prin incizie de corpi străini din ochi sau orbită neclasificată în altă parte	15
5.162	Eviscerarea globului ocular	80
5.163	Enucleația globului ocular	90
5.164	Exenterația orbitei	90
5.165	Insertia unui implant în orbită	40
5.166	Îndepărtarea implantului orbital	25
5.167	Refacerea orbitei	40

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 cartilaginooasă	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, Cavitataea 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	
5.220	Puncția sinusului nazal	15
5.221	Antrotomia intranazală	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
5.232	Restaurarea prin obturație a dintelui	3
5.233	Restaurarea dintelui prin reconstituire metalică turnată	10
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 lojei feței și planșeului bucal	20
5.271	Incizia supurațiilor palatului	25
5.272	Rezecția de palat	40
5.274	Refacerea plastică a cavității bucale	50
5.275	Plastia de boltă	40

5.276	Intervenții pe luetă	25
5.28	Intervenții pe amigdale și adenoide	
5.280	Drenajul oral al abcesului faringian	15
5.281	Tonsilectomia (fără adenoidectomie)	20
5.282	Tonsilectomia (cu adenoidectomie)	25
5.283	Excizia bontului amigdalian	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 șanțurilor branhiiale	25
5.292	Excizia sau distrugerea unei leziuni a faringelui	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	Traheostomiă 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 aderente a plămânului și peretelui toracic	40
5.334	Refaceri și intervenții plastice pe pulmoni și bronhii	50
5.34	Intervenții pe peretele toracic, pleură, mediastin și diafragm	
5.340	Incizii ale peretelui toracic și ale pleurei	30
5.341	Incizia mediastinului	40
5.342	Excizia sau extirparea unor leziuni mediastinale	45
5.343	Excizia sau extirparea de leziuni ale peretelui toracic	30
5.344	Pleurectomia	45
5.345	Scarificarea pleurală	35
5.346	Refacerea peretelui toracic	60
5.347	Operații pe diafragm	50
7.	Intervenții pe Sistemul Cardio-Vascular	
5.35	Intervenții pe valve și septurile inimii	
5.350	Intervenții pe cord închis	60
5.351	Intervenții pe cord deschis	90
5.352	Înlocuirea valvelor inimii (protezarea valvulară)	100
5.353	Valvuloplastia cardiacă (fără înlocuire)	80
5.36	Intervenții pe vasele inimii	
5.360.1	Rotablatii coronariene	80
5.361	Anastomoze (bypass) pentru revascularizarea cordului	80
5.362	Revascularizarea inimii prin implant arterial	90
5.365	Septostomii	90
5.37	Alte intervenții pe inimă și pericard	
5.370	Pericardiocenteza	20
5.371	Pericardiotomie	70
5.372	Pericardiectomia	80

5.373	Excizia unei leziuni a inimii	80
5.375	Transplantul cardiac	100
5.376	Asistarea mecanică a circulației	60
5.377	Implantul de pacemaker cardiac	50
5.378	Implant stimulator cardiac extern	20
5.38	Incizia, excizia și ocluzia de vase	
5.380	Incizia vaselor	5
5.380.1	Embolizări arteriale	15
5.381	Endarterectomia	20
5.382	Rezecția de vase cu reanastomoză / Excizie și sutură anevrism	25
5.383	Rezecția de vase cu înlocuire / Angioplastii cu stent	30
5.384	Crosectomia jigatură și smulgerea safenei și venelor varicoase	15
5.386	Plicaturarea venei cave	25
5.39	Alte intervenții pe vase	
5.390	Sunt între arterele sistemice și artera pulmonară	30
5.391	Anastomoze venoase intra-abdominale	30
5.393	Sutura de vase periferice	15
5.394	Sutura de vase interne (intraabdominale, intratoracice)	25
5.396	Bypass cardio-pulmonar extra corporeal (C.E.C.)	90
5.397	Simpatectomia periarterială	25
5.398	Intervenții pe carotidă și alte segmente vasculare	40
5.399	Embolizări (alcoolizări) de artere septale în cardiomiopatia hipertrofică	35
5.399.1	Embolizarea arterelor uterine	20
8.	Intervenții pe Sistemul Hematopoetic și Limfatic	
5.40	Intervenții pe sistemul limfatic	
5.400	Incizii ale structurilor limfatice	10
5.401	Excizia simplă a structurilor limfatice	20
5.402	Excizie de ganglion limfatic regional	25
5.403	Excizie radicală a ganglionilor limfatici cervicali	40
5.405	Intervenții pe canalul toracic	50
5.41	Intervenții pe splină și măduvă osoasă	
5.410	Transplant de măduvă osoasă	100
5.411	Puncția splinei	15
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 anastomoza la esofag	50
5.436	Gastrectomia parțială cu anastomoza la duoden	50
5.437	Gastrectomia parțială cu anastomoza la jejun	50
5.439	Gastrectomie totală	60
5.44	Alte intervenții pe stomac	
5.440	Vagotomia	30
5.441	Pilorooplastia	35
5.442	Gastroenterostomia (fără gastrectomie)	35
5.443	Sutura ulcerului gastric sau duodenal în situ	35
5.45	Incizii, excizii și anastomoze ale intestinului	
5.450	Enterotomia îndepărtarea unui corp Drenajul străin	20
5.451	Excizii sau extirpări de leziuni ale intestinului subțire	25
5.452	Excizii sau distrugerii de leziuni ale intestinului gros	25
5.453	Izolarea unui segment intestinal	20

5.454	Excizia parțială a intestinului subțire	40
5.455	Excizia parțială a intestinului gros	40
5.456	Colectomia totală	60
5.457	Anastomoza intestin subțire la intestin subțire	40
5.458	Anastomoza intestin subțire la intestin gros	40
5.459	Anastomoza intestinului gros la intestinul gros	40
5.46	Alte intervenții pe intestin	
5.460	Exteriorizarea intestinului	30
5.461	Colostomia	40
5.462	Ileostomia	40
5.464	Refacerea stomei intestinale	25
5.465	Închiderea stomei intestinale	25
5.466	Fixarea intestinului	20
5.468	Manipularea intraabdominală a intestinului	15
5.47	Intervenții pe apendice	
5.4700	Apendicectomia laparoscopica	20
5.4701	Apendicectomia clasica	25
5.471	Drenajul abcesului apendicular	15
5.48	Intervenții pe rect	
5.480	Proctotomia	15
5.482	Excizia sau distrugerea unor leziuni ale rectului	20
5.4851	Excizia parțială a rectului	35
5.4852	Excizia totală a rectului	40
5.486	Refacerea rectului	20
5.487	Incizia septului recto-vaginal	15
5.49	Intervenții pe anus și perineu	
5.490	Incizia sau excizia de țesut perineal	15
5.491	Intervenții pentru fistule anale	15
5.492	Excizii sau distrugerii locale ale anusului	20
5.493	Hemoroidectomia	15
5.494	Sfincterotomia anală	10
5.50	Intervenții pe ficat	
5.500	Hepatotomia Extragerea de corpi străini	30
5.501	Excizia sau extirparea locală a ficatului / Hepatectomia parțială	40
5.502	Lobectomia ficatului	50
5.503	Hepatectomia totală/Transplantul ficatului	100
5.505	Reconstituirea ficatului	60
5.51	Intervenții pe vezica biliară și tractul biliar	
5.510	Colecistostomia	15
5.5111	Colecistectomia laparoscopica	20
5.5112	Colecistectomia clasica	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 calcul!	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	35
5.537	Cura herniei diafragmatice prin inserare abdominală	40
5.538	Cura herniei diafragmatice cu cale de acces toracică	45
5.54	Alte intervenții ale regiunii abdominale	
5.540	Incizii ale pereților abdominali	25
5.542	Excizia sau distrugerea peretelui abdominal și ombilicului	50

5.543	Excizia sau distrugerea peritoneului	55
5.544	Secționarea de aderente peritoneale	25
5.545	Sutura peretelui abdominal și peritoneului	25
5.546	Excizia unor leziuni ale peritoneului	25
10.	Intervenții pe Aparatul Urinar	
5.55	Intervenții pe rinichi	
5.550	Nefrotomia și nefrostomia	40
5.551	Pielotomia și pielostomia	35
5.552	Excizia ori extirparea unei leziuni a rinichiului	40
5.553	Nefrectomia parțială	55
5.5541	Nefrectomia totală unilaterală	70
5.5542	Nefrectomia totală bilaterală/Transplant renal	100
5.556	Nefropexia	30
5.56	Intervenții pe ureter	
5.560	Evacuarea transuretrală a ureterului și a bazineului	30
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	
5.570	Epurarea transuretrală a vezicii urinare	20
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	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
5.585	Dilatata uretrei	20
5.59	Alte intervenții pe aparatul urinar	
5.590	Disecția țesutului retroperitoneal	35
5.591	Incizia țesutului perivezical	20
5.592	Plicaturarea joncțiunii uretrovezicale	35
5.593	Intervenții asupra mușchilor ridicători	25
5.594	Intervenția suprapubiană în prostată	30
5.595	Suspensia retropubiană a uretrei	20
5.596	Suspensia și compresia periuretrală	20
5.597	Ureterovezicopexia	25
5.598	Cateterizarea ureterului	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 periprostacic	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	20
5.6502	Ovarotomia bilaterală	25
5.651	Excizia parțială a ovarului / Excizia unei leziuni a ovarului	30
5.652	Ovarectomia unilaterală	35
5.653	Salpingo-ovarectomia unilaterală	40
5.654	Ovarectomia bilaterală	45
5.655	Salpingo-ovarectomia bilaterală	50
5.656	Reconstituirea ovarului	20
5.657	Eliberarea din aderente a ovarului și trompei	25
5.66	Intervenții pe trompe	
5.660	Salpingotomia	20
5.661	Salpingectomia totală (unilaterală)	30
5.662	Salpingectomia totală bilaterală	40
5.663	Distrugerea sau ocluzionarea endoscopică a trompelor, bilateral	20
5.664	Salpingectomia parțială / Excizia unei leziuni a trompei	25
5.666	Reconstituirea trompelor Fallope	30
5.667	Insuflarea trompelor	20
5.67	Intervenții pe colul uterin	
5.670	Dilatarea canalului cervical	15
5.671	Conizatia colului uterin	20
5.672	Excizia unor leziuni ale colului uterin	25
5.673	Amputarea colului uterin	35
5.674	Reconstituirea orificiului cervical intern	30
5.68	Alte incizii și excizii ale uterului	
5.680	Histerotomia	20
5.6811	Excizia sau distrugerea unor leziuni ale uterului pe cale abdominală	30
5.6812	Excizia sau distrugerea unor leziuni ale uterului pe cale vaginală	20
5.682	Histerectomia subtotală abdominală	40
5.683	Histerectomia totală abdominală	45
5.684	Histerectomia vaginală	40
5.685	Histerectomia abdominală radicală	50
5.686	Histerectomia vaginală radicală	45
5.687	Eviscerația pelviană (pelvectomia)	55
5.690	Dilatația și chiuretajul uterin	15
5.740	Operația cezariană	25
5.70	Intervenții pe vagin, vulvă și perineu	
5.700	Culdcenteza/Drenajul abcesului pelvian	20
5.702	Excizia unei leziuni a vaginului	15
5.704	Cura cistocelului și rectocelului	25
5.706	Excizia și închiderea unei fistule perineale	15
5.711	Operații pe glandele Bartholin	15
5.716	Perineorafie	15
13.	Intervenții pe Aparatul Osteo-Muscular	
5.76	Reducerea de fracturi ale masivului facial	
5.760	Reducerea închisă a fracturilor zigomatice	25
5.761	Reducerea deschisă a fracturilor zigomatice	35
5.762	Reducerea închisă a fracturilor de maxilar și mandibulă	35
5.763	Reducerea deschisă a fracturilor de maxilar și mandibulă	45
5.764	Reducerea deschisă a fracturii alveolare	25
5.765	Reducerea deschisă a fracturii de orbită cu 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	Ablatia 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	4 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 luxatii	20 15

Oase mici = carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falangele degetelor

Oase mari = toate celelalte oase (în afară de cele menționate mai sus)

5.80	Incizii și excizii ale structurilor articulare	
5.800	Artrotomia/Artroscopia	20
5.801	Secționarea capsulei articulare, ligamentelor sau cartilajelor/ 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	40
5.815	Proteză totală a șoldului	60
5.817	Artroplastii ale mâinii și degetelor	30
5.818	Artroplastia umărului	40
5.819	Corectarea deformăției degetelor.....	25
5.82	Intervenții pe mușchii, tendoanele și fascia mâinii	
5.820	Incizii ale mușchilor, tendoanelor și burselor mâinii	10
5.821	Secționarea mușchilor, tendoanelor și fasciei mâinii	20
5.822	Excizia de leziuni ale mușchilor, tendoanelor și fasciei mâinii	15
5.823	Corectia contracturii Dupuytren.....	20
5.824	Sutura mușchilor, tendoanelor și fasciei mâinii	25
5.825	Transplantarea mușchilor și tendoanelor mâinii	30
5.826	Reconstituirea 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 antebrăului 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 (supramaleolara)	50
5.848	Amputația coapsei și dezarticulația genunchiului (supracondiliană)	65
5.849	Amputația abdominopelvică și 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 Săn

5.86	Excizia sânului	
5.860	Excizia locală de leziuni ale sânului	20
5.8611	Mastectomia completă unilaterală	35

5.8612	Mastectomia completă bilaterală	50
5.862	Mastectomia simplă extinsă	40
5.863	Mastectomia radicală	55
5.864	Mastectomia radicală extinsă	60
5.865	Mastectomia subcutanată cu implantarea de proteză	40
5.87	Alte intervenții pe sân	
5.870	Aspirația sânelui	20
5.871	Mastotomia	25
5.872	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, lipoame.....	5
5.883	Toaleta chirurgicală a plăgii sau a țesutului infectat	10
5.884	Excizia locală sau distrugerea de piele și țesut subcutanat	15
5.885	Excizia radicală a unei leziuni cutanate	20
5.887	Excizia sinusului pilonidal	25
5.888	Excizia de piele pentru grefă	20
5.89	Refacerea și reconstituirea pielii și țesutului subcutanat	
5.8901	Sutura pielii	5
5.8902	Sutura pielii și țesutului subcutanat.....	10
5.891	Întinderea de țesut cicatricial sau a retracției cutanate	15
5.892	Grefă 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

Tabelul de Procente pentru Invaliditate Permanentă

Invaliditate Permanentă Totală.....	Procente
Pierdere ambelor mâini, antebrate sau brațe	100
Pierdere ambelor membre inferioare la nivelul șoldului, genunchiului sau gleznei	100
Pierdere totală a unui membru superior la nivelul umărului, cotului sau mâinii și a unui membru inferior la nivelul șoldului, genunchiului sau gleznei	100
Paralizia totală și incurabilă	100
Pierdere bilaterală totală și irecuperabilă a vederii.....	100
Pierdere totală și irecuperabilă a abilității de a vorbi	100
Pierdere bilaterală totală și irecuperabilă a auzului	100
Pierdere maxilarului inferior.....	100

Invaliditate Permanentă Parțială Extremitatea Cefalică

Pierdere unilaterală totală și irecuperabilă a auzului	30
Cecitate sau enucleere unilaterală	50
Pierdere maxilarului superior cu arcadă dentară și scheletul nazal	50
Pierdere parțială a maxilarului inferior, a secțiunii ascendente în întregime sau a jumătate din osul maxilarului	40
Pierdere a mai mult de jumătate din limbă	30
Pierdere de substanță osoasă a cutiei craniene:	
pe o suprafață mai mică de 3 cm ²	10
pe o suprafață între 3 și 6 cm ²	20
pe o suprafață mai mare de 6 cm ²	50

Invaliditate Permanentă Parțială Membre Superioare.....	Dreapta	Stânga
Pierdere anatomică a membrului superior de la nivelul umărului	70	60
Pierdere funcțională a membrului superior de la nivelul umărului	65	55
Pierdere anatomică a antebrăului sau mâinii	60	50
Pierdere funcțională a antebrăului sau mâinii.....	55	45
Pierdere anatomică totală a policelui.....	20	15
Pierdere funcțională totală a policelui.....	15	10
Pierdere anatomică totală a policelui și indexului.....	30	25
Pierdere anatomică a policelui și a altui deget	25	20
Pierdere anatomică sau funcțională totală:		
două degete altele decât police și index.....	10	8
trei degete altele decât police și index.....	15	10
a patru degete inclusiv police	35	30

a degetului mijlociu	7	5
a inelarului sau degetului mic	5	3
a indexului	10	7

Invaliditate Permanentă Parțială Membre Inferioare

Pierdere anatomică a membrului inferior de la nivelul:		
Coapsei		60
Gambei		50
picioarului:		
articulația tibio-tarsiană		45
articulația târso-metatarsiană		35
Pierdere funcțională a membrului inferior de la nivelul:		
Coapsei		55
Gambei		45
Picioarului		30
Pierdere anatomică:		
a tuturor degetelor		25
a patru degete inclusiv haluce		15
a patru degete, exclusiv haluce		8
a trei degete altele decât halucele		6
a două degete altele decât halucele		4
a unui deget altul decât halucele		2
Halucelui		5
Scurtarea membrului inferior cu cel puțin 5 cm		35
Scurtarea membrului inferior cu 3 până la 5 cm		25
Scurtarea membrului inferior cu 1 până la 3 cm		15

Consecințe Estetice cu Caracter Definitiv (Arsuri, Degeraturi, Cicatrici)

Întreaga suprafață a capului	25
Întreaga suprafață a unui membru superior	15
Întreaga suprafață a unui membru inferior sau a gâtului	15
Întreaga suprafață a toracelui (anterior sau posterior)	15

Invaliditate Permanentă Parțială Organe și sisteme

Pierdere a unui plămân	50
Pierdere a unui rinichi	30
Pierdere a splinei	11
Pierdere a unei părți de intestin gros ce necesită ileostoma	50
Pierdere cel puțin a unui lob hepatic (lobectomie)	40
Pierdere a pancreasului	11
Pierdere altor organe interne	2

Dobânda tehnică garantată	2% (RON)	1,5% (EUR)
Marja de siguranță	0,6% (RON)	0,4% (EUR)
Procent de alocare a profitului	85% (indiferent de valuta contractului)	85% (indiferent de valuta contractului)
Procent minim de majorare/ de indexare automată a sumei asigurate	4% (RON)	3% (EUR)
Taxa de modificare a sumei asigurare	0 (RON)	0 (EUR)
Taxa de emisiune a contractului și de evaluare a riscului	0 (RON)	0 (EUR)
Prima anuală minimă pentru asigurarea de bază	900 (RON)	Echivalentul în EUR a valorii de 900 RON (curs BNR)
Prima anuală minimă pentru asigurarea de bază aferentă pachetelor premium	1.200 (RON)	Echivalentul în EUR a valorii de 1.200 RON (curs BNR)
Discount acordat în funcție de frecvența de plată a primelor de asigurare: - Plata anuală - Plata semestrială - Plata trimestrială - Plata lunară	8,26% 4,59% 2,75% 0%	
Taxe legale	0,7% (indiferent de valuta contractului)	
Taxa de răscumpărare totală	Un procent aplicat asupra rezervei matematice, în funcție de perioada acoperită de primele de asigurare deja plătite; - 100% pentru o perioadă mai mică de 4 ani, începând cu data de intrare în vigoare a Contractului de asigurare; - Conform prevederilor și procentelor din Tabelul "Detalii pentru răscumpărarea totală" (Anexa 2), pentru o perioadă acoperită de cel puțin 3 ani.	

ANEXA 2 - TABEL DETALII RĂSCUMPĂRARE

Procente de penalizare pentru valoarea de rascumparare

Durata																													
Ve-chi-me	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
0	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
1	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
2	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
3	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%			
4	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%			
5	0%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%			
6		0%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%			
7			0%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%			
8				0%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%			
9					0%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%			
10						0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%			
11							0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%			
12								0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%			
13									0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%			
14										0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%			
15											0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%			
16												0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%			
17													0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%			
18														0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%			
19															0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%			
20																0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%			
21																	0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%			
22																		0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%			
23																			0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%			
24																				0%	5%	5%	5%	5%	5%	5%			
25																					0%	5%	5%	5%	5%	5%			
26																						0%	5%	5%	5%	5%			
27																							0%	5%	5%	5%			
28																								0%	5%	5%			
29																									0%	5%			
30																										0%			